



EUROPE

**Comité régional de l'Europe
Cinquante-septième session**

Belgrade (Serbie), 17-20 septembre 2007

Point 6 b) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC57/10
+EUR/RC57/Conf.Doc./4
30 juin 2007
73364
ORIGINAL : ANGLAIS

**Projet de Deuxième Plan d'action européen de l'OMS pour une
politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012**

Bien que les gouvernements de la plupart des États membres de la Région européenne aient adopté des politiques relatives à la nutrition et à la sécurité sanitaire des aliments, la charge de morbidité résultant d'une mauvaise nutrition continue d'augmenter dans la Région européenne, notamment en raison de l'épidémie d'obésité, tandis que les maladies d'origine alimentaire représentent encore un problème pour les systèmes de santé européens.

Les progrès accomplis ces dernières années en matière de politique nutritionnelle indiquent la façon dont il convient d'adapter de façon stratégique et de renouveler le Premier Plan d'action pour une politique alimentaire et nutritionnelle. Le présent projet de Deuxième Plan d'action fixe des buts concernant la santé, la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité alimentaire, et présente un ensemble cohérent d'actions intégrées, à mener dans différents secteurs de l'action publique, avec la participation d'acteurs publics et privés, ce qui permet aux États membres d'en tenir compte en vue de l'élaboration de leur propre politique nationale et de la définition de la gouvernance de leur système de santé, et aux organisations internationales de les examiner aux niveaux régional et mondial.

Les mesures proposées comprennent l'amélioration de la nutrition et de la sécurité sanitaire des aliments au début de l'existence, l'approvisionnement durable en aliments sûrs et sains, l'information et l'éducation complètes des consommateurs, l'intégration d'actions relatives à des déterminants connexes (tels que l'activité physique, l'alcool, l'eau et l'environnement), l'amélioration de la nutrition et de la sécurité sanitaire des aliments dans le secteur de la santé, et la surveillance et l'évaluation des progrès accomplis et des résultats obtenus.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe s'engage à soutenir la mise en œuvre du Deuxième Plan d'action en menant une action de sensibilisation et en favorisant un engagement politique à s'attaquer aux problèmes de santé concernant l'alimentation et la nutrition et à ceux qui se posent dans les systèmes de santé des États membres et aux niveaux européen et mondial ; en fournissant un appui technique pour l'élaboration d'une politique alimentaire et nutritionnelle, l'analyse des politiques et le renforcement des capacités aux États membres dans le contexte de leur système de santé ; en suivant l'état de la santé publique dans les domaines de la nutrition et de la sécurité sanitaire des aliments ; en évaluant les tendances et en communiquant des informations sur la mise en œuvre ; et en établissant des synergies et en intégrant les mesures prises dans le cadre de la gouvernance des systèmes de santé relative aux services de santé publique et des stratégies connexes (telles que la promotion de l'activité physique, la consommation d'alcool, la prévention des maladies non transmissibles et transmissibles, et la sécurité sanitaire de l'eau).

Un projet de résolution demandant aux États membres d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques alimentaires et nutritionnelles est présenté au Comité régional pour examen.

Sommaire

	<i>Page</i>
Généralités	1
Cadre stratégique	2
Buts et objectifs	3
Domaines d'action	4
Domaine d'action 1 – Favoriser un départ sain dans la vie.....	4
Domaine d'action 2 – Assurer un approvisionnement durable en aliments sûrs et sains.....	5
Domaine d'action 3 – Assurer une information et une éducation complètes des consommateurs	7
Domaine d'action 4 – Agir de façon intégrée sur les déterminants connexes.....	8
Domaine d'action 5 – Améliorer la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments dans le secteur de la santé	9
Domaine d'action 6 – Surveillance, évaluation et recherche	10
Les acteurs	10
Les gouvernements.....	10
La société civile et les réseaux professionnels	11
Les agents économiques.....	11
Les acteurs internationaux.....	12
Étapes de la mise en œuvre	13
La mise en œuvre dans les pays	13
Mise en œuvre au niveau international	14
Références.....	17

Généralités

1. En septembre 2000, le Comité régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté le Premier Plan d'action pour l'alimentation et la nutrition pour la Région européenne de l'OMS 2000-2005 (1), qui demandait l'élaboration de politiques alimentaires et nutritionnelles dans les États membres. Depuis lors, un tiers des États membres de la Région européenne de l'OMS ont élaboré des politiques sur l'alimentation et la nutrition et presque tous ont maintenant des documents approuvés par le gouvernement qui portent sur la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments (2). Cependant, dans la majorité des pays de la Région, les maladies liées à la nutrition et transmises par les aliments représentent encore un lourd fardeau en matière de santé publique. Plusieurs pays ont commencé à élaborer des politiques et des plans d'action nationaux qui portent spécifiquement sur l'activité physique et visent à renforcer les moyens disponibles pour favoriser l'activité physique.

2. En 2002, les déficiences nutritionnelles étaient la cause de 4,6 % de l'ensemble de la charge de morbidité dans la Région (mesurée en années de vie corrigées du facteur invalidité ou AVCI). La malnutrition aiguë est encore observée dans des zones où la sécurité alimentaire n'est pas assurée, tandis que la malnutrition chronique due à des carences en micronutriments sévit largement dans les populations vulnérables. La malnutrition chez les personnes âgées, les malades chroniques et les handicapés est constatée dans des mesures variables dans l'ensemble de la Région. L'obésité, qui progresse rapidement et a pris maintenant des proportions épidémiques, représente 7 à 8 % des AVCI supplémentaires, et plus des deux tiers de la population ne font pas suffisamment d'activité physique, ce qui contribue à 3,3 % des AVCI supplémentaires (3,4). Les carences en micronutriments sont également préoccupantes dans la Région et le taux d'allaitement exclusif à six mois est faible partout (compris entre 1 et 46 %), même dans les pays où les taux d'allaitement initial sont élevés (5).

3. Les maladies d'origine alimentaire, en particulier celles qui résultent de zoonoses, représentent un problème de santé publique considérable. La salmonellose et la campylobactériose figurent parmi les maladies transmises par les aliments les plus courantes. Dans certaines parties de la Région, la survenance de maladies transmises par les aliments telles que la brucellose et le botulisme constitue un important problème de santé publique ; les parasitoses liées à des zoonoses, telles que la trichinellose et l'échinococcose, sont particulièrement préoccupantes. La résistance aux antimicrobiens constitue un problème de santé publique de plus en plus aigu, qui résulte en partie de l'usage d'antimicrobiens chez des animaux (6). Divers dangers chimiques créent des problèmes de santé publique, et les allergies alimentaires sont de plus en plus préoccupantes.

4. Dans les pays à faible revenu de la Région, la pauvreté touche plus de la moitié de la population, ce qui se traduit par un manque de sécurité alimentaire et la consommation d'aliments dangereux dont la qualité nutritionnelle laisse à désirer. Le manque de sécurité alimentaire des aliments pose également des problèmes dans les groupes vulnérables des pays à revenu élevé. En conséquence, pour la Région européenne également, il n'est pas facile d'atteindre l'objectif 1 du Millénaire pour le développement, qui consiste à éliminer la pauvreté extrême et la faim (7).

5. Si les États membres ne parviennent pas à atteindre leurs objectifs en matière de nutrition et de sécurité sanitaire des aliments, cela est dû à un manque de ressources, de savoir-faire, de volonté politique ou de coordination intersectorielle, qui empêche la bonne mise en œuvre des plans d'action. En outre, ces plans s'attaquent rarement à l'ensemble complexe de facteurs qui influent sur le régime alimentaire, la sécurité sanitaire des aliments et le mode de vie dans la société moderne et qui sont observés au niveau régional à la suite de la mondialisation et de la libéralisation du commerce. L'offre de sucre, d'huile végétale et de produits animaux a augmenté et dépasse généralement les besoins de la population européenne, et seuls quelques pays fournissent une quantité suffisante de fruits et de légumes à l'ensemble de la population (8). Dans de nombreux pays industrialisés, la distribution des aliments et la restauration sont concentrées dans les mains d'un petit nombre d'entreprises, qui influencent l'offre de produits, leur sécurité sanitaire et leur prix. Les médias, la publicité, le secteur de la distribution et l'industrie alimentaire influent sur les choix nutritionnels, parfois dans le sens opposé à ce que recommandent les spécialistes de la santé publique (9,10). De même, l'urbanisme décourage un transport

sûr et actif, tandis que l'augmentation du temps de loisir centré sur la télévision et les ordinateurs favorise la sédentarité, ce qui ajoute le manque d'activité physique aux autres problèmes de santé.

6. Depuis l'adoption du Premier Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle en 2000, plusieurs accords internationaux ont été élaborés en vue de s'attaquer aux problèmes qui se posent dans ce domaine, notamment le Protocole sur l'eau et la santé (11), les objectifs du Millénaire pour le développement (8), la Stratégie mondiale de l'OMS pour la salubrité des aliments (12), la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (13), la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (14), la Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents (15), les Directives volontaires à l'appui de la concrétisation progressive du droit à une alimentation adéquate (16), la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte (17), la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité (18) et le *European framework to promote physical activity for health* (Cadre européen pour la promotion de l'activité physique en faveur de la santé) (19). En outre, plusieurs documents d'orientation ont été proposés dans le contexte de la Commission européenne, en particulier le projet d'action sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel en Europe (20). Ces textes internationaux présentent une orientation stratégique et des principes directeurs, mais doivent être traduits en plans d'action cohérents et explicites qui portent sur les différents aspects des politiques en matière de nutrition.

7. En conséquence, le Premier Plan d'action européen doit être adapté et renouvelé de façon stratégique, compte tenu des événements qui se sont produits au cours des années écoulées et de la nécessité d'offrir un ensemble cohérent d'actions qui s'étendent à divers secteurs et assurent un engagement aux niveaux européen et mondial, de façon à ce que les priorités recensées soient incorporées dans les politiques alimentaires et nutritionnelles nationales, ainsi que dans les stratégies de prévention des maladies non transmissibles et des politiques de santé publique d'ensemble.

Cadre stratégique

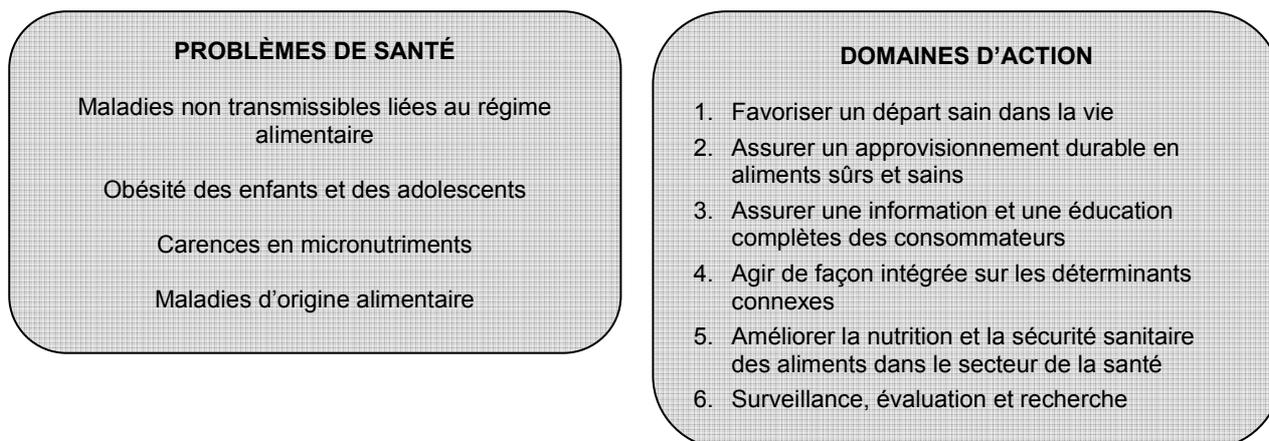
8. Ce Deuxième Plan d'action porte par conséquent sur les principaux problèmes de santé publique qui se posent dans les domaines de la nutrition, de la sécurité sanitaire des aliments et de la sécurité alimentaire, en abordant les maladies non transmissibles liées au régime alimentaire (en particulier l'obésité), les carences en micronutriments et les maladies transmises par les aliments.

9. L'intégration des politiques et programmes relatifs à la nutrition, à la sécurité alimentaire et à la sécurité sanitaire des aliments dans un ensemble cohérent permettra d'obtenir les meilleurs résultats en matière de santé publique, car il sera alors possible de s'attaquer à tous les dangers liés à l'ingestion d'aliments (par exemple, la consommation insuffisante d'aliments et les diarrhées d'origine alimentaire et hydrique) et de mettre en balance les risques et les avantages de la consommation de produits alimentaires existants et nouveaux (nutriments et contaminants, par exemple). Cette intégration est conforme à la façon dont les États membres organisent leur système de santé et avec le Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 de l'OMS (21).

10. Le Plan d'action vise à harmoniser les activités et à favoriser une synergie dans l'utilisation des ressources au niveau régional, et il peut être adapté par les États membres en fonction de leurs besoins, ressources et contexte culturel propres et de l'évolution de leur politique sanitaire.

11. Le Plan d'action présente des buts et des objectifs relatifs aux divers problèmes de santé et recense six domaines dans lesquels une action d'ensemble peut être menée dans les États membres et au niveau régional, comme l'illustre la figure ci-après.

Figure. Problèmes de santé et domaines d'action



Buts et objectifs

12. Le Deuxième Plan d'action vise à atteindre les buts sanitaires suivants :

- réduire la prévalence des maladies non transmissibles liées au régime alimentaire ;
- inverser la tendance en matière d'obésité parmi les enfants et les adolescents ;
- réduire la prévalence des carences en micronutriments ;
- réduire l'incidence des maladies d'origine alimentaire.

13. Pour atteindre ces buts sanitaires, il faut définir des buts relatifs à la nutrition, à la sécurité sanitaire des aliments et à la sécurité alimentaire. Les buts concernant d'autres déterminants de la santé, notamment l'activité physique, l'eau et l'alcool, sont pris en compte dans les documents stratégiques mentionnés plus haut (paragr. 6).

14. Pour atteindre ces buts sanitaires, il faudrait adopter des buts nutritionnels au niveau de la population conformément aux recommandations de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et de l'OMS (22) :

- apport énergétique journalier provenant de matières grasses saturées < 10 %,
- apport énergétique journalier provenant d'acides gras *trans* < 1 %,
- apport énergétique journalier provenant de sucres libres¹ < 10 %,
- consommation journalière de 400 g de fruits et de légumes,
- consommation journalière de sel < 5 g.

15. En outre, au moins 50 % des nourrissons devraient bénéficier d'un allaitement exclusif au cours des six premiers mois et être constamment allaités au moins jusqu'à l'âge de un an (20). Cependant, les États membres peuvent envisager de fixer des objectifs appropriés concernant la proportion de leur population qui pourra atteindre les buts en 2012, compte tenu de considérations relatives à la faisabilité et aux ressources.

16. Les buts et objectifs concernant la sécurité sanitaire des aliments doivent reposer sur les risques et être fixés par les différents États membres compte tenu de leur incidence actuelle de maladies d'origine alimentaire, de la prévalence de la contamination microbiologique et chimique dans la chaîne alimentaire, et de la survenance d'une résistance des bactéries présentes dans les aliments aux antimicrobiens, selon des données obtenues grâce à des systèmes de surveillance appropriés. La réduction de la contamination par des bactéries des genres *Campylobacter* et *Salmonella*, et l'éradication des encéphalopathies spongiformes transmissibles zoonotiques et de la brucellose doivent être considérées comme des priorités.

¹ L'expression « sucre libre » désigne tous les monosaccharides et disaccharides ajoutés aux aliments par le fabricant, le cuisinier ou le consommateur, ainsi que les sucres naturellement présents dans le miel, les sirops et les jus de fruit.

17. Un but de sécurité alimentaire doit être établi conformément à l'objectif 1 du Millénaire pour le développement, qui prévoit de réduire de 50 % la proportion de personnes qui souffrent de la faim. La disponibilité et l'accessibilité financière d'aliments sains tels que les fruits et les légumes doivent être améliorées et il faut réduire l'offre d'aliments énergétiques et pauvres en nutriments, si cela est nécessaire. L'atteinte des buts de sécurité alimentaire doit aller de pair avec la réalisation de buts relatifs au régime alimentaire dans les différents groupes socioéconomiques.

Domaines d'action

18. Chaque domaine présenté ci-après correspond à une série d'actions prioritaires choisies en raison de leur efficacité prouvée et de leur potentiel novateur, qui doivent faire participer les différents secteurs de l'action publique et des parties intéressées privées et non gouvernementales, sous la direction d'un organisme public.

Domaine d'action 1 – Favoriser un départ sain dans la vie

19. Une bonne nutrition et l'ingestion d'aliments sûrs au cours des premières années de la vie portent leurs fruits pendant toute l'existence. Une bonne nutrition maternelle favorise un développement optimal du fœtus, ce qui réduit le risque de maladies chroniques à l'âge adulte. Les maladies d'origine alimentaire dont souffrent les femmes enceintes peuvent également avoir des conséquences graves et même mortelles pour le fœtus et le nouveau-né. L'allaitement exclusif jusque l'âge de six mois et l'introduction en temps voulu d'aliments complémentaires sûrs et appropriés en plus de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans peuvent réduire la charge de morbidité à court et à long termes (23). L'apparition précoce du surpoids et de l'obésité, et leurs conséquences métaboliques chez les enfants justifient la prise de mesures dans les écoles et les établissements préscolaires (crèches et écoles maternelles), selon une démarche d'ensemble qui prévoit non seulement une éducation à la nutrition, une bonne hygiène alimentaire et de l'activité physique, mais crée également un environnement scolaire favorable.

Mesures précises

1. **Favoriser une nutrition optimale du fœtus** en veillant à une bonne nutrition maternelle avant même la conception ; en donnant des conseils sur le régime alimentaire et la sécurité sanitaire des aliments aux femmes enceintes ; en créant des programmes pour venir en aide aux groupes socioéconomiques inférieurs ; et en fournissant la supplémentation en micronutriments nécessaire.
2. **Protéger, favoriser et soutenir l'allaitement maternel et une alimentation complémentaire des nourrissons et des jeunes enfants qui soit appropriée, sûre et offerte en temps voulu** en réexaminant les recommandations existantes ; en assurant le respect des critères d'ensemble de l'initiative Hôpitaux amis des bébés ; en mettant en œuvre et en faisant appliquer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé ; en permettant un congé parental approprié, des pauses allaitement et la souplesse voulue pour aider les femmes qui travaillent pendant l'allaitement et la petite enfance, de façon à ce que l'allaitement exclusif pendant six mois soit protégé ; et en prenant des initiatives de proximité pour assurer la fourniture d'aliments complémentaires appropriés, un apport suffisant en micronutriments et une bonne prise en charge nutritionnelle des nourrissons et des jeunes enfants, notamment ceux qui vivent dans des circonstances particulières (orphelins, réfugiés et enfants déplacés).
3. **Favoriser l'élaboration de politiques et programmes préscolaires et scolaires en matière de nutrition et de sécurité sanitaire des aliments** en adoptant une démarche conçue pour l'ensemble de l'établissement (école maternelle et autres écoles), qui incorpore l'éducation à la nutrition, aux propriétés organoleptiques des aliments, à la sécurité sanitaire des aliments et à l'activité physique dans le programme d'études, en utilisant l'Initiative des écoles favorables à une bonne nutrition et d'autres recommandations disponibles (19) ; en formant des enseignants et d'autres professionnels travaillant dans des écoles ; en élaborant des principes directeurs relatifs à des repas scolaires sains ; en offrant des options saines dans les cantines et les autres lieux de distribution d'aliments situés dans les écoles ; en créant des programmes de distribution de fruits et de légumes ; et en favorisant un approvisionnement en eau potable.

Domaine d'action 2 – Assurer un approvisionnement durable en aliments sûrs et sains

20. Les politiques en matière d'agriculture et de pêche influencent la santé publique parce qu'elles ont des incidences sur l'offre, la disponibilité locale, la sécurité sanitaire, la disponibilité et l'accessibilité financière des aliments. Les politiques agricoles favorisent la production de sucre, de matières grasses, de viande et d'alcool, sans stimuler de manière égale l'offre de fruits et de légumes. La dynamique commerciale peut avoir des effets négatifs sur l'offre d'aliments, en particulier dans les groupes défavorisés (24). Dans de nombreux pays industrialisés, la distribution des aliments est dominée par de grandes entreprises, tandis que les petits grossistes et détaillants sont évincés du marché (25). Dans les magasins locaux situés dans les quartiers pauvres, il est fréquent que les prix soient trop élevés, que le choix soit limité et la qualité laisse à désirer. La plupart des aliments que nous consommons sont transformés de façon industrielle et de plus en plus d'aliments sont consommés ailleurs qu'au foyer et ont souvent une teneur élevée en énergie et en matières grasses (26).

Mesure précises

1. **Améliorer la disponibilité et l'accessibilité financière des fruits et légumes** en révisant les politiques agricoles ; en fournissant des conseils techniques et des incitations de marché aux horticulteurs locaux, y compris urbains ; en réduisant les obstacles commerciaux aux importations ; et en réduisant les risques de résidus de pesticides.
2. **Favoriser la modification de la composition des principaux produits alimentaires** afin de réduire la teneur en sel, en sucres ajoutés, en matières grasses saturées et en acides gras *trans*, et favoriser la disponibilité d'une série de produits sains, en nouant un dialogue avec les fabricants d'aliments ; en fournissant un appui technique (en particulier aux petites entreprises) et en assurant une reconnaissance publique ; et en fixant des objectifs précis nouveaux après une évaluation de tous les effets potentiels.
3. **Favoriser l'enrichissement approprié en micronutriments des aliments de base et mettre au point des aliments complémentaires ayant une teneur suffisante en micronutriments**, dans les zones où les carences en micronutriments constituent un problème de santé publique, en tenant compte du rapport coût/efficacité de cette mesure, en suivant ses effets et risques potentiels, et sans aller à l'encontre de l'allaitement exclusif.
4. **Améliorer la qualité nutritionnelle des aliments disponibles et la sécurité sanitaire des aliments dans les établissements publics** (par exemple, les services sanitaires et sociaux, les services de garde d'enfants, les écoles, les lieux de travail, les services de nutrition des personnes âgées, les établissements militaires, les installations de loisirs), en adoptant des principes directeurs et des règles concernant l'achat d'aliments ; en appliquant des recommandations diététiques fondées sur les aliments et de bonnes pratiques d'hygiène dans le secteur de la restauration et l'alimentation, y compris en ce qui concerne l'eau potable (27) ; et en permettant et en encourageant la consommation d'aliments dans des magasins de détail situés dans les établissements publics.
5. **Veiller à ce que les produits alimentaires fournis à titre commercial soient conformes à des recommandations diététiques fondées sur des aliments** en associant les urbanistes et les associations commerciales locales aux décisions relatives à la localisation des établissements de restauration, des magasins alimentaires de détail et des distributeurs automatiques ; et en élaborant des principes directeurs, des règlements volontaires et des systèmes de récompenses relatifs aux produits offerts et aux promotions sur les points de vente (par exemple, taille de la portion, prix, localisation du produit, publicité).
6. **Étudier l'utilisation d'outils économiques (taxes, subventions)** pour influencer l'accessibilité financière des aliments et des boissons conformément à des recommandations diététiques fondées sur des aliments et à des initiatives relatives à la sécurité sanitaire des aliments, en tenant compte de leurs effets sur les différents groupes socioéconomiques.
7. **Mettre en place des programmes ciblés pour la protection des groupes socioéconomiques inférieurs et vulnérables** en mettant en place des subventions alimentaires, en distribuant des produits alimentaires de base, en offrant un accès gratuit ou subventionné à des établissements de restauration, et en distribuant des repas à domicile ou en assurant d'autres types d'aide sociale.
8. **Créer des systèmes intersectoriels de sécurité sanitaire des aliments selon la démarche « de la fourche à la fourchette » conformément au cadre de l'analyse des risques du Codex Alimentarius²**, en élaborant, appliquant et faisant respecter des normes, règlements et buts nationaux et internationaux en matière de sécurité sanitaire des aliments. Il faudrait adopter les textes fondamentaux du Codex Alimentarius sur l'hygiène des aliments (28) et mettre en place des systèmes reposant sur la méthode de l'analyse des dangers et de la maîtrise des points critiques (HACCP). Il faudrait que soient en place des systèmes appropriés de contrôle de la sécurité sanitaire des aliments, qui comportent des mesures assurant leur mise en œuvre, une assurance qualité, des systèmes « de vérification par soi-même » et des services de laboratoire. Un contrôle efficace de la sécurité sanitaire des aliments repose sur de bons systèmes de surveillance des dangers microbiens et chimiques aux différents stades de la chaîne alimentaire (voir domaine d'action 6). Il est nécessaire de disposer d'un système intégré de surveillance, d'enquête et d'alerte rapide, avec la participation des secteurs de la santé publique, des aliments et de la surveillance vétérinaire, afin de réunir des informations de façon à ce que des incidents dus aux aliments puissent être repérés rapidement et liés à la source d'aliments, qu'il soit possible d'identifier l'origine de l'aliment responsable et que la situation puisse être maîtrisée. Il faudrait mettre en place des systèmes de traçabilité dans tous les domaines alimentaires, afin d'assurer un rappel total des aliments dangereux et de surveiller les effets sur la santé.

² L'analyse des risques comprend l'évaluation des risques, la gestion des risques et la communication sur les risques.

Domaine d'action 3 – Assurer une information et une éducation complètes des consommateurs

21. Une bonne stratégie de communication et d'information, qui coordonne les différents médias et crée une synergie entre eux, est essentielle pour favoriser l'adoption de modes de vie sains et assurer la sécurité sanitaire des aliments et le maintien d'un approvisionnement durable en aliments. Actuellement, les messages communiqués par les campagnes d'éducation nutritionnelle sont souvent contredits par la communication commerciale. Un récent forum technique de l'OMS sur la promotion des aliments et des boissons non alcooliques aux enfants (10) a permis de conclure que la promotion commerciale d'aliments et de boissons énergétiques et pauvres en nutriments peut avoir des effets négatifs sur l'état et la santé nutritionnels des enfants et doit faire l'objet d'une réglementation. Les consommateurs constatent que l'étiquetage nutritionnel actuel est généralement difficile à comprendre et ne les aide pas à faire des choix sains. La communication sur la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition devrait également former un tout cohérent, afin de guider la consommation d'aliments. Enfin, il faudrait dûment tenir compte des cultures alimentaires traditionnelles afin d'aider chacun à adopter un régime alimentaire sain.

Mesures précises

1. **Élaborer des recommandations diététiques fondées sur des aliments et des principes directeurs concernant la sécurité sanitaire des aliments**, destinés à l'ensemble de la population et aux groupes vulnérables (en particulier les nourrissons et les jeunes enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées), qui tiennent compte des sensibilités culturelles et religieuses, et du prix et de la disponibilité des aliments ; ces recommandations et principes directeurs devraient servir de base aux campagnes de communication et donner des orientations pour les mesures prises au niveau de l'offre. Les aliments produits localement et les pratiques culinaires et alimentaires traditionnelles devraient être considérés dans le contexte d'un régime alimentaire sain. Ces recommandations et principes directeurs devraient être complétés par des principes directeurs relatifs à l'activité physique, pour lesquels il est possible de se fonder sur les recommandations les plus récentes (19).
2. **Mener des campagnes destinées à informer les consommateurs** sur les aliments, la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et les droits des consommateurs et sur les possibilités d'être physiquement actif dans différents lieux de la vie quotidienne ; en sensibilisant la population aux actions à mener dans le domaine de la restauration et du commerce ; en assurant une communication relative aux risques, ciblée et réalisée en temps utile, qui porte sur la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments et soit dirigée vers le grand public et certaines populations ; et en réduisant la pression sociale qui vise à valoriser la minceur extrême comme critère de beauté, en particulier parmi les enfants et les adolescents.
3. **Veiller au respect de pratiques appropriées en matière de promotion** pour tous les produits alimentaires, conformément à des recommandations et principes directeurs diététiques et relatifs à la sécurité sanitaire des aliments adoptés sur le plan international, en édictant des règlements ou en utilisant d'autres méthodes dont l'efficacité est avérée ; plus précisément, assurer un contrôle approprié de la promotion des aliments et des boissons auprès des enfants et mettre en place des mécanismes indépendants de surveillance et des mesures visant à garantir la mise en œuvre des dispositions en vigueur.
4. **Favoriser un étiquetage approprié des produits alimentaires**, pour améliorer la compréhension des caractéristiques des produits par les consommateurs, soutenir les choix sains et favoriser une conservation et une préparation sûres des aliments, en mettant au point des règlements et des principes directeurs qui correspondent aux meilleures pratiques (par exemple, communication d'informations sur la partie la plus visible de l'emballage), en se fondant sur les normes actuelles du Codex Alimentarius ou la législation de l'Union européenne (UE) sur l'étiquetage et les allégations d'effets bénéfiques sur la santé, et en mettant au point une méthode efficace d'évaluation de la qualité des produits alimentaires sur le plan de teneur en nutriments.

Domaine d'action 4 – Agir de façon intégrée sur les déterminants connexes

22. Pour assurer le bien-être nutritionnel et prévenir les maladies non transmissibles liées au régime alimentaire, il faut « combiner l'action intégrée portant sur les facteurs de risque et leurs déterminants fondamentaux dans les différents secteurs avec des efforts destinés à renforcer les systèmes de santé en vue d'une meilleure prévention et d'une lutte plus efficaces » (17). En particulier, pour réduire la charge qui résulte des maladies liées à la nutrition, il faut agir sur le manque d'activité physique et la consommation d'alcool ; de même, la qualité et la potabilité de l'eau et les aspects environnementaux doivent être pris en compte en même temps que la sécurité sanitaire des aliments. Cette démarche intégrée présente un intérêt particulier lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins des groupes socioéconomiques inférieurs.

Mesures précises

1. **Accroître les possibilités de pratiquer une activité physique**, en favorisant des interventions en population et en facilitant l'intégration de l'activité physique dans la vie quotidienne et dans tous les lieux, comme l'illustrent le Cadre pour l'activité physique en faveur de la santé (19) et les exemples de bonnes pratiques au niveau local (29). À cet effet, il faut prévoir des activités faisant partie du programme des cours et extérieures à celui-ci dans les écoles maternelles et autres écoles ; encourager les employeurs à faciliter une activité physique régulière sur le lieu de travail ; aider les administrations locales à construire des installations de loisirs suffisamment accessibles dans des bâtiments et à l'extérieur, en particulier dans les quartiers à faible revenu ; mettre en place une infrastructure suffisante et éliminer les obstacles aux transports physiquement actifs, par exemple en redistribuant l'espace en faveur des cyclistes et des piétons, et en incitant les urbanistes à veiller à ce que les services et l'emploi soient situés à une distance des habitations qu'il soit possible de parcourir à pied ou à vélo.
2. **Réduire la consommation de l'alcool**, en sensibilisant la population ; en protégeant davantage contre la pression des pairs et d'autres pressions, et en apprenant aux écoliers à acquérir des attitudes responsables à l'égard de la consommation d'alcool ; en prévoyant des limitations de la teneur en alcool dans les recommandations diététiques fondées sur des aliments et les conseils nutritionnels, en particulier dans le cas des femmes enceintes ; en limitant la publicité et le parrainage ; et en adoptant des dispositions législatives concernant les autorisations de vente, les ventes et la conduite en état d'ivresse (30).
3. **Assurer un approvisionnement en eau potable** dans les écoles et lieux de travail ; encourager la consommation d'eau plutôt que d'autres boissons non alcooliques ; assurer l'utilisation d'eau potable au cours de la transformation des aliments, afin de réduire de façon appréciable l'incidence des maladies transmises par les aliments ; et élargir la mise en place de plans de sécurité sanitaire de l'eau.
4. **Réduire la contamination de la chaîne alimentaire par l'environnement**, en prévenant la pollution de l'air, de l'eau et du sol par des dangers d'origine alimentaire, tels que les métaux toxiques et les polluants organiques persistants (31).

Domaine d'action 5 – Améliorer la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments dans le secteur de la santé

23. Le secteur de la santé a une responsabilité cruciale lorsqu'il s'agit de réduire la charge des maladies nutritionnelles et liées aux aliments. Des conseils cohérents et professionnels concernant le régime alimentaire et le mode de vie, prodigués par des professionnels de soins primaires, peuvent influencer les choix individuels. Des soins de mauvaise qualité peuvent créer des problèmes nutritionnels, notamment dans le cas des patients hospitalisés pendant une longue période (32).

Mesures précises

1. **Inciter le personnel de soins primaires à procéder à des évaluations nutritionnelles et à donner des conseils sur l'alimentation, la sécurité sanitaire des aliments et l'activité physique**, notamment dans les domaines suivants : la surveillance de la croissance des nourrissons et des enfants (selon les nouvelles normes de croissance des enfants de l'OMS) ; la mesure du poids et l'évaluation diététique chez les adultes ; la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel ; et des mesures favorisant un régime alimentaire équilibré, de bonnes pratiques en matière de manipulation sûre des aliments et un comportement physiquement actif, grâce à une révision des mandats, à l'élaboration de principes directeurs, au renforcement des capacités et à la mise en place d'incitations appropriées.
2. **Améliorer les normes de prestation de services pour la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies nutritionnelles**, en établissant des services nutritionnels efficaces pour les patients hospitalisés et ambulatoires ; en veillant à une couverture adéquate de la population ; en adoptant et en appliquant des principes directeurs fondés sur des informations factuelles concernant le dépistage et le traitement ; en intégrant une aide en matière de nutrition aux protocoles de traitement relatifs à diverses maladies ; en révisant les programmes de cours des futurs professionnels de santé ; en mettant en place et en faisant respecter les programmes d'accréditation pour les professionnels de santé qui participent au diagnostic et au traitement des maladies nutritionnelles ; en favorisant la fourniture d'aliments destinés à une utilisation diététique spéciale ; en fournissant des suppléments diététiques (par exemple, du fer et du folate pour les femmes enceintes), conformément aux besoins et aux circonstances du pays considéré ; et en créant des systèmes d'autorisation relatifs à la commercialisation des suppléments diététiques.
3. **Améliorer la qualité des services nutritionnels et la sécurité sanitaire des aliments dans les hôpitaux**, en offrant des aliments sûrs, agréables à consommer et adéquats sur le point nutritionnel en fonction des besoins individuels des patients et conformément à des recommandations diététiques fondées sur des aliments ; en mettant en place un dépistage des risques nutritionnels dans tous les établissements hébergeant des patients, afin de prévenir la malnutrition ; et en améliorant la qualité des aliments vendus aux patients, au personnel et aux visiteurs dans les échoppes, les distributeurs automatiques et les cafétérias.

Domaine d'action 6 – Surveillance, évaluation et recherche

24. L'incorporation d'une surveillance et d'une évaluation dans chaque politique ou programme contribue à la mise en place d'une santé publique fondée sur des informations factuelles. Il est nécessaire de disposer d'indicateurs d'activités, de résultants et de production pour évaluer les effets et l'efficacité des politiques ou programmes. Les systèmes de surveillance devraient être simples et durables, adaptés aux besoins des pays, et maintenus et élargis lorsqu'ils existent déjà, tout en étant coordonnés au niveau international par des protocoles communs, des outils analytiques et des bases de données.

Mesures précises

1. **Mettre en place des systèmes de surveillance nationaux et internationaux sur l'état nutritionnel, la disponibilité et la consommation d'aliments, et les modes d'activité physique** dans différents groupes d'âge et socioéconomiques, y compris la petite enfance. La mesure de l'état nutritionnel doit porter notamment sur l'anthropométrie et la consommation de micronutriments ; l'évaluation des apports diététiques doit tenir compte des macronutriments, des micronutriments et des principaux contaminants ; et il convient de surveiller l'allaitement maternel et la fourniture d'aliments complémentaires.
2. **Mettre en place des systèmes de surveillance des maladies d'origine alimentaire et créer des systèmes pour surveiller les dangers microbiens et chimiques aux différents points de la chaîne alimentaire**, y compris les résidus de pesticides, les contaminants de l'environnement, les produits toxiques naturels, les résidus de médicaments, la résistance aux antimicrobiens, l'utilisation d'agents antimicrobiens chez les animaux, et la présence d'isotopes radioactifs. La surveillance des maladies d'origine alimentaire doit comporter des mécanismes capables d'assurer un suivi efficace si cela est jugé approprié.
3. **Évaluer les effets des programmes et des politiques** visant à réduire la charge des maladies d'origine alimentaire et liées à la nutrition, en mettant en place des indicateurs des apports, des activités et des produits dans différents groupes socioéconomiques de la population et en calculant le rapport coût/efficacité des interventions. Un organisme indépendant devrait suivre les caractéristiques de l'environnement alimentaire, notamment la qualité nutritionnelle, les prix des aliments et le marketing. Il faudrait également évaluer les effets des politiques sectorielles sur la santé et la nutrition, en utilisant les méthodes d'évaluation des effets sur la santé, de façon à améliorer la collaboration interministérielle afin d'intégrer la santé dans toutes les politiques qui visent le régime alimentaire, l'approvisionnement en aliments ou la sécurité sanitaire des aliments.
4. **Améliorer la recherche publique et privée** pour permettre de mieux comprendre le rôle de la nutrition, de la sécurité sanitaire des aliments et des facteurs liés au mode de vie dans l'apparition des maladies et la prévention de celles-ci ; compléter les connaissances en vue de mener des interventions et des politiques ; concevoir des solutions novatrices aux problèmes de nutrition et de sécurité sanitaire des aliments ; décrire les aspects sociologiques et culturels de la consommation d'aliments ; évaluer les effets des techniques de marketing social, les nouveaux moyens de communication et les différents systèmes d'étiquetage sur les choix diététiques des consommateurs, en particulier dans les groupes socioéconomiques inférieurs ; et mettre en place des outils de surveillance et d'évaluation simples, valables et économiques.

Les acteurs

Les gouvernements

25. L'engagement du gouvernement tout entier est nécessaire pour la mise en œuvre de ce Plan d'action, selon le principe de l'incorporation de la santé dans toutes les politiques. L'obligation première des pouvoirs publics est de donner des impulsions et d'élaborer, de suivre et d'évaluer une politique alimentaire et nutritionnelle complète. Outre un engagement politique au plus haut niveau, la réussite d'une politique nécessite une coordination nationale efficace qui permette d'obtenir la pleine coopération de tous les organismes officiels concernés. Les responsables de la politique de **santé publique** sont tenus de défendre la cause de la santé et de donner des impulsions en faveur de celle-ci dans les différents ministères et dans les secteurs public et privé. La répartition précise des responsabilités gouvernementales dépend de l'organisation propre à chaque pays. En outre, le secteur sanitaire joue un rôle important dans la promotion de la santé et la prévention des maladies grâce à des programmes de santé publique précis. Les services de santé doivent également jouer un rôle important en matière de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

26. Les autres secteurs de l'action publique devraient participer à un examen du Plan d'action et à la conception de politiques et de programmes précis. **Les mesures prises dans le secteur de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation** devraient reposer sur des objectifs de santé publique, de nutrition et de sécurité sanitaire des aliments dans la production primaire, la transformation des aliments, les activités de distribution de gros et de détail ; à cet effet, il convient d'adopter des incitations en matière de production, de mettre en place des infrastructures et de fournir des services, d'édicter des règlements et de faciliter le dialogue entre le secteur privé et des représentants du secteur public. La **protection des consommateurs** devrait faire en sorte que les informations appropriées soient communiquées aux consommateurs et qu'un système adéquat soit en place en vue d'évaluer, de gérer et de faire connaître les risques relatifs aux caractéristiques nutritionnelles des aliments et à la présence de contaminants. L'**éducation** devrait faire en sorte que l'école influence les préférences alimentaires et la consommation d'aliments, ainsi que la sécurité sanitaire des aliments et l'activité physique. Le secteur des **sports** devrait assurer l'accès aux installations. Les organismes responsables des **transports, de l'urbanisme et du logement** devraient assurer l'accès à des aliments sains et sûrs, faciliter l'activité physique, et créer ou remettre en place les conditions nécessaires pour que la marche à pied et les déplacements à vélo soient des options réalistes, sûres et attrayantes. Les responsables de l'**environnement** devraient allouer des ressources en vue de faciliter des loisirs de plein air, tenir compte des effets environnementaux de la production d'aliments et fournir de l'eau potable. Les organismes chargés de l'**emploi** devraient garantir un congé parental suffisant, des pauses pour l'allaitement et la flexibilité nécessaire pour aider les femmes qui travaillent au cours de l'allaitement, et favoriser des habitudes alimentaires saines et sûres, et l'activité physique sur le lieu de travail. La **politique sociale** devrait prendre en compte les avantages sociaux d'une amélioration de la sécurité alimentaire des groupes de la population vulnérables, ainsi que de l'accès à des installations de loisirs. La **recherche** devrait permettre de mieux comprendre le rôle de la nutrition, de la sécurité sanitaire des aliments et du mode de vie dans l'apparition des maladies, communiquer des informations sur les facteurs de risque et les déterminants tout au long de la chaîne alimentaire, et renforcer les informations factuelles disponibles pour définir des interventions et des politiques, ainsi que les effets de ces dernières sur la santé.

27. Les **autorités régionales et locales** doivent jouer un rôle particulier, notamment assurer l'accès à des produits alimentaires sains et sûrs, favoriser des modes de vie sains, tels que la pratique de loisirs en plein air sur le plan local, en particulier parmi les groupes vulnérables, et mettre à la disposition de la population locale un environnement favorable à l'activité physique. L'action menée au niveau local devrait être soutenue par les autorités centrales et renforcer les politiques nationales.

La société civile et les réseaux professionnels

28. Les **organisations de professionnels de santé** peuvent jouer un rôle moteur dans la défense de la cause de la santé qu'assure le secteur sanitaire et peuvent participer à la mise au point de recommandations cliniques, de normes de soins, d'outils d'assurance qualité des services et de systèmes d'accréditation des professionnels. Les **associations et les organisations de défense des consommateurs** peuvent vérifier si les secteurs public et privé s'acquittent de leurs engagements (par exemple, en proposant des codes volontaires et en créant des récompenses ou prix) et peuvent jouer un rôle important dans la communication d'informations aux consommateurs. Les **organisations sportives et de loisirs en plein air** pourraient contribuer à diffuser une culture axée sur les loisirs actifs, soutenir la disponibilité et l'accessibilité d'infrastructures du sport pour tous, et lutter contre les pratiques nutritionnelles contraires aux recommandations diététiques fondées sur des aliments. Les **syndicats** pourraient soutenir l'élaboration de principes directeurs relatifs à une nutrition saine et à l'activité physique au cours de la journée de travail.

Les agents économiques

29. Les exploitants d'entreprises alimentaires sont responsables de la sécurité de leurs produits. Les **producteurs primaires** peuvent améliorer la disponibilité de fruits et légumes, et la qualité nutritionnelle et la sécurité sanitaire des produits. Les **fabricants d'aliments** peuvent réduire la teneur en matières grasses saturées, en sucres ajoutés et en sel, et éliminer les acides gras *trans* dans les produits existants ; utiliser de bonnes pratiques de production et mettre en œuvre des systèmes de type HACCP ; mettre au point et offrir aux consommateurs des choix sains, sûrs et financièrement accessibles ; envisager de créer de nouveaux

produits ayant une meilleure valeur nutritionnelle ; communiquer aux consommateurs des informations nutritionnelles et relatives aux produits qui soient appropriées et compréhensibles ; pratiquer une promotion responsable des produits, en particulier auprès des enfants ; veiller à ce que les étiquettes alimentaires soient simples, claires, dépourvues de caractère trompeur et cohérentes ; faire en sorte que les allégations santé reposent sur des informations factuelles ; et donner des informations sur la composition des aliments aux autorités. Les **détaillants** peuvent améliorer les connaissances de leur personnel au sujet d'une nutrition saine, améliorer la disponibilité et la promotion de produits de bonne qualité nutritionnelle, cesser de faire la promotion d'aliments énergétiques et pauvres en nutriments, et de boissons non alcooliques auprès des enfants, et veiller au respect des principes directeurs relatifs à la sécurité sanitaire des aliments. Les **restaurateurs** peuvent également améliorer les connaissances de leur personnel au sujet d'une nutrition saine, accroître la disponibilité d'options saines, réduire la promotion d'aliments énergétiques et pauvres en nutriments, et les portions trop copieuses, et veiller au respect des principes directeurs concernant la sécurité sanitaire des aliments. Les **médias** pourraient soutenir des campagnes de sensibilisation à la nutrition, à la sécurité sanitaire des aliments et au droit des consommateurs, et aux possibilités d'être physiquement actif. Les **publicitaires et spécialistes du marketing** devraient se conformer aux recommandations concernant la promotion d'aliments et de boissons non alcooliques auprès des enfants ; élaborer des codes volontaires pour aligner d'autres types de publicité sur des recommandations diététiques fondées sur des aliments et éviter la promotion de modèles de comportement malsains, par exemple dans le secteur de la mode, afin de réduire la pression sociale en faveur de l'idée que la minceur extrême est un critère de la beauté. Le **secteur des loisirs et du bien-être** peut soutenir la diffusion d'une culture de loisirs actifs et donner la possibilité de la mettre en pratique à des prix abordables. Le secteur des **transports en commun** peut veiller à ce que les aliments sains et les installations de loisirs soient plus accessibles et pourrait créer d'importantes synergies en facilitant les déplacements qui combinent la marche à pied ou le vélo avec les transports en commun.

Les acteurs internationaux

30. Dans le contexte de l'UE, la **Commission européenne** doit jouer un rôle dans la coordination et le partage de bonnes pratiques entre pays membres de l'UE, et dans la fourniture d'une aide pour le suivi des progrès accomplis dans la Région. Le Livre blanc de la Commission sur la nutrition, le surpoids et les problèmes de santé liés à l'obésité (33) indique la façon dont la Communauté peut soutenir les mesures prises par les États membres pour réduire les problèmes de santé (dont l'obésité) causés par un mauvais régime alimentaire et une activité physique insuffisante. Une série de politiques adoptées au niveau communautaire peuvent contribuer à l'atteinte de ces objectifs dans les domaines de l'alimentation, de la recherche, de l'agriculture, des transports et du développement régional. En particulier, le Livre blanc met l'accent sur le rôle que joue la Commission en favorisant et en facilitant des partenariats axés sur l'action dans l'ensemble de l'UE en vue d'inciter les partenaires publics et privés à prendre des mesures et de contribuer à la mise en œuvre d'interventions sanitaires réussies menées initialement au sein de la population d'un État membre donné dans d'autres États membres. L'**Autorité européenne de sécurité des aliments** doit également jouer un rôle en diffusant des connaissances scientifiques et techniques en vue de la prise de mesures et de l'adoption de politiques sur la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition dans le contexte de l'UE.

31. Les **institutions spécialisées des Nations Unies et d'autres organisations internationales** doivent également jouer des rôles importants dans la mise en œuvre de ce Plan d'action en accroissant la sensibilisation politique, en fournissant des conseils cohérents relatifs aux politiques dans les différents domaines, en stimulant des mécanismes de collaboration interpays et en coordonnant des actions internationales. Le **Bureau régional de l'OMS pour l'Europe** soutiendra la mise en œuvre du Plan d'action en menant une action de sensibilisation et en favorisant un engagement politique qui permette de faire face aux problèmes de santé liés à l'alimentation et à la nutrition dans les États membres et aux niveaux européen et mondial ; en fournissant une assistance technique en vue de l'élaboration de politiques alimentaires et nutritionnelles, d'une analyse des politiques et d'un renforcement des capacités ; en suivant la situation de la nutrition et de la sécurité sanitaire des aliments du point de vue de la santé publique, en analysant les tendances et en communiquant des informations sur la mise en œuvre ; en établissant des synergies et en intégrant les mesures prises dans les stratégies de santé publique connexes (par exemple, relatives à la promotion de l'activité physique, à la consommation d'alcool, à la prévention des maladies non

transmissibles et transmissibles, et à la sécurité sanitaire de l'eau). La **FAO** peut contribuer à l'action menée en donnant des conseils techniques sur les politiques et les pratiques en matière d'alimentation, d'agriculture et de commerce, en assurant la promotion d'une éducation à la nutrition et en renforçant la sécurité alimentaire et la sécurité sanitaire des aliments. La **Commission du Codex Alimentarius** devrait définir des normes alimentaires et des principes directeurs sur l'étiquetage nutritionnel, ainsi que sur les allégations relatives à la santé et à la teneur en nutriments ; favoriser la qualité, la sécurité sanitaire et l'hygiène des aliments, et envisager de prendre d'autres mesures de nature à favoriser la mise en œuvre intégrale du Plan d'action. Parmi les autres organismes susceptibles de fournir une contribution utile, il convient de mentionner le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme alimentaire mondial, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), l'Organisation internationale du travail (OIT), la Banque mondiale, le Conseil de l'Europe et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Le Comité permanent des Nations Unies sur la nutrition pourrait encourager une collaboration et une coordination entre les différentes institutions des Nations Unies.

Étapes de la mise en œuvre

La mise en œuvre dans les pays

Étape 1. Mettre en place ou renforcer un mécanisme public multisectoriel relatif à la politique alimentaire et nutritionnelle

32. Il est nécessaire de disposer d'un mécanisme public multisectoriel pour atteindre différents secteurs par une action de sensibilisation et la création de partenariats. Il convient de souligner que le ministère de la Santé doit jouer son rôle de direction en organisant les réunions du groupe et en orientant les travaux de celui-ci ; cependant, la responsabilité devrait incomber à l'ensemble du gouvernement et aux assemblées parlementaires. Il peut être nécessaire de créer des organismes indépendants spécialisés, tel qu'un conseil de l'alimentation et de la nutrition et une autorité nationale de sécurité sanitaire des aliments et de normes alimentaires, pour contribuer à la coordination efficace de l'action intersectorielle.

Étape 2. Réviser les plans d'action et les politiques sectorielles concernant l'alimentation et la nutrition

33. L'organe multisectoriel pourrait jouer un rôle important et devrait examiner les plans d'action existants en matière de nutrition et évaluer des réalisations ; analyser les politiques sectorielles appropriées et évaluer leur cohérence avec les buts énoncés dans les plans actuels ; évaluer les plans actuels compte tenu du projet de Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle ; réviser les plans d'action en fonction des besoins et des possibilités ; et préconiser la révision des politiques sectorielles conformément aux plans d'action convenus. Les plans d'action révisés devraient indiquer clairement le calendrier de la mise en œuvre des différentes actions, l'organisme d'exécution chef de file et la répartition des ressources. Les États membres devraient fixer des objectifs précis pour chacun des buts sanitaires et nutritionnels, ainsi que des buts précis en matière de sécurité sanitaire des aliments et de sécurité alimentaire, en tenant compte des ressources disponibles et des priorités.

Étape 3. Définir l'ordre de priorité de la mise en œuvre des mesures précises

34. Le choix d'actions devrait reposer sur le stade auquel se trouvent la politique nationale et le développement des capacités.

- Les pays qui n'ont pas achevé l'élaboration de leur politique nationale alimentaire et nutritionnelle ou n'ont pas établi une coordination intersectorielle pourraient donner la priorité à ces actions de développement politique et institutionnel.

- Les pays qui ont adopté une politique nutritionnelle, mais qui n'ont pas encore mis au point les outils nécessaires (par exemple, des recommandations diététiques fondées sur des aliments, des systèmes de surveillance) ou n'ont pas mis en place un mécanisme de mise en œuvre durable pourraient donner la priorité à la mise en place de tels outils et affecter des ressources suffisantes à la mise en œuvre du programme nutritionnel, en collaboration avec les organisations internationales et après avoir fait le point des expériences acquises par les autres pays.
- Les pays qui ont une tradition plus longue de mise en œuvre de politiques alimentaire et nutritionnelle mais qui ont axé principalement leur action sur la promotion de la santé pourraient envisager de privilégier des mécanismes destinés à soutenir leurs politiques (par des moyens législatifs, par exemple) et d'étendre leurs initiatives à l'ensemble des actions prévues par le présent Plan d'action.
- La plupart des pays doivent renforcer la capacité du secteur sanitaire à intégrer pleinement la nutrition dans la prévention des maladies, en particulier grâce aux soins de santé primaires, et remédier aux lacunes socioéconomiques.

Étape 4. Mettre en œuvre le Plan d'action en combinant des politiques globales, des cadres réglementaires (dispositions législatives, règlements, ordonnances, traités) et des mesures budgétaires et autres

35. Des actions volontaires et des partenariats axés sur l'action dont l'efficacité est prouvée, peuvent également servir à intégrer et à soutenir les autres outils de mise en œuvre des politiques. Il faudrait concevoir les mesures au niveau tant national que local, en accordant une attention particulière aux interventions de proximité et au potentiel de promotion de la santé de lieux tels que l'école, l'hôpital et le lieu de travail. Les mesures prises devraient également tenir compte des différences ethniques, sociales et relatives au sexe ; il faudrait les concevoir de façon à ce qu'elles réduisent les inégalités de santé et ciblent tous les stades de cycle de vie, en particulier le début de l'existence. Il faudrait accomplir des efforts particuliers pour maximiser les possibilités qui résultent de politiques et de stratégies qui portent sur des déterminants de la santé connexes, en particulier l'activité physique, la consommation d'alcool, et la sécurité sanitaire de l'eau et des aliments, en tenant compte des connaissances les plus récentes dans ces domaines.

Étape 5. Établir un dialogue et des partenariats avec d'autres parties intéressées

36. Il faudrait associer des organisations privées à but lucratif et à but non lucratif à la mise en œuvre des plans d'action, en définissant clairement les rôles qui leur sont impartis. Des partenariats pourraient être régis par des principes directeurs qui garantissent qu'ils sont appropriés et axés sur des actions clairement définies, conformément aux principes selon lesquels il faut éviter les conflits d'intérêt et les influences commerciales inappropriées. Il est possible de créer des instances de dialogue coordonnées par le mécanisme multisectoriel public relatif à la politique alimentaire et nutritionnelle.

Étape 6. Allouer les ressources

37. Pour réussir la mise en œuvre, il est crucial d'allouer une bonne combinaison de ressources humaines, financières et temporelles. Il faudrait investir des ressources suffisantes provenant des budgets publics dans des programmes de prévention. Les recettes provenant d'augmentations d'impôts sur certaines catégories de produits alimentaires pourraient être investies dans des programmes de santé. Il serait possible d'envisager des investissements de sources privées pour autant qu'ils soutiennent le plan d'action.

Étape 7. Surveiller la mise en œuvre et la responsabilité

38. Le mécanisme public multisectoriel relatif à la politique alimentaire et nutritionnelle devrait faire rapport périodiquement aux autorités, ainsi qu'aux instances internationales.

Mise en œuvre au niveau international

39. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe aidera les États membres et coordonnera les activités internationales visant à mettre en œuvre le Plan d'action au cours des six prochaines années. En particulier, il mènera les activités mentionnées ci-après.

2007-2008

- Favoriser la création ou la consolidation de groupes publics intersectoriels relatifs à la politique alimentaire et nutritionnelle.
- Faciliter l'adoption de projets d'actions par les États membres, en établissant des réseaux entre pays intéressés et en fournissant un appui technique à certains pays.
- Mettre en place un mécanisme interorganisations reliant les organismes des Nations Unies qui jouent un rôle dans la politique alimentaire et nutritionnelle dans la Région européenne de l'OMS, afin de faciliter les échanges d'informations et la coordination des mesures et de soutenir la mise en œuvre en commun de programmes d'élaboration de politiques.
- Coordonner les mesures prises avec la Commission européenne, l'Autorité européenne de sécurité alimentaire et le Comité de coordination du Codex Alimentarius pour l'Europe.
- Assurer une planification stratégique commune de la sécurité sanitaire de la nutrition et des aliments au sein de l'OMS et intégrer les activités relatives à ces questions dans les services de santé publique.
- Renforcer le réseau d'homologues pour qu'il serve de ressource et d'organe consultatif international pour la mise en œuvre du Plan d'action.
- Créer des partenariats avec la société civile et un dialogue sur les politiques avec les agents économiques.
- Favoriser la révision des plans d'action alimentaires et nutritionnels dans les États membres.
- Mettre au point et diffuser des outils (principes directeurs relatifs à la conception de plans d'action ; principes directeurs concernant les programmes de nutrition et d'activité physique dans les écoles et d'autres lieux, à partir des connaissances les plus récentes ; objectifs et exemples de la modification du contenu des aliments ; critères à utiliser pour la mise au point des systèmes simplifiés d'étiquetage nutritionnel ; calcul du coût de l'obésité ; recommandations ciblées en matière de sécurité sanitaire des aliments).
- Donner aux États membres des conseils relatifs aux politiques.
- Favoriser la mise en place de services de santé publique qui incluent les domaines de la nutrition et de la sécurité sanitaire des aliments dans les États membres.
- Contribuer à la mise au point d'un code international de bonnes pratiques relatives à la promotion et à la publicité, en particulier auprès des enfants.
- Mettre au point un système d'indicateurs, compte tenu des informations existantes, pour suivre la mise en œuvre du Plan d'action et soutenir la surveillance de la nutrition et de la sécurité sanitaire des aliments.
- Élaborer un système de suivi du respect des engagements et des progrès accomplis vers l'atteinte des buts de santé publique dans ce domaine.
- Renforcer les synergies et les actions relatives aux déterminants de la santé connexes, notamment la promotion de l'activité physique, la consommation d'alcool, et la sécurité sanitaire de l'eau et des aliments.
- Faire participer la Commission du Codex Alimentarius à des discussions sur les cadres réglementaires qui soient de nature à influencer sur le programme régional relatif à des questions telles que les normes alimentaires, des principes directeurs sur l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à des effets positifs sur la santé et aux nutriments, la qualité des aliments, la sécurité sanitaire des aliments et l'hygiène alimentaire.

2009-2010

- Évaluer les révisions des plans d'action nationaux dans les États membres.
- Élaborer et diffuser des outils de mise en œuvre des politiques (orientations sur l'utilisation des options fiscales ; calcul du rapport coût/efficacité des interventions en matière de nutrition ; base de données sur les meilleures pratiques dans le domaine des interventions relatives à la nutrition et à l'activité physique).
- Continuer à donner aux États membres des conseils sur les politiques.
- Favoriser la mise en place de services de santé publique qui incluent les domaines de la nutrition et de la sécurité sanitaire des aliments dans les États membres.
- Aider les pays à s'attaquer aux inégalités et aux écarts socioéconomiques en matière de sécurité sanitaire des aliments, de sécurité alimentaire et de nutrition.
- Continuer à soutenir les activités de suivi et de surveillance et établir le premier rapport d'étape triennal sur la mise en œuvre du Plan d'action.
- Participer au programme de recherche et stimuler la création, la traduction et la diffusion de connaissances et d'informations d'expérience entre les pays et au niveau régional.
- Maintenir et renforcer encore les synergies avec les stratégies et les actions relatives aux déterminants de la santé connexes, notamment la promotion de l'activité physique, la consommation d'alcool, la sécurité sanitaire de l'eau et la sécurité sanitaire des aliments.

2011-2012

- Fournir aux États membres une aide constante relative aux politiques et aux aspects techniques.
- Évaluer l'efficacité des projets d'outils relatifs aux politiques.
- Établir le deuxième rapport triennal sur la mise en œuvre du Plan d'action.
- Établir une évaluation de l'efficacité des actions prévues par le Plan d'action et mettre au point des recommandations pour l'accomplissement de progrès plus importants encore, en abordant les problèmes qui se sont accumulés et en indiquant de nouvelles actions.

Références³

1. *Premier Plan d'action pour l'alimentation et la nutrition. Région européenne de l'OMS, 2000-2005.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 (document EUR/01/5026013 ; <http://www.euro.who.int/Document/E74104.pdf>).
2. *Comparative analysis of nutrition policies in the WHO European Region.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (document EUR/06/5062700/BD/2 ; http://www.euro.who.int/Document/NUT/Instanbul_conf_%20ebd02.pdf).
3. *Rapport sur la santé dans le monde 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/fr/>).
4. European Opinion Research Group. *Special Eurobarometer: physical activity.* Bruxelles, Commission des Communautés européennes, 2003.
5. Cattaneo A et al. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutrition*, 2005, 8:39–46.
6. *First Joint FAO/OIE/WHO Expert Workshop on Non-human Antimicrobial Usage and Antimicrobial Resistance: Scientific Assessment.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (<http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/nov2003/en>).
7. *Plan de campagne pour la mise en œuvre de la Déclaration du Millénaire. Rapport du Secrétaire général.* New York, Nations Unies, 2001 (document A/56/326 ; <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/UN/UNPAN004492.pdf>).
8. *Déclaration du Millénaire.* New York, Nations Unies, 2000 (résolution A55/2 ; <http://www.un.org/french/millenaire/ares552f.htm>).
9. Elmadfa I et al. (sous la dir. de). *European nutrition and health report 2004.* Bâle, Karger, 2005.
10. *Marketing of food and non-alcoholic beverages to children. Report of a WHO forum and technical meeting. Oslo, Norway, 2–5 May 2006.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/en/>).
11. *Protocole sur l'eau et la santé à la Convention de 1992 sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (<http://www.euro.who.int/Document/Peh-ehp/ProtocolWaterf.pdf>).
12. *La Stratégie mondiale de l'OMS pour la salubrité des aliments : une alimentation à moindre risque pour une meilleure santé.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (http://www.who.int/foodsafety/publications/general/en/strategy_fr.pdf).
13. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_fre.pdf).
14. *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).
15. *Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (www.euro.who.int/Document/RC55/fdoc06.pdf).
16. *Directives volontaires à l'appui de la concrétisation progressive du droit à une alimentation adéquate dans le contexte de la sécurité alimentaire nationale.* Rome, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 2005 (<ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/meeting/009/y9825f/y9825f00.pdf>).

³ Tous les documents de référence diffusés sur Internet ont été consultés le 9 ou le 10 juillet 2007.

17. *Améliorer la santé. Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (document EUR/RC56/8 ; <http://www.euro.who.int/Document/RC56/fdoc08.pdf>).
18. *Charte européenne sur la lutte contre l'obésité.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (document EUR/06/5062700/8 ; <http://www.euro.who.int/document/e89568.pdf>).
19. *Steps to health: a European framework to promote physical activity for health.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/Document/E90191.pdf>).
20. *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action.* Luxembourg, Commission européenne, Direction de l'évaluation de la santé publique et des risques, 2004 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm).
21. *Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et Projet de budget programme 2008-2009.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2007 (documents A/MTSP/2008-2013 et PB/2008-2009 ; http://www.who.int/gb/f/f_amtsp.html).
22. *Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Rapport d'une consultation OMS/FAO d'experts.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (OMS, Série de rapports techniques, n° 916 ; <http://www.fao.org/WAIRDOCS/WHO/AC911F/AC911F00.HTM>).
23. León-Cava N et al. *Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence.* Washington DC, Organisation panaméricaine de la santé, 2002 (http://www.paho.org/English/HPP/HPN/Benefits_of_BF.htm).
24. Cummins S et al. Large-scale food retailing as an intervention for diet and health: quasi-experimental evaluation of a natural experiment. *J.Epidemiol. Community Health*, 2005, 59(12):1035–1040.
25. Robertson A et al. (sous la dir. de). *Food and health in Europe: a new basis for action.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (OMS, Publications régionales, Série européenne, n° 96 ; <http://www.euro.who.int/document/E82161.pdf>).
26. Prentice AM, Jebb SA. Fast foods, energy density and obesity: a possible mechanistic link. *Obesity Reviews*, 2003, 4:187–194.
27. *Cinq clefs pour des aliments plus sûrs : manuel.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2007 (http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual_keys_fr.pdf).
28. *Hygiène alimentaire. Textes de base. Troisième édition.* Rome, Commission du Codex Alimentarius, 2005 (<ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/008/y5307f/y5307f00.pdf>).
29. *Physical activity and health in Europe: evidence for action.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89490.pdf>).
30. *Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000-2005.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (<http://www.euro.who.int/document/E67947.pdf>).
31. *Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants.* Genève, Programme des Nations Unies pour l'environnement, 2004 (http://www.pops.int/documents/convtext/convtext_fr.pdf).
32. McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ*, 1994, 308(6934):945–948.
33. *Une Stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité.* Bruxelles, Commission des Communautés européennes, 2007 (COM (2007) 279 final ; http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_fr.pdf).