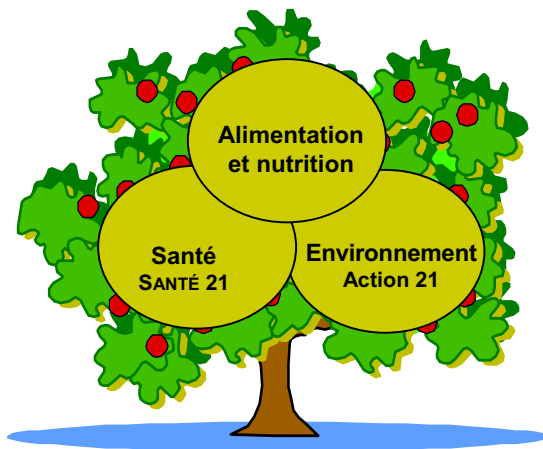


Premier Plan d'action pour l'alimentation et la nutrition

Région européenne de l'OMS
2000–2005



Cultiver, acheter et consommer les aliments appropriés peut réduire le risque de maladie et simultanément promouvoir un environnement durable

Programme Nutrition et sécurité alimentaire
Division du soutien technique et du développement stratégique

BUT EUROPÉEN 11 DE LA SANTÉ 21**ADOPTER DES MODES DE VIE PLUS SAINS**

D'ici 2015, tous les groupes de la population devraient avoir adopté des modes de vie plus sains.

(Adopté par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe à sa quarante-huitième session, Copenhague, septembre 1998)

Résumé

Le droit de disposer d'aliments variés, salubres et sains – droit fondamental de l'individu – a été souligné à la Conférence internationale sur la nutrition (1992) et au Sommet mondial de l'alimentation (1996). L'offre d'aliments nutritifs et salubres est l'une des conditions de la protection et de la promotion de la santé. Malgré les engagements pris et les efforts déployés aux niveaux national et international, le besoin de politiques réduisant le fardeau des maladies alimentaires et leur coût pour la société et les services de santé se fait toujours sentir. Le présent document souligne la nécessité d'élaborer des politiques alimentaires et nutritionnelles qui protègent et favorisent la santé et réduisent le fardeau des maladies alimentaires tout en favorisant le développement socioéconomique et un environnement durable. Il insiste sur la complémentarité des rôles joués par différents secteurs dans la formulation et la mise en œuvre de ces politiques. Il fournit un cadre permettant aux États membres de commencer à traiter la question. Il propose, pour la période 2000–2005, un plan d'action comprenant des stratégies et des activités de soutien aux États membres qui souhaitent élaborer, mettre en œuvre et évaluer leur politique alimentaire et nutritionnelle.

Mots clés

NUTRITION POLICY
REGIONAL HEALTH PLANNING
PROGRAM EVALUATION
FOOD HYGIENE
FOOD CONTAMINATION – prevention and control
CHILD WELFARE
MATERNAL WELFARE
INFANT NUTRITION
EUROPE

© Organisation mondiale de la santé – 2001

Tous les droits relatifs au présent document sont réservés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Toutefois, ce document peut faire l'objet de comptes rendus et être résumé, reproduit ou traduit (mais non en vue d'une vente ou d'une utilisation à des fins commerciales), pour autant que la source soit dûment indiquée. Pour utiliser l'emblème de l'OMS, il faut demander l'autorisation du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100, Copenhague Ø, Danemark. Toute traduction doit contenir la mention suivante : *Le traducteur du présent document est seul responsable de la fidélité de la traduction.* Le Bureau régional souhaite recevoir trois exemplaires de toute traduction. Les opinions exprimées par des auteurs nommément désignés n'engagent que ces auteurs.

SOMMAIRE

Résumé	1
But et engagements politiques existants	4
Inégalités sociales et charge de morbidité liée à l'alimentation	6
Maladies d'origine alimentaire.....	7
Malnutrition.....	9
Obésité et maladies non transmissibles.....	10
Stratégies alimentaires et nutritionnelles.....	11
Stratégie de sécurité sanitaire des aliments	12
Stratégie nutritionnelle	13
Une stratégie viable en matière d'approvisionnement en denrées alimentaires (sécurité alimentaire).....	16
Projet de plan d'action.....	18
Démarches.....	18
Activités prévues.....	23
Équipe spéciale sur l'alimentation et la nutrition pour la Région européenne de l'OMS.....	26
Références	28
Annexe 1 Importants accords conclus au cours des dix dernières années écoulées	31
Annexe 2 Définition de certains termes.....	36
Annexe 3 Résolution sur la salubrité des aliments de l'Assemblée mondiale de la santé.....	38
Annexe 4 Résolution du Comité régional de l'OMS pour l'Europe.....	45

RÉSUMÉ

La Conférence internationale sur la nutrition de 1992 et le Sommet sur l'alimentation dans le monde de 1996 ont souligné que la possibilité de consommer des aliments, sûrs, sains et variés constituait un droit fondamental de la personne humaine. La disponibilité d'aliments nutritifs et sains est une condition préalable de la protection et de la promotion de la santé. Malgré les engagements pris et les efforts accomplis aux niveaux national et international, il reste nécessaire d'adopter des politiques qui réduisent la charge représentée par les maladies liées aux aliments et leur coût pour la société et les services de santé.

On estime que, chaque année, 130 millions d'Européens souffrent d'une maladie d'origine alimentaire. La diarrhée, qui est une cause importante de décès et de retard de croissance chez les jeunes enfants, est le symptôme le plus fréquent des maladies d'origine alimentaire. On assiste à l'apparition de nouveaux agents pathogènes, tels que celui qui cause l'encéphalopathie spongiforme bovine. L'utilisation d'antibiotiques dans l'élevage et la possibilité d'un transfert d'une résistance aux antibiotiques à des pathogènes de l'homme constitue une importante préoccupation en matière de santé publique.

De faibles taux d'allaitement maternel et de mauvaises pratiques en matière de sevrage se traduisent par de la malnutrition et des troubles tels que le retard de croissance, un mauvais développement cognitif et des infections digestives et respiratoires chez les jeunes enfants. Les troubles dus à une carence en iode touchent environ 16% de la population européenne et constituent une cause importante de retard mental. L'anémie ferriprive touche des millions de personnes ; elle nuit au développement cognitif des enfants et augmente les risques que courent les femmes enceintes.

La prévalence de l'obésité atteint jusqu'à 20–30% chez les adultes, tandis que les taux augmentent chez les enfants. Il en résulte une augmentation du risque de maladies cardiovasculaires, de certains

cancers et de diabète. On estime que l'obésité coûte à certains services de santé environ 7% du total de leur budget de soins de santé. Environ un tiers des cas de maladies cardiovasculaires, qui représentent la première cause de décès dans la Région, est lié à une alimentation déséquilibrée, et 30 à 40% des cancers pourraient être prévenus par une amélioration du régime alimentaire.

Dans les pays de l'Union européenne, une analyse préliminaire de l'Institut suédois de santé publique donne à penser que 4,5% de la perte d'années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) sont dus à une mauvaise alimentation, tandis que 3,7% et 1,4% sont dus à l'obésité et au manque d'activité physique, respectivement. Le pourcentage total d'AVCI perdues en raison d'une mauvaise alimentation et d'un manque d'activité physique est donc de 9,6%, contre 9% pour le tabagisme.

Ce document souligne la nécessité d'élaborer des politiques en matière d'alimentation et de nutrition qui protègent et favorisent la santé et réduisent la charge de morbidité liée à l'alimentation, tout en contribuant au développement socioéconomique et à un environnement viable. Il met l'accent sur les rôles complémentaires joués par différents secteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre de telles politiques. Il offre un cadre qui permet aux États membres de commencer à s'attaquer à cette question. Ce cadre comprend trois stratégies liées entre elles :

- Une stratégie en matière de sécurité sanitaire des aliments, qui met l'accent sur la nécessité de prévenir les contaminations tant chimiques que biologiques, à tous les stades de la filière alimentaire. Les effets potentiels d'aliments peu sûrs sur la santé humaine sont très préoccupants et l'on met en place des systèmes de sécurité sanitaire des aliments qui tiennent compte de l'ensemble de la filière, du producteur au consommateur.
- Une stratégie nutritionnelle visant à garantir une santé optimale, en particulier parmi les groupes à faible revenu et aux périodes critiques de la vie, telles que la petite enfance, l'enfance, la grossesse et la période d'allaitement, et la vieillesse.

- Une politique de sécurité de l'approvisionnement en denrées alimentaires, afin d'assurer la disponibilité d'une quantité suffisante d'aliments de bonne qualité tout en contribuant à stimuler les économies rurales et à favoriser les aspects sociaux et environnementaux du développement durable.

On propose un plan d'action pour la période 2000–2005, qui présente des méthodes et des activités visant à aider les États membres qui souhaitent élaborer, mettre en œuvre et évaluer leurs politiques en matière d'alimentation et de nutrition.

La nécessité d'une coordination entre secteurs et organisations s'accroîtra à mesure que l'éthique et les droits de l'homme, ainsi que la science et l'économie joueront un rôle plus important dans la prise de décision. Les pays peuvent examiner quels sont les mécanismes nécessaires pour faciliter une meilleure coordination entre secteurs et faire en sorte que les préoccupations en matière de santé et d'environnement soient prises en compte lors de l'élaboration de politiques en matière d'alimentation et de nutrition.

Il est proposé de créer une équipe spéciale pour l'alimentation et la nutrition, afin de faciliter la coordination entre l'Union européenne, le Conseil de l'Europe, des organismes des Nations Unies (en particulier l'UNICEF et la FAO) et des organisations internationales, intergouvernementales et non gouvernementales se préoccupant de l'environnement et d'autres questions. Le Bureau régional est prêt à assurer le secrétariat de cette équipe spéciale.

BUT ET ENGAGEMENTS POLITIQUES EXISTANTS

Le but d'une politique en matière d'alimentation et de nutrition est de protéger et de favoriser la santé et de réduire la charge de morbidité liée à l'alimentation, tout en contribuant au développement socio-économique et à un environnement viable. Un objectif très important du secteur sanitaire est d'assurer la promotion de la santé grâce à un régime alimentaire bien équilibré, à l'absence de carence nutritionnelle et à la lutte contre les maladies d'origine alimentaire. En conséquence, il est essentiel d'adopter une démarche multisectorielle (associant les secteurs de l'agriculture, de l'environnement, de la production de denrées alimentaires, des transports, de la publicité et du commerce), pour que la politique en matière d'alimentation et de nutrition soit au cœur des préoccupations politiques. La santé devrait être un résultat attendu de politiques en matière d'alimentation et de nutrition, et contribuer au succès et à la rentabilité des secteurs commerciaux concernés.

Il est nécessaire de mener une action intersectorielle au niveau international. Action 21 (1), programme adopté par les gouvernements en 1992 à la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, incorporait le principe selon lequel les modes non viables de production et de consommation devraient être réduits. En 2000, la Commission du développement durable de l'ONU porte son attention sur l'agriculture et le développement. Dans le cadre de ses responsabilités, l'OMS s'est penchée sur le thème « L'évolution de la nutrition dans le monde : les implications pour l'action à mener en matière de santé et d'agriculture viable au XXI^e siècle », qui offre la possibilité de faire la synthèse des aspects sanitaires, agricoles et environnementaux.

D'autres engagements politiques pris au cours des dix dernières années (annexe 1) mettent l'accent sur la nécessité de politiques globales et intersectorielles qui favorisent la santé publique. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) a préparé l'adoption de la Convention relative aux droits de l'enfant en 1989 et a organisé le

Sommet mondial de l'enfance en 1990, qui ont souligné l'importance de la nutrition. Après la Conférence internationale sur la nutrition de 1992 (organisée ensemble par l'OMS et par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture – FAO), une résolution de l'Assemblée mondiale de la santé a demandé l'élaboration de plans d'action globaux portant sur l'hygiène alimentaire et nutritionnelle. Le Bureau régional a publié en 1995 un rapport intérimaire sur la mise en œuvre dans les États membres de la Déclaration adoptée lors de la Conférence internationale sur la nutrition (2).

Dans l'Union européenne, le traité d'Amsterdam indique qu'« un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté ». Des éléments d'une politique en matière d'alimentation et de nutrition sont incorporés dans le livre blanc de la Commission européenne sur la sécurité sanitaire des aliments (2000) et le nouveau programme pour la santé publique (2001–2006). Le thème « Santé et nutrition, élément pour l'action européenne » a un caractère prioritaire pour la Commission et le Gouvernement français au cours de la présidence française du Conseil (juillet–décembre 2000). Le Conseil de l'Europe a également des activités dans l'élaboration de certains aspects d'une politique en matière d'alimentation et de nutrition.

Le Bureau régional mène également des activités relatives à une politique en matière d'alimentation et de nutrition, en coopération avec la Banque asiatique de développement et la Banque mondiale. Il a l'intention de renforcer ces partenariats, en particulier grâce à l'Équipe spéciale européenne pour l'alimentation et la nutrition dont la création est proposée dans ce document.

L'intérêt particulier de l'OMS pour l'alimentation et la nutrition est affirmé dans un certain nombre de résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé relatives à la sécurité sanitaire des aliments, aux maladies non transmissibles, à l'alimentation des nourrissons (en particulier le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions adoptées ultérieurement sur cette

question) et les troubles dus à une carence en iode. La SANTÉ 21 (3), la politique-cadre en matière de santé pour la Région européenne adoptée par les États membres en 1998, met l'accent sur l'importance d'une action relative aux déterminants de la santé, tels que l'alimentation et la nutrition.

Dans un contexte multisectoriel, le rôle de l'OMS dans la Région européenne consiste à plaider pour que la santé soit au cœur de toutes les politiques et de toutes les activités qui ont des incidences sur la santé ; à rechercher, à évaluer et à diffuser des données scientifiques sur le lien entre l'alimentation et la santé ; à soutenir les efforts visant à évaluer les effets sanitaires et les conséquences économiques des politiques en matière d'alimentation ; à fournir des informations et un appui aux États membres dans le domaine des politiques en matière d'alimentation et de nutrition ; et à favoriser et à faciliter des partenariats avec l'ensemble des organisations et des secteurs concernés.

INÉGALITÉS SOCIALES ET CHARGE DE MORBIDITÉ LIÉE À L'ALIMENTATION

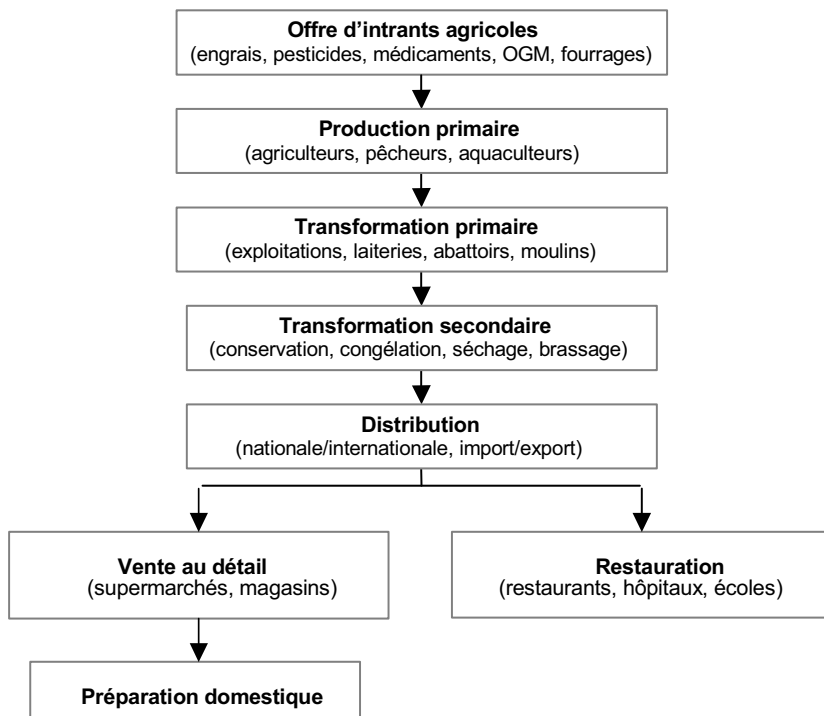
Le grand public, les professionnels de la santé et les autorités nationales de l'ensemble de la Région européenne se disent tous préoccupés par l'augmentation de l'incidence des maladies d'origine alimentaire. Les problèmes de santé liés à l'alimentation, en particulier la malnutrition, l'obésité et les maladies non transmissibles qui leur sont liées, représentent un fardeau énorme pour la société, en particulier pour ses membres les plus vulnérables. Les régimes alimentaires des membres de groupes à faible revenu sont généralement inappropriés. Les personnes qui ont un revenu peu élevé et certains groupes tels que les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et allaitantes, et les personnes âgées ont souvent des difficultés pour obtenir des aliments sains et variés. On peut citer des exemples, pris dans l'ensemble de la Région, qui montrent que la pauvreté et les inégalités sociales ont des répercussions sur l'alimentation (4).

Maladies d'origine alimentaire

En 1995, il a été estimé que, chaque année, environ 130 millions d'Européens étaient touchés par des maladies d'origine alimentaire. Des sources de contamination des aliments, tant chimiques (pesticides, métaux lourds et autres contaminants) que biologiques (par exemple, salmonelle, *Campylobacter*, *Listeria* and *E. coli*), sont détectées à tous les stades de la filière alimentaire. La diarrhée, qui est la principale cause de décès et de retard de croissance chez les nourrissons et les jeunes enfants, est le symptôme le plus courant des maladies d'origine alimentaire. L'insuffisance rénale, les troubles cérébraux et nerveux, l'arthrite et la paralysie sont d'autres conséquences grave de ces maladies. De nouveaux types de pathogène, tels que les prions qui causent l'encéphalopathie spongiforme bovine, sont maintenant considérés comme la cause de la nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob chez l'homme.

Les aliments peuvent être contaminés au cours des différents stades de la production agricole primaire, du stockage, du transport, de la transformation, de l'emballage et de la préparation finale. Chaque maillon de la chaîne doit être aussi fort que les autres pour la protection de la santé des consommateurs (voir figure 1). En outre, le développement du commerce mondial des denrées alimentaires crée des possibilités de distribution de très grande quantité d'aliments provenant d'une seule source sur des distances beaucoup plus grandes qu'auparavant. Ce phénomène permet de produire des aliments meilleur marché et plus variés mais il crée également un risque accru d'épidémies plus étendues de maladies d'origine alimentaire.

Figure 1. Principaux stades de la chaîne de l'offre alimentaire



Dans une grande partie de la Région européenne de l'OMS, la filière alimentaire subit des modifications importantes, telles que l'intensification de l'agriculture et de l'élevage ; une augmentation de la production de masse de produits alimentaires ; un développement du commerce d'aliments à longue distance ; une baisse du nombre des magasins locaux et des marchés en plein air ; une plus grande difficulté à obtenir des aliments nutritifs de bonne qualité, en particulier dans le cas des pauvres et des groupes défavorisés ; et une intensification des préoccupations des consommateurs et une méfiance de plus en plus grande de la part de ceux-ci, ce qui entraîne une demande d'aliments sains produits de façon viable.

Compte tenu de la complexité croissante de la filière alimentaire et des incidences que l'approvisionnement en denrées alimentaires a sur la sécurité sanitaire des aliments, il est nécessaire d'examiner les meilleurs moyens de mettre en place des mécanismes de lutte efficace contre les maladies d'origine alimentaire.

Malnutrition

En raison des faibles taux d'allaitement au sein et des mauvaises pratiques en matière de sevrage, on observe une malnutrition et des troubles tels que les retards de croissance, un mauvais développement cognitif et des infections digestives et respiratoires chez les nourrissons et les jeunes enfants. En 1995, le ministère de la santé du Royaume-Uni a estimé que les économies qui pourraient être réalisées grâce à une baisse du nombre de cas de gastro-entérites pourraient s'élever à 35 millions de livres si tous les nourrissons du Royaume-Uni bénéficiaient de l'allaitement au sein (5).

Les deux principaux problèmes de carence en nutriments dans la Région européenne sont les troubles dus à une carence en iode et l'anémie ferriprive. Les premiers touchent environ 16% de la population européenne et constituent une importante cause d'arriération mentale. L'anémie ferriprive touche des millions de personnes et entrave le développement cognitif des enfants et, au cours de la grossesse, augmente les risques courus par les futures mères. D'autres carences, telles que les carences en vitamine A, en autres vitamines antioxydantes et en substances contenues dans les fruits et les légumes, sont liées à une augmentation du risque de cancer et de maladies cardiovasculaires.

On met actuellement au point des politiques de santé publique économiquement avantageuses ayant fait leurs preuves pour éliminer les troubles dus à la carence en iode, avec l'appui de l'OMS, de l'UNICEF et du Conseil international pour la lutte contre les troubles dus aux carences en iode (6). De même, il existe des stratégies de l'OMS et de l'UNICEF qui visent à lutter contre l'anémie ferriprive (7).

Obésité et maladies non transmissibles

Un régime alimentaire riche en graisses saturées, à fort contenu énergétique et comportant peu d'aliments d'origine végétale, ainsi qu'un mode de vie sédentaire, représentent la principale cause de l'épidémie paneuropéenne d'obésité et de surcharge pondérale, qui augmente les risques de contracter des maladies non transmissibles, dont les maladies cardiovasculaires, certains cancers et le diabète. Parmi les autres troubles liés au régime alimentaire, il faut citer les caries dentaires (liées à une consommation excessive et fréquente de sucre et à une mauvaise hygiène dentaire) et l'hypertension (liée à une consommation excessive de sel dans les groupes de la population prédisposés).

La prévalence de l'obésité atteint jusqu'à 20–30% chez les adultes, tandis que les taux augmentent parmi les enfants. Les maladies cardiovasculaires et le cancer, ainsi que le diabète, représentent environ 30% des années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) perdues chaque année dans la Région européenne de l'OMS (8). Selon des estimations prudentes, environ un tiers des maladies cardiovasculaires sont dues à une alimentation déséquilibrée, mais des études plus approfondies sont nécessaires à cet égard. Les cancers tuent environ un million d'adultes chaque année dans la Région et 30 à 40% des cancers enregistrés dans le monde entier pourraient être prévenus par un meilleur régime alimentaire (9).

On estime que l'obésité coûte aux services de santé 7% de leur budget total affecté aux soins de santé. Au début des années 90, le ministère allemand de la santé a estimé que les troubles liés au régime alimentaire coûtaient environ 113 milliards de DEM (10). Cela représentait 30% du coût total du traitement des maladies en Allemagne. Les dépenses les plus élevées étaient engendrées par le traitement des maladies cardiovasculaires, suivies par les caries dentaires et le cancer.

Une analyse préliminaire de l'Institut de santé publique de Suède (11) semble indiquer que 4,5% de la perte d'AVCI dans les pays de l'Union européenne sont dus à une mauvaise alimentation, tandis que des pertes supplémentaires de 3,7% et 1,4% sont dues à l'obésité et au

manque d'activité physique, respectivement. Le pourcentage total d'AVCI perdues en raison d'une mauvaise alimentation et d'un manque d'activité physique s'élève donc à 9,6%, contre 9% pour le tabagisme. Une analyse plus approfondie entreprise à l'initiative du Bureau régional est en cours afin d'évaluer la charge totale de morbidité liée au régime alimentaire dans la Région.

STRATÉGIES ALIMENTAIRES ET NUTRITIONNELLES

Une politique globale en matière d'alimentation et de nutrition comprend trois stratégies, relatives à la nutrition, à la sécurité sanitaire des aliments et à la sécurité alimentaire, sur la base des principes de la SANTÉ 21 et d'Action 21 (pour la définition des termes retenus, voir annexe 2). Le présent cadre offre un point de départ pour l'examen des moyens permettant de favoriser la santé publique grâce à l'alimentation (voir figure 2). Ces trois stratégies sont liées entre elles, étant donné que l'approvisionnement en denrées alimentaires influe sur la sécurité sanitaire des aliments et la composition des aliments. Une coopération étroite entre les responsables de la nutrition, de la sécurité sanitaire des aliments et de la sécurité alimentaire est nécessaire pour la mise au point de politiques globales et intersectorielles et d'une action concertée.

La population souhaite pouvoir consommer des produits sains et de bonne qualité qui ne lui fassent courir aucun risque, et de nombreux consommateurs n'établissent pas de distinction entre la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition. En conséquence, il est essentiel d'assurer une bonne coordination pour éviter de donner aux consommateurs des informations discordantes sur des aliments qui sont à la fois nutritifs et sains. En outre, une intensification de la coopération peut se traduire par une meilleure utilisation des ressources, si des activités de surveillance, de gestion des risques et de promotion de la santé (12) sont menées de concert par les autorités responsables de la sécurité sanitaire des aliments et de la nutrition.

Figure 2. Une politique intégrée comporte plusieurs stratégies : nutrition, salubrité des aliments et offre alimentaire durable



Stratégie de sécurité sanitaire des aliments

Un certain nombre de ministères ou d'organismes publics sont responsables de la sécurité sanitaire des aliments ; il s'agit en particulier des ministères et des services responsables de la santé, de l'agriculture, de la pêche, du commerce, du tourisme, de l'éducation, de l'environnement, de l'aménagement du territoire et des finances. Il est nécessaire d'adopter une démarche globale aux niveaux national et international pour pouvoir mettre en œuvre une politique efficace en matière de sécurité sanitaire des aliments. En 1963, l'Assemblée mondiale de la santé a approuvé la création de la Commission mixte FAO/OMS du Codex Alimentarius, qui a élaboré un grand nombre de normes internationales.

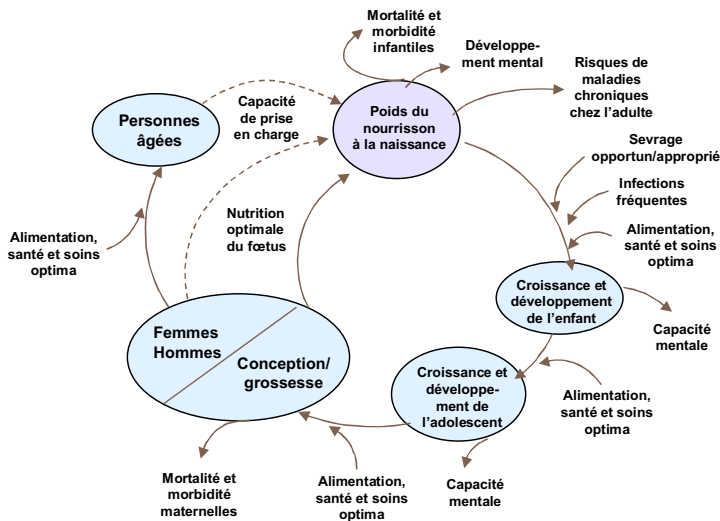
En mai 2000, l'Assemblée mondiale de la santé, reconnaissant que les risques sanitaires dus aux aliments ne répondant pas aux normes d'hygiène étaient en augmentation et que les systèmes traditionnels d'hygiène alimentaire n'y faisaient pas face de façon appropriée, a demandé instamment aux États membres (dans la résolution WHA53.15) de faire en sorte que la sécurité sanitaire des aliments représente l'une de leurs tâches essentielles en matière de santé publique et d'élaborer des programmes de sécurité sanitaire des aliments en coopération avec tous les secteurs concernés.

Les incidences potentielles de la sécurité sanitaire des aliments sur la santé suscitent de plus en plus de préoccupations auprès de la population et engendrent une perte de confiance du consommateur. Par exemple, l'utilisation d'antibiotiques en élevage provoque des inquiétudes concernant le transfert d'une résistance aux antibiotiques à des pathogènes de l'homme. L'utilisation des biotechnologies pour produire des aliments génétiquement modifiés pourrait bouleverser complètement l'offre d'aliments. L'OMS met au point des méthodes pour aider les pays à faire face à cette situation en évolution constante et à ces incidences potentielles sur la santé publique.

Stratégie nutritionnelle

Les problèmes nutritionnels évoluent tout au long de la vie (voir figure 3). Une bonne alimentation au cours des premières années de la vie a des répercussions favorables pendant l'ensemble de l'existence (13). Cela commence par l'alimentation de la mère, en raison de son importance pour le fœtus et du fait qu'un faible poids de naissance engendre un risque accru de maladie cardiovasculaire ultérieurement. Lorsque les femmes enceintes ne consomment pas d'aliments sûrs, sains et variés, il en résulte des conséquences sociales et économiques à long terme. Le Bureau régional et l'UNICEF ont mis au point des documents de formation pour aider les professionnels de santé à améliorer la santé des femmes et de leurs enfants grâce à une alimentation saine.

Figure 3. Cycle de vie : liens de cause à effet proposés



Source: Adapté de *Commission on the Nutrition Challenges of the 21st Century (2000) Final Report to the ACC/SCN*.

Les analyses démontrent que l'allaitement au sein exclusif et la consommation d'aliments complémentaires suffisants à partir de six mois, mais pas avant quatre mois, lorsque l'allaitement au sein se poursuit, peut réduire la charge de morbidité à court et à long terme. La Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et le soutien de l'alimentation au sein a été adoptée comme base de la politique à mener en la matière par l'Assemblée mondiale de la santé en 1991 (annexe 1), et le Bureau régional suit sa mise en œuvre dans les États membres (14). Plus récemment, le Bureau régional et l'UNICEF, avec le concours des gouvernements néerlandais et britannique ont publié de nouvelles recommandations concernant l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (15).

Au cours de l'adolescence, les incidences de la nutrition sur la santé sont importantes. Pendant les périodes de croissance rapide, les adolescents ont des besoins accrus en énergie. Un grand nombre d'entre eux, en particulier ceux qui font partie de groupes à faible revenu, choisissent des sources relativement bon marché, telles que de grandes quantités de matières grasses et de sucre, ce qui peut entraîner une carence en micronutriments, une obésité et des caries dentaires. On dispose de plus en plus de données qui indiquent qu'une mauvaise alimentation due à des inégalités de revenus engendre des disparités en matière de santé (16). Le Réseau européen d'Écoles-santé a produit, en collaboration avec le Bureau régional et la Commission européenne, un guide de formation pour les enseignants (17). En outre, une importante enquête, menée régulièrement dans près de 30 pays, permet d'obtenir des informations sur les habitudes alimentaires des adolescents et sur l'image qu'ils ont de leur corps (18).

À l'âge adulte, le principal problème consiste à éviter les décès prématurés dus à des maladies cardiovasculaires et à des cancers. Pour les prévenir, le guide diététique publié par le programme d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI) recommande 12 mesures en vue d'une alimentation saine, dont la consommation d'au moins 400 g de fruits et légumes chaque jour (19). L'OMS a également mis au point des recommandations pour encourager une plus grande activité physique dans le cadre de la vie quotidienne (20). L'objectif recherché est de faire en sorte qu'une activité physique quotidienne constitue un choix facile et donc de prévenir l'obésité ainsi que de réduire le risque de diabète, de cardiopathie et d'accident vasculaire cérébral, et de favoriser une bonne santé et le bien-être.

La question du vieillissement en bonne santé revêt également une grande importance. Lorsque l'activité décroît, les besoins énergétiques se réduisent, de sorte que les aliments consommés par les personnes âgées doivent être riches en micronutriments, de façon à compenser la réduction de l'ingestion d'aliments. Ici encore, la consommation quotidienne de 400 g de fruits et légumes est recommandée par l'OMS

pour les personnes âgées. La baisse de l'acuité visuelle, la réduction de la résistance aux infections et d'autres problèmes liés aux micronutriments peuvent coexister avec l'obésité, ce qui complique la prise en charge de la santé des personnes âgées pour les professionnels.

Une stratégie viable en matière d'approvisionnement en denrées alimentaires (sécurité alimentaire)

Les aliments constituent une denrée à la fois agricole et industrielle. La contribution des denrées alimentaires au commerce mondial est devenue si importante qu'en 1994, elles ont été intégrées dans l'Accord mondial sur le commerce. Bien que les méthodes de production et de distribution des denrées alimentaires ne fassent pas partie du domaine de compétence de l'OMS, les incidences de l'alimentation sur la santé publique constituent un sujet légitime de préoccupation du secteur sanitaire. Au sein de la Commission du développement durable de l'ONU, l'OMS a demandé l'établissement de liens plus étroits entre les secteurs agricole et sanitaire. Le secteur sanitaire peut stimuler un débat sur la façon dont un approvisionnement viable en denrées alimentaires peut prévenir les maladies et favoriser la santé.

Un approvisionnement viable en denrées alimentaires devrait garantir la disponibilité d'aliments de bonne qualité en quantité suffisante, tout en contribuant à stimuler les économies rurales et en favorisant la cohésion sociale dans les sociétés rurales. En Hongrie, par exemple, le développement du secteur de production et de transformation de fruits, qui exige beaucoup de main-d'œuvre, pourrait fournir des emplois à 5–10% de la population dans des zones où le chômage est élevé. C'est ce qui s'est passé en Finlande au cours des 20 dernières années. Comme l'urbanisation se développe constamment, il est nécessaire d'adopter des politiques en matière de nutrition et d'alimentation qui définissent les meilleurs moyens de nourrir d'importantes populations urbaines de façon viable. Le Bureau régional élabore un plan d'action sur l'alimentation et la nutrition dans les villes, pour aider les autorités locales à faire face à ce problème (21).

Des politiques en matière d'alimentation qui favorisent la production de quantités importantes de viande et de produits laitiers, combinées avec des politiques qui détruisent de grandes quantités de fruits et de légumes, nuisent à l'environnement et sont contraires aux buts en matière de nutrition (22). Ces derniers mettent l'accent sur une consommation élevée de fruits et légumes, ainsi que sur une ingestion de faibles quantités de graisses saturées provenant de la viande et des produits laitiers. Des études d'impact sur la santé publique et l'environnement ont été réalisées par des spécialistes de l'environnement de la Banque mondiale en Suède (23) et par la Commission européenne (24). Ces études indiquent que la production de denrées alimentaires favorisant un environnement durable peut également être bénéfique pour la santé. Comme cela a déjà été fait en Suède (25), les pays peuvent définir les modèles d'approvisionnement durable en denrées alimentaires qui leur conviennent le mieux. L'OMS aidera les pays en leur permettant d'échanger des informations sur les meilleurs moyens de réaliser des études d'impact sur la santé de différents types d'offre de denrées alimentaires.

Le Bureau régional a mis au point des méthodes de surveillance permettant d'évaluer le niveau de sécurité alimentaire et nutritionnelle au cours de catastrophes et de situations d'urgence (26). Sur la base des données recueillies, on a élaboré des politiques spécialement conçues pour la Région européenne (27). Ces travaux d'urgence ont commencé en ex-Yougoslavie en 1992 et sont maintenant en cours d'intégration dans les politiques en matière d'alimentation et de nutrition en Europe du sud-est (28), ce qui établit un lien entre les activités humanitaires et les efforts de développement.

PROJET DE PLAN D'ACTION

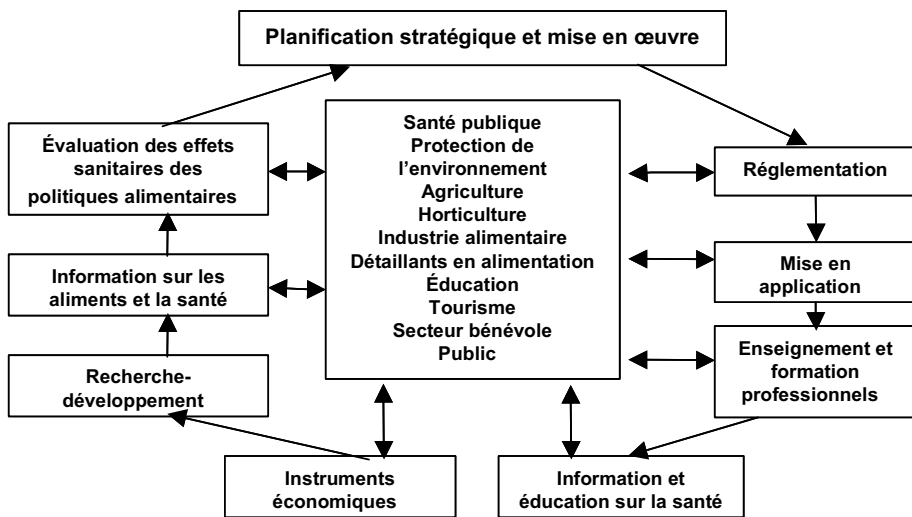
Démarches

Mise au point d'une démarche globale

Il est admis que l'agriculture et les autres secteurs non sanitaires ont une responsabilité essentielle relative à la filière alimentaire. Les opinions varient selon les différentes parties intéressées : les producteurs de denrées alimentaires et les consommateurs ; les ministres de l'économie et ceux qui sont responsables des questions sociales ; les représentants des consommateurs du pays et ceux qui s'intéressent aux marchés d'exportation ; et les personnes qui prônent les valeurs alimentaires traditionnelles ou au contraire des tendances modernes. Pour être efficace, une politique en matière d'alimentation et de nutrition devra harmoniser ces opinions dans toute la mesure du possible. Des données qui illustrent les effets de l'alimentation et de la nutrition sur la santé publique constituent un moyen parmi d'autres de stimuler une harmonisation et un consensus.

Il n'est pas facile de trouver un consensus entre des groupes dont les intérêts divergent. Une façon d'accomplir des progrès consiste à créer des partenariats entre les secteurs (voir figure 4). Pour aider les États membres et les ministres de la santé en particulier, le Bureau régional, avec le concours du Siège de l'OMS, met au point des principes directeurs concernant l'élaboration de politiques intersectorielles à l'intention de décideurs, en collaboration avec la Thames Valley University (Londres). Il organise en 2000 des ateliers intersectoriels sur la formation des formateurs en matière d'élaboration de politiques pour un grand nombre de pays d'Europe centrale et d'Europe du sud-est et des pays de la région baltique, avec le soutien du Gouvernement français. L'UNICEF et la FAO coopèrent avec l'OMS dans le cadre de cette initiative.

Figure 4. Une conception intégrée de l'alimentation et de la santé publique



Surveillance de l'information sanitaire

Seul un nombre limité de pays disposent d'un système global pour la surveillance de l'absorption d'aliments et de nutriments, de l'état nutritionnel et de l'incidence des maladies d'origine alimentaire. Le Bureau régional encouragera la mise en place de tels systèmes et proposera des indicateurs économiquement abordables pour aider les pays à évaluer leurs politiques. À cet égard, les pays baltes offrent un bon exemple, grâce à une initiative lancée par le Bureau régional avec le concours de la London School of Hygiene et le soutien du Gouvernement luxembourgeois. On ne dispose pas de données sur le coût des problèmes de santé liés à l'alimentation et sur le fardeau qu'ils représentent pour la société. Le Bureau régional a entrepris des travaux de recherche dans ce domaine nouveau.

Amélioration des connaissances

L'un des rôles les plus importants du secteur sanitaire et de l'OMS consistera à fournir des données scientifiques sur les incidences positives ou négatives des aliments et des habitudes alimentaires sur la santé. Il est nécessaire de rassembler, d'évaluer et de diffuser les connaissances existantes et de repérer les domaines dans lesquels les liens doivent faire l'objet d'une clarification et de travaux de recherche complémentaires.

Mobilisation de partenaires

Il est essentiel de disposer de partenariats aux niveaux local, national et européen pour réduire le nombre de cas d'affection liés à l'alimentation. Le Bureau régional coopère déjà avec des organismes des Nations Unies, en particulier l'UNICEF et la FAO (ainsi que le Programme des Nations Unies pour le développement au Kazakhstan), des banques d'investissement, la Commission européenne et d'autres organisations qui ont des activités relatives aux politiques en matière d'alimentation et nutrition. Le Bureau régional s'efforcera de renforcer et de développer ces partenariats et de partager ses informations, ses capacités en matière de travail en réseau et son expérience avec ces partenaires et avec de nouveaux partenaires.

De nombreux professionnels de santé ne reçoivent pas une formation suffisante concernant la sécurité sanitaire des aliments, la nutrition et les avantages de l'exercice physique. L'OMS appuiera leur formation initiale et de troisième cycle en fournissant des informations et des matériels de formation. En outre, il faut disposer de politiques qui définissent clairement le rôle et la formation des différents spécialistes de la santé en ce qui concerne la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition, afin de mener une action de promotion de la santé d'un bout à l'autre de l'existence. Les professionnels de santé représentent, collectivement, par l'intermédiaire de leurs organisations, une force considérable pour le changement et donnent de bons exemples qui contribuent à favoriser cette action. Le Bureau régional utilisera ses relations avec ces organisations pour développer la participation du secteur sanitaire à tous les aspects de la sécurité sanitaire des aliments.

Il faut que les consommateurs disposent d'informations cohérentes pour être à même de faire les bons choix concernant un régime alimentaire sûr et sain. Pour que les enfants fassent des choix sains, il peut être nécessaire de lutter contre les messages qui sont diffusés par les entreprises qui commercialisent des aliments consommés en dehors des repas et des boissons riches en matières grasses ou à fort contenu énergétique. Certains pays ont adopté des lois pour interdire les publicités télévisées destinées aux enfants de moins de 12 ans. Dans d'autres, des campagnes de promotion de la santé menées avec le concours des médias sont organisées par les autorités sanitaires pour donner des informations cohérentes sur des choix sains en matière d'alimentation. Le secteur de l'éducation doit jouer un rôle important, en veillant à ce que les enfants possèdent les aptitudes appropriées pour prendre soin de leur santé grâce à une alimentation saine.

Les organisations non gouvernementales ont une expérience des campagnes en faveur de meilleures politiques en matière d'alimentation et de nutrition. En particulier, la population peut être sensibilisée par les organisations qui se préoccupent de la santé des nourrissons et des jeunes enfants, la prévention des maladies cardiovasculaires, du cancer et du diabète, la prise en charge des intolérances alimentaires, et la protection de l'environnement grâce à un approvisionnement viable en denrées alimentaires, ainsi que, plus généralement, par des alliances de santé publique et des organisations de consommateurs.

Les entreprises du secteur agro-alimentaire ont constitué des organismes nationaux et internationaux. Par leur intermédiaire, les autorités nationales et les organisations internationales peuvent mener un dialogue avec les secteurs qui produisent et vendent des aliments. Le secteur privé est probablement le principal déterminant de l'approvisionnement en denrées alimentaires ; il a donc intérêt à participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques qui favorisent la santé.

Élaboration de plans d'action nationaux sur l'alimentation et la nutrition

Une analyse comparative menée dans les États membres européens de l'OMS montre que de nombreux pays ont mis au point des plans d'action nationaux très efficaces (29). Les plans d'action bien adaptés à la situation nationale, comportant un calendrier d'exécution clair et financés de façon suffisante sont ceux qui sont les plus efficaces. Le Bureau régional aide un grand nombre d'États membres, en travaillant avec le concours de réseaux, à prolonger le processus lancé lors de la Conférence internationale sur la nutrition et à renforcer leurs plans d'action. Ce processus a commencé à la suite d'une consultation organisée en 1999 en coopération avec le Siège de l'OMS et accueillie par le ministère maltais de la santé, à laquelle ont participé 46 États membres européens et à laquelle, l'UNICEF, la FAO, la Commission européenne, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale du commerce avaient également été invités à participer (30).

Promotion de la mise en place d'organismes consultatifs et de coordination

Il résulte d'une analyse récente réalisée par le Bureau régional que les pays où il existe des organismes nationaux de coopération sont ceux qui élaborent et mettent en œuvre avec le plus d'efficacité des politiques en matière d'alimentation et de nutrition. Le rôle essentiel d'un organisme de ce type, qui peut par exemple être un conseil de l'alimentation et de la nutrition, consiste à conseiller le gouvernement sur l'élaboration, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation de politiques, de principes directeurs et de plans d'action globaux et intersectoriels. En outre, un tel organisme national peut être chargé d'assurer la cohérence des informations transmises au grand public par différents organismes ; de faciliter la création d'un groupe de réflexion auquel il incombe de répondre aux préoccupations de la population en matière d'alimentation ; et de internationales. L'expérience accumulée par les pays, en particulier les pays nordiques, démontre que ces mécanismes sont efficaces, en particulier lorsqu'un

secrétariat technique utilise et coordonne les compétences techniques disponibles dans les différents secteurs.

Activités de coordination au sein du secrétariat de l'OMS

Plusieurs programmes de l'OMS, notamment ceux relatifs à la sécurité sanitaire des aliments, la santé et le développement des enfants, le programme CINDI, les plans d'action nationaux pour l'hygiène de l'environnement, la situation sanitaire des pays, la politique en matière de nutrition, l'alimentation des nourrissons et la sécurité alimentaire, travaillent en étroite coopération entre eux et avec le Siège de l'OMS pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique en matière d'alimentation et de nutrition. Cette action offre une valeur ajoutée aux pays car elle permet une utilisation plus rationnelle des ressources, en vue d'obtenir les résultats maximums grâce à des activités synergiques. Ces dernières incitent les différents spécialistes au sein du secteur sanitaire à collaborer de façon plus efficace pour assurer la cohérence des informations disponibles au niveau national.

Activités prévues

Pour favoriser et soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de politiques globales en matière d'alimentation et de nutrition, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe agira de la façon indiquée plus haut. Certaines activités ont un caractère général et seront menées pendant l'ensemble de la période 2000–2005. Des activités plus particulières sont également prévues, principalement pour la période 2000–2001. Au cours des deux périodes biennales suivantes, la liste présentée plus loin est provisoire et sera complétée compte tenu des progrès accomplis, des nouveaux besoins, des demandes des États membres et des possibilités de coopération avec des partenaires.

Pendant toute la période 2000–2005, le Bureau régional :

- rassemblera les connaissances et les données scientifiques existantes pour renforcer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques en matière d'alimentation et de nutrition ;

- favorisera la recherche dans les domaines où les données manquent ;
- concevra des façons novatrices de transmettre des connaissances et des informations scientifiques ;
- collaborera avec les pays, à leur demande, pour traduire les connaissances en actes, en travaillant avec des homologues nationaux et en fournissant des informations, des données d'expérience et des compétences techniques conformément aux besoins;
- mettra au point des indicateurs d'un coût avantageux pour la surveillance et pour la communication d'informations sur la politique en matière d'alimentation et de nutrition;
- produira régulièrement une liste actualisée d'informations, de documents et de matériels de formation nouveaux;
- facilitera la surveillance et l'échange d'informations, en utilisant des outils de communication modernes et gèrera un mécanisme en vue d'une actualisation rapide.

Plus précisément, le Bureau régional s'acquittera des tâches suivantes :

en 2000–2001

- mener une action pour montrer l'intérêt d'une politique et d'un plan d'action en matière d'alimentation et de nutrition pour la Région européenne ;
- renforcer, avec le concours du Siège de l'OMS, les capacités nationales en matière d'élaboration de politiques intersectorielles en matière d'alimentation et de nutrition, en utilisant les lignes directrices sur l'élaboration de politiques intersectorielles pour les décideurs dans les pays de l'Europe du sud-est et la région balte ;
- présenter, en 2000, une analyse comparative de la situation régionale en ce qui concerne les politiques en matière d'alimentation et de nutrition, pour que les États membres connaissent la

situation de départ et puissent ainsi mesurer les progrès qu'ils accomplissent au cours des cinq années à venir ;

- coopérer avec la Commission européenne et le Gouvernement français au cours de la présidence française de l'Union européenne (juillet–décembre 2000) en ce qui concerne l'action sur le thème « Santé et nutrition – éléments d'une action européenne » ;
- fournir des principes directeurs sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants et diffuser le guide diététique du programme CINDI et des affiches sur le thème « Douze mesures pour une alimentation saine » ;
- fournir des guides et des outils de formation pour le personnel des soins primaires et d'autres professionnels de santé (*Healthy food and nutrition for women, Food safety for nutritionists, Skills for dietary change, etc.*) ;
- publier un livre présentant les bases scientifiques d'une politique en matière d'alimentation et de nutrition, provisoirement intitulé *L'alimentation et la santé en Europe : fondements scientifiques d'une action* ;
- entreprendre une analyse de la charge de morbidité liée à l'alimentation dans la Région européenne de l'OMS et présenter des résultats préliminaires ;
- créer une équipe spéciale sur l'alimentation et de la nutrition pour la Région européenne de l'OMS (voir plus loin) ;

en 2002–2003

- favoriser l'élaboration de méthodes nouvelles pour évaluer les incidences des politiques en matière d'alimentation sur la santé publique ;
- publier des études de cas sur l'élaboration et la mise en œuvre de politiques en matière d'alimentation et de nutrition dans la Région européenne de l'OMS ;

- achever la mise au point de principes directeurs, destinés aux autorités locales, sur des plans d'action régionaux et urbains en matière d'alimentation et de nutrition ;
- organiser une réunion d'homologues gouvernementaux chargés de procéder à une évaluation à mi-parcours des progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan d'action pour la Région européenne de l'OMS ;

en 2004–2005

- évaluer les réalisations et les effets du plan d'action pour la Région européenne ;
- organiser une conférence ministérielle sur la politique en matière d'alimentation et de nutrition, afin d'examiner l'évaluation et d'orienter les mesures futures.

Équipe spéciale sur l'alimentation et la nutrition pour la Région européenne de l'OMS

Le secteur de la santé publique n'a pas été suffisamment associé à l'élaboration d'une politique en matière d'alimentation. Il faut mettre en place des mécanismes pour faire en sorte que la santé publique ne soit pas perdue de vue dans le cadre d'une économie de plus en plus mondialisée. À cet effet, une nouvelle équipe spéciale pourrait faciliter une meilleure coordination entre des organismes et organisations telles que l'Union européenne, le Conseil de l'Europe, les institutions des Nations Unies (en particulier l'UNICEF et la FAO) et des organismes internationaux, intergouvernementaux et non gouvernementaux se préoccupant de questions d'environnement et d'autres problèmes. La nécessité d'une coordination se fera davantage sentir à mesure que l'éthique et les droits de l'homme, en plus de la science et des aspects économiques, seront mieux pris en compte lors de la prise de décision.

Les buts de l'Équipe spéciale sur l'alimentation et la nutrition pour la Région européenne de l'OMS seraient les suivants :

- faciliter une collaboration entre des organismes internationaux et des organisations européennes ayant des activités concernant la politique en matière d'alimentation et de nutrition ;
- constituer une instance au sein de laquelle les pays puissent exprimer des préoccupations relevant de la santé publique concernant des politiques internationales en matière d'alimentation et définir des mesures visant à promouvoir la santé et à prévenir des crises et l'inquiétude de la population en matière de contamination d'aliments ;
- veiller à ce que les organismes de développement soutiennent les pays de façon synergique. Au cours de leur transition économique, les nouveaux États indépendants et les pays d'Europe centrale et orientale (y compris ceux qui sont en voie d'adhérer à l'Union européenne) ont besoin d'une assistance pour qu'ils continuent à accorder un degré de priorité élevé à une politique en matière d'alimentation et de nutrition ;
- renforcer l'intérêt des acteurs politiques pour une politique en matière d'alimentation et de nutrition au niveau européen et recommander des moyens de réduire la charge de morbidité liée à l'alimentation dans la Région européenne de l'OMS.

L'équipe spéciale sera composée de représentants des différentes organisations qui ont des activités dans le domaine de la politique en matière d'alimentation et de nutrition dans la Région européenne. Elle fera appel à des scientifiques en fonction des préoccupations de santé publique qui seront abordées. Elle sera créée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, qui établira son mandat en concertation avec tous les partenaires.

Références

1. *Earth Summit Agenda 21: the United Nations Programme of Action from Rio*. New York, Département de l'information de l'ONU, 1992.
2. *Nutrition policy in WHO European Member States: progress report following the 1992 International Conference on Nutrition*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1995 (document EUR/ICP/LVNG 94 01/PB04).
3. *SANTÉ 21 : la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (Série européenne de la Santé pour tous, n° 6).
4. SHAW, M. ET AL. Poverty, social exclusion and minorities. In: Marmot, M. & Wilkinson, R.G. *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, *Review of Welfare Foods Scheme*. Londres, HMSO (sous presse).
6. *Comparative analysis of progress on the elimination of iodine deficiency disorders*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (document EUR/ICP/LVNG/01 01 01).
7. *Prevention and control of iron deficiency anaemia in women and children: report of the UNICEF/WHO regional consultation*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1999.
8. *Obesity – preventing and managing the global epidemic: report on a WHO Consultation*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1998 (document WHO/NUT/NCD/98.1).
9. *Food, nutrition and the prevention of cancer – a global perspective*. Washington, American Institute for Cancer Research, 1997.
10. KOHLMEIER, L. ET AL. *Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten [Nutrition-dependant diseases and their costs]*. Baden Baden, Nomos, 1993.
11. *Determinants of the burden of disease in the European Union*. Stockholm, Institut national de santé publique, 1997.
12. NARHINEN, M. ET AL. Healthier choices in a supermarket – municipal food control can promote health. *British food journal*, 101(2): 99–107 (1999).

13. HEAVER, R.A. & HUNT, J.M. *Improving early childhood development: an integrated program for the Philippines*. Washington, Banque internationale pour la reconstruction et le développement, 1995.
14. *A comparative analysis of implementation of the Innocenti Declaration in WHO European Member States*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (document EUR/ICP/LVNG 01 01 02).
15. FLEISHER MICHAELSEN, K. ET AL. *Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (sous presse).
16. ROOS, G. & PRATTALA, R. *Disparities in food habits – Review of research in 15 European countries*. Helsinki, Hakapaino Oy, 1999.
17. DIXEY, R. ET AL. *Healthy eating for young people in Europe: a school-based nutrition education guide*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999.
18. *Health and health behaviour among young people*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (document EUR/ICP/IVST 06 03 05(A)).
19. *CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention) dietary guide*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (document EUR/00/5018028).
20. *Active living: physical activity for health*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1997 (document HPR/97.8).
21. *Draft urban food and nutrition action plan*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (document EUR/ICP/LVNG 03 01 02).
22. LOBSTEIN, T. & LONGFIELD, J. *Improving diet and health through European Union food policies*. Londres, Health Education Authority, 1999.
23. DAHLGREN, G. ET AL., ED. *Health impact assessment of the European Union Common Agricultural Policy*. Stockholm, Institut national suédois de santé publique, 1996.
24. *Agriculture, environment, rural development: facts and figures – a challenge for agriculture*. Luxembourg, Office des Publications européennes des Communautés européennes, 1999.

25. *A sustainable food supply chain – a Swedish case study*. Stockholm, Agence suédoise pour la protection de l'environnement, 1999.
26. ROBERTSON, A. & JAMES, P. War in former Yugoslavia. In: Mann, J. & Stewart Truswell, A. *Essentials of human nutrition*. Oxford, Oxford University Press, 1998.
27. *Infant feeding in emergencies*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1997 (document EU/ICP/LVNG 01 02 08).
28. HAJRULAHOVIC, H. ET AL. *Land of opportunities: fostering health, local economy and peace through food and nutrition policy in Bosnia and Herzegovina and other Balkan countries*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (sous presse).
29. *Comparative analysis of policies in WHO European Member States – second analysis of policies*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998. (sous presse).
30. *Development of the first food and nutrition action plan for the WHO European Region: report on a WHO consultation, Malta, 8-10 November 1999*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (document EUR/ICP/LVNG 01 02 10).

Annexe 1

Importants accords conclus au cours des dix dernières années écoulées

Résolution WHA53.15 – Sécurité sanitaire des aliments (2000) – voir annexe 3

L'adoption de cette résolution par l'Assemblée mondiale de la santé représente une évolution vers la mise en place de systèmes globaux et viables de sécurité sanitaire des aliments en vue de la réduction des risques sanitaires d'un bout à l'autre de la filière alimentaire, du producteur primaire au consommateur.

Livre blanc de la Commission européenne sur la sécurité sanitaire des aliments (2000)

La Commission européenne a proposé une série de mesures en vue d'organiser la sécurité sanitaire des aliments de façon plus coordonnée, afin d'atteindre le niveau le plus élevé possible de protection de la santé. Un certain nombre d'initiatives y sont décrites, notamment la création d'une autorité européenne pour les denrées alimentaires et l'élaboration de recommandations diététiques de l'Union européenne et d'une politique en matière de nutrition de l'Union européenne. Dans ce document, il est également proposé de réaliser une enquête sur la consommation d'aliments dans l'ensemble de l'Europe.

Les résolutions WHA51.18 et WHA53.17 sur la prévention des maladies non transmissibles et la lutte contre celles-ci (1998 et 2000)

SANTÉ 21 (1998)

En 1998, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a adopté la SANTÉ 21, la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne. Au moins 12 des 21 buts demandent aux États membres d'accroître les activités intersectorielles. L'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action en matière d'alimentation et de nutrition

offrent un exemple concret de la façon dont la SANTÉ 21 pourrait être traduite dans les faits.

Convention d'Aarhus (1998)

Les signataires de la Convention d'Aarhus, adoptée lors de la Quatrième conférence ministérielle « Un environnement pour l'Europe », organisée par la Commission économique pour l'Europe de l'ONU, sont convenus d'améliorer l'accès du public à l'information, la participation du public à la prise de décision et l'accès à la justice dans le domaine de l'environnement. Lors de la Troisième conférence ministérielle de l'OMS sur l'environnement et la santé qui a eu lieu à Londres en 1999, les ministres de la santé et de l'environnement ont réaffirmé leur volonté d'améliorer l'accès du public à l'information, d'associer la population à la prise de décision et de donner accès à la justice sociale en ce qui concerne les questions de santé et d'environnement. Cela comprend les politiques en matière d'alimentation.

Traité d'Amsterdam (1997)

Le Traité d'Amsterdam de l'Union européenne indique que des considérations sanitaires doivent être prises en compte dans toutes les politiques de l'Union européenne et que la santé publique doit être garantie. Ce traité permet aux États membres de demander la réalisation d'évaluations d'impact sur la santé des politiques de l'Union européenne relatives à la production, à la distribution et au contrôle des denrées alimentaires.

Sommet mondial de l'alimentation (1996)

Lors du Sommet mondial de l'alimentation, la communauté internationale a réaffirmé l'engagement, pris initialement lors de la Conférence internationale sur la nutrition, d'intensifier les efforts visant à éliminer la faim et la malnutrition et à assurer la sécurité alimentaire pour tous.

Convention sur les droits des enfants (1989), Sommet mondial pour l'enfance (1990) et Quatrième conférence mondiale sur les femmes (1995)

Ces conférences internationales ont notamment porté sur l'importance de la sécurité alimentaire, l'information et l'éducation, et la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement maternel.

Conférence internationale sur la nutrition (1992)

En 1992, la Conférence internationale sur la nutrition a adopté la Déclaration et le Plan d'action mondiaux pour la nutrition. Depuis lors, des mesures ont été soutenues par plus de 30 résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé. Une consultation de suivi a eu lieu dans la Région européenne en 1996, dans le but d'examiner les progrès accomplis, et le Bureau régional a publié des rapports sur les progrès réalisés par les États membres dans le domaine de la mise en œuvre de politiques.

Action 21 et la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (1992)

En 1992, le développement durable a été défini comme suit : un développement qui répond aux besoins de la génération actuelle sans compromettre l'aptitude des générations futures à satisfaire leurs propres besoins. Un grand nombre de politiques en matière d'alimentation et de santé peuvent être incorporées dans les activités des États membres relevant du programme Action 21. L'OMS, qui est responsable des activités relevant du chapitre 6 d'Action 21, joue un rôle essentiel dans les mesures prises pour atteindre les objectifs sanitaires d'Action 21.

Déclaration Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel (1990)

La Déclaration Innocenti fixe un certain nombre de buts qui doivent permettre aux nourrissons et aux mères de jouir d'un état de santé optimal dans les États membres, notamment :

- Nomination d'un coordinateur et d'une autorité appropriée pour l'allaitement maternel au niveau national, et création d'un

comité national multisectoriel pour l'allaitement maternel, composé de représentants de ministères et services publics compétents, d'organisations non gouvernementales et d'associations de professionnels de santé.

- Mesures grâce auxquelles chaque établissement offrant des services de maternité peut devenir « ami des bébés » et mettre pleinement en œuvre les dix étapes d'un allaitement au sein réussi, comme cela est décrit dans la déclaration commune OMS/UNICEF sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel.
- Adoption de dispositions législatives imaginatives pour protéger le droit d'allaiter des mères qui travaillent et mise en place de moyens d'assurer leur respect.
- Prise de mesures pour donner effet aux principes et aux buts de tous les articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et de l'intégralité des résolutions ultérieures de l'Assemblée mondiale de la santé portant sur cette question (voir plus loin).

Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et résolutions ultérieures de l'Assemblée mondiale de la santé

Ce code et les résolutions ultérieures de l'Assemblée mondiale de la santé ont pour but de limiter la promotion de laits commerciaux pour nourrissons et de produits connexes qui peuvent nuire à l'allaitement maternel. Ils contiennent notamment les dispositions suivantes :

- On ne peut faire de la publicité pour des substituts du lait maternel (tout produit commercialisé ou censé remplacer le lait maternel) ou des biberons ou tétines.
- Pas de distribution d'échantillons gratuits ni de produits gratuits ou à prix réduit aux mères.
- Pas de promotion des produits dans les centres de soins ou par l'intermédiaire de ceux-ci.

- Pas de contact entre le personnel de commercialisation et les mères (infirmières spécialisées en puériculture ou nutritionnistes rémunérés par des entreprises pour donner des conseils ou dispenser un enseignement).
- Pas de cadeaux ni d'échantillons distribués au personnel de santé ni à leur famille.
- Étiquetage approprié, exempt de mots ou d'images idéalisant l'alimentation artificielle.
- Diffusion d'informations exclusivement scientifiques et factuelles au personnel de santé.
- Action des pouvoirs publics destinée à faire en sorte que des informations objectives et cohérentes soient communiquées au sujet de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.
- Dispositions en vertu desquelles toutes les informations sur l'alimentation artificielle des nourrissons, y compris celles qui figurent sur les étiquettes, doivent expliquer clairement les avantages de l'allaitement maternel et mettre en garde contre le coût et les dangers liés à l'alimentation artificielle.
- Interdiction de promotion de produits inappropriés, par exemple de lait condensé sucré, pour les nourrissons.
- Prise de mesures pour que tous les produits soient de qualité élevée et adaptés au climat et aux conditions de stockage des pays où ils sont utilisés.
- Obligation faite aux fabricants et aux distributeurs de respecter le Code [et toutes les résolutions], indépendamment de toute action des pouvoirs publics pour le mettre en œuvre.

Annexe 2

Définition de certains termes

Politique en matière d'alimentation : politique qui n'incorpore pas nécessairement des préoccupations relatives à la santé publique.

Politique en matière d'alimentation et de nutrition : expression globale utilisée pour désigner une politique qui incorpore des préoccupations relatives à la santé publique, afin d'engendrer une action intersectorielle plus concertée.

Plan d'action sur l'alimentation et la nutrition : plan qui montre comment élaborer et mettre en œuvre une politique en matière d'alimentation et de nutrition.

Conseil de l'alimentation et de la nutrition (ou organisme équivalent) : organisme national qui surveille l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de plans d'action nationaux dans le cadre d'une approche intersectorielle.

Contrôle des aliments : activité obligatoire menée par les autorités nationales ou locales pour assurer la protection du consommateur et faire en sorte que, à tous les stades de la production, de la manipulation, du stockage, de la transformation et de la distribution des aliments, ceux-ci soient sûrs, sains et propres à la consommation humaine, conformes aux normes de qualité et de sécurité, et étiquetés de façon exacte conformément aux dispositions législatives.

Sécurité sanitaire des aliments : garantie que les aliments ne nuisent pas aux consommateurs lorsqu'ils sont préparés et consommés de façon normale.

Sécurité alimentaire :

- Toutes les personnes ont en permanence un accès physique et économique à une quantité suffisante d'aliments pour une vie active et en bonne santé.
- Les moyens par lesquels les aliments sont produits et distribués respectent les processus naturels de la terre et sont donc viables.
- La consommation et la production d'aliments reposent sur des valeurs sociales, justes et équitables, ainsi que sur des valeurs morales et éthiques, et sont régies par ces valeurs.
- L'aptitude à obtenir des aliments est assurée.
- Les aliments eux-mêmes sont appropriés sur le plan nutritionnel et acceptable dans des optiques personnelles et culturelles.
- Les aliments sont obtenus d'une façon conforme à la dignité humaine.

Annexe 3

Résolution sur la salubrité des aliments

CINQUANTE-TROISIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ WHA53.15

Point 12.3 de l'ordre du jour 20 mai 2000

Salubrité des aliments

La Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Profondément préoccupée par le fait que les maladies d'origine alimentaire associées à des germes pathogènes, des biotoxines et des contaminants chimiques présents dans les aliments font peser une grave menace sur la santé de millions de gens dans le monde ;

Reconnaissant que les maladies d'origine alimentaire affectent de façon significative la santé des gens et leur bien-être et qu'elles ont des conséquences économiques pour les individus, les familles, les communautés, les entreprises et les pays ;

Consciente de l'importance de tous les services – y compris les services de santé publique – responsables de la salubrité des aliments pour garantir la salubrité des denrées alimentaires et harmoniser les efforts de tous les partenaires tout au long de la chaîne alimentaire ;

Sachant que les consommateurs sont de plus en plus préoccupés par la salubrité des aliments, surtout depuis les récentes flambées de maladies d'origine alimentaire de portée internationale et mondiale et l'apparition de nouveaux produits alimentaires dérivés des biotechnologies ;

Reconnaissant l'importance des normes, principes directeurs et autres recommandations de la Commission du Codex Alimentarius

pour la protection de la santé du consommateur et la garantie de pratiques commerciales équitables ;

Notant qu'il est nécessaire d'établir des systèmes de surveillance pour évaluer l'impact des maladies d'origine alimentaire et élaborer des stratégies de lutte nationales et internationales reposant sur des bases factuelles ;

Considérant que les systèmes visant à garantir la salubrité des aliments doivent tenir compte de la tendance à l'intégration de l'agriculture et de l'industrie alimentaire et des changements qui en découlent, dans les pays développés comme dans les pays en développement, dans les pratiques agricoles, la production, la commercialisation et les habitudes des consommateurs ;

Considérant l'importance croissante des agents microbiologiques dans les flambées de maladies d'origine alimentaire observées au plan international, ainsi que la résistance croissante de certaines bactéries transmises par les aliments aux traitements courants, particulièrement du fait de l'utilisation généralisée des antibiotiques en agriculture et dans la pratique clinique ;

Consciente des améliorations qu'un renforcement des activités de l'OMS en matière de salubrité des aliments pourrait apporter à la protection de la santé publique et au développement durable des secteurs de l'alimentation et de l'agriculture ;

Reconnaissant que les pays en développement dépendent essentiellement, pour leur approvisionnement en produits alimentaires, de l'agriculture traditionnelle et de petites et moyennes entreprises alimentaires et que, dans la plupart d'entre eux, les systèmes visant à garantir la salubrité des aliments restent précaires ;

1. PRIE INSTAMMENT les États Membres :

1) de faire de la salubrité des aliments l'une des fonctions essentielles de santé publique et de nutrition publique et de

dégager des ressources suffisantes pour établir des programmes de salubrité des aliments et renforcer ceux qui existent en collaboration étroite avec leurs programmes appliqués de surveillance nutritionnelle et épidémiologique ;

2) d'élaborer et d'appliquer des mesures de prévention systématiques et durables pour réduire sensiblement l'incidence des maladies d'origine alimentaire ;

3) de créer et d'entretenir des mécanismes nationaux et, le cas échéant, régionaux pour surveiller les maladies d'origine alimentaire et pour détecter et éliminer les micro-organismes et produits chimiques présents dans les aliments ; de mettre l'accent sur la responsabilité principale des producteurs, des fabricants et des commerçants en la matière ; et de renforcer la capacité des laboratoires, surtout dans les pays en développement ;

4) d'intégrer, dans leurs politiques de garantie de la salubrité des aliments, des mesures visant à prévenir l'apparition d'agents microbiens antibiorésistants ;

5) d'aider à développer des moyens scientifiques pour l'évaluation des risques liés aux aliments, y compris l'analyse des facteurs de risque concernant les maladies d'origine alimentaire ;

6) d'intégrer la salubrité des aliments dans les programmes d'éducation et d'information des consommateurs sur la santé et la nutrition, notamment dans les programmes scolaires aux niveaux primaire et secondaire, et de mettre en place des programmes d'éducation sanitaire et nutritionnelle tenant compte des spécificités culturelles à l'intention des personnels qui manipulent les aliments, des consommateurs, des agriculteurs, des producteurs et du personnel des industries agro-alimentaires ;

7) d'élaborer des programmes de proximité pour le secteur privé afin d'améliorer la salubrité des aliments au niveau des consommateurs, l'accent étant mis sur la prévention des risques et les conseils en matière de bonnes pratiques de

fabrication, notamment sur les marchés des villes, compte tenu des besoins et caractéristiques spécifiques des micro et petites industries alimentaires, et d'étudier les possibilités de coopération avec l'industrie alimentaire et les associations de consommateurs afin d'appeler l'attention sur le respect de bonnes pratiques d'agriculture, d'hygiène et de fabrication ne nuisant pas à l'environnement ;

8) de coordonner les activités en matière de salubrité des aliments de tous les secteurs nationaux concernés, en particulier les activités qui ont trait à l'évaluation des risques d'origine alimentaire, y compris l'influence du conditionnement, de l'entreposage et de la manutention ;

9) de participer activement aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius et de ses comités, y compris aux activités dans le domaine nouveau de l'analyse des risques pour la salubrité des aliments ;

10) de veiller à ce que l'étiquetage des produits alimentaires fournisse des informations appropriées, complètes et exactes, y compris des mises en garde et la date de péremption, s'il y a lieu ;

11) d'imposer par voie législative le contrôle de la réutilisation des récipients alimentaires et l'interdiction des allégations fallacieuses ;

2. PRIE le Directeur général :

1) d'accorder plus d'importance à la salubrité des aliments, compte tenu du rôle de chef de file mondial de l'OMS dans le domaine de la santé publique, et en collaboration et en coordination avec d'autres organisations internationales, notamment l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), et dans le cadre de la Commission du Codex Alimentarius, et de s'attacher à en faire une des fonctions essentielles de santé publique de l'OMS, le but étant de mettre au point des systèmes intégrés et durables de salubrité des

aliments afin de réduire les risques pour la santé dans toute la chaîne alimentaire, depuis le producteur primaire jusqu'au consommateur ;

2) de fournir un appui aux Etats Membres pour qu'ils puissent répertorier les maladies d'origine alimentaire et évaluer les risques liés aux aliments, et pour les problèmes de stockage, de conditionnement et de manipulation ;

2 bis) de fournir un soutien aux pays en voie de développement pour une formation de leurs personnels, qui prenne en compte le contexte technologique de production dans ces pays ;

3) de mettre l'accent sur les problèmes nouveaux liés à l'apparition de micro-organismes résistant aux antimicrobiens du fait de l'utilisation de ces médicaments dans la production alimentaire et la pratique clinique ;

4) de mettre en place une stratégie mondiale pour la surveillance des maladies d'origine alimentaire ainsi que pour la collecte et l'échange d'informations dans et entre les pays et les Régions, tenant compte de la révision en cours du Règlement sanitaire international ;

5) de convoquer, aussitôt qu'il le sera possible, une réunion initiale de planification stratégique regroupant des experts de la salubrité des aliments des Etats Membres, des organisations internationales et des organisations non gouvernementales concernées ;

6) de fournir, en collaboration étroite avec les autres organisations internationales travaillant dans ce domaine, en particulier la FAO et l'Office international des Epizooties (OIE), un appui technique aux pays en développement pour évaluer les répercussions sur la santé, établir des priorités dans les stratégies de lutte contre la maladie par la mise en place de systèmes de surveillance en laboratoire des principaux germes pathogènes transmis par les aliments, y compris les bactéries

antibiorésistantes, et surveiller les contaminants présents dans l'alimentation ;

7) en collaboration avec la FAO et, le cas échéant, d'autres organisations, de renforcer l'application de moyens scientifiques pour évaluer les risques aigus et à long terme que les aliments peuvent entraîner pour la santé, et plus précisément d'appuyer la création d'un organe consultatif d'experts chargé de l'évaluation des risques microbiologiques, et de renforcer également les organes consultatifs d'experts qui fournissent des avis scientifiques sur les questions touchant à la sécurité chimique des aliments, et de tenir à jour une banque de ces données scientifiques pour aider les Etats Membres à prendre des décisions d'ordre sanitaire sur ces questions ;

8) de veiller à ce que les procédures de désignation d'experts et de préparation d'avis scientifiques soient de nature à garantir la transparence, l'excellence et l'indépendance des avis donnés ;

9) d'encourager la recherche à l'appui de stratégies fondées sur des bases factuelles pour lutter contre les maladies d'origine alimentaire, et en particulier la recherche sur les risques liés à l'émergence et au développement des maladies d'origine alimentaire et sur des méthodes simples de gestion et de réduction des risques liés à l'alimentation ;

10) d'examiner les relations de travail actuelles entre l'OMS et la FAO, afin d'accroître la participation et l'appui de l'OMS aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius et de ses comités ;

11) de soutenir les Etats Membres en leur fournissant des bases scientifiques pour la prise de décisions liées à la santé en ce qui concerne les aliments génétiquement modifiés ;

- 12) d'œuvrer pour que les considérations sanitaires soient prises en compte dans le commerce international des denrées alimentaires et dans les dons de denrées alimentaires ;
- 13) d'utiliser le plus largement possible l'information provenant des pays en développement dans l'évaluation des risques aux fins de l'établissement de normes internationales, et de renforcer la formation technique dans ces pays en mettant à leur disposition un document exhaustif dans les langues de travail de l'OMS, dans toute la mesure possible ;
- 14) de continuer à agir de façon dynamique au nom des pays en développement afin que le niveau des progrès technologiques de ces pays soit pris en compte lors de l'adoption et de la mise en oeuvre des normes internationales sur la salubrité des aliments ;
- 15) d'intervenir immédiatement en cas de situation d'urgence nationale ou internationale liée à la salubrité des aliments et d'aider les pays à maîtriser la crise ;
- 16) d'en appeler à toutes les parties intéressées – spécialement le secteur privé – pour qu'elles assument la responsabilité qui leur incombe de préserver la qualité et la salubrité de la production alimentaire, et notamment d'assurer la protection de l'environnement tout au long de la chaîne alimentaire ;
- 17) d'aider au renforcement des capacités des États Membres, spécialement des pays en développement, et de faciliter leur pleine participation aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius et de ses différents comités, y compris les activités liées aux processus d'analyse des risques pour la salubrité des aliments.

Huitième séance plénière, 20 mai 2000
A53/VR/8

Annexe 4

Résolution du Comité régional de l'OMS pour l'Europe

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE

Cinquantième session, Copenhague, 11–14 septembre 2000

EUR/RC50/R8 14 septembre 2000 ORIGINAL : ANGLAIS

RÉSOLUTION

LES INCIDENCES DE L'ALIMENTATION ET DE LA NUTRITION
SUR LA SANTÉ PUBLIQUE
ARGUMENTS EN FAVEUR D'UNE POLITIQUE ALIMENTAIRE
ET NUTRITIONNELLE ET D'UN PLAN D'ACTION
POUR LA RÉGION EUROPÉENNE DE L'OMS 2000–2005

Le Comité régional,

Préoccupé par la menace que fait peser sur la santé publique une alimentation non saine et présentant des risques,

Reconnaissant le rôle joué par d'autres organisations internationales et secteurs s'intéressant à l'alimentation,

Rappelant la résolution de l'Assemblée de la santé WHA46.7, qui demandait la mise en œuvre de vastes plans d'action sur la nutrition et souscrivait aux objectifs de la quatrième Décennie des Nations Unies pour le développement et du Sommet mondial pour l'enfance,

Rappelant en outre les précédentes résolutions de l'Assemblée de la santé et, en particulier, la résolution WHA49.15 sur la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants et la résolution WHA52.24 sur la lutte contre les troubles dus à une carence en iode, qui mettent en évidence la nécessité d'élaborer des politiques alimentaires et nutritionnelles globales,

Ayant examiné le document EUR/RC50/8 intitulé *L'incidence de l'alimentation et de la nutrition sur la santé publique – Arguments en faveur d'une politique alimentaire et nutritionnelle et d'un plan d'action pour la Région européenne de l'OMS 2000–2005* ;

1. APPROUVE le Plan d'action pour la Région européenne de l'OMS 2000–2005 ;
2. RECOMMANDE que les États membres prennent des mesures pour mettre en œuvre le Plan d'action, compte tenu des différences entre leurs environnements culturels, sociaux, juridiques et économiques ;
3. DEMANDE aux organisations européennes d'intégration, ainsi qu'aux organisations intergouvernementales et non gouvernementales d'entreprendre des actions concertées avec les États membres et le Bureau régional afin de donner une efficacité maximale aux efforts déployés dans l'ensemble de la Région pour promouvoir la santé publique dans le cadre d'une politique alimentaire et nutritionnelle ;
4. PRIE le directeur régional :
 - a) de faire en sorte que le Plan d'action élaboré par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe bénéficie d'un appui approprié ;
 - b) de coopérer avec les États membres et d'autres organisations et de les aider à déployer de vastes efforts pour promouvoir la santé publique dans le cadre de politiques alimentaires et nutritionnelles appropriées ;
 - c) d'examiner la possibilité de créer, en collaboration avec des organismes internationaux, la Commission européenne et le Conseil de l'Europe, une équipe spéciale pour les politiques alimentaires et nutritionnelles dans la Région européenne de l'OMS ;
 - d) d'organiser une conférence ministérielle en 2005 pour évaluer la mise en œuvre de politiques alimentaires et nutritionnelles globales ;
5. INVITE INSTAMMENT les États membres à rendre compte des mesures prises pour promouvoir la santé de leur population par le biais d'une politique alimentaire et nutritionnelle lors de la conférence ministérielle qui aura lieu en 2005 ;
6. PRIE le directeur régional de faire rapport au Comité régional, en 2002, sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action.

**Programme Nutrition et sécurité alimentaire
Division du soutien technique et du développement stratégique
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
2100 Copenhague
Danemark**

Téléphone : 45 39 17 13 62 Fax : 45 39 17 18 18
<http://www.who.dk/Nutrition/main.htm> Mél. : sal@who.dk