



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L' Europe

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE,
SOIXANTE-QUATRIÈME SESSION

Copenhague (Danemark), 15-18 septembre 2014



© gettyimages



© OMS/Sara Barragan Montes



© Fotolia



Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Europe

Comité régional de l'Europe

Soixante-quatrième session

Copenhague (Danemark), 15-18 septembre 2014

Point 5 d) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC64/14

+ EUR/RC64/Conf.Doc./8

24 juin 2014

140426

ORIGINAL : ANGLAIS

Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020

Le plan d'action vise à réduire dans une large mesure la charge des maladies non transmissibles évitables et liées à l'alimentation, de l'obésité et de toutes les autres formes de malnutrition encore répandues dans la Région européenne de l'OMS. Il préconise la prise de mesures par l'adoption d'approches pangouvernementales et pansociétales. Ses actions prioritaires contribueront à améliorer la gouvernance du système alimentaire, la qualité globale de l'alimentation de la population européenne et l'état nutritionnel de celle-ci.

Présentation conceptuelle et éléments principaux

Vision

Santé 2020 a inspiré la vision d'une Région européenne où les effets négatifs des maladies non transmissibles évitables liées à l'alimentation et à la malnutrition sous toutes ses formes – y compris le surpoids et l'obésité – ont été considérablement atténués et où tous les citoyens ont une alimentation plus saine tout au long de leur vie.

Mission

Garantir à l'ensemble des citoyens de la Région européenne de l'OMS un accès universel à une alimentation équilibrée et saine à un prix abordable, ainsi que l'équité et l'égalité des sexes en matière de nutrition, par la mise en œuvre de politiques intersectorielles dans le contexte de Santé 2020.

Principes directeurs

- Lutter contre les inégalités en matière d'accès à une alimentation saine, comme l'énonce Santé 2020.
- Garantir les droits de la personne humaine et le droit à l'alimentation.
- Donner aux personnes et aux collectivités locales des moyens d'agir grâce à des environnements favorables à la santé.
- Adopter une approche portant sur toute la durée de la vie.
- Appliquer des stratégies fondées sur des bases factuelles.

But stratégique

Éviter les décès prématurés et alléger considérablement la charge des maladies non transmissibles évitables liées à l'alimentation, du surpoids, de l'obésité et de toutes les autres formes de malnutrition toujours présentes dans la Région européenne de l'OMS, qui sont fortement influencées par les déterminants sociaux de la santé et ont d'importantes répercussions négatives sur le bien-être et la qualité de vie.

Objectifs

Le but de ce plan d'action sera atteint en intervenant de façon coordonnée, sur tous les plans, dans toute une série de politiques, et ce dans le cadre d'une approche pangouvernementale envisageant la santé dans toutes les politiques. Les objectifs énumérés ci-dessous contribueront à améliorer la gouvernance du système alimentaire, la qualité globale de l'alimentation de la population et l'état nutritionnel de celle-ci. En définitive, ils promouvront la santé et le bien-être.

- Instaurer des environnements propices à la consommation d'aliments et de boissons sains.
- Faire valoir les bienfaits procurés par une conduite alimentaire saine tout au long de l'existence, notamment chez les groupes les plus vulnérables.
- Renforcer les systèmes de santé pour promouvoir une alimentation saine.
- Renforcer la surveillance, le suivi, l'évaluation et la recherche.
- Renforcer la gouvernance, les alliances et les réseaux pour assurer l'adoption d'une stratégie d'intégration de la santé dans toutes les politiques.

Sommaire

	page
Présentation conceptuelle et éléments principaux.....	ii
Introduction.....	1
Vision.....	4
Mission.....	5
But stratégique.....	5
Objet.....	5
Principes directeurs.....	6
Lutter contre les inégalités en matière d'accès à une alimentation saine, comme l'énonce Santé 2020.....	6
Garantir les droits de la personne humaine et le droit à l'alimentation.....	6
Donner aux personnes et aux collectivités locales des moyens d'agir grâce à des environnements favorables à la santé.....	6
Adopter une approche portant sur toute la durée de la vie.....	7
Appliquer des stratégies fondées sur des bases factuelles.....	7
Calendrier.....	7
Objectifs, priorités et outils.....	7
Instaurer des environnements propices à la consommation d'aliments et de boissons sains.....	8
Faire valoir les bienfaits procurés par une conduite alimentaire saine tout au long de l'existence, notamment chez les groupes les plus vulnérables.....	8
Renforcer les systèmes de santé pour promouvoir une alimentation saine.....	9
Renforcer la surveillance, le suivi, l'évaluation et la recherche.....	9
Renforcer la gouvernance, les alliances et les réseaux pour assurer l'adoption d'une stratégie d'intégration de la santé dans toutes les politiques.....	9
Autres recommandations sur les actions et les outils en vue d'atteindre les objectifs du « Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 ».....	10
Objectif 1 – Instaurer des environnements propices à la consommation d'aliments et de boissons sains.....	10
Objectif 2 – Faire valoir les bienfaits procurés par une conduite alimentaire saine tout au long de l'existence, notamment chez les groupes les plus vulnérables.....	13
Objectif 3 – Renforcer les systèmes de santé pour promouvoir une alimentation saine... ..	14
Objectif 4 – Renforcer la surveillance, le suivi, l'évaluation et la recherche.....	15
Objectif 5 – Renforcer la gouvernance, les alliances et les réseaux pour assurer l'adoption d'une stratégie d'intégration de la santé dans toutes les politiques.....	16
Bibliographie.....	16

Introduction

1. Une analyse de l'étude sur la charge mondiale des maladies 2010 montre que dans tous les États membres de la Région européenne de l'OMS, les principaux facteurs nuisant à la santé et au bien-être sont ceux d'ordre alimentaire. Il est reconnu que la malnutrition, notamment la dénutrition, les carences en micronutriments, le surpoids et l'obésité, ainsi que les maladies non transmissibles dues à un régime alimentaire peu équilibré ont un coût social et économique élevé pour les individus, les familles, les communautés et les pouvoirs publics.

2. Des six Régions de l'OMS, la Région européenne est la plus touchée par les maladies non transmissibles, la première cause d'invalidité et de mortalité. Les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les maladies respiratoires (les quatre principales maladies non transmissibles) représentent ensemble 77 % de la charge de morbidité et presque 86 % de la mortalité prématurée. L'excès de poids corporel (indice de masse corporelle $> 25 \text{ kg/m}^2$)¹, l'apport excessif de calories, la consommation de graisses saturées, d'acides gras *trans*, de sucre et de sel, ainsi qu'une faible consommation de légumes, de fruits et de céréales complètes constituent les principaux facteurs de risque et problèmes prioritaires. En outre, la Région est confrontée au fardeau double de la malnutrition, puisque certains pays observent simultanément, et à des degrés élevés, aussi bien le surpoids et l'obésité que les carences en nutriments.

3. Au cours de ces dernières décennies, on a signalé dans beaucoup de pays de la Région des taux en hausse pour le surpoids et l'obésité. Les statistiques sont alarmantes : dans 46 pays (soit 87 % de la Région), plus de 50 % des adultes sont en surpoids ou obèses, et dans plusieurs de ces pays, ce taux frôle les 70 % de la population adulte. Les chiffres de la base de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS montrent qu'en moyenne (estimation grossière), 57,4 % des adultes âgés de ≥ 20 ans (des deux sexes) présentent une surcharge pondérale ou sont obèses. Le surpoids et l'obésité provoqueraient chaque année la mort de quelque 320 000 hommes et femmes dans 20 pays d'Europe de l'ouest. La situation est particulièrement préoccupante dans les pays de la partie orientale de la Région, étant donné la vitesse à laquelle les taux de prévalence chez les enfants et les adolescents sont en train de rattraper ceux de la partie occidentale de la Région et le fait que dans certaines zones d'Europe orientale, les taux de surpoids et d'obésité ont plus que triplé depuis 1980.

4. Le surpoids et l'obésité ont également une prévalence élevée chez les enfants et les adolescents, en particulier dans les pays d'Europe méridionale. Ils touchent surtout les enfants de parents peu instruits, et ce sont les groupes sociaux les plus démunis qui continuent d'être particulièrement affectés par ce problème. Le cycle 2 de l'Initiative pour la surveillance de l'obésité infantile (COSI, pour *Childhood Obesity Surveillance Initiative*) de l'OMS (2009-2010) a montré qu'en moyenne, 1 enfant sur 3 âgé de 6 à 9 ans était en surpoids ou obèse dans les pays participant à l'enquête². La prévalence de la surcharge pondérale (y compris l'obésité) variait de 24 à 57 % chez les garçons et de 21 à 50 % chez les filles, et celle de l'obésité de 9 à 31 % chez les garçons et de 6 à 21 % chez les filles. L'Enquête sur le comportement des jeunes d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) dans la Région européenne de l'OMS de 2009-2010 a révélé que la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité oscillait entre 11 et 33 % chez les enfants âgés de 11 ans, entre 12 et 27 % chez ceux de 13 ans et entre 10 et 23 % chez ceux de 15 ans. Cette enquête a également montré, dans certains pays, une prévalence plus importante de surcharge

¹ L'obésité (indice de masse corporelle $> 30 \text{ kg/m}^2$) ne constitue pas seulement un facteur de risque pour tout un ensemble de maladies et d'affections, mais figure dans la *Classification internationale des maladies* de l'OMS, 10^e révision (CIM-10).

² Pour obtenir une liste des pays ayant participé à l'enquête, consultez le site suivant (en anglais) : <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/monitoring-and-surveillance/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>.

pondérale, associée à un statut socioéconomique faible. Chez les enfants, les indicateurs d'une composition corporelle insuffisante (y compris la faible masse musculaire) sont également source de préoccupation. Les bases factuelles indiquent que la hausse du taux d'obésité chez les groupes de bas statut socioéconomique peut en partie résulter de leur plus grande exposition aux environnements dans lesquels il y a un accès limité aux aliments sains et moins de possibilités de pratiquer une activité physique.

5. Certains pays de la Région vivent une transition sur le plan nutritionnel et démographique, avec une hausse rapide des taux de surpoids, d'obésité et de maladies non transmissibles liées à l'alimentation, accompagnées d'une persistance de la dénutrition, en particulier dans les foyers pauvres. Cette situation peut souvent entraîner dans les communautés et les ménages la coexistence du surpoids et de l'obésité avec une grande insécurité alimentaire et nutritionnelle³. Des études menées en 2007-2011 chez les enfants âgés de 0 à 5 ans ont révélé que les retards de croissance sont fréquents dans la Région, à un taux allant de 7 à 39 %. Les taux d'allaitement maternel exclusif ne progressent plus dans la Région, et les pratiques en matière d'administration de compléments alimentaires sont encore souvent inadaptées. Des carences en micronutriments, surtout en fer et en iode, restent fréquentes, notamment parmi les populations vulnérables. La recherche indique également que certains groupes de population de la Région ont peut-être une carence en autres micronutriments, notamment en vitamine D.

6. La promotion d'aliments sains et variés, facilement accessibles (que l'on peut se procurer, et pour un prix abordable) constitue un important moyen d'améliorer la santé, le bien-être et la qualité de vie de la population, de favoriser le vieillissement en bonne santé et d'aplanir les inégalités de santé. Cela va nécessiter d'allouer des efforts et des moyens supplémentaires, encore renforcés par les efforts consentis pour améliorer les connaissances et aptitudes dans le domaine alimentaire. Soutenir les groupes les plus vulnérables afin que toutes les personnes vivant dans la Région européenne de l'OMS puissent profiter des bienfaits d'une alimentation saine à un prix abordable et d'une vie active en ces temps où les moyens sont limités constitue un impératif éthique.

7. Ce « Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 » de l'OMS a été formulé en s'inspirant des cadres mondiaux existants pour les politiques de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles et pour la nutrition, notamment le « Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 » de l'OMS et le « Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant ». Il s'inspire des travaux en cours et connexes au niveau régional, notamment dans le domaine de l'hygiène de l'environnement, de l'activité physique, du vieillissement en bonne santé, de la santé des enfants et des adolescents, et des efforts persistants visant à assurer la sécurité sanitaire des aliments dans la Région européenne. De même, ce plan d'action soutient le « Plan d'action de l'Union européenne sur l'obésité infantile, 2014-2020 », et s'inscrit dans le droit fil de ce dernier.

8. En outre, en 2013, les ministres des pays de la Région européenne ont adopté la « Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 », qui plaide pour une intervention décisive et concertée. Cette déclaration est la reconnaissance du fait que les stratégies visant à améliorer la santé alimentaire nécessitent une prise de mesures par les pouvoirs publics dans un large éventail de domaines, et devraient s'appuyer sur des bases factuelles toujours plus probantes démontrant l'efficacité d'une riposte

³ Il y a sécurité alimentaire lorsque l'ensemble de la population a, à tout moment, l'accès physique, social et économique à une alimentation suffisante, saine et nutritive pour répondre à ses besoins énergétiques et à ses préférences alimentaires pour mener une vie active et en bonne santé. Étant donné le rôle essentiel de la nutrition, « la sécurité alimentaire et nutritionnelle » témoigne mieux de l'importance de trouver un équilibre entre la quantité (énergie) et la qualité (diversité alimentaire).

globale incorporant un noyau fixe de politiques. C'est également la reconnaissance du fait qu'une adoption et une mise en œuvre réussies de ces politiques exigent de maintenir l'accent sur les démarches favorisant la santé dans toutes les politiques et l'approche pangouvernementale pour la mise en place de systèmes alimentaires sains et durables, en alignement avec la stratégie européenne Santé 2020. Par conséquent, une grande partie des mesures nécessaires doit être prise en dehors du secteur de la santé.

9. Le présent plan d'action sert de cadre d'orientation aux États membres. Il soutient et encourage une mise en œuvre plus généralisée d'un « menu » de politiques efficaces au niveau national, comprenant des approches cohérentes, coordonnées et multisectorielles. Comme les facteurs socioéconomiques jouent un rôle majeur dans l'alimentation peu saine et la mauvaise nutrition, les pouvoirs publics doivent adopter des stratégies et politiques touchant toute la population, et mettre en œuvre des interventions ciblées. Les ministères de la Santé doivent d'ailleurs jouer un rôle important à cet égard. Cela contribuera à garantir que les environnements dans lesquels nous vivons favorisent et encouragent des habitudes de consommation et une alimentation saines.

10. Durant la mise en œuvre de ce plan d'action, l'OMS continuera à soutenir et à stimuler les États membres et à leur prodiguer des conseils sur la nutrition et la santé dans le contexte de Santé 2020, contribuant ainsi à l'objectif global : assurer à tous, et durablement, une vie saine. Parmi les options stratégiques que les pouvoirs publics pourraient envisager, citons les mesures qui influencent la production, le marketing, la disponibilité et l'abordabilité des aliments (qui ensemble peuvent influencer sur l'accès), tout en mettant également l'accent sur la sensibilisation de la population ; sur les aptitudes, capacités et connaissances en matière d'alimentation et de nutrition ; et sur le rôle des professionnels de santé en tant que nutritionnistes, particulièrement dans le contexte des soins de santé primaires. Les politiques et les outils devant soutenir la mise en œuvre et décrits dans le présent plan d'action sont pertinents pour tous les pays de la Région, mais conservent une certaine souplesse dans la conception et sont adaptables aux contextes nationaux, à la législation en vigueur et aux importantes dimensions culturelles de la nutrition. Ce plan d'action comporte des recommandations en faveur de politiques et d'outils innovateurs et fondés sur des bases factuelles, qui fixent des priorités pour lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes, y compris par la mise en place de démarches communes pour réagir à des enjeux régionaux communs.

11. Les États membres travailleront ensemble, grâce à ces stratégies efficaces de promotion d'une alimentation et d'habitudes alimentaires saines, en répondant aux priorités comme l'apport excessif de calories, de graisses saturées, d'acides gras *trans*, de sucre et de sel, et la consommation insuffisante de fruits, de légumes et de céréales complètes. En même temps, ils s'attacheront à réduire les carences protéino-énergétiques et en micronutriments ainsi que les niveaux d'insécurité alimentaire et nutritionnelle inacceptables chez certains groupes vulnérables, comme les personnes âgées, les femmes enceintes et les populations défavorisées sur le plan socioéconomique. Les aliments et boissons non alcoolisées fortement énergétiques et pauvres en micronutriments – dont la consommation devrait être limitée dans le cadre d'une alimentation saine – sont définis aux fins du présent document comme des « produits alimentaires riches en énergie, en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucre ou en sel ».

12. Dans la Région européenne de l'OMS, l'expérience en matière de politiques nutritionnelles nationales a mis en évidence la valeur intrinsèque des outils communs ou partagés, ainsi que l'application et le transfert des connaissances. En outre, il importe de disposer de mécanismes de suivi bien développés en vue de déceler les tendances et de mesurer l'impact des politiques au fil du temps, afin de garantir une prise de responsabilités en faveur de la santé et de l'équité. Dans le cadre de ce plan d'action, les États membres travailleront aussi ensemble, avec l'appui du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, afin d'élaborer des outils communs, de procéder à un partage de données d'expérience, d'améliorer la disponibilité des données et de renforcer les capacités de

surveillance et de contrôle, avec une évaluation de la mise en œuvre des politiques et de leur impact.

13. Afin d'évoluer plus rapidement vers une solution contre la malnutrition sous toutes ses formes, les stratégies alimentaires et nutritionnelles doivent également aborder la question de la gouvernance. En suivant les recommandations sur la gouvernance proposées par Santé 2020, les chefs de gouvernement et les décideurs devraient établir des mécanismes de gouvernance qui préservent l'intégrité d'un processus décisionnel efficace, mais mobilisent également les volontés politiques en faveur d'une lutte contre la malnutrition grâce à une collaboration intersectorielle entre les ministères, les institutions nationales et locales, les experts, la société civile et, lorsque cela est indiqué, le secteur privé. L'adoption d'approches intergouvernementales plurivalentes peut garantir la participation politique, définir les rôles et les responsabilités de divers secteurs gouvernementaux et faciliter l'obtention d'un accord sur les programmes, les objectifs et les buts communs. Compte tenu de son rôle dans la production alimentaire, la distribution et la vente au détail, il est nécessaire de faire participer le secteur privé. Cependant, cette participation doit être liée aux activités de base des intervenants et s'inscrire dans le contexte des normes et incitants établis par les pouvoirs publics afin de répondre à des objectifs en matière de nutrition et de santé. On veillera également à éviter les conflits d'intérêt dans l'élaboration des politiques.

14. Dans le contexte de ce plan d'action, il est établi qu'une alimentation saine peut contribuer à la réalisation des cibles mondiales volontaires en matière de maladies non transmissibles adoptées lors de la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé. Il s'agit notamment de parvenir à une baisse relative de 25 % de la mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles pour 2025. Une alimentation saine contribuera également à atteindre les cibles mondiales volontaires existantes relatives à la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant.

15. D'autres cibles mondiales volontaires dégagées de ces processus mondiaux et devant être atteintes d'ici 2025 sont incluses au besoin dans ce plan d'action européen :

- stopper la progression de l'obésité et du diabète ;
- freiner la prévalence toujours plus élevée de la surcharge pondérale chez les enfants de moins de cinq ans ;
- réduire de 30 % la consommation moyenne de sel et de sodium au sein de la population ;
- porter à au moins 50 % le taux d'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie ;
- réduire de 40 % la proportion d'enfants souffrant d'un retard de croissance ;
- réduire de 50 % la prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer, mais pas enceintes.

Vision

16. Santé 2020 a inspiré la vision d'une Région européenne où les effets négatifs des maladies non transmissibles évitables liées à l'alimentation et à la malnutrition sous toutes ses formes – y compris le surpoids et l'obésité – ont été considérablement atténués et où tous les citoyens ont une alimentation plus saine tout au long de leur vie.

Mission

17. Garantir à l'ensemble des citoyens de la Région européenne de l'OMS un accès universel à une alimentation équilibrée et saine à un prix abordable, ainsi que l'équité et l'égalité des sexes en matière de nutrition, par la mise en œuvre de politiques intersectorielles dans le contexte de Santé 2020.

But stratégique

18. Éviter les décès prématurés et alléger considérablement la charge des maladies non transmissibles évitables liées à l'alimentation, du surpoids, de l'obésité et de toutes les autres formes de malnutrition toujours présentes dans la Région européenne de l'OMS, qui sont fortement influencées par les déterminants sociaux de la santé et ont d'importantes répercussions négatives sur le bien-être et la qualité de vie.

19. Ce but sera atteint en intervenant de façon coordonnée, sur tous les plans, dans toute une série de politiques, et ce dans le cadre d'une approche pangouvernementale envisageant la santé dans toutes les politiques. Ce plan d'action est destiné à soutenir la mise en œuvre coordonnée, globale, des stratégies, plans d'action et politiques nationaux visant à améliorer la gouvernance des systèmes alimentaires, en réduisant autant que possible les facteurs de risque nutritionnels et en limitant la prévalence des maladies liées à l'alimentation, l'accent étant mis sur l'intégration tout au long de la vie. De plus, il esquissera une orientation générale pour la mise en place, le développement et la consolidation de mesures raisonnables et réalisables.

Objet

20. Ce plan d'action se concentre sur l'alimentation et la nutrition en tant que facteurs principaux de la santé et du bien-être dans la Région européenne, en s'attachant tout particulièrement au fardeau des maladies non transmissibles qui y est associé. Il couvre toutes les formes de malnutrition, y compris le surpoids et l'obésité, tout au long de la vie. Plus précisément, il vise à remédier aux problèmes suivants :

- l'accès inéquitable à une nutrition adéquate tout au long de la vie et la répartition inéquitable de la surcharge pondérale, de l'obésité, des maladies non transmissibles liées à l'alimentation et de la malnutrition ;
- l'absence persistante d'informations nutritionnelles facilement compréhensibles sur les produits alimentaires, grâce auxquelles le choix sain pourrait être le choix facile, et l'insuffisance des connaissances, des aptitudes et des compétences en matière de nutrition et d'alimentation saine, ce qui limite la capacité de la population à agir en fonction de ces informations ;
- la présence d'aliments peu sains dans des environnements clés comme les écoles, les établissements publics, les établissements de restauration et les points de vente au détail ;
- le marketing généralisé, auprès des enfants, d'aliments et de boissons riches en énergie, en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucre ou en sel et le marketing inapproprié d'aliments de suivi (de deuxième âge) et de compléments alimentaires pour nourrissons et jeunes enfants ;
- un besoin constant de veiller à ce que les services de santé et d'aide sociale disposent des outils et des ressources afin de prioriser la promotion de la santé et la prévention des maladies, en vue de relever les défis de la nutrition et de lutter contre les maladies liées à l'alimentation ;

- l'absence continue d'une harmonisation entre les buts de santé et les politiques mondiales, régionales et locales régissant le commerce et la chaîne d'approvisionnement alimentaire, ce qui influence la qualité nutritionnelle des aliments disponibles à un prix abordable et, par conséquent, la sécurité alimentaire et nutritionnelle de la population.

Principes directeurs

Lutter contre les inégalités en matière d'accès à une alimentation saine, comme l'énonce Santé 2020

21. Une réduction des inégalités sociales contribuera de façon significative à la santé et au bien-être, et notamment aux résultats obtenus en matière de situation nutritionnelle et de conduite alimentaire. Les causes de l'inégalité sont complexes et profondément enracinées, ce qui accentue la position de faiblesse et la vulnérabilité durant toute la vie et de génération en génération. Santé 2020 et la Déclaration de Vienne reflètent toutes deux une volonté croissante de s'attaquer à la mauvaise nutrition et aux conduites alimentaires peu saines dans les pays et dans l'ensemble de la Région, surtout parmi les groupes les plus vulnérables. La lutte contre les inégalités évitables dans le domaine de l'alimentation et l'instauration d'un accès universel quels que soient les gradients sociaux (âge, sexe, origine ethnique, handicap ou situation socioéconomique) seront nécessaires pour obtenir les meilleurs résultats, et soutiendront le capital humain et l'économie dans tous les États membres en ces temps où les moyens sont limités. Des politiques ayant pour effet d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité d'aliments sains pour les groupes les plus vulnérables (et influençant ainsi l'accessibilité des régimes alimentaires sains) peuvent contribuer à réduire les risques de maladie auxquels ceux-ci sont exposés et, en tandem avec les politiques menées dans d'autres domaines, aider à combler le fossé. Lors de la conception des politiques et de la prise de mesures en vue de les appliquer, il faudrait prendre en considération leur impact sur les inégalités.

Garantir les droits de la personne humaine et le droit à l'alimentation

22. La communauté internationale reconnaît la bonne nutrition et la bonne santé comme des droits humains fondamentaux. Le respect, la promotion et la protection des droits de la personne humaine font partie intégrante d'une prévention et d'une lutte efficaces contre la malnutrition et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation. Des stratégies doivent donc être formulées et mises en œuvre en conséquence. Pour garantir le droit à l'alimentation, qui figure désormais dans la constitution de nombreux pays, il faut mettre en place des systèmes alimentaires durables, équitables, accessibles et résilients qui assurent la sécurité alimentaire et nutritionnelle au sens large, ainsi que la fourniture et la consommation d'aliments dont l'apport nutritionnel est favorable à la santé et à la prévention des maladies non transmissibles. La priorité doit être accordée à l'action sur les déterminants de la sécurité alimentaire et nutritionnelle (approvisionnement durable et adéquat, hygiène et qualité constante, disponibilité généralisée à un prix toujours abordable et accès garanti partout) ainsi que sur les déterminants des choix des consommateurs et des habitudes de consommation.

Donner aux personnes et aux collectivités locales des moyens d'agir grâce à des environnements favorables à la santé

23. Les personnes et les collectivités locales devraient être habilitées à prévenir la malnutrition et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation et à y remédier, et incitées à participer aux actions en ce sens, y compris par des politiques visant à instaurer des environnements sains sur le plan alimentaire et à garantir la protection des droits des consommateurs. Une attention

particulière doit être accordée aux approches participatives, en vue de garantir la collaboration du public et d'obtenir leur soutien aux mesures prises dans ces domaines.

Adopter une approche portant sur toute la durée de la vie

24. Cette approche est essentielle pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles d'origine alimentaire et de la malnutrition sous toutes ses formes. La première démarche de cette approche porte sur l'état et la santé nutritionnels de la mère avant et durant la grossesse. L'étape suivante concerne les bonnes pratiques en matière de nutrition du nourrisson, y compris la promotion de l'allaitement au sein. Les mesures visant à encourager une alimentation saine pour les enfants, les adolescents et les jeunes sont renforcées et soutenues par la promotion d'une conduite alimentaire saine durant la vie active, de la nutrition favorisant un vieillissement en bonne santé et de soins nutritionnels pour personnes âgées souffrant de maladies non transmissibles liées à l'alimentation et de carences en micronutriments. Elles portent également sur la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de problèmes nutritionnels d'origine pathologique.

Appliquer des stratégies fondées sur des bases factuelles

25. Les stratégies de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles liées à l'alimentation, le surpoids, l'obésité et toutes les autres formes de malnutrition, y compris les carences en micronutriments, doivent s'inspirer des meilleures données scientifiques existantes et des principes de la santé publique et devraient être affranchies de tout conflit d'intérêt. Il faut principalement mettre l'accent sur la mise en œuvre de mesures reposant sur des données probantes en prévoyant des interventions supplémentaires, depuis la mise en place et la diffusion de bonnes pratiques jusqu'à l'application institutionnalisée et intensifiée de mesures efficaces. Il convient d'accorder une attention particulière à l'application et à l'échange des savoirs.

Calendrier

26. Ce plan d'action sera mis en œuvre de 2015 à 2020, avec l'appui du Bureau régional, par le biais de plans de travail biennaux à l'échelle de la Région et de stratégies de collaboration avec les pays. En outre, le Bureau régional aidera les États membres en préparant des outils spécifiques et des conseils techniques sur l'élaboration des politiques, avec le concours des États membres. Des réunions des réseaux de connaissances et d'action de l'OMS et des consultations en ligne seront notamment organisées à cette fin. Le Bureau régional présentera un rapport de situation intermédiaire en 2018.

27. Un cadre de suivi comprenant des indicateurs pertinents issus des cadres de suivi mondiaux de l'OMS et des indicateurs propres au « Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 » sera mis en place pour septembre 2015. Ce cadre sera utilisé par le Bureau régional, en collaboration avec les États membres, afin d'évaluer les progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations contenues dans ce plan d'action. Il contribuera à ce que la base de données européenne de l'OMS sur la nutrition, l'obésité et l'activité physique puisse continuer à être étoffée.

Objectifs, priorités et outils

28. En fonction de la situation nationale, les États membres doivent élaborer des stratégies et plans d'action (ou étendre la portée de ceux existant) de manière à atteindre les objectifs du plan d'action, ces derniers étant largement conformes à ceux de la « Déclaration de Vienne sur la

nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 ». On veillera également à incorporer ou à adapter, au besoin, les mesures stratégiques prioritaires et outils proposés.

Instaurer des environnements propices à la consommation d'aliments et de boissons sains

29. Adopter des mesures strictes limitant l'impact global⁴, sur les enfants, de toute forme de marketing d'aliments riches en énergie, en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucre ou en sel. Veiller à ce que des dispositions appropriées soient prises pour que la réalisation de cet objectif soit évaluée dans le cadre d'un suivi et d'un examen indépendants.

30. Utiliser des outils communs dans le contexte des politiques visant à limiter le marketing, auprès des enfants, d'aliments riches en énergie, en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucre ou en sel, comme la définition de profils nutritionnels.

31. Envisager le recours à des outils économiques (incitants de la chaîne d'approvisionnement et de distribution, subventions ciblées, fiscalité, etc.) afin de promouvoir une alimentation saine, en tenant dûment compte de l'impact global sur les groupes vulnérables.

32. Promouvoir, grâce au leadership des pouvoirs publics, la reformulation des produits, des améliorations de la qualité nutritionnelle de l'approvisionnement en aliments, le recours à un étiquetage explicatif ou facile à comprendre pour le consommateur sur la face avant des emballages et des points de vente au détail d'aliments sains.

33. S'engager dans une collaboration entre les divers pouvoirs publics afin de faciliter les choix alimentaires plus sains dans des contextes tels que les écoles, les jardins d'enfants, les crèches, les hôpitaux, les institutions publiques et les lieux de travail, notamment par l'établissement de normes. À titre d'exemples, il convient de mentionner les politiques nutritionnelles à l'école, telles que les programmes d'incitation à la consommation de fruits à l'école, et les normes nutritives et alimentaires pour les produits disponibles dans les établissements publics, celles-ci pouvant d'ailleurs contribuer à la réduction des inégalités.

Faire valoir les bienfaits procurés par une conduite alimentaire saine tout au long de l'existence, notamment chez les groupes les plus vulnérables

34. Investir dans le domaine de la nutrition le plus tôt possible, avant et pendant la grossesse, notamment en protégeant, en promouvant et en soutenant l'allaitement au sein et en luttant contre les obstacles empêchant ce type d'allaitement, tout en prenant des dispositions en faveur d'une alimentation complémentaire appropriée.

35. Améliorer la capacité des citoyens à opérer des choix sains, en tenant compte des besoins des différents groupes d'âge, sexes et groupes socioéconomiques, par des initiatives à composants multiples, afin d'améliorer les connaissances du public sur l'alimentation et la santé et de renforcer ses aptitudes en matière d'alimentation et de nutrition. Si les contextes préscolaires et

⁴ Compte tenu de l'efficacité des pratiques de marketing en termes d'exposition (couverture, fréquence) et de puissance ou d'efficacité (contenu, conception, exécution du message commercial), l'objectif politique global doit être de réduire à la fois l'exposition des enfants au marketing des aliments riches en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucres libres ou en sel, et l'efficacité même de ces pratiques commerciales.

scolaires représentent d'excellents points de départ, il importe également de prendre en compte les occasions de sensibiliser la population active.

36. Encourager le recours aux médias sociaux et aux nouvelles techniques pour promouvoir les choix alimentaires favorables à la santé et les modes de vie plus sains.

37. Adopter des instruments et stratégies afin de répondre aux besoins nutritionnels propres aux groupes vulnérables, dont les personnes âgées, tant pour celles qui vivent dans des établissements spécialisés que pour celles qui vivent en dehors.

Renforcer les systèmes de santé pour promouvoir une alimentation saine

38. Veiller à ce que tous les services et établissements de soins de santé maintiennent leur engagement envers la promotion de la santé, et à ce que la nutrition et l'alimentation saine soient des priorités dans des systèmes d'aide sociale et de soins de santé axés sur la personne, avec de brèves interventions et des conseils au sujet de la nutrition dans le cadre des soins de santé primaires.

39. Assurer une couverture maladie universelle pour les problèmes qui sont liés à l'alimentation et peuvent être prévenus et soignés, avec un continuum de services de nutrition de haute qualité et des professionnels de santé disposant des qualifications et des ressources appropriées, allant de la promotion de la santé et de la prévention aux services et soins hospitaliers.

40. Introduire une évaluation nutritionnelle et des procédures d'intervention dans les contextes les plus appropriés pour les différents groupes d'âge, en particulier les enfants et les personnes âgées, notamment les services de soins de santé primaires et les services de soins à domicile.

Renforcer la surveillance, le suivi, l'évaluation et la recherche

41. Consolider, adapter et développer les systèmes nationaux et internationaux existants pour le suivi et la surveillance, tels que l'initiative COSI et l'enquête HBSC.

42. Maintenir des systèmes de surveillance nutritionnelle et anthropométrique des facteurs de risque nutritionnels, permettant une ventilation par statut socioéconomique et par sexe. Élaborer en priorité des bases de données sur la composition des aliments et développer celles existantes.

43. Utiliser efficacement et à bon escient les données disponibles, notamment par l'application et le transfert du savoir et des connaissances, afin d'élaborer des politiques. Observer et évaluer les activités, interventions et politiques en rapport avec l'alimentation dans différents contextes, afin de déterminer leur efficacité et de diffuser les bonnes pratiques.

Renforcer la gouvernance, les alliances et les réseaux pour assurer l'adoption d'une stratégie d'intégration de la santé dans toutes les politiques

44. Renforcer les interventions coordonnées à différents niveaux administratifs et dans tous les ministères afin d'assurer la cohérence entre toutes les politiques qui ont une influence sur les systèmes d'alimentation et l'approvisionnement alimentaire, en vue de promouvoir, de protéger ou de rétablir une alimentation saine et durable (riche en légumes, en fruits et en céréales complètes, avec une consommation limitée de graisses saturées, d'acides gras *trans*, de sucre et de sel). Certains régimes alimentaires, dans certaines zones d'Europe, sont compatibles avec les

caractéristiques d'un régime alimentaire sain, notamment le régime méditerranéen⁵ et le nouveau régime alimentaire nordique.

45. Soutenir les mécanismes qui renforcent les interventions multipartites et habilite les communautés aux niveaux local et régional, comme les Villes-santé, le Réseau européen des Écoles-santé et d'autres initiatives, en prenant soin d'éviter les conflits d'intérêts. Il faut saisir les occasions qui se présentent de miser sur la force et la puissance de l'action locale, en adoptant notamment des approches de planification et des stratégies axées sur les filières courtes d'approvisionnement, comme les programmes de distribution « de la ferme à l'école ».

46. Participer à des réseaux de pays comme le *European Salt Action Network* (Réseau européen de réduction de la consommation de sel) et le *European Network on reducing marketing pressure on children* (Réseau européen visant à réduire la pression du marketing sur les enfants), et soutenir ces derniers.

Autres recommandations sur les actions et les outils en vue d'atteindre les objectifs du « Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 »

Objectif 1 – Instaurer des environnements propices à la consommation d'aliments et de boissons sains

47. Mettre en place des mesures strictes limitant l'impact global, sur les enfants, de toute forme de marketing d'aliments riches en énergie, en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucre ou en sel. Elles auront pour effet de réduire l'efficacité des techniques de communication utilisées ainsi que l'exposition globale des enfants au marketing de ces aliments. Ces pratiques commerciales influent sur les préférences et habitudes alimentaires des enfants, et sont associées à un régime alimentaire peu équilibré et à un risque accru de surpoids et d'obésité. De nouvelles données indiquent que les effets du marketing persistent à l'âge adulte. La plus grande vulnérabilité des enfants face au pouvoir persuasif des messages commerciaux, en particulier la publicité à la télévision, sur Internet et dans les médias sociaux, leur fait courir davantage de risques. Les principales catégories de produits alimentaires faisant l'objet de publicité sont hautement énergétiques et ont une teneur élevée en graisses saturées, en acide gras *trans*, en sucre ou en sel, comme les céréales pour le petit déjeuner, les boissons sucrées et les confiseries. Si la télévision reste actuellement le support dominant du marketing promotionnel des aliments et des boissons, ce n'est que l'un des nombreux médias (Internet et les réseaux sociaux en constituant d'autres exemples) grâce auxquels les annonceurs sont désormais en mesure de promouvoir des produits, d'asseoir la notoriété de leur marque et de fidéliser les consommateurs dans le cadre d'une approche plus intégrée. Le cadre élaboré par l'OMS en vue d'appliquer l'ensemble des recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants fournit des orientations aux États membres quant à la conception et à l'application des politiques. Le Bureau régional continuera de soutenir les États membres dans ce domaine. L'expérience a démontré que les démarches volontaires impliquant une autorégulation présentent des failles. Les pouvoirs publics doivent faire preuve de leadership pour définir les critères en matière de politique et de suivi indépendant en vue de garantir une mise en œuvre optimale et d'accomplir des progrès dans le renforcement et le développement des contrôles au fil du temps. Il importe également de mettre en place des procédures indépendantes de réclamation et des

⁵ Selon l'UNESCO, le régime méditerranéen est basé sur une forte consommation de légumes et de fruits frais et de noix, de légumineuses, de céréales et d'huile d'olive, avec une consommation modérée de produits laitiers, une consommation modérée à importante de poisson et une faible consommation de viande.

mécanismes de sanction en vue de protéger les droits des enfants et des consommateurs à cet égard.

48. Les écoles et les autres lieux de rassemblement d'enfants doivent être exempts de tout marketing promouvant les aliments riches en énergie, en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucre ou en sel⁶.

49. Les États membres, avec l'appui de l'OMS, peuvent envisager d'élaborer des cadres de suivi en vue d'évaluer l'ampleur de ces pratiques de marketing sur leur territoire. Ces derniers doivent également cerner l'impact des politiques ou des réglementations en termes de réduction de l'impact global sur les enfants (efficacité et exposition) du marketing des aliments riches en énergie, en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucre ou en sel et ce, sous toutes ses formes. Ils peuvent également expliciter l'impact potentiel du marketing transfrontalier.

50. Élaborer et adopter des stratégies en matière de définition des profils nutritionnels en vue de limiter le marketing des aliments riches en énergie, en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucre ou en sel et ciblant les enfants. La définition des profils nutritionnels est devenue un outil précieux pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques visant à promouvoir un approvisionnement en aliments plus sains. La mise au point d'un outil de définition des profils nutritionnels pour la Région, ce dernier pouvant être adopté ou adapté en fonction du contexte national sur une base volontaire, permettrait clairement de préciser quels produits alimentaires peuvent et ne peuvent pas être commercialisés pour les enfants. En outre, les enseignements tirés de son utilisation dans le cadre du marketing ciblant les enfants peuvent faciliter l'adaptation ou l'élaboration d'outils similaires dans d'autres domaines stratégiques, comme la fourniture des repas scolaires.

51. Examiner la panoplie d'outils économiques, notamment les incitants de la chaîne d'approvisionnement et de distribution, les subventions ciblées et la fiscalité, susceptibles de provoquer une hausse ou une baisse des prix, notamment sur les points de vente, et de rendre le régime alimentaire sain plus abordable tout en décourageant la consommation d'aliments riches en énergie, en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucre ou en sel. Une attention particulière doit être accordée à l'impact global sur les groupes vulnérables.

52. Parmi les interventions potentielles, il convient de mentionner la mise en place ou l'adaptation d'incitants sur toute la chaîne d'approvisionnement alimentaire, notamment par les investissements dans la production, la logistique de la chaîne d'approvisionnement et les politiques d'achats, afin de réaligner les politiques relatives aux systèmes alimentaires au sens plus large sur les objectifs de santé publique, et d'améliorer la disponibilité et l'abordabilité des régimes alimentaires sains.

53. En même temps, les États membres peuvent décider de mettre en place des subventions ciblées en vue d'influencer l'accessibilité financière des légumes, des fruits et des céréales complètes, en particulier pour les groupes vulnérables, et, par conséquent, de les rendre plus accessibles. On pourrait notamment subventionner les fruits et les légumes dans les programmes d'aide alimentaire et nutritionnelle. Les activités de recherche sur l'accessibilité financière des « paniers de produits alimentaires sains » dans la Région européenne peuvent donner des orientations complémentaires à ce sujet.

54. Les États membres devraient élaborer des cadres de suivi pour sonder les tendances en matière de prix des produits alimentaires et évaluer l'impact de ces mesures économiques sur les

⁶ Il s'agit notamment des crèches, des écoles, des cours et des terrains scolaires et des établissements préscolaires, des terrains de jeux, des cliniques familiales et pédiatriques, des services de pédiatrie et de toutes les activités sportives et culturelles qui se déroulent en ces lieux.

prix, la disponibilité, l'achat et la consommation des aliments ciblés et produits de substitution potentiels, notamment l'impact global sur la qualité des régimes alimentaires. Ces données doivent être ventilées par sexe et statut socioéconomique lorsque cela est possible.

55. Promouvoir, sous l'égide des pouvoirs publics, la révision de la composition des produits et les améliorations de la qualité nutritionnelle de l'approvisionnement alimentaire. Dans de nombreux pays, les objectifs en matière de consommation de graisses saturées, d'acide gras *trans* de sucre ou de sel ne sont guère atteints dans une grande majorité de la population, en particulier chez les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique. Ces mesures doivent viser les acteurs de la chaîne d'approvisionnement, notamment les producteurs d'aliments transformés ou non et les détaillants (dont les sociétés de restauration) afin de réduire fortement les niveaux des nutriments cibles dans l'ensemble des produits ainsi que dans tous les segments du marché, ce qui contribuera à réduire la consommation au niveau de la population.

- Élaborer, développer et évaluer, à titre prioritaire, les stratégies de réduction de la consommation de sel afin de poursuivre les avancées à cet égard dans toutes les catégories de produits alimentaires et dans tous les segments de marché. Des programmes coordonnés visant la réduction de la consommation de sel ont eu un impact considérable dans plusieurs États membres de la Région européenne de l'OMS. Le succès de ces programmes est subordonné à un suivi, à une participation des acteurs concernés et à la fixation de valeurs de référence et de cibles, avec des initiatives bien conçues pour la sensibilisation de la population. L'objectif principal est de suivre une approche progressive en vue de réduire la teneur en sodium afin que les préférences gustatives des consommateurs s'adaptent au fil du temps. Les substituts du sodium, le cas échéant, doivent s'avérer propres à la consommation. Comme les programmes visant la réduction de la consommation de sel sont compatibles avec ceux qui portent sur l'enrichissement du sel en iode, il conviendrait de maintenir ces derniers, car il s'agit de la mesure de santé publique la plus efficace s'agissant de remédier aux problèmes généralisés liés à l'iode, qui sont encore courants dans la Région européenne de l'OMS. L'OMS prépare actuellement une « boîte à outils » pour la réduction de la consommation de sel, afin d'aider les États membres qui effectuent ou prévoient la mise en œuvre de stratégies dans ce domaine dans le but d'atteindre l'objectif mondial.
- Envisager l'élargissement des stratégies et cibles nationales de révision de la composition des aliments à d'autres nutriments, tels que les graisses saturées et le sucre, outre la réduction générale de la teneur en calories de tout un ensemble de produits alimentaires et la fabrication de portions de taille appropriée.
- Élaborer et mettre en œuvre des politiques nationales visant à interdire ou à pratiquement éliminer les acides gras *trans* dans l'alimentation afin que la Région européenne en soit définitivement débarrassée. Bien que des progrès aient été accomplis, dans la mesure où l'utilisation de cet ingrédient a été réduite, il est toujours facile d'acheter des aliments – très demandés – contenant une grande quantité d'acide gras *trans*, en particulier dans certaines régions d'Europe et dans certains segments du marché. Une interdiction généralisée permettrait de ne plus s'inquiéter d'une éventuelle consommation importante au sein des groupes les plus vulnérables, mais doit être appliquée dans le cadre des améliorations apportées à la qualité nutritionnelle générale des aliments, notamment sans aucune augmentation de la teneur en graisses saturées. L'OMS aidera les États membres à recenser les stratégies appropriées aux contextes nationaux.

56. Étiqueter davantage les aliments de manière à rendre la tâche du consommateur plus aisée, en plaçant sur le devant de l'emballage des étiquettes faciles à comprendre ou explicatives lui permettant d'opérer des choix sains. Ce mode d'étiquetage peut faciliter la compréhension par le consommateur du contenu nutritionnel de nombreux aliments, notamment les produits transformés complexes, et peut aussi avoir un effet sur la conduite alimentaire adoptée en encourageant les producteurs et les détaillants à réviser la composition de leurs produits. L'apposition d'étiquettes faciles à comprendre ou explicatives sur le devant de l'emballage peut limiter la consommation

d'aliments riches en énergie, en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucre ou en sel dans le contexte de l'ensemble des améliorations apportées à la qualité nutritionnelle des aliments. L'OMS émettra des recommandations sur les approches possibles, notamment les meilleures pratiques de la Région en matière de définition des critères nutritionnels.

57. Les États membres peuvent également formuler des mesures visant les détaillants de produits alimentaires et les sociétés de restauration et ayant trait de manière explicite à la disponibilité, à l'abordabilité et à la promotion des fruits et légumes dans chacun de ces cadres, tout en définissant des règles relatives à la promotion sur le lieu de vente des aliments riches en énergie, en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucre ou en sel. Les décisions prises par les détaillants quant à l'emplacement, au choix des produits, aux prix et aux autres promotions sur le lieu de vente ont des conséquences importantes en matière de conduite alimentaire, en influençant l'accessibilité des aliments, notamment dans les zones et quartiers à faible revenu.

58. Généraliser les campagnes de promotion d'une alimentation saine, en particulier dans les écoles et les institutions publiques. Les États membres sont encouragés à élaborer ou à développer les politiques nutritionnelles à l'école qui définissent des critères nutritionnels et alimentaires pour les produits disponibles ou fournis, notamment les restrictions limitant la disponibilité des aliments riches en énergie, en graisses saturées, en acide gras *trans*, en sucre ou en sel. On peut également envisager de définir de tels critères pour les aliments disponibles dans d'autres institutions publiques.

59. Les politiques nutritionnelles à l'école doivent aussi améliorer l'accessibilité des fruits et des légumes, comme dans le cadre de programmes de subvention. Dans ce plan d'action, l'OMS et les États membres considèrent le programme de l'Union européenne (UE) en faveur de la consommation de fruits à l'école ainsi que d'autres programmes nationaux similaires comme des exemples de grand partenariat entre les secteurs de l'éducation, de la santé et de l'agriculture en vue de faciliter l'accès aux fruits et légumes, et ce à un prix abordable. Nous recommandons son élargissement à un plus grand nombre d'écoles, et encourageons l'augmentation de la quantité ou de la fréquence des légumes et des fruits. Le Bureau régional continuera de soutenir les États membres, notamment dans le cadre du Réseau européen des Écoles-santé.

Objectif 2 – Faire valoir les bienfaits procurés par une conduite alimentaire saine tout au long de l'existence, notamment chez les groupes les plus vulnérables

60. Accroître les mesures visant à protéger et à promouvoir l'allaitement maternel, notamment par l'adoption de politiques et de normes, les avantages de cette pratique étant par ailleurs mis en évidence dans le cadre d'activités d'information et d'éducation. La promotion d'une alimentation et d'une nutrition saines avant la conception, pendant la grossesse et pour les nourrissons et jeunes enfants revêt une importance capitale afin d'assurer la croissance et le développement, et aussi de prévenir les maladies non transmissibles. Dans ce contexte, les États membres s'engagent à procéder à un suivi global du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* et de l'initiative Hôpitaux amis des bébés (ou des normes d'une rigueur égale ou supérieure), et à renforcer la capacité des prestataires et services de santé à contribuer à une alimentation optimale des enfants moyennant une formation appropriée, l'adoption de bonnes pratiques en matière de soins maternels et la dispensation de services à la petite enfance visant à promouvoir l'allaitement maternel. Les États membres et l'OMS prépareront également des recommandations pour la nutrition pendant la grossesse, notamment en ce qui concerne l'état nutritionnel et la prise de poids.

61. Les États membres réaffirment la nécessité de promouvoir l'apport de compléments alimentaires appropriés, notamment par l'adoption de directives nationales, outre la surveillance

des pratiques de marketing pour ce type d'aliments et la fixation de normes à cet égard. Une attention particulière doit être accordée à l'importance de l'apport de compléments alimentaires appropriés afin d'établir des préférences gustatives saines.

62. Mettre en œuvre des interventions et des initiatives communautaires globales visant à améliorer la nutrition et à prévenir le surpoids et l'obésité chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire, outre l'introduction des compétences nutritionnelles et culinaires dans les programmes scolaires. Il est scientifiquement prouvé que la performance des interventions menées dans la communauté et à l'école afin de changer les comportements alimentaires et de prévenir le surpoids et l'obésité dépend en fait de leur conception. Les actions diversifiées et à multiples composantes sont à cet égard les plus efficaces, en particulier lorsqu'elles s'accompagnent de mesures visant à modifier le contexte alimentaire à l'école. Une attention doit être accordée aux interventions et initiatives qui mettent l'accent sur les compétences alimentaires et nutritionnelles (par exemple, la cuisine et les jardins scolaires) étant donné que celles-ci permettent non seulement d'améliorer les connaissances, les compétences et les attitudes, mais peuvent amplifier l'impact des autres politiques, comme l'étiquetage nutritionnel, et contribuer à la réduction des inégalités. Les États membres doivent étudier les moyens d'assurer la durabilité et les perspectives de généralisation des interventions et des initiatives à plus long terme. Il convient également de se pencher sur les possibilités d'étendre le champ d'action des activités de communication relatives à la modification des comportements en recourant aux médias sociaux.

63. Garantir le vieillissement en bonne santé et maximiser le nombre d'années de vie en bonne santé par la prévention de toutes les formes de malnutrition et de fragilité chez les personnes âgées, en tenant compte de l'importance d'une bonne nutrition à toutes les étapes de la vie, notamment chez la population adulte active. Afin d'atteindre l'objectif ultime du vieillissement actif en bonne santé et de la prévention des maladies, ce plan d'action reconnaît la nécessité d'adopter une approche intersectorielle et de s'inspirer des cadres politiques de l'OMS existants dans ce domaine. Les priorités spécifiques du plan d'action peuvent notamment porter sur un engagement à développer la surveillance de l'état nutritionnel des populations âgées et à prendre en compte les besoins alimentaires et nutritionnels des seniors vivant en institution et de ceux vivant dans la communauté.

64. Promouvoir l'égalité entre les sexes en tenant compte des facteurs sociaux, culturels et biologiques qui influencent les résultats en matière de santé nutritionnelle et, ce faisant, améliorer l'efficacité, la couverture et l'équité des programmes. On tentera de supprimer l'obstacle du déséquilibre hommes/femmes grâce à des politiques nutritionnelles prévoyant une sensibilisation et grâce à la collecte et l'analyse de données ventilées par sexe pour ces politiques. Les États membres sont encouragés à envisager les moyens d'assurer que les politiques et les interventions soient dans l'intérêt général de tous les groupes de population, y compris les mesures ciblées le cas échéant.

Objectif 3 – Renforcer les systèmes de santé pour promouvoir une alimentation saine

65. Améliorer les capacités et la formation des professionnels des soins de santé primaires, en leur fournissant notamment des orientations sur la dispensation adéquate de conseils nutritionnels et la surveillance et la gestion appropriées du poids. Afin de respecter les principes et priorités de Santé 2020, les États membres vont prioriser leurs politiques nutritionnelles et les coordonner avec les politiques menées en matière de soins de santé primaires ou de soins de santé centrés sur la personne. Des informations sur les habitudes alimentaires équilibrées et leur influence sur l'état de santé et nutritionnel général, ainsi que de brèves interventions et la dispensation de conseils dans ce domaine, seront prévues dans les protocoles thérapeutiques, un accent particulier étant accordé aux soins de santé primaires et aux services de soins à domicile.

66. Améliorer les capacités et la formation des professionnels dans le domaine de la nutrition afin de constituer un personnel de santé publique qualifié, outre la prestation de services de nutrition de qualité dans le cadre des soins de santé. Encadrés par l’OMS, les États membres fourniront aux professionnels de la santé publique et des soins de santé des informations sur la nutrition fondées sur des bases factuelles, dans le cadre des systèmes éducatifs, et par le biais d’exemples de meilleures pratiques, de recommandations et de principes directeurs.

Objectif 4 – Renforcer la surveillance, le suivi, l’évaluation et la recherche

67. Développer les outils de surveillance existants et les combiner avec des données valables, représentatives et (de préférence) mesurées servant à dessiner des tendances. Recenser, grâce à des activités de surveillance, les inégalités actuelles en matière de facteurs de risque et de résultats sanitaires, en vue de mieux cibler les interventions⁷. Il importe de continuer à conférer de l’importance aux données qui peuvent être ventilées par sexe et statut socioéconomique. L’OMS jouera un rôle de premier plan en aidant les États membres à veiller à ce que les données de surveillance soient assorties d’analyses et d’interprétations correctes et de recommandations précises, fondées sur des éléments probants, pour l’élaboration de politiques. Ce faisant, les États membres et l’OMS doivent envisager les moyens de collaborer avec les experts nationaux, les établissements universitaires et la société civile.

68. Consolider et développer l’initiative COSI, qui est déjà la plus grande base de données du genre à présenter des informations comparables, et à laquelle participent 25 pays de la Région avec le soutien de l’UE. En même temps, et avec l’appui de l’OMS, les États membres doivent envisager d’élargir l’enquête HBSC pour couvrir davantage de groupes d’âge.

69. Mettre au point et appliquer un système innovateur de surveillance de la nutrition afin d’améliorer la qualité du suivi de la croissance de l’enfant au niveau local, et d’examiner la disponibilité et l’accessibilité financière des « paniers de produits alimentaires sains » et d’autres effets de l’environnement sur le comportement alimentaire. Les États membres, avec l’aide de l’OMS, doivent également continuer de renforcer et d’élargir les enquêtes sur l’alimentation et la nutrition représentatives au niveau national et, en guise de priorité, mettre en place des bases de données nationales sur la composition des aliments.

70. Faire preuve d’un engagement continu envers le suivi et l’évaluation des interventions, programmes et politiques dans le domaine de la nutrition afin d’en évaluer l’impact et l’efficacité, notamment chez différents groupes d’âge et socioéconomiques.

71. Là où c’est possible, il importe de promouvoir les bases de données communes en vue de fournir des informations comparables, telles que la base de données européenne de l’OMS sur la nutrition, l’obésité et l’activité physique, créée en collaboration avec les États membres et l’UE. Celle-ci contient des données de surveillance ainsi que des informations sur plus de 300 politiques nationales et sous-nationales dans la Région européenne.

⁷ Par exemple, de nouvelles données indiquent que le surpoids et l’obésité sont plus fréquents dans certaines régions insulaires que sur le continent, et pourtant peu d’études ont été menées pour en déterminer la cause.

Objectif 5 – Renforcer la gouvernance, les alliances et les réseaux pour assurer l'adoption d'une stratégie d'intégration de la santé dans toutes les politiques

72. Les pouvoirs publics mettront en œuvre de manière cohérente les recommandations énoncées dans Santé 2020 en vue d'améliorer la gouvernance pour la santé, y compris la nutrition. En même temps, des incitants devraient être mis en place de part et d'autre du système alimentaire pour assurer la disponibilité et l'abordabilité d'un régime alimentaire sain.

73. Soutenir la mise au point de mécanismes officiels permettant de promouvoir la coopération à tous les niveaux du gouvernement, en particulier pour l'action locale et, le cas échéant, susciter la participation des acteurs concernés, tels que la société civile. Certaines des initiatives les plus prometteuses pour la prévention du surpoids et de l'obésité sont fondées sur de grands programmes harmonisés mis en œuvre au niveau local. Par exemple, les États membres pourraient encourager et soutenir les actions locales telles que la planification, l'établissement de conseils alimentaires et la formation de coalitions communautaires. Ils pourraient collaborer avec les responsables politiques régionaux et locaux du secteur agro-alimentaire en vue d'optimiser les bienfaits d'une alimentation saine, de créer des débouchés commerciaux pour les petits exploitants et les agriculteurs locaux, et de mettre au point des systèmes alimentaires en milieu urbain qui répondent aux besoins de la population locale. Parmi les actions spécifiques potentielles, il convient de mentionner la mise en place de programmes « de la ferme à l'école », de cuisines et de jardins communautaires. Les États membres peuvent également soutenir des réseaux tels que celui des Villes-santé et des Écoles-santé de l'OMS.

74. Ces mesures doivent être durables et équitables, et requièrent par conséquent un leadership ainsi que la formation et l'amélioration des compétences des responsables politiques locaux. Elles exigent également une surveillance et un suivi adéquats, ainsi qu'un investissement soutenu.

75. La participation des communautés ainsi qu'une communication et une collaboration au niveau intersectoriel doivent être promues en vue de sensibiliser et d'instaurer un contexte favorable à la prise de mesures politiques au sens plus large. Une attention particulière doit être accordée aux mécanismes renforçant les liens entre le secteur agro-alimentaire, ceux de l'éducation et de la santé, et les autorités locales.

76. Participer aux réseaux d'action des États membres de l'OMS. L'OMS aide divers réseaux d'action, tels que le Réseau européen de réduction de la consommation de sel et le Réseau européen visant à réduire la pression du marketing sur les enfants. Ceux-ci sont composés de groupes de pays déterminés à mettre en œuvre des activités bien précises. Ces réseaux sont dirigés par des pays qui se sont portés volontaires, et le Bureau régional suit et soutient de près leur travail. Les réseaux d'action sont importants pour que les États membres puissent partager leurs données d'expérience et échanger des politiques.

Bibliographie

A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization; 2012.

Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, et al. Breast-feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;49(1):112–125.

Alwan A, MacLean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet*. 2010;376(9755):1861–1868.

Andreyeva T, Long MW, Brownell KD. The impact of food prices on consumption: a systematic review of research on the price elasticity of demand for food. *Am J Public Health*. 2010;100(2):216–222.

Andreyeva T, Luedicke J, Henderson KE, Tripp AS. Grocery store beverage choices by participants in federal food assistance and nutrition programs. *Am J Prev Med*. 2012;43(4):411–418.

Andreyeva T, Luedicke J. Federal food package revisions: effects on purchases of whole-grain products. *Am J Prev Med*. 2013;45(4):422–429.

Arvanitakis M, Beck A, Coppens P, De Man F, Elia M, Hébuterne X, et al. Nutrition in care homes and home care: how to implement adequate strategies (report of the Brussels Forum (22–23 November 2007)). *Clin Nutr*. 2008;27(4):481–488.

Bartali B, Frongillo EA, Bandinelli S, Lauretani F, Semba RD, Fried LP, et al. Low nutrient intake is an essential component of frailty in older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006;61(6):589–593.

Boyland EJ, Halford JC. Television advertising and branding: effects on eating behaviour and food preferences in children. *Appetite*. 2013;62:236–241.

Boyland EJ, Harrold JA, Dovey TM, Allison M, Dobson S, Jacobs MC, et al. Food choice and overconsumption: effect of a premium sports celebrity endorser. *J Pediatr*. 2013;163(2):339–343.

Boyland EJ, Harrold JA, Kirkham TC, Corker C, Cuddy J, Evans D, et al. Food commercials increase preference for energy-dense foods, particularly in children who watch more television. *Pediatrics*. 2011;128(1):e93–e100.

Boyland EJ, Harrold JA, Kirkham TC, Halford JC. The extent of food advertising to children on UK television in 2008. *Int J Pediatr Obes*. 2011;6(5–6):455–461.

Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, editors. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.

Cairns G, Angus K, Hastings G, Caraher M. Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children: a retrospective summary. *Appetite*. 2013;62:209–215.

Cattaneo A, Monasta L, Stamatakis E, Lioret S, Castetbon K, Frenken F, et al. Overweight and obesity in infants and preschool children in the European Union: a review of existing data. *Obes Rev*. 2010;11(5):389–398.

Cecchini M, Sassi F, Lauer JA, Lee YY, Guajardo-Barron V, Chisholm D. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Lancet*. 2010;376(9754):1775–1784.

Charte européenne sur la lutte contre l'obésité. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2006 (document EUR/06/5062700/8). Adoptée lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité : l'alimentation et l'exercice physique pour la santé (Istanbul, Turquie, 15-17 novembre 2006).

Comparative analysis of nutrition policies in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (document EUR/06/5062700/BD/2).

Connell P, Brucks M, Nielsen J. How childhood advertising exposure can create biased product evaluations that persist into adulthood. *J Consum Res.* 2014;41(1):119–134.

Consultation OMS/FAO d'experts sur le régime alimentaire, la nutrition et la prévention des maladies chroniques. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2002.

Core health indicators in the WHO European Region 2012. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.

Cowburn G, Stockley L. Consumer understanding and use of nutrition labelling: a systematic review. *Public Health Nutr.* 2005;8(1):21–28.

Cruz-Jentoft AJ, Franco A, Sommer P, Baeyens JP, Jankowska E, Maggi A, et al. Silver paper: the future of health promotion and preventive actions, basic research, and clinical aspects of age-related disease – a report of the European Summit on Age-Related Disease. *Aging Clin Exp Res.* 2009;21(6):376–385.

Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, et al, editors. Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

Day PL, Pearce J. Obesity-promoting food environments and the spatial clustering of food outlets around schools. *Am J Prev Med.* 2011;40(2):113–121.

de Schutter O. Rapport soumis par le Rapporteur spécial sur le droit à l'alimentation à la dix-neuvième session du Conseil des droits de l'homme. New York : Nations Unies ; 2011.

Déclaration de Moscou. Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2011.

Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2010 (document EUR/55934/5.1).

Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013.

Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. New York : Nations Unies, 2011 (document A/66/L.1).

Deuxième Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2008.

Données du Danemark sur les acides gras *trans* dans l'alimentation. Copenhague : ministère danois de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Pêche ; 2014.

Effertz T, Wilcke AC. Do television food commercials target children in Germany? *Public Health Nutr.* 2012;15(8):1466–1473.

Elmadfa I, editor. *European nutrition and health report 2009*. Basel: Karger AG; 2009 (Forum of Nutrition (vol.2)).

Ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010.

Evaluation of the European school fruit scheme: final report. Brussels: European Commission, Directorate-General for Agriculture and Rural Development; 2012.

Eyles H, Mhurchu CN, Nghiem N, Blakely T. Food pricing strategies, population diets, and non-communicable disease: a systematic review of simulation studies. *PLOS Medicine.* 2012;9(12):e1001353.

Fats and fatty acids in human nutrition: report of an expert consultation. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2010 (FAO Food and Nutrition Paper 91).

Fewtrell M, Wilson DC, Booth I, Lucas A. Six months of exclusive breast feeding: how good is the evidence? *BMJ.* 2011;342:c5955.

Galbraith-Emami S, Lobstein T. The impact of initiatives to limit the advertising of food and beverage products to children: a systematic review. *Obes Rev.* 2013;14(12):960–974.

Galcheva SV, Iotova VM, Stratev VK. Television food advertising directed towards Bulgarian children. *Arch Dis Child.* 2008;93(10):857–861.

Giskes K, van Lenthe F, Avendano-Pabon M, Brug J. A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: are we getting closer to understanding obesogenic environments? *Obes Rev.* 2011;12(5):e95–e106.

Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.

Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.

Glossaire du droit à l'alimentation. Rome : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture ; 2009.

Guideline: sodium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2012.

Gurina NA, Frolova EV, Degryse JM. A roadmap of aging in Russia: the prevalence of frailty in community-dwelling older adults in the St Petersburg district – the “Crystal” study. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(6):980–988.

Hawkes C. Food taxes: what type of evidence is available to inform policy development? *Nutr Bull.* 2012;37(1):51–56.

Health Behaviour in School-aged Children: World Health Organization collaborative cross-national study [website]. St Andrews: Child & Adolescent Health Research Unit, University of St Andrews (<http://www.hbsc.org/>).

Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011.

Inzitari M, Doets E, Bartali B, Benetou V, Di Bari M, Visser M, et al. Nutrition in the age-related disablement process. *J Nutr Health Aging* 2011;15(8):599–604.

Johansson L, Sidenvall B, Malmberg B, Christensson L. Who will become malnourished? A prospective study of factors associated with malnutrition in older persons living at home. *J Nutr Health Aging*. 2009;13(10):855–861.

Kaiser MJ, Bauer JM, Rämisch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(9):1734–1738.

Kelly B, Halford JC, Boyland EJ, Chapman K, Bautista-Castaño I, Berg C, et al. Television food advertising to children: a global perspective. *Am J Public Health*. 2010;100(9):1730–1736.

Lee A, Mhurchu CN, Sacks G, Swinburn B, Snowdon W, Vandevijvere S, et al. Monitoring the price and affordability of foods and diets globally. *Obes Rev*. 2013;14(S1): 82–95.

Lobstein T. Research needs on food marketing to children: report of the StanMark project. *Appetite*. 2013;62:185–186.

Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661–1669.

Ni Mhurchu C, Vandevijvere S, Waterlander W, Thornton LE, Kelly B, Cameron AJ et al. Monitoring the availability of healthy and unhealthy foods and non-alcoholic beverages in community and consumer retail food environments globally. *Obes Rev*. 2013;14(S1): 108–119.

Paul IM, Bartok CJ, Downs DS, Stifter CA, Ventura AK, Birch LL. Opportunities for the primary prevention of obesity during infancy. *Adv Pediatr*. 2009;56(1):107.

Plan d'action de l'Union européenne sur l'obésité infantile, 2014-2020 (en ligne). Union européenne (UE) ; 2014.

Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2013.

Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014.

Pomerleau J, Knai C, Branca F, Robertson A, Rutter H, McKee M, et al. Review of the literature of obesity (and inequalities in obesity) in Europe and of its main determinants: nutrition and physical activity. In: *Tackling the social and economic determinants of nutrition and physical activity for the prevention of obesity across Europe*. London: EURO-PREVOB Consortium; 2008.

Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2006 (résolution EUR/RC56/R2).

Rees K, Hartley L, Flowers N, Clarke A, Hooper L, Thorogood M, et al. 'Mediterranean' dietary pattern for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;8:CD009825.

Règlement (CE) n° 1234/2007 du Conseil du 22 octobre 2007 portant organisation commune des marchés dans le secteur agricole et dispositions spécifiques en ce qui concerne certains produits de ce secteur (règlement « OCM unique »). Journal officiel de l'Union européenne. 2007;L299:1–149.

Rodriguez-Fernandez R, Siopa M, Simpson SJ, Amiya RM, Breda J, Cappuccio FP. Current salt reduction policies across gradients of inequality-adjusted human development in the WHO European region: minding the gaps. *Public Health Nutr.* 2013;1–11.

Roman Viñas B, Ribas Barba L, Ngo J, Gurinovic M, Novakovic R, Cavelaars A, et al. Projected prevalence of inadequate nutrient intakes in Europe. *Ann Nutr Metab.* 2011;59(2–4):84–95.

Santé 2020 : un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012 (document EUR/RC62/9).

Semba RD, Bartali B, Zhou J, Blaum C, Ko CW, Fried LP. Low serum micronutrient concentrations predict frailty among older women living in the community. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2006;61(6):594–599.

Statistiques sanitaires mondiales 2011. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2011.

Stender S, Astrup A, Dyerberg J. A trans European Union difference in the decline in trans fatty acids in popular foods: a market basket investigation. *BMJ Open.* 2012;2(5):e000859.

STEPwise approach to surveillance (STEPS). In: WHO Chronic diseases and health promotion [website]. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/chp/steps/en/>).

Stratégie et plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, 2012-2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012 (document EUR/RC62/10 Rev.1).

Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2004 (résolution WHA57.17).

Strobl R, Müller M, Emeny R, Peters A, Grill E. Distribution and determinants of functioning and disability in aged adults – results from the German KORA-Age study. *BMC Public Health.* 2013;13(1):137.

Suite donnée à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité et Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2007 (résolution EUR/RC57/R4).

Summerbell CD, Moore HJ, Vögele C, Kreichauf S, Wildgruber A, Manios Y, et al. Evidence-based recommendations for the development of obesity prevention programs targeted at preschool children. *Obes Rev.* 2012;13(s1):129–132.

Te Morenga L, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ.* 2013;346:e7492.

Thow AM, Jan S, Leeder S, Swinburn B. The effect of fiscal policy on diet, obesity and chronic disease: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2010;88(8):609–614.

Trichopoulou A, Bamia C, Trichopoulos D. Anatomy of health effects of Mediterranean diet: Greek EPIC prospective cohort study. *BMJ.* 2009;338:b2337.

Troesch B, Hoefft B, McBurney M, Eggersdorfer M, Weber P. Dietary surveys indicate vitamin intakes below recommendations are common in representative Western countries. *Br J Nutr.* 2012;108(4):692–698.

Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Rito AI, Hovengen R, Kunesova M, et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6–9-year-old children. *Pediatr Obes.* 2013;8(2):79–97.

= = =