



**REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC
BUREAU REGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL**

COMITÉ RÉGIONAL

WPR/RC53/12

**Cinquante-troisième session
Kyoto, Japon
16-20 septembre 2002**

25 juillet 2002

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 18 de l'ordre du jour provisoire

**TABLE RONDE MINISTÉRIELLE :
ALIMENTATION, EXERCICE PHYSIQUE ET SANTÉ**

On sait depuis des siècles que le secret de la santé et de la longévité réside dans une alimentation saine et la pratique régulière d'une activité physique. Un régime alimentaire équilibré et une activité physique adaptée peuvent contribuer à réduire les cas de crises cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux, de diabète de type 2 et de certains cancers. L'alimentation et l'exercice physique favorisent aussi la santé mentale et le bien-être.

La table ronde s'inscrira dans le cadre de la contribution de la Région à l'élaboration de la stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé, qui doit être mise en œuvre en réponse à l'appel lancé par l'Assemblée mondiale de la Santé à sa cinquante-cinquième session. Le présent document examine l'ampleur du problème et défend l'argument selon lequel l'alimentation et l'activité physique sont des questions qui revêtent désormais un caractère d'urgence pour tous les pays du monde (voir pp. 3-7). Il soulève par ailleurs trois questions dont les ministres souhaiteront peut-être débattre :

1) Quels sont les obstacles à la promotion de la santé qui se rapportent à l'alimentation et à l'exercice physique ? (pp. 7-8)

2) Quels enseignements avons-nous tirés de l'expérience acquise dans la Région et dans le reste du monde ? Certains programmes ont-ils réussi à venir à bout des obstacles rencontrés ? (pp. 9-14)

(3) Dispose-t-on d'indications permettant de définir les orientations à suivre ? (pp. 14-17)

Les ministres participant à la session ou leurs représentants pourront assister à la table ronde. Chaque État Membre est invité à désigner un participant. La table ronde sera précédée d'une discussion de groupe à laquelle prendront part des experts de l'activité physique et de la nutrition.

1. INTRODUCTION

1.1 Objectifs

La table ronde ministérielle répond aux objectifs suivants :

- 1) sensibiliser les responsables des politiques de santé de la Région à l'importance de l'alimentation et de l'exercice physique ; stimuler le débats sur les partenariats, les politiques et les programmes à mettre en place ; et promouvoir des modes de vie sains ;
- 2) encourager l'échange d'expérience et d'informations sur ces questions, à la lumière de la situation observée à l'heure actuelle dans les pays de la Région ; et
- (3) arrêter par consensus les mesures spécifiques à prendre afin d'accélérer la promotion de modes de vie sains et de définir le rôle de l'OMS.

1.2 Situation

Les maladies non transmissibles comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer sont des problèmes de santé publique majeurs dans la quasi-totalité des pays du Pacifique occidental. Sur dix décès qui surviennent dans la Région, six sont dus à des maladies non transmissibles. L'obésité a atteint des proportions épidémiques. Les principaux facteurs de risques de maladies non transmissibles sont l'obésité, une mauvaise alimentation, le manque d'exercice physique et le tabagisme.

- Dans la Région du Pacifique occidental, quelque 30 millions d'adultes souffrent de diabète et ce chiffre devrait encore augmenter pour atteindre 56 millions d'ici 2025. On estime qu'un cinquième des diabétiques recensés dans le monde vit dans la Région. Les taux de prévalence du diabète enregistrés dans les pays insulaires du Pacifique sont parmi les plus élevés au monde. Le diabète est étroitement lié à l'obésité.
- Dans la plupart des pays, les maladies cardiovasculaires figurent parmi les principales causes de mortalité. Chez les adultes, la prévalence de l'hypertension artérielle, qui constitue un des principaux facteurs responsables des cardiopathies coronariennes, des maladies cardiaques tensionnelles et des insuffisances rénales, est supérieure à

10 % dans 19 des pays de la Région. Dans certains pays insulaires du Pacifique, les taux de prévalence de l'hypertension artérielle excèdent 20 %. En Chine, 100 millions d'individus souffrent d'hypertension artérielle.

- Dans 23 pays de la Région, le cancer se classe parmi les trois premières causes de décès. Dans huit de ces pays, il est la principale cause de mortalité. Chez les sujets masculins, le cancer du poumon est un des trois types de cancers les plus fréquents et constitue la première cause de décès dans 28 pays. Chez les femmes, le cancer du sein, qui figure parmi les trois types de cancers les plus courants, est un des principales causes de décès dans 20 pays. Dans la plupart des pays de la Région, des cas de cancer du foie, du côlon/rectum, de l'estomac, de la bouche et du col de l'utérus sont fréquemment diagnostiqués.

Les modes de vie contemporains rendent difficile l'adoption de modes de vie sains. Si l'humanité aspire dans son ensemble à la croissance économique, cette dernière peut avoir des retombées néfastes pour la santé. L'urbanisation et l'industrialisation sont des processus irréversibles à bien des égards. Elles ont conduit à une accélération du rythme de vie et à la mécanisation de diverses tâches, répondant en cela aux exigences des temps modernes : agir toujours plus vite et avec toujours plus d'efficacité. Les progrès des télécommunications et des transports ont entraîné une réduction de la dépense physique. Paradoxalement, alors que les avancées technologiques ont conduit à une diminution du temps nécessaire à la réalisation de certaines tâches, le processus de mécanisation s'est accompagné du sentiment accru de manquer de temps et de ne pas être en mesure de maîtriser le temps nécessaire à la pratique d'activités bénéfiques pour la santé. En conséquence, on préfère aujourd'hui se déplacer en voiture plutôt que de marcher ou manger dans un établissement de restauration rapide plutôt que de se préparer une salade.

Aux difficultés liées à la promotion de modes de vie sains s'ajoutent les problèmes inhérents aux mutations sociales et au développement économique, qui s'opèrent à un rythme très rapide. En témoigne le rapport direct que l'on peut observer entre diabète et prospérité économique. La prévalence de diabète enregistrée en Chine hors des principales agglomérations du pays varie de 1,7 % dans les zones rurales pauvres à 4,6 % dans les capitales de provinces et ces chiffres sont encore susceptibles d'augmenter dans des proportions considérables, ce qui est particulièrement inquiétant. Ailleurs, les taux enregistrés sont encore plus élevés et atteignent 5 % à Hong Kong (Chine), 10 % à Shanghai et jusqu'à 15 % parmi la population de souche chinoise de l'Île Maurice. Ces chiffres indiquent que la prévalence du diabète pourrait augmenter de manière exponentielle en

Chine, où chaque accroissement de 1 % de la prévalence globale de cette maladie se traduit par 12 millions de cas de diabète supplémentaires.

1.3 Perspectives

Pouvons-nous nous permettre de laisser l'obésité progresser de la sorte sans rien faire ?

Si les ministères de la Santé n'accordent pas à la promotion de la santé un degré de priorité bien plus élevé, la progression des maladies non transmissibles va avoir de graves conséquences, tant au plan sanitaire qu'économique.

- D'ici 2020, les maladies non transmissibles vont prendre le pas sur les maladies infectieuses et devenir la principale cause de morbidité et de mortalité dans le monde.
- Les dépenses de santé liées aux maladies chroniques et non transmissibles vont augmenter de manière spectaculaire du fait du vieillissement de la population.
- Au plan mondial, le nombre total de cas de diabète de type 2 (maladie due en grande partie à une mauvaise alimentation et au manque d'exercice physique) va passer de 220 millions en 2010 à 300 millions en 2025.
- Des études montrent que dans les pays développés, les coûts liés au traitement du diabète et de ses complications représentent entre 5 % et 10 % des dépenses de santé. Il en va de même dans bon nombre de pays en développement ; à titre d'exemple, dans certains pays insulaires du Pacifique, une part importante du budget consacré à la santé est absorbée par le transfert vers des établissements hospitaliers situés à l'étranger des patients souffrant de diabète. Or, la prévalence du diabète augmente actuellement dans de telles proportions que les pouvoirs publics pourraient très bientôt se trouver dans l'incapacité de financer ces évacuations sanitaires.
- Les mauvaises habitudes alimentaires, l'inactivité et leurs diverses conséquences ne sont pas l'apanage des couches les plus aisées de la population. Du point de vue économique, la vente de produits alimentaires raffinés riches en graisses et en sel est bien plus rentable que ne le sont les aliments plus bénéfiques pour la santé. L'économie de rente pousse peu à peu les populations pauvres à abandonner les modes de vie vivriers et à consommer de plus en plus de produits alimentaires certes pratiques à utiliser et peu coûteux, mais néanmoins néfastes pour la santé. En outre,

en se détournant des méthodes traditionnelles de production vivrière, qui exigent un effort physique (jardinage, travaux agricoles, pêche), les populations pauvres sont de moins en moins actives.

1.4 Données factuelles

Les données disponibles incitent fortement à penser que les mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'exercice physique sont les principaux facteurs responsables des cardiopathies coronariennes, des accidents cardiovasculaires, de divers types de cancers, du diabète de type 2, de l'hypertension, de l'obésité, de l'ostéoporose, des caries dentaires et d'autres affections.¹

Le manque d'exercice physique est une des principales causes sous-jacentes de décès, de maladie et d'incapacité. Les données préliminaires recueillies dans le cadre d'une étude de l'OMS sur les facteurs de risques montrent que la sédentarité se classe à l'échelle mondiale parmi les dix premières causes de décès et d'incapacité. On estime que 60 % à 85 % de la population adulte ne se dépense pas assez. Les modes de vie sédentaires multiplient par deux le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète et d'obésité et accroissent considérablement le risque de cancer du côlon, d'hypertension artérielle, d'ostéoporose, de dépression et d'angoisse.²

À l'inverse, un régime alimentaire sain et l'exercice physique réduisent le risque de maladies mortelles grâce à leur influence bénéfique sur le processus d'élimination des lipides contenus dans le sang, la tension artérielle, le risque de thrombose, la masse corporelle, la tolérance au glucose et l'insulinorésistance.

Consommer davantage de légumes et de fruits et moins de sel, manger moins et privilégier les graisses de meilleure qualité : telles sont les mesures diététiques les plus importantes à prendre pour prévenir à la fois les maladies cardiovasculaires et le cancer. De même, le maintien du poids corporel normal et la pratique régulière d'une activité physique tout au long de la vie sont les moyens les plus efficaces de prévenir le diabète et les autres maladies chroniques.

¹ "Alimentation, exercice physique et santé", rapport présenté par le Secrétariat, Cinquante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé, point 13.11 de l'ordre du jour provisoire, A55/16, 27 mars 2002.

² OMS, *Pour votre santé, bougez !* Genève 2002.

- Une réduction de 1 % à 3 % des apports en graisses saturées suffit à réduire de 25 % l'incidence des cardiopathies coronariennes, ce qui représente sur dix ans une réduction de l'ordre de 4,1 à 12,7 milliards de dollars des dépenses de santé et de la perte de productivité.³
- On a démontré que chaque dollar dépensé dans le cadre des programmes nutritionnels destinés aux femmes pauvres représentait une réduction de 2,91 dollars des dépenses de santé, laquelle s'explique du fait de la baisse du nombre de nouveau-nés présentant un poids insuffisant à la naissance.⁴
- Si la part de la population australienne qui mène une vie active augmentait de 10 %, le risque de maladies cardiovasculaires diminuerait de 5 %, soit une économie potentielle de 103,75 millions AUD.⁵

La réduction de la prise de poids induit une baisse du risque de cancer du sein chez les femmes ménopausées, de cancer du côlon, de l'endomètre et du rein et d'adénocarcinome de l'œsophage. La pratique régulière d'une activité physique réduit le risque de cancer du sein et du côlon et pourrait réduire le risque de cancer de l'endomètre et de la prostate. On peut attribuer jusqu'à un tiers des tumeurs du côlon, du sein et du rein à l'excès de poids et au manque d'exercice physique. Dans l'Union européenne, par exemple, on estime que le maintien du poids corporel normal suffirait à éviter chaque année 21 000 cas de cancer du côlon et 13 000 cas de cancer du sein.⁶

2. ENJEUX

Les individus et les pouvoirs publics expriment une adhésion de pure forme au principe de la promotion de la santé. Alors que l'on dispose de toutes les connaissances requises pour agir, rien n'est fait. Quels sont les obstacles qui empêchent les bonnes intentions de se concrétiser ?

³ Centres de lutte contre la maladie (CDC), *An Ounce of Prevention ... What Are the Returns?*, deuxième édition (1999), US Department of Health and Human Services, CDC, Georgie.

⁴ *Ibid.*

⁵ Commission australienne des sports (1993), *Active Australia: A National Participation Framework*, Australian Sports Commission, ACT, 1993:20

⁶ Agence internationale de recherche sur le cancer, évaluations et recommandations du groupe de travail, Lyon, 13-20 février 2001.

L'adoption volontaire de comportements sains est avant tout fonction des possibilités qu'offre l'environnement dans lequel nous évoluons. À titre d'exemple, certains individus ne choisiront de s'alimenter sainement que si des produits alimentaires sains sont disponibles dans leur communauté à un prix abordable. Les normes culturelles définissent le choix des aliments et les quantités consommées. De même, les politiques commerciales et agricoles déterminent la nature des produits alimentaires proposés aux consommateurs. C'est donc le contexte qui détermine les préférences alimentaires du consommateur et son regard sur la santé. Dans nombre de cas, l'éventail de choix sains proposé aux individus est limité. De fait, les choix de vie sains sont toujours des choix difficiles.

Au plan institutionnel, d'autres obstacles se présentent. En règle générale, les changements requis pour promouvoir des modes de vie actifs et une alimentation saine relèvent de secteurs autres que celui de la santé. Les services de santé publics disposent de financements insuffisants et exercent le plus souvent une influence limitée sur les décisions prises dans les grands secteurs générateurs de revenus, comme le commerce et l'agriculture, qui obéissent à des politiques dont l'incidence sur la santé n'est pas régulièrement évaluée. Les structures commerciales et les secteurs publics qui produisent des revenus ne sont généralement pas encouragés à réduire leurs bénéfices et leurs recettes à court terme en faveur de mesures à caractère sanitaire dont les avantages potentiels ne se font sentir que dans le long terme. Les intérêts des responsables politiques et de l'industrie alimentaire, alliés aux préférences des consommateurs pour des aliments riches en graisses et des modes de vie sédentaires, favorisent insidieusement les environnements propices à des choix de vie malsains. En outre, la détermination du secteur de la santé est parfois sapée de l'intérieur. En effet, les avantages politiques qui découlent dans le court terme de la construction d'hôpitaux ou des investissements réalisés dans le développement de technologies curatives de pointe sont souvent plus importants que les retombées des interventions visant à combattre les causes des maladies.

Les sections suivantes ont pour but d'illustrer certains des facteurs qui font encore obstacle à la promotion de modes de vie sains. Ces obstacles peuvent, et doivent, être levés. On trouvera notamment ci-après de brèves études de cas représentatives de ce qui peut être réalisé en ce domaine, ainsi que des exemples d'initiatives qui ont permis de vaincre les obstacles rencontrés. La principale leçon à en tirer peut se résumer comme suit : aussi considérables soient-ils, ces obstacles n'ont rien d'insurmontable.

2.1 Contrairement à une idée reçue, les gens ne savent pas forcément ce qu'est un régime alimentaire sain

Le public est assailli par une multitude de messages sur ce qui constitue un régime alimentaire sain. Ces messages sont parfois contradictoires et peuvent semer la confusion dans l'esprit des gens, au point de les amener à les ignorer purement et simplement.

Modes de vie traditionnels d'Okinawa

L'espérance de vie des Japonais se classe parmi les plus élevées au monde. À Okinawa, une des préfectures les plus pauvres du pays, elle est supérieure à la moyenne nationale.

Les habitants d'Okinawa constituent un groupe ethnique distinct et ont un patrimoine historique et culturel qui leur est propre. Leur exceptionnelle longévité a été étudiée tant à Okinawa que dans les communautés d'adoption dans lesquelles ils se sont installés, notamment à Hawaii et au Brésil. On a ainsi découvert qu'elle était attribuable à une faible incidence de cardiopathies coronariennes et de cancer, due en partie à un régime alimentaire pauvre en sel et à une consommation régulière de fèves de soja, de poisson, d'algues et de légumes verts. Les mécanismes traditionnels de gestion du stress, qui s'appuient sur le soutien vigoureux de la communauté, de la famille et des proches, expliquent aussi pourquoi les personnes originaires d'Okinawa vivent généralement plus longtemps que le reste de la population japonaise.

Promotion du kimchi (plat traditionnel coréen) en Corée

La prévalence de l'excès de poids observée en République de Corée (26 %) est faible pour un pays développé. Elle s'explique du fait du régime alimentaire pauvre en graisses (42 grammes par jour) et riche en légumes (280 grammes par jour) de la population. La promotion active des vertus du régime alimentaire traditionnel (campagnes médiatiques, plats sains et équilibrés servis dans les collectivités) contribue à maintenir la prévalence de l'excès de poids à un faible niveau.

2.2 Marcher dans la ville : une pratique difficile

Pour des millions de personnes qui vivent dans des villes où le développement urbain s'est opéré hors de tout cadre planifié et a entraîné des problèmes de circulation, la marche n'a rien de bon pour la santé et n'est pas exempte de danger. En règle générale, les aires de jeux réservés aux enfants sont rares et dans bon nombre de villes, les trottoirs et espaces verts sont inexistantes. Les adeptes de la course à pied et de la marche inhalent les fumées d'échappement des véhicules à moteur ou les

émanations polluantes des installations urbaines et peuvent de ce fait souffrir de crises d'asthme et d'allergies. Enfin, les piétons qui marchent dans des rues mal éclairées peuvent être victimes de crimes ou d'agressions.

Les villes bougent plus quand les rues sont interdites la circulation

Avant que le mouvement *Agita São Paulo*, qui a inspiré les manifestations organisées à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé 2002, ne voie le jour, 70 % de la population de la ville de São Paulo (Brésil) était sédentaire. La stratégie mise en œuvre a consisté notamment à interdire certaines rues à la circulation. Nombre de villes ont prouvé que les espaces nécessaires à la pratique d'activités physiques pouvaient aisément être aménagés. À Paris (France), les avenues qui longent les berges de la Seine sont interdites aux voitures pendant les mois d'été et réservées à l'usage exclusif des piétons, des cyclistes et des adeptes du skateboard. À Bogota (Colombie), la principale artère de la ville est fermée à la circulation tous les dimanches en vertu d'un arrêté municipal et à Genève (Suisse), la Croix Rouge met gracieusement des bicyclettes à la disposition du public pendant tout l'été.

2.3 L'industrie alimentaire se soucie davantage de ses bénéfiques et des goûts du public plutôt que d'hygiène alimentaire

Avec la mondialisation et la libéralisation des échanges commerciaux, de nouveaux produits alimentaires on fait leur apparition dans nombre de pays du monde. Tous ne sont pas bons pour la santé. Malgré cela, les produits alimentaires qui ont bon goût, font l'objet de campagnes publicitaires et de stratégies de marketing efficaces finissent tôt ou tard dans l'assiette des consommateurs, qui exercent à cet égard leur liberté de choisir.

Les gens associent généralement les régimes alimentaires dits sains à des plats insipides. Dans la Région, la consommation de produits alimentaires savoureux figure probablement parmi les critères de qualité de vie qui comptent le plus pour les consommateurs.

Du sel : oui, mais pas trop

En Nouvelle-Zélande, la National Heart Foundation a créé un logo qui indique que le produit sur lequel il figure a été préparé conformément aux normes définies par la Fondation. Cette initiative visait à influencer sur la composition des aliments en indiquant clairement la teneur en sel des produits sur les emballages. Des enquêtes ont montré que 59 % des consommateurs choisissaient en priorité les articles portant le logo. En conséquence, la composition de 23 produits alimentaires a été modifiée et leur teneur en sel réduite, ce qui a eu pour effet de réduire de 33 tonnes par an la consommation de sel en Nouvelle-Zélande.

2.4 Il se peut que les aliments néfastes pour la santé constituent une importante source de revenus pour le secteur alimentaire

On trouve dans tous les pays du monde un secteur alimentaire créateur d'emplois. En conséquence, toute déclaration publique sur les méfaits de certains produits alimentaires, qu'elle soit ou non fondée sur des preuves scientifiques, suscite inévitablement la controverse. Qu'il s'agisse de lait, de beurre, de boissons non alcoolisées, d'alcool ou de tabac, les intérêts politiques peuvent à tout moment se mobiliser pour contrer les efforts visant à améliorer l'accès des consommateurs à des produits sains.

Du pain, mais pas de beurre

Dans les années 70, on enregistrait en Carélie du Nord, une région rurale de l'est de la Finlande, un des taux de mortalité dus aux maladies cardiovasculaires les plus élevés au monde. Un projet de démonstration de grande ampleur, qui s'appuyait sur l'engagement vigoureux des pouvoirs publics, de la collectivité, d'organisations médicales et d'ONG, a été entrepris. Il portait entre autres sur les aspects suivants : éducation sur les facteurs de risque ; abandon progressif des modes de production agricole axés majoritairement sur la production laitière et développement de la production de baies ; traitement médical ; et mise en œuvre, avec le degré de souplesse requise, d'un plan d'action quinquennal qui a par la suite été évalué, puis reconduit. En vingt ans, de la fin des années 70 à la fin des années 90, la situation a évolué de manière spectaculaire. Le nombre de personnes mangeant du pain avec du beurre a chuté de 60 % à 5 % et le pourcentage de consommateurs de lait riche en graisses a été ramené de 40 % à 7 %. La consommation individuelle quotidienne de sel est passée de 15 grammes à 9 grammes, les niveaux moyens de cholestérol ont diminué de 18 % et la tension artérielle de 9 %. L'association de ces divers facteurs a eu pour effet une baisse de 73 % de la mortalité due à des cardiopathies ischémiques.

2.5 Les préférences alimentaires acquises au fil du temps finissent par se fondre dans les pratiques sociales

Les "traditions" alimentaires sont peut-être l'un des principaux obstacles à l'adoption de régimes alimentaires sains. Dans toutes les sociétés, la nourriture recouvre bien plus que de simples protéines, hydrates de carbones, vitamines ou minéraux. Les aliments (de même que leur préparation et leur consommation) sont porteurs de symboles et de sens qui se transmettent de génération en génération. Dans la plupart des cas, les régimes alimentaires et les activités vivrières traditionnels représentent le moyen le plus sain de s'adapter à un environnement donné. Toutefois, dans un nombre grandissant de pays, les régimes alimentaires variés sont peu à peu remplacés par des régimes de type "occidental" de plus en plus uniformes. Les loisirs traditionnels, qui faisaient une large place à l'exercice physique, sont aujourd'hui abandonnés au profit d'occupations passives qui réduisent les individus au rôle de spectateurs. Il arrive dans certains cas que des pratiques nouvelles comme les sorties en famille dans un établissement de restauration rapide ou la consommation de bas morceaux de mouton dans les pays insulaires du Pacifique se répandent à un point tel qu'elles finissent par acquérir, en dépit de leur modernité, une dimension "traditionnelle".

Modification de la composition de l'huile de cuisson à l'Île Maurice

Un programme national axé sur la promotion de modes de vie sains a été engagé à l'Île Maurice. Il a fait largement appel aux médias et s'est appuyé sur des mesures budgétaires et législatives, ainsi que sur des activités communautaires de promotion de la santé. Le ministère de la Santé a ordonné, entre autres décisions, une modification de la composition de l'huile de cuisson la plus largement utilisée dans le pays. Cette huile est désormais composée à près de 100 % d'huile de soja. On estime que cette décision a fortement contribué à la baisse considérable des niveaux de cholestérol relevés dans le pays. Cinq ans après le lancement du programme, la tension artérielle, les concentrations de lipides dans le sang et la consommation de tabac et d'alcool avaient diminué et la population faisait davantage d'exercice physique.

2.6 On décide toujours trop tard de vivre sainement

Le diabète et l'obésité sont inextricablement liés. Les modes de vie propices à l'excès de poids sont la résultante directe des habitudes contractées pendant l'enfance en matière d'exercice physique et d'alimentation. Ces habitudes, prises très tôt, ont des conséquences tout au long de la vie.

À titre d'exemple, une jeune femme qui présente un excès de poids à son entrée dans l'âge adulte et continue à grossir a 70 fois plus de chances de développer un diabète qu'une femme mince.

Le plus souvent, les gens n'envisagent de modifier leur mode de vie que lorsque les premiers symptômes de maladie se manifestent ou lorsque leur santé commence à se dégrader.

On considère généralement que les enfants et les jeunes peuvent faire ce qui leur plaît sans avoir à se soucier de leur alimentation et qu'ils peuvent se passer de faire régulièrement de l'exercice. Les messages vantant les mérites de modes de vie sains s'adressent le plus souvent aux individus d'âge moyen susceptibles de souffrir des tout premiers symptômes de maladies non transmissibles.

Pourtant, la modernisation et la mondialisation ont entraîné une évolution rapide de l'alimentation et du mode de vie des enfants. La télévision, les jeux vidéo, les transports en commun, l'absence d'espaces verts et de voies réservées aux piétons sont autant de facteurs qui ont contribué à la sédentarisation des plus jeunes. Les repas rapides et les plats instantanés représentent aujourd'hui une part grandissante du régime alimentaire des enfants. En outre, les enfants peuvent désormais se procurer très facilement, et en quantités illimitées, des bonbons, des boissons gazeuses et des produits alimentaires à faible valeur nutritive, y compris dans les cantines de nombreux établissements scolaires. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'obésité chez les enfants soit aujourd'hui un phénomène courant en Chine et au Viet Nam. Dans la Région, le diabète de type 2, qui ne touche normalement que les adultes, est aujourd'hui fréquemment diagnostiqué chez des enfants.

Les écoles de Singapour mènent la vie dure aux mauvaises graisses

La population de Singapour grossit. L'enquête sanitaire nationale réalisée en 1998 a révélé une augmentation alarmante des cas d'obésité par rapport aux chiffres de 1992, date de la précédente enquête. Durant la période considérée, la prévalence standardisée sur l'âge de l'obésité abdominale a augmenté de près de 1 % par an. La tendance est particulièrement prononcée chez les femmes (avec une augmentation de 4,4 % à 12,9 %), mais n'épargne pas pour autant les hommes (de 0,5 % à 1,6 %). Elle se manifeste dans tous les groupes ethniques du pays : chinois, indien et malais.

Face à ce problème, le gouvernement de Singapour a lancé un programme appelé *Trim and Fit* (Mince et en forme). Il s'agit d'un programme intensif destiné aux enfants scolarisés qui vise à encourager les établissements scolaires à lancer des campagnes de prévention de l'obésité. Le programme est mis en œuvre conjointement par les ministères de l'Éducation et de la Santé et divers groupements de proximité. Il a pour objet de promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique dans les écoles et comporte divers volets plus intensifs visant spécifiquement les enfants souffrant d'un excès de poids. Outre les activités éducatives auxquelles ils participent, les enfants sont exposés dans le cadre du programme à des environnements plus sains (boutiques vendant des collations diététiques) et bénéficient d'interventions "sur mesure" (dont certaines sont obligatoires).

2.7. La pratique régulière d'une activité physique prend du temps

Pour nombre d'individus, l'un des principaux obstacles à la pratique régulière d'une activité physique tient au manque de temps ou, plus exactement, aux difficultés rencontrées pour "trouver le temps" de faire de l'exercice. Pour que l'exercice physique ait une influence bénéfique sur la santé, il doit être pratiqué régulièrement. Il doit aussi être associé à des activités de détente ou de loisir. Il est préférable de choisir une activité physique régulière "à valeur ajoutée". À titre d'exemple, la pratique du golf peut permettre à un chef d'entreprise de nouer de nouveaux contacts professionnels. De même, les gens qui pratiquent avec talent la danse de salon peuvent voir leur statut social s'améliorer. À défaut, l'exercice physique peut devenir ennuyeux, désagréable et "prendre du temps", alors qu'il doit au contraire donner l'impression de justifier pleinement le temps qu'on lui consacre.

"Pensez à votre santé : prenez les escaliers"

Dans le cadre d'une étude réalisée récemment à l'Université du Minnesota (États-Unis), deux initiatives qui visaient à encourager les gens à prendre les escaliers plutôt que l'ascenseur dans le bâtiment de l'École de santé publique, haut de huit étages, ont été lancées. La première a consisté à installer, dans la zone stratégique située entre les escaliers et l'ascenseur, des panneaux portant la mention "Pensez à votre santé : prenez les escaliers". La seconde avait pour objet d'exposer sur les murs de la cage d'escalier des œuvres d'art, renouvelées toutes les semaines. Les résultats de l'étude ont montré que les panneaux suffisaient à eux seuls à inciter les gens à prendre plus souvent l'escalier, mais que l'amélioration des caractéristiques esthétiques de la cage d'escalier, avec l'exposition d'œuvres d'art et la diffusion de musique, avait elle aussi fortement contribué à en accroître la fréquentation.

3. QUE FAIRE À PRÉSENT ?

Les prochaines étapes seront difficiles. La présente section décrit plusieurs solutions possibles et invite les ministères compétents à examiner à la fois des options classiques et d'autres plus novatrices lors de la table ronde.

Pour combattre les mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'exercice physique, les pouvoirs publics ne peuvent se contenter de réagir comme s'il s'agissait d'un problème de plus à régler. Une déclaration d'intention de plus ne suffira pas à modifier la structure de nos sociétés. Un message de plus dans les médias sur les bienfaits d'une alimentation saine ne suffira pas non plus à

améliorer les compétences culinaires de plus en plus limitées d'une génération élevée au hamburger. Si les actions de promotion de la santé contribuent à améliorer les connaissances des consommateurs, elles ne sont malgré tout qu'une composante parmi d'autres de la stratégie de plus grande envergure qu'il convient de mettre en œuvre. La promotion de la santé et l'évolution des modes de vie ne sont possibles que si l'ensemble des questions relatives au commerce, aux entreprises, à l'économie et au développement sont également prises en compte. À défaut, les campagnes de communication serviront tout au plus à mieux informer le public sans pour autant lui permettre de prendre les mesures qui s'imposent. À ce jour, aucun pays n'a trouvé de solution pour contrer la progression rapide de l'obésité. Cet échec tient peut-être au fait que nous n'avons envisagé jusqu'à présent que des solutions classiques. Faut-il au contraire chercher dans une autre direction ? La table ronde ministérielle souhaitera éventuellement se pencher lors des débats sur des approches plus novatrices des questions considérées.

Créer des environnements sains et faire de la promotion de la santé une priorité nationale

- **Élaborer des politiques publiques axées sur des modes de vie sains.** Comment les données épidémiologiques peuvent-elles être prises en compte dans la formulation des politiques relatives au commerce, aux entreprises, à l'économie et au développement ? Les techniques qui permettent d'influer sur l'élaboration des politiques publiques doivent-elles constituer un volet plus important des cours de formation en santé publique ?
- **Maintenir l'équilibre entre le marché et le cadre réglementaire.** Peut-on mettre à profit les "forces du marché" pour préserver la santé publique ? Le secteur de la santé peut-il contribuer à la définition des normes qui déterminent les bénéfices et les prix sur le marché des produits sains ?

Formuler des stratégies de communication efficaces pour promouvoir des modes de vie sains

- **Élaborer des messages de santé en rapport avec les préoccupations des gens.** La promotion de la santé présente-t-elle un intérêt pour les pauvres, dont le principal souci est de survivre ? Quel type de message faut-il diffuser et comment influer sur l'environnement pour amener un chauffeur de camion, qui, pour oublier ses problèmes, passe de temps à autre une nuit dans une maison close sans se protéger, à modifier ses

comportements sexuels ? Nos programmes de promotion de la santé ne s'adressent-ils qu'à ceux qui ont des intérêts économiques à défendre ?

- **Améliorer la qualité des stratégies de communication.** Nos stratégies de communication sont-elles efficaces ? Quel est le meilleur porte-parole en matière de santé ? Est-ce toujours le ministère de la Santé ? D'autres personnes influentes, comme les célébrités, les artistes, les athlètes et les personnalités à l'origine des phénomènes de mode pourraient-elles contribuer de manière plus visible aux efforts de promotion de la santé ?

Mobilisation sociale et partenariats stratégiques

- **Partenariat avec les autorités locales.** Les organismes nationaux ont-ils toujours un rôle à jouer en matière de promotion de la santé, compte tenu de la dimension locale de la plupart des activités mises en œuvre ? Quelle est la fonction des comités intersectoriels nationaux ? Quel doit être le contenu des programmes nationaux de promotion de la santé ? Quel rôle nouveau les unités de promotion de la santé et d'éducation sanitaire doivent-elles jouer ? Quelles sont les stratégies qui permettraient de définir plus clairement les grandes orientations à suivre afin d'optimiser les bénéfices des actions de promotion de la santé, tant au plan national que local ?
- **Partenariats commerciaux.** Tirons-nous vraiment le meilleur parti possible du potentiel que présentent les partenariats ? Si le monde des entreprises regorge de sociétés qui s'enrichissent grâce aux maladies, il existe par ailleurs des intérêts commerciaux tout aussi puissants qui pourraient commercialiser des produits alimentaires et des modes de vie actifs plus sains et générer ainsi des bénéfices. Avons-nous établi des liens suffisants avec les secteurs de l'esthétique et de la remise en forme ? Avons-nous épuisé tous les recours qui nous permettraient de parvenir à un consensus quant à la nécessité de modifier la composition de certains produits alimentaires ? Avons-nous appris à mobiliser les administrations locales et les communautés en faveur des droits des consommateurs et d'environnements sains ?
- **Responsabilité des entreprises.** Utilisons-nous la "responsabilité des entreprises" dans l'intérêt de la santé publique ? Puisque les industries qui causent des dégâts à l'environnement assument la responsabilité des campagnes de nettoyage, les entreprises

dont les activités menacent la santé ne pourraient-elles pas être tenue de prendre part aux actions de promotion de la santé ?

Réformer les services de santé

- **Financement des programmes de promotion de la santé.** Qui doit financer la promotion de la santé ? Quelle est la responsabilité des employeurs à cet égard ? Les individus doivent-ils prendre à leur charge les coûts liés à la pratique d'une activité physique et à une alimentation saine ? Faut-il au contraire "répartir" les coûts de la réduction des risques liés au mode de vie entre les différents secteurs concernés, tout comme les coûts de la lutte contre les maladies sont "répartis" entre les différents partenaires des régimes d'assurance-maladie ?
- **Étendre le rôle des agents de santé.** Quel doit être le rôle stratégique des agents de santé en matière de promotion de modes de vie sains ? Doit-il se limiter à la formulation de conseils ? Les agents de santé doivent-ils au contraire jouer un rôle de premier plan et œuvrer à l'évolution des politiques ? Doivent-ils s'employer de façon plus active à faciliter les changements dans les domaines du commerce, des entreprises, de l'économie et du développement ? Quels types de compétences et de formation doivent-ils acquérir pour être à même de s'acquitter de ces rôles nouveaux ?

4. STRATÉGIE MONDIALE SUR L'ALIMENTATION, L'EXERCICE PHYSIQUE ET LA SANTÉ

La Cinquante-cinquième Assemblée mondiale de la santé a adopté la recommandation WHA55.23 (voir Annexe), qui invite instamment les États Membres à collaborer avec l'OMS pour mettre au point une stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Cette stratégie aurait pour objectifs :

- (1) de promouvoir la santé et de réduire les risques courants de maladies non transmissibles chroniques liées à une mauvaise alimentation et à l'absence d'exercice physique, par une action essentielle de santé publique et par l'intégration de mesures préventives dans les fonctions des services de santé ;

- (2) d'encourager, dans le cadre de la réforme du secteur de la santé, l'incorporation, dans les plans nationaux d'action en matière de nutrition à l'occasion de leur actualisation, de stratégies concernant l'alimentation, l'exercice physique et la santé associant tous les secteurs, y compris la société civile et l'industrie alimentaire ;
- (3) de suivre l'évolution des données scientifiques et d'appuyer la recherche dans tout un éventail de domaines connexes, y compris la génétique humaine, la nutrition et l'alimentation, les questions intéressant particulièrement les femmes, et le développement des ressources humaines pour la santé.

En réponse à cette résolution, l'OMS a lancé un vaste processus de consultation qui aboutira à l'élaboration d'une stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Ce processus s'appuie sur les principes directeurs suivants :

- 1) **collecte de données plus solides en vue de l'élaboration des politiques** : faire la synthèse des connaissances et données scientifiques existantes et des résultats des interventions engagées à ce jour pour mieux cerner le lien entre alimentation, exercice physique et maladies chroniques ;
- 2) **actions en faveur de l'évolution des politiques** : transmettre aux décideurs et aux diverses parties concernées des informations sur le problème considéré et ses déterminants ainsi que sur les interventions et politiques à engager ;
- 3) **participation des parties intéressées** : convenir des rôles que les parties concernées doivent jouer dans la mise en œuvre de la stratégie mondiale ;
- 4) **définir un cadre d'action stratégique** : proposer des politiques et des interventions adaptées aux besoins des pays.

Le document dans lequel figureront sous forme résumée les conclusions de la table ronde ministérielle constituera une part importante de la contribution de la Région à ce processus.

5. CONCLUSION

Les conclusions de la table ronde seront transmises au Siège de l'OMS et feront partie intégrante de la contribution de la Région à la stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé.

Il est à espérer que le débat permettra aux ministres de : 1) préciser la nature des principaux obstacles à la promotion de la santé que rencontrent leurs pays respectifs en matière d'alimentation et d'exercice physique ; 2) recenser les programmes qui ont donné de bons résultats et pourraient être appliqués dans leurs pays ; et 3) formuler une politique de promotion des bonnes pratiques alimentaires et de l'exercice physique.

CINQUANTE-CINQUIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

WHA55.23

Point 13.11 de l'ordre du jour

18 mai 2002

Alimentation, exercice physique et santé

La Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé ;¹

Rappelant la résolution WHA53.17 sur la lutte contre les maladies non transmissibles, qui réaffirmait que la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles et le plan d'exécution qui l'accompagne visaient à réduire la mortalité prématurée et à améliorer la qualité de la vie ;

Rappelant le *Rapport sur la santé dans le monde, 2001*,² qui indique que la mortalité, la morbidité et l'incapacité attribuables aux principales maladies non transmissibles sont actuellement responsables d'environ 60 % de l'ensemble des décès et de 43 % de la charge de morbidité dans le monde et devraient, selon les prévisions, compter pour 73 % de l'ensemble des décès et 60 % de la charge mondiale de morbidité d'ici 2020 ;

Notant que la proportion des décès attribuables aux maladies non transmissibles qui surviennent dans les pays en développement atteint déjà 79 % ;

Alarmée par cette tendance, qui est la conséquence de la transition démographique et épidémiologique, y compris au niveau de l'alimentation et de l'exercice physique, ainsi que de la mondialisation des processus économiques ;

Reconnaissant toutefois la vaste somme de connaissances et de données d'expérience existant en la matière et la nécessité de réduire le niveau d'exposition aux principaux facteurs de risque que sont la mauvaise alimentation, l'absence d'exercice physique et le tabagisme ;

Consciente aussi du fait qu'il est plus facile d'agir sur ces grands facteurs de risque d'origine comportementale et environnementale par des mesures essentielles de santé publique concertées, comme cela a été démontré dans plusieurs Etats Membres ;

¹ Document EB109/14.

² *Rapport sur la santé dans le monde, 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

Annexe

Reconnaissant l'importance du cadre proposé pour une action au niveau de l'alimentation et de l'exercice physique dans le contexte de la lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, y compris l'appui à des modes de vie sains, la promotion d'environnements plus propices à la santé, la fourniture de services de santé publique et l'association très large des professionnels de la santé et de la nutrition et des membres d'autres professions pertinentes à l'amélioration des modes de vie et de la santé des individus et des communautés ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à collaborer avec l'OMS pour mettre au point une stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé en vue de combattre les maladies non transmissibles, en s'appuyant sur les données factuelles et les meilleures pratiques et en mettant spécialement l'accent sur une approche intégrée pour améliorer l'alimentation et développer l'exercice physique, afin :

1) de promouvoir la santé et de réduire les risques courants de maladies non transmissibles chroniques liées à une mauvaise alimentation et à l'absence d'exercice physique, par une action essentielle de santé publique et par l'intégration de mesures préventives dans les fonctions des services de santé ;

2) d'encourager, dans le cadre de la réforme du secteur de la santé, l'incorporation, dans les plans nationaux d'action en matière de nutrition à l'occasion de leur actualisation, de stratégies concernant l'alimentation, l'exercice physique et la santé associant tous les secteurs, y compris la société civile et l'industrie alimentaire ;

3) de suivre l'évolution des données scientifiques et d'appuyer la recherche dans tout un éventail de domaines connexes, y compris la génétique humaine, la nutrition et l'alimentation, les questions intéressant particulièrement les femmes, et le développement des ressources humaines pour la santé ;

2. INVITE D'AUTRE PART INSTAMMENT les Etats Membres à organiser chaque année une journée sur le thème « Pour votre santé, bougez ! » afin d'encourager l'exercice physique – indispensable à la santé et au bien-être ;

3. PRIE le Directeur général :

1) d'élaborer une stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé dans le cadre de la nouvelle stratégie OMS de lutte contre les maladies non transmissibles et, en consultation avec les Etats Membres et les organismes du système des Nations Unies et les organisations professionnelles concernées, de donner la priorité à la fourniture d'un appui aux Etats Membres pour qu'ils définissent des politiques et des programmes nationaux correspondants ;

2) d'encourager la poursuite des travaux de recherche sur l'application de différentes mesures favorisant des modes de vie plus sains ;

3) de veiller à ce que la stratégie mondiale s'articule sur une approche multidisciplinaire et multisectorielle ;

4) de mettre en place, au cours de l'élaboration de cette stratégie, un mécanisme efficace de gestion pour la collaboration et le soutien technique associant tous les programmes concernés aux différents niveaux de l'Organisation ainsi que les centres collaborateurs de l'OMS, en mettant

Annexe

l'accent sur le lancement et le renforcement de projets de démonstration à l'échelle mondiale et régionale ;

5) d'intensifier la collaboration avec d'autres organisations du système des Nations Unies et d'autres partenaires, y compris la Banque mondiale, les organisations non gouvernementales internationales et le secteur privé pour la mise en oeuvre des plans aux niveaux mondial et interrégional et le renforcement des capacités à l'échelon national ;

6) de présenter un rapport de situation sur la prévention intégrée des maladies non transmissibles au Conseil exécutif à sa cent treizième session et à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé.

Neuvième séance plénière, 18 mai 2002
A55/VR/9

= = =