

53^e CONSEIL DIRECTEUR

66^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 29 septembre au 3 octobre 2014

Point 4.7 de l'ordre du jour

CD53/9, Rév. 2
3 octobre 2014
Original : anglais

PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Introduction

1. L'obésité chez les enfants et les adolescents a atteint des proportions épidémiques dans les Amériques.^{1,2} Même si les causes de cette épidémie sont complexes et qu'il faut poursuivre les recherches à ce sujet, ses conséquences sont bien connues, ainsi que les mesures qui doivent être prises pour y mettre un terme. Depuis dix ans, de nombreux pays de la Région ont mis en place certaines de ces mesures, et il est désormais temps pour l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) d'assumer un rôle directeur pour unifier ces efforts et aider les États Membres en lançant une initiative régionale de santé publique.

2. Le présent document indique aux États Membres la raison d'être et les principales lignes d'action stratégiques des interventions de santé publique globales visant à interrompre la progression de l'épidémie d'obésité chez les enfants et les adolescents. À cette fin, ce plan quinquennal fixe un but et propose cinq domaines d'action, y compris des objectifs et des indicateurs. Chaque État Membre, en tant qu'entité souveraine, peut mettre en œuvre des politiques et des règlements proposés dans ce Plan d'action selon ses propres besoins et objectifs nationaux.

¹ De la naissance à 4 ans (<http://www.who.int/childgrowth/fr/>) :

- Surpoids : poids pour la taille valeur du $z \geq 2$ SD et < 3 SD
- Obésité : poids pour la taille valeur du $z \geq 3$ SD
- Surpoids/obésité combinés : poids pour la taille valeur du $z \geq 2$ SD

Âge de 5 à 19 ans (http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull.pdf):

- Surpoids : IMC ≥ 1 SD et < 2 au-dessus des normes de croissance moyennes de l'OMS
- Obésité : indice de masse corporelle (IMC) ≥ 2 SD au-dessus de la norme de croissance moyenne de l'OMS
- Surpoids/obésité combinés : indice de masse corporelle (IMC) ≥ 1 au-dessus de la norme de croissance moyenne de l'OMS

² Les définitions suivantes de l'OMS des enfants et adolescents sont utilisées dans ce Plan d'action : enfants : de 0 à 9 ans ; adolescents : 10 à 19 ans (www.who.int/topics/adolescent_health/fr/).

Antécédents

3. Certaines publications faisant autorité, en particulier celles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et du World Cancer Research Fund (1, 2) s'accordent sur le fait que les principaux facteurs favorisant la prise de poids et l'obésité ainsi que les maladies non transmissibles (MNT) associées sont les suivants : *a*) une forte consommation de produits pauvres en nutriments et riches en sucre, graisses et sel (ci-après dénommés « produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments »), tels que des collations et des plats rapides salés ou sucrés, *b*) la consommation régulière de boissons sucrées et *c*) le manque d'exercice physique. Tout cela contribue à créer un environnement obésogène³.

4. L'exercice physique joue un rôle important dans la prévention de l'obésité, et les niveaux doivent être suffisamment élevés pour contrebalancer la surconsommation d'énergie. Par conséquent, les efforts de prévention doivent se concentrer sur l'alimentation saine et la promotion de l'activité physique (3).

5. L'effet des sucres ajoutés sur la santé a fait l'objet d'un examen scientifique approfondi au cours des dernières années. Des méta-analyses d'études longitudinales (4) et des essais contrôlés randomisés (5) indiquent un lien entre la consommation de sucre ajouté et la prise de poids. En outre, la consommation de boissons sucrées est étroitement associée aux maladies cardiovasculaires (6), au diabète de type 2 et au syndrome métabolique (7). Les mécanismes physiologiques en cause sont notamment l'hyperinsulinémie, l'insulino-résistance, l'artériosclérose et l'hypertension (8, 9). On a avancé que le composant sucré provoquant ces changements physiologiques était le fructose (10).

6. Réduire la consommation de sucres ajoutés permet de prévenir de graves troubles de la santé, mais il est clair qu'en soi, cela ne suffit pas. Une alimentation saine doit être basée sur la consommation quotidienne de fruits et légumes, céréales non raffinées, légumes secs, lait, des protéines maigres y compris poisson et huiles végétales, et une faible consommation de viandes rouges et transformées (11, 12). Assurer la disponibilité tout au long de l'année, l'accessibilité économique, ainsi que l'accès à ce genre d'alimentation nécessite des systèmes agricole et alimentaire solides et stimulants (13, 14). Étant donné que les aliments naturels et complets constituent la base des cuisines traditionnelles dans les Amériques, ces traditions peuvent constituer un instrument précieux pour la promotion d'une alimentation saine. (15)

7. Il est essentiel d'identifier les facteurs de l'épidémie d'obésité afin d'élaborer de solides politiques, actions, lois et réglementations en matière de santé. Il est désormais admis que les préférences alimentaires d'une personne, ses décisions d'achat et ses comportements alimentaires sont déterminés par le prix, le marketing, la disponibilité et l'accessibilité économique. Ces facteurs sont à leur tour influencés par les politiques et réglementations en amont sur le commerce et l'agriculture (16).

³ On qualifie d'obésogène un environnement qui favorise et encourage l'obésité chez les individus ou les populations au travers de facteurs physiques, économiques, législatifs et socioculturels.

8. Une importante tendance commerciale actuelle associée à l'épidémie d'obésité est la disponibilité généralisée et l'augmentation de la consommation per habitant consiste à vendre des produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments ainsi que des boissons sucrées dans les pays à revenus faible et intermédiaire. La consommation de produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments ainsi que de sodas est respectivement cinq et presque trois fois supérieure à celle des pays développés, où elle atteint actuellement des niveaux de saturation du marché (17, 18). La taille des portions des sodas et autres produits commercialisés a également augmenté de façon spectaculaire ces dernières décennies. La publicité pour les produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments ainsi que pour les boissons sucrées auprès des enfants et des adolescents s'est renforcée dans la région, influençant leurs préférences et habitudes alimentaires ainsi que leurs demandes d'achats (19).

9. En outre, dû à des approches de planification urbaine qui ne favorisent pas l'activité physique, ainsi que la violence croissante et l'image que cela renvoie, les occasions de pratiquer ce type d'activité ont diminué (20, 21). Et la situation est encore aggravée par le fait que les jeux électroniques remplacent de plus en plus l'activité physique récréative. Le temps passé devant un écran, qui est également une occasion de consommer des aliments et d'être exposé à des publicités pour la nourriture, est désormais de trois heures ou plus par jour pour les enfants. Par ailleurs, bon nombre d'écoles ont réduit le temps consacré à l'éducation physique.

10. Le présent Plan d'action est axé sur les enfants et les adolescents pour plusieurs raisons. Premièrement, l'allaitement maternel, peut réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité d'environ 10 % (22) et également aider les mères à perdre du poids plus rapidement après l'accouchement. Deuxièmement, plus la personne est en surpoids ou obèse jeune, plus elle a de risques de le rester plus tard (23). Troisièmement, l'obésité a des conséquences néfastes pour la santé dans les premières phases de la vie, car elle augmente le risque d'asthme, de diabète de type 2, d'apnée du sommeil et de maladies cardiovasculaires (24, 25). Ces affections ont à leur tour une incidence sur la croissance et le développement psychosocial pendant l'adolescence (26) et finissent par nuire à la qualité de vie et à la longévité (27). Quatrièmement, les habitudes alimentaires étant acquises tôt dans la vie, la promotion et la consommation durant l'enfance de produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments, de boissons sucrées et de plats rapides empêchent l'acquisition d'habitudes alimentaires saines (28, 29). Finalement, les enfants sont incapables de discerner la nature persuasive du marketing, ainsi que de la publicité relative aux aliments et aux boissons à valeur nutritive minimale. Ces campagnes de promotion peuvent poser des inquiétudes sur le plan éthique et la possibilité des enfants à jouir du niveau le plus haut possible de santé. Un précédent pour l'action a déjà été établi dans le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (le Code) (30).

11. Une approche tenant compte des spécificités des sexes et de l'équité est également justifiée. Dans les pays à revenu élevé, l'obésité a tendance à se concentrer chez les populations défavorisées, tandis qu'elle est plus courante au sein de la population aisée dans les pays à revenus faible et intermédiaire. Toutefois, avec l'augmentation du produit

national brut, l'obésité touche toutes les couches de la société. Ce phénomène s'explique vraisemblablement par l'environnement actuel, propice à l'obésité sans discernement. Pour ajouter à la complexité de la question, les adolescentes sont plus touchées par l'épidémie d'obésité, en particulier dans les couches sociales inférieures (31, 32).

12. Ce Plan d'action est en adéquation avec les instruments suivants : la Déclaration régionale sur les nouvelles orientations en soins de santé primaires – Renouveler les soins de santé primaires dans les Amériques : une orientation stratégique et programmatique pour l'Organisation panaméricaine de la Santé (CD46/13 [2005]), Stratégie et plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant (CSP28/10 [2012]), la Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes (CD48/8 [2008]), la Stratégie régionale et Plan d'action portant sur la nutrition dans la santé et le développement, 2006-2015 (CD47/18 [2006]), le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (A65/11 [2012]), la Stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles et Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (CSP28/9, rév. 1 [2012] et CD52/7, Rév. 1 [2013] respectivement), la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (A57/9 [2004]), la Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain (CD51/5 [2011]), le Plan d'action sur la sécurité routière (CD51/7, Revu. 1 [2011]), le Rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé (A62/14 [2009]) et la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies [1989].⁴

Analyse de la situation

13. L'obésité dans le monde a presque doublé entre 1980 et 2008. De toutes les Régions de l'OMS, c'est celle des Amériques qui a la plus forte prévalence de surpoids et d'obésité (62 % pour le surpoids chez les deux sexes et 26 % pour l'obésité chez les adultes de plus de 20 ans) (33). Dans trois pays (Mexique, Chili et États-Unis) l'obésité et le surpoids touchent désormais environ 7 adultes sur 10 (34, 35, 36).

14. Une augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité a également été observée chez les enfants de la Région âgés de 0 à 5 ans. Par exemple, les taux ont doublé en République dominicaine, passant de 2,2 % en 1991 à 5,6 % en 2007 ; ils sont passés de 1,5 % en 1993 à 3 % en 2008 au Salvador et de 2,5 % en 1992 à 3,2 % en 2012 au Pérou.⁵ De même, un récent rapport de sept pays des Caraïbes orientales indique que, entre 2000 et 2010, les taux de surpoids et d'obésité chez les enfants âgés de 0 à 4 ans ont doublé, passant de 7,4 % en 2000 à 14,8 % (37).

15. Chez les adolescents des deux sexes (de 12 à 19 ans), les taux d'obésité aux États-Unis ont augmenté de 20 %, passant de 17,4 % en 2003 à 20,5 % en 2012 (38). Chez les adolescentes (de 15 à 20 ans), les taux de surpoids et d'obésité ont augmenté

⁴ Voir l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant.

⁵ Source : calculs de l'OPS basés sur les données des Enquêtes démographiques et de santé DHS (1992-2012).

progressivement au cours des vingt dernières années – par exemple : en Bolivie, de 21,1 % à 42,7 %, au Guatemala, de 19,6 % à 29,4 % et au Pérou, de 22 % à 28,5 %.⁶

16. Selon les données disponibles, globalement 20 à 25 % des enfants de moins de 19 ans sont touchés par le surpoids et l'obésité (39). En Amérique latine, on estime que 7 % des enfants de moins de 5 ans (3,8 millions) sont en surpoids ou obèses (39). Parmi les enfants d'âge scolaire (6 à 11 ans), les taux vont de 15 % (Pérou) (40) à 34,4 % (Mexique) (41), et chez les adolescents (12 à 19 ans), de 17 % (Colombie) (41) à 35 % (Mexique) (42). Aux États-Unis, 34,2% des enfants âgés de 6 à 11 ans et 34,5% des adolescents de 12 à 19 ans sont en surpoids ou obèses (38) tandis qu'au Canada 32,8 % des enfants âgés de 5 à 11 ans et 30,1 % des adolescents de 12 à 17 ans sont touchés (44). Toutefois, des données récentes aux États-Unis indiquent une baisse importante de l'obésité chez les enfants âgés de 2 à 5 ans, passant de 14 % en 2003-2004 à 8 % en 2012-2013 (38). Cette baisse peut être attribuée à des facteurs tels que l'augmentation des taux d'allaitement maternel et les modifications des politiques alimentaires dans le cadre du *Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children* (WIC) du gouvernement.

17. Face à cette épidémie, de nombreux pays des Amériques se sont efforcés de changer les normes en vigueur et ont adopté des règlements. On peut citer ce qui suit :

- a) Lois et politiques nationales pour promouvoir l'allaitement maternel introduites dans de nombreux pays, comme par exemple l'Initiative Hôpitaux amis des bébés, la mise en œuvre et la surveillance du Code et la protection de l'allaitement maternel sur le lieu de travail.
- b) Taxes sur les boissons sucrées et sur les produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments visant à réduire la consommation, au Mexique.⁷
- c) Nouvelles politiques pour améliorer l'alimentation scolaire, en particulier les aliments vendus dans les écoles, comme au Brésil, au Chili, en Colombie, au Costa Rica,⁸ en Équateur,⁹ aux États-Unis, au Mexique,¹⁰ au Pérou et en Uruguay.
- d) Réglementations sur la commercialisation des aliments auprès des enfants, comme au Brésil, au Chili¹¹ et au Pérou.
- e) Amélioration des programmes nationaux sur l'alimentation dans les écoles, comme au Brésil, au Mexique et dans d'autres pays. Le Brésil exige désormais qu'au moins 70 % des aliments proposés aux élèves soient naturels ou

⁶ Source : calculs de l'OPS basés sur les données des Enquêtes démographiques et de santé DHS (1992-2012).

⁷ Source : <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/78.pdf>

⁸ Source : <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2012/07/Costa-Rica-Regulaciones-venta-alimentos-en-sodas-estudiantiles.pdf>

⁹ Source : <http://www.fedecguayas.org/uploads/reglamento-bares-escolares.pdf>

¹⁰ Source : http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf

¹¹ Source : <http://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/etiquetado-de-alimentos>

transformés au minimum et qu'au moins 30 % du budget scolaire soit consacré à l'achat d'aliments auprès de fermes familiales locales.

- f) Étiquetage sur le devant du paquet comportant des messages visuels simples pour indiquer les caractéristiques des aliments, comme en Équateur.
- g) Cadre national, provincial et territorial visant à promouvoir un poids santé, tel qu'il est le cas au Canada et aux États-Unis,¹² qui inclut une approche multisectorielle basée sur le partenariat.

18. Certaines lois, ainsi que les règlements pour leur application, ont été contestés devant les tribunaux, ce qui a conduit au retard ou à l'interruption de leur application. Souvent, l'élaboration de mécanismes de réglementation pour appliquer les lois est un processus lent, et dans certains cas le résultat final est contraire à l'esprit de la loi, ce qui affaiblit leur mise en œuvre.

19. Aux États-Unis, s mettre des changements survenus au niveau local, au niveau des États et au niveau fédéral au cours des 5 à 10 dernières années ont modifié et amélioré le profil nutritionnel des aliments et des boissons servis et en vente dans les écoles. Il est possible que ces changements aient contribué à interrompre l'augmentation des taux de surpoids et d'obésité dans plusieurs États et même entraîné une légère baisse dans certaines juridictions (45). En outre, les améliorations du programme WIC ont été associées à une baisse des taux d'obésité chez les enfants dans 18 États (46).

Plan d'action (2014-2019)

But

20. Le but global de ce plan d'action est d'arrêter la croissance rapide de l'épidémie d'obésité chez les enfants et les adolescents, de sorte qu'il n'y ait pas d'augmentation des taux de prévalence nationaux actuels. Pour ce faire, il faut adopter une approche multisectorielle prenant en compte toutes les étapes de la vie fondée sur le modèle socio-écologique (47) et transformer l'actuel environnement obésogène en occasions de consommer davantage d'aliments nutritifs et de pratiquer une activité physique. Cela sera possible par la mise en place d'un ensemble de politiques, lois, réglementations et interventions efficaces qui tiendront compte des priorités et du contexte des États Membres, selon les lignes d'action stratégiques suivantes :

- a) soins de santé primaires et promotion de l'allaitement maternel et d'une alimentation saine ;
- b) amélioration de la nutrition et renforcement de l'activité physique à l'école ;

¹² Sources : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/index-fra.php> (le Canada); <http://www.surgeongeneral.gov/initiatives/prevention/strategy/healthy-eating.html> et <http://www.surgeongeneral.gov/initiatives/prevention/strategy/active-living.html> (les États-Unis).

- c) politiques fiscales et réglementation de la commercialisation et de l'étiquetage des aliments ;
- d) autres actions multisectorielles ;
- e) surveillance, recherche et évaluation.

21. À cette fin, l'OPS fournira : *a*) des informations fondées sur les données probantes devant servir à l'élaboration de politiques et de règlements, *b*) des directives régionales pour les programmes d'alimentation en milieu préscolaire et scolaire ; *c*) des directives régionales sur les aliments et les boissons vendus dans les écoles (que l'on appelle aussi aliments concurrentiels)¹³ et *d*) une assistance pour l'adoption d'indicateurs de l'obésité. Comme élément de la mise en œuvre du Plan, l'OPS établira ces directives, élaborera et maintiendra une base de données comprenant des chiffres représentatifs à l'échelle nationale sur la prévalence du surpoids et de l'obésité, et surveillera les activités liées à la mise en œuvre des politiques, lois et programmes dans la Région.

Ligne d'action stratégique 1 : soins de santé primaires et promotion de l'allaitement maternel et d'une alimentation saine.

22. Le but principal des soins de santé primaires est de garantir l'accès équitable aux services nécessaires pour réaliser le droit de jouir du plus haut niveau de santé possible et, à ce titre, ils jouent un rôle crucial dans la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents ainsi que de ses conséquences à long terme. Les soins de santé primaires offrent l'occasion de fournir des services de santé intégrés, y compris la promotion de l'allaitement maternel, des habitudes alimentaires saines et l'activité physique (48). L'allongement de la période d'allaitement maternel – exclusif et général – peut réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité d'environ 10 % (22). L'allaitement exclusif aide également les mères à perdre du poids plus rapidement après l'accouchement. La promotion de l'allaitement exigera que les pays renforcent les soins de santé primaires, et renouvellent leur engagement à mettre totalement en œuvre le Code ainsi que l'Initiative Hôpitaux amis des bébés (49).

Objectif 1.1 : inclure, dans les services de soins de santé, la promotion d'une alimentation saine fondée sur les directives nationales centrées sur les aliments, ainsi que d'autres activités liées à la prévention de l'obésité.

Indicateur :

- 1.1.1 : Nombre de pays dont les services de soins de santé primaires ont incorporé des activités familiales de prévention de l'obésité, y compris la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique.
(Référence : 1. Cible : 10)

¹³ « On qualifie de “concurrentiels” les aliments et boissons vendus à l'école en dehors des programmes de repas remboursables par le gouvernement fédéral et qui entrent en concurrence avec ceux-ci. » (Source : <http://www.cde.ca.gov/ls/nu/he/compfoods.asp>)

Objectif 1.2 : redoubler d'efforts pour mettre en œuvre la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Indicateurs :

1.2.1 : Nombre de pays qui publient régulièrement (au moins tous les trois ans) leurs résultats sur la surveillance de la mise en œuvre du Code.

(Référence : 5. Cible : 15)

1.2.2 : Nombre de pays disposant d'au moins 50 % de services de maternité certifiés par l'initiative Hôpitaux amis des bébés.

(Référence : 0. Cible : 5)

Ligne d'action stratégique 2 : amélioration de la nutrition et renforcement de l'activité physique à l'école.¹⁴

23. Les données scientifiques actuelles prouvent l'efficacité des interventions en milieu scolaire pour modifier le comportement alimentaire et prévenir le surpoids et l'obésité (50, 51) en servant des repas riches en nutriments qui répondent aux besoins alimentaires des enfants et des adolescents (52). Pour que ces programmes portent leurs fruits, ils doivent être mis en œuvre par une approche globale conforme aux normes en matière de nutrition et de sécurité sanitaire des aliments. En outre, la commercialisation et la vente de produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments ainsi que de boissons sucrées dans les écoles doivent être réglementées, et l'exercice physique doit être intégré dans les activités scolaires quotidiennes.

Objectif 2.1 : s'assurer que les programmes nationaux d'alimentation en milieu scolaire ainsi que la vente d'aliments et de boissons dans les écoles (« aliments concurrentiels ») répondent aux normes ou aux règlements (ou aux deux) qui favorisent la consommation d'aliments sains et d'eau et empêchent la disponibilité des produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments ainsi que des boissons sucrées.

Indicateurs :

2.1.1 : Nombre de pays disposant de programmes nationaux ou infranationaux¹⁵ d'alimentation en milieu scolaire qui correspondent aux besoins nutritionnels des enfants et des adolescents, et sont conformes aux directives nationales centrées sur les aliments.

(Référence : 3. Cible : 12)

¹⁴ Dans ce Plan d'action, le mot « école » comprend les écoles primaires, intermédiaires et secondaires.

¹⁵ Certains programmes peuvent être mis en œuvre au niveau infranational plutôt qu'au niveau national, selon le contexte politico-administratif du pays. Cela étant, lorsque la plupart des entités infranationales auront mis en œuvre l'une ou l'autre des actions précises recommandées dans ce plan d'action, on considérera que ce pays l'a mise en œuvre.

2.1.2 : Nombre de pays où au moins 70 % des écoles ont mis en place des normes ou des règlements (ou les deux) concernant la vente d'aliments et de boissons à l'école (« aliments concurrentiels ») qui favorisent la consommation d'aliments sains et d'eau, et qui empêchent les jeunes de se procurer et de consommer des produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments ainsi que des boissons sucrées.
(Référence : 8. Cible : 16)

2.1.3 : Nombre de pays où au moins 70 % des écoles disposent d'une source d'eau potable.
(Référence : 3. Cible : 12)

Objectif 2.2 : Promouvoir et renforcer les politiques et les programmes scolaires et d'enseignement pour les jeunes enfants qui augmentent l'activité physique.

Indicateur :

2.2.1 : Nombre de pays où au moins 70 % des écoles ont mis en place un programme prévoyant au moins 30 minutes par jour d'exercice physique modéré à intense (aérobie).
(Référence : 0. Cible : 10)

Ligne d'action stratégique 3 : politiques fiscales et réglementation de la commercialisation et de l'étiquetage des aliments.

24. On sait que les politiques fiscales et les règles de commercialisation permettent de réduire la consommation de tabac (53) et d'alcool. Des résultats similaires ont été observés avec les boissons sucrées en France et en Hongrie. Dans le cas des aliments et boissons, le Mexique a adopté une loi fiscale pour les boissons sucrées et les produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments. Le Chili et le Brésil ont lancé des initiatives pour réglementer la commercialisation des aliments. Les enfants étant plus vulnérables face au pouvoir de persuasion des messages de commercialisation (par ex. publicités à la télévision et sur Internet, appuis de personnalités connues, marketing en magasin et co-marquage des jouets), l'OMS (54) et l'OPS (19) ont publié des recommandations visant à limiter les effets négatifs de la commercialisation des aliments auprès des enfants et des adolescents en vue de réduire la consommation de produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments, de plats rapides et de boissons sucrées. Dans le but de favoriser la santé des enfants, les gouvernements sont instamment priés d'envisager d'établir des politiques fiscales et des mécanismes de réglementation parmi les instruments de politique afin de réduire l'obésité infantile, étant donné que les approches volontaires actuelles n'ont pas encore été couronnées de succès quant à la réduction de l'obésité infantile (55, 56).

Objectif 3.1 : Mettre en œuvre des politiques visant à réduire la consommation par les enfants et les adolescents de boissons sucrées et de produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments.

Indicateur :

3.1.1 : Nombre de pays ayant adopté une loi pour taxer les boissons sucrées ainsi que les produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments.
(Référence : 1. Cible : 10)

Objectif 3.2 : adopter des règles pour protéger les enfants et les adolescents contre les effets de la commercialisation des boissons sucrées, des produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments, et des plats rapides.

Indicateur :

3.2.1 : Nombre de pays ayant adopté des règles pour protéger les enfants et les adolescents contre les effets de la commercialisation des boissons sucrées, des produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments, et des plats rapides, règles conformes aux *Recommendations from a Pan American Health Organization Expert Consultation on the Marketing of Food and Non-Alcoholic Beverages to Children in the Americas* (Recommandations d'une consultation d'experts de l'Organisation panaméricaine de la Santé sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants dans les Amériques).
(Référence : 1. Cible : 15)

Objectif 3.3 : élaborer et appliquer des normes pour l'étiquetage sur le devant du paquet qui favorisent le choix d'aliments sains en permettant une identification rapide et facile des produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments.

Indicateur :

3.3.1 : Nombre de pays disposant de normes en vigueur pour l'étiquetage sur le devant du paquet qui permettent une identification rapide et facile des produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments ainsi que des boissons sucrées, et qui tiennent compte des normes figurant au Codex.
(Référence : 1. Cible : 15)

Ligne d'action stratégique 4 : autres actions multisectorielles.

25. Prendre des mesures efficaces contre l'obésité chez les enfants et les adolescents exige des actions multisectorielles soutenues qui impliquent les secteurs public et non gouvernemental, ainsi que le secteur privé s'il y a lieu. Deux domaines pertinents abordés dans le présent Plan d'action sont l'offre d'espaces urbains destinés à l'activité physique ainsi que les mesures visant à accroître la disponibilité des aliments nutritifs et l'accès à ceux-ci. La création d'espaces publics tels que des parcs, la mise en œuvre de programmes de « rues ouvertes »¹⁶ et la mise en place de systèmes rapides de transport en

¹⁶ Les *ciclovias recreativas* sont des programmes qui ferment périodiquement certaines rues à la circulation automobile à des fins récréatives.

commun sont des initiatives qui favorisent l'activité physique. Les interventions visant à améliorer les systèmes de production, d'entreposage et de distribution d'aliments naturels et complets ont également leur importance. L'initiative concernant les fermes familiales est un exemple de telles interventions, puisque dans la Région, une proportion assez considérable des aliments naturels et complets est produite par des unités agricoles de petite ou moyenne taille.

Objectif 4.1 : Assurer la participation d'autres institutions du gouvernement et, selon le cas, d'autres secteurs.

4.1.1 Nombre de pays où la mise en œuvre de ce Plan d'action est appuyée par une approche multisectorielle.

Objectif 4.2 : Améliorer l'accès à des espaces urbains récréatifs tels que les programmes de « rues ouvertes ».

Indicateur :

4.2.1: Nombre de pays où la population dans au moins cinq villes a accès à des programmes de « rues ouvertes ».
(Référence : 6. Cible : 15)

Objectif 4.3 : prendre des mesures au niveau national ou infranational pour accroître la disponibilité des aliments nutritifs et l'accès à ceux-ci.

Indicateurs :

4.3.1: Nombre de pays ayant mis en place des mesures incitatives au niveau national pour soutenir les programmes d'agriculture familiale.
(Référence : 5. Cible : 21)

4.3.2: Nombre de pays ayant introduit des mesures visant à améliorer le prix relatif des aliments sains ou l'accès à ceux-ci (ou les deux).
(Référence : 3. Cible : 10)

Ligne d'action stratégique 5 : surveillance, recherche et évaluation.

26. Les systèmes d'information de surveillance sont indispensables pour l'élaboration de politiques nationales et régionales, tout comme la ventilation des données pour que ces politiques soient sensibles aux questions d'équité (57). Avant de concevoir un nouveau système, il convient d'évaluer les capacités d'un pays et les données disponibles. Certains pays ont déjà adapté des systèmes utilisés au niveau international, comme entre autres l'enquête mondiale dans les écoles sur la santé des jeunes et les enquêtes sur les dépenses des ménages de l'Organisation mondiale de la Santé, tandis que d'autres ont élaboré leur propre système, comme le *Behavioral Risk Factors Surveillance System* (BRFSS) aux États-Unis et l'enquête téléphonique du Brésil pour la surveillance des facteurs de risques et la protection contre les maladies chroniques, *Vigilância de Fatores de Risco e*

Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Il est essentiel d'intégrer les différents systèmes d'information et d'établir des partenariats et des réseaux avec les établissements universitaires et scientifiques afin de mettre en place des systèmes de surveillance globaux.

Objectif 5.1 : renforcer les systèmes d'information des pays de sorte que les tendances et déterminants de l'obésité, ventilés selon au moins deux facteurs de stratification de l'équité, soient régulièrement disponibles pour la prise de décision en matière de politique.

Indicateur :

5.1.1 : Nombre de pays disposant d'un système d'information servant à produire, tous les deux ans, des rapports sur les habitudes alimentaires et sur le surpoids et l'obésité chez un échantillon de femmes enceintes et d'enfants d'âge scolaire et d'adolescents représentatif à l'échelle nationale.
(Référence : 3. Cible : 8)

Suivi et évaluation

27. La réalisation du but et des objectifs de ce Plan d'action dépend en grande partie de la fourniture par les programmes de surveillance de données fiables et récentes, et de la garantie que les informations s'accompagnent d'une analyse et d'une interprétation précises, afin de formuler des recommandations fondées sur des données probantes. La collecte de données pour surveiller la mise en œuvre de ce Plan d'action fera partie intégrante du système de surveillance pour le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. En conséquence, les progrès seront évalués tous les deux ans. Une enquête de référence sera nécessaire pour définir plusieurs indicateurs. À cette fin, l'OPS établira un système de collecte des données pour surveiller les activités et évaluer les progrès vers la réalisation de l'objectif global. Le système sera basé sur les indicateurs proposés pour chaque domaine d'action.

Incidences financières

28. On estime que les dépenses totales, incluant à la fois les activités et le personnel actuel et supplémentaire du Secrétariat de l'OPS, s'élèveront à US\$ 3 080 000.¹⁷ Les frais de personnel actuel (\$1 710 000) sont couverts par le budget ordinaire de l'OPS. Des ressources seront mobilisées pour couvrir les frais de personnel supplémentaire (\$600 000) et les activités de l'OPS (\$770 000). Les activités entreprises par les pays et les partenaires doivent être financées par des efforts multisectoriels au niveau local.

¹⁷ Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

29. Le Conseil directeur est prié d'examiner le Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents et d'envisager l'adoption du projet de résolution figurant en Annexe A.

Annexes

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Rapport d'une consultation OMS/FAO d'experts [Internet]. Genève : OMS ; 2003 (OMS, Série de rapports techniques 916) [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_fre.pdf?ua=1
2. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective [Internet]. Washington (DC): AICR; 2007 [cité le 26 février 2014]. Disponible à l'adresse : http://www.aicr.org/assets/docs/pdf/reports/Second_Expert_Report.pdf
3. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure [online]. *The Lancet* 2002 Aug 10; 360 (Issue 9331): 473–482 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673602096782>
4. Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *Am J Pub Health* 2007 Apr; 97(4):667-675.
5. Morenga LT, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies [online]. *BMJ* 2013;346:e7492 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://www.bmj.com/content/346/bmj.e7492>
6. Fung TT, Malik V, Rexrode KM, et al. Sweetened beverage consumption and risk of coronary heart disease in women. *Am J Clin Nutr* 2009;89(4):1037-1042. doi: 10.3945/ajcn.2008.27140.
7. Malik VS, Popkin BM, Bray G, Despres J-P, et al. Sugar sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type-2 diabetes: a meta-analysis [published online 2010 Aug 6]. *Diabetes Care* 2010; 3(11):2477-2484 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://care.diabetesjournals.org/content/33/11/2477>

8. Bremer AA, Mietus-Snyder M, Lustig R. Toward a unifying hypothesis of metabolic syndrome [publié en ligne le 20 février 2012]. *Pediatrics* 2012 Mar 1; 129(3): 557-570 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/557.long>
9. Lyssiotis CA, Cantley LC. Metabolic syndrome: F stands for fructose and fat [online]. *Nature* 2013 Oct 10; 502:181-182 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://www.nature.com/nature/journal/v502/n7470/full/502181a.html>
10. Stanhope KL, Schwarz JM, Keim NL, Griffen SC, Bremer AA, Graham JL, Hatcher B, Cox CL, Dyachenko A, Zhang W, et al. Consuming fructose-sweetened, not glucose-sweetened, beverages increases visceral adiposity and lipids and decreases insulin sensitivity in overweight/obese humans [Internet]. *J. Clin. Invest* 2009 May;119(5):1322–1334 [cité le 28 avril 2014]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19381015>
11. Mozaffarian D, Ludwig DS. Dietary guidelines in the 21st century—a time for food (commentary). *J Am Med Assoc* 2010;304(6):681-682.
12. Organisation mondiale de la Santé. Preparation and use of food-based dietary guidelines: report of a joint WHO/FAO consultation [Internet]. Genève : OMS ; 1998 (OMS, Série de rapports techniques 880) [cité le 26 février 2014]. Disponible sur (en anglais) : http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_880.pdf
13. Organisation pour l'alimentation et l'agriculture. The state of food and agriculture: food systems for better nutrition [Internet]. Rome: FAO; 2013 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://www.fao.org/docrep/018/i3300e/i3300e.pdf>
14. Simopoulos AP, Bourne PG, Faergeman O. Bellagio Report on Healthy Agriculture, Healthy Nutrition, Healthy People. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):230–6. [cited Apr 28 2014]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23698143>
15. Jacoby E. The best food on earth. Peru: As good as it gets (Commentary) [online]. *World Nutrition* 2012 Jul; 3(7):294-306 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://www.wphna.org/htdocs/downloads/july2012/12-07%20WN3%20Peru%20food%20pdf.pdf>
16. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé [Internet]. Genève : OMS ; 2004 [citée le 26 février 2014]. Disponible sur : http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_french_web.pdf
17. Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, Sheron N, Neal B, Thamarangsi T et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed

- food and drink industries [Internet]. *The Lancet* 2013 Feb 23-Mar 1; Vol. 381, Issue 9867:670-679 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62089-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62089-3)
18. Monteiro C, Moubarac JC, Cannon G, Ng SW, Popkin B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obes Rev* 2013 Nov;14(Suppl. S2): 21-28.
 19. Organisation panaméricaine de la Santé. Recommendations from a Pan American Health Organization Expert Consultation on the Marketing of Food and Non-Alcoholic Beverages to Children in the Americas [Internet]. Washington DC: OPS; 2011 [cité le 2 avril 2014]. Disponible sur : <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1734.pdf>
 20. Dora C, Hosking J, Mudu P, Fletcher ER. Urban transport and health. Module 5g. Sustainable transport: a sourcebook for policy-makers in developing cities [Internet]. Geneva: WHO/GIZ; 2011 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : http://www.who.int/hia/green_economy/giz_transport.pdf
 21. Cohen L, Davis R, Lee V, Valdovinos E. Addressing the intersection: preventing violence and promoting healthy eating and active living. Oakland (CA): Prevention Institute; 2010.
 22. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf
 23. Cunningham SA, Kramer MR, Venkat Narayan KM. Incidence of childhood obesity in the United States [online]. *N Engl J Med* 2014; 370(5):403-411 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://www.nejm.org/doi/abstract/10.1056/NEJMoa1309753>
 24. Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, Gidding SS, Hayman LL, Kumanyika S, et al. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment [online]. *Circulation* 2005;111:1999-2012 (AHA Scientific Statement) [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://circ.ahajournals.org/content/111/15/1999.full>
 25. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity [online]. *N Engl J Med* 1997;337:869–873 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199709253371301>
 26. Michaud P-A, Suris JC, Viner R. The adolescent with a chronic condition: epidemiology, developmental issues and health care provision [Internet]. Geneva:

- WHO; 2007 (WHO discussion papers on adolescence) [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595704_eng.pdf
27. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershow RC, Layden J, Carnes BA, Brody J, et al. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century [online]. *N Engl J Med* 2005; 352;1138-1145 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSr043743>
28. National Research Council. Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance. Washington (DC): The National Academies Press; 2005.
29. Birch LL and Doub AE. Learning to eat: birth to age 2 [online]. *Am J Clin Nutr* 2014 Mar; 99(3):723S-8S. [Epub ahead of print] [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24452235>
30. Organisation mondiale de la Santé. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel [Internet]. Genève : OMS ; 1981 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf
31. McLaren L. Socioeconomic Status and obesity [online]. *Epidemiol Rev* 2007; 29(1):29-48 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://epirev.oxfordjournals.org/content/29/1/29.long>
32. Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, Popkin B. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review [online] *Bull World Health Organ.* 2004 Dec; 82(12): 940–946 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862004001200011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
33. Organisation mondiale de la Santé Global status report on noncommunicable diseases 2010. [Internet]. Genève: OMS; 2011 [cited 2014 Feb 26]. Disponible sur : http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
34. Rivera J, Avila M, Salinas C et al. Obesidad en México. Recomendaciones para una política de estado. Mexico City: Universidad Nacional Autónoma de México, Grupo Multidisciplinario sobre la Obesidad de la Academia Nacional de Medicina; 2013.
35. Ministerio de Salud de Chile [Ministry of Health of Chile]. Encuesta Nacional de Salud 2010 [Internet]. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Epidemiología [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/encuestas-poblacionales/descarga-ens/>
36. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2012: With special feature on emergency care [Internet]. Hyattsville (MD): CDC NCHS; 2013 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur :

<http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus12.pdf>

37. Caribbean Food and Nutrition Institute. Report on the anthropometry of children 0 to 4 years old in the Caribbean. Kingston: CFNI; 2012.
38. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012 [en ligne]. JAMA. 2014;311(8):806-814 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1832542>
39. Rivera JA, González de Cossio T, Pedraza LS, Aburto TC, Sánchez TG, Martorell R. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review [en ligne]. *The Lancet Diabetes-Endocrinology* 2013; Vol. 2, Issue 4, 2014 Apr p. 321-332 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70173-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70173-6)
40. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares, 2008 [Internet]. Lima: INEI, 2008 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/condiciones-de-vida/3/>
41. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. ENSIN - Encuesta nacional de situación nutricional en Colombia [Internet]. Bogotá: ICBF; 2010 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/ENSIN1>
42. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) [Internet]. Cuernavaca (Mexico): INSP; 2012 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://ensanut.insp.mx/>
43. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Lamb MM, Flegal KM. Prevalence of high body mass index among US children and adolescents, 2007-2008 [online]. JAMA 2010 Jan 20;303(3):275-276 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=185233>
44. Roberts KC, Shields M, de Groh M, et al. L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents : Résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2009 à 2011. *Rapports sur la santé*. 2012;23(3):1-5 [cité le 24 juin 2014]. Disponible sur : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012003/article/11706-fra.pdf>
45. Robert Wood Johnson Foundation. Health Policy Snapshot. Childhood Obesity. [Internet]. Princeton (NJ): RWJF c2012 (Issue Brief 2012 Sep) [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2012/rwjf401163.

46. Centers for Disease Control and Prevention. Mortality and Morbidity Weekly Report (MMWR). Vital signs: obesity among low-income, preschool-aged children — United States, 2008–2011 [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2013 Aug 9; 62(31);629-634 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6231a4.htm>
47. Pérez-Escamilla R and Kac G. Childhood obesity prevention: a life-course framework. *International Journal of Obesity Supplements* (2013) 3:S3–S5.
48. Organisation panaméricaine de la Santé. Renouveau des soins de santé primaires dans les Amériques : Rapport sur la position de l'Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS). Washington (DC): OPS; c2007 [cité le 2 juillet 2014]. Disponible sur : <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renouveau-soins-sante-primaires-Ameriques.pdf>
49. Lutter CK, Lutter R. Fetal and early childhood undernutrition, mortality and lifelong health [online]. *Science* 2012;337:1495-1499 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://www.sciencemag.org/content/337/6101/1495>
50. Lobelo F, Garcia de Quevedo I, Holub CK, Nagle BJ, Arredondo EM, Barquera S, et al. School-based programs aimed at the prevention and treatment of obesity: evidence-based interventions for youth in Latin America. *J Sch Health* 2013;83(9):668-7.
51. Verstraeten R, Roberfroid D, Lachat C, Leroy JL, Holdsworth M, Maes L, et al. Effectiveness of preventive school-based obesity interventions in low- and middle-income countries: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 2012 Aug;96(2): 415-38.
52. United States Department of Agriculture. Nutrition standards in the national school lunch and school breakfast programs; Final rule. Federal Register. 77(17). 2012 Jan 26 [cité le 2 juillet 2014]. Disponible sur : <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2012-01-26/pdf/2012-1010.pdf>
53. Organisation mondiale de la Santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac [Internet]. Genève : OMS ; 2003 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242591017.pdf?ua=1>
54. Organisation mondiale de la Santé. A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children [Internet]. Genève: OMS; 2012 [cité le 26 février 2014]. Disponible sur : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/MarketingFramework2012.pdf>

55. 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.
56. Hawkes C, Harris JL. An analysis of the content of food industry pledges on marketing to children. *Public Health Nutr* 2011;14(8):1403-14.
57. Organisation mondiale de la Santé. Handbook on health inequality monitoring, with special focus on low- and middle-income countries [Internet]. Genève: OMS; 2013 [cité le 28 février 2014]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf

53^e CONSEIL DIRECTEUR

66^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 29 septembre au 3 octobre 2014

CD53/9, Rév. 2
Annexe A
Original : anglais

PROJET DE RÉSOLUTION

PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents* pour 2014-2019 (document CE53/9, Rév. 2) ;

Rappelant le droit des enfants à la possession du meilleur état de santé qu'ils soient capables d'atteindre, tel qu'énoncé dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, et la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant ;

Conscient du fait que le surpoids et l'obésité ont atteint des proportions épidémiques chez les enfants et les adolescents dans les Amériques et que le problème nécessite différents efforts de lutte au niveau local et national par les États Membres ;

Reconnaissant l'étendue des connaissances scientifiques et en santé publique sur les mécanismes impliqués dans l'actuelle épidémie d'obésité et l'action publique nécessaire pour la combattre ;

Sachant que le présent Plan d'action est conforme aux mandats internationaux issus de l'Assemblée mondiale de la Santé, en particulier la *Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé* (WHA57.17 [2004]) et le *Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant* (WHA65.6 [2012]), outre les mandats des organes directeurs de l'OPS, dont la *Stratégie et le plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant* (CSP28/10 [2012]), la *Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes* (CD48.R5 [2008]), la *Stratégie régionale et Plan d'action portant sur la nutrition dans la santé et le développement, 2006-2015* (CD47/18 [2006]) et la *Stratégie et le plan d'action pour la*

prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (documents CSP28/9, Rév. 1 [2012] et CD52/7, Rév. 1 [2013]), ainsi que la *Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies* (1989),

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents* pour 2014-2019.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) d'accorder la priorité à ce Plan d'action et de recommander au plus haut niveau sa mise en œuvre ;
 - b) de promouvoir la coordination entre les ministères et les institutions publiques, principalement dans les secteurs de l'éducation, de l'agriculture, des finances, du commerce, des transports et de la planification urbaine, ainsi qu'avec les pouvoirs municipaux locaux, afin de parvenir à un consensus national et de conjuguer les actions pour arrêter la progression de l'épidémie d'obésité chez les enfants ;
 - c) de soutenir et d'encadrer les efforts conjoints entre les secteurs public et privé et les organisations de la société civile autour du Plan d'action ;
 - d) d'élaborer des plans et programmes de communication basés sur des données probantes à grande échelle pour diffuser le Plan d'action et éduquer le public sur les questions d'activité physique, d'alimentation et de nourriture saine et sur la valeur des traditions culinaires locales cadrant avec une alimentation saine ;
 - e) de mettre en place un système intégré de surveillance, évaluation et responsabilité pour les politiques, plans, programmes, lois et interventions permettant de déterminer l'impact de la mise en œuvre du Plan d'action ;
 - f) de veiller à ce que des processus soient établis avec la participation de divers secteurs et parties prenantes pour examiner et analyser la mise en œuvre du Plan basés sur les priorités, besoins et capacités nationaux.
3. De demander à la Directrice :
 - a) d'apporter un soutien aux États Membres en collaboration avec d'autres organismes et comités des Nations Unies comme l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, le Programme alimentaire mondial et le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, d'autres parties prenantes et donateurs, ainsi que les secteurs nationaux, pour travailler collectivement sur le Plan d'action, en particulier sur ses activités aux niveaux national et infrarégional ;

- b) de promouvoir la mise en œuvre et la coordination du Plan d'action pour faire en sorte que les activités se recoupent avec les différents domaines des programmes de l'Organisation et les différents contextes régionaux et infrarégionaux ;
- c) de promouvoir et consolider la coopération avec les pays et entre eux, en échangeant les expériences et les enseignements tirés ;
- d) de rendre compte régulièrement aux organes directeurs des progrès et obstacles dans l'exécution du Plan d'action, ainsi que de son adaptation aux nouveaux contextes et besoins.



Rapport sur les incidences financières et administratives qu'aura pour le BSP le projet de résolution

1. Point de l'ordre du jour : Point 4.7 – Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents

2. Lien avec le programme et budget 2014-2015 :

- a) **Catégories :** 2 – Maladies non transmissibles et facteurs de risque
- b) **Domaines programmatiques et objectif :** Maladies non transmissibles/Nutrition.
Objectif : Arrêter la progression du nombre d'enfants de moins de 5 ans en surpoids.

3. Incidences financières :

- a) **Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US\$ 10 000 près, activités et personnel compris)**

Il a été estimé que les dépenses totales avec le personnel de l'OPS actuel et supplémentaire, ainsi que les activités, s'élèveraient à \$3 080 000.

- b) **Coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 (à US\$ 10 000 près, activités et personnel compris) :**

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 est de \$992 000.

- c) **Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?**

Le coût du personnel actuel (\$1 710 000) est couvert par le budget ordinaire de l'OPS. Il sera nécessaire de mobiliser des ressources pour le personnel supplémentaire (\$600 000) et les activités de l'OPS (\$770 000). Les activités entreprises par les pays et les partenaires doivent être financées par des efforts multisectoriels au niveau local.

4. Incidences administratives

- a) **Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :**

Ce Plan d'action sera mis en œuvre aux niveaux régional, infrarégional et national.

- b) **Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, en précisant les qualifications requises)**

Le recrutement de personnel supplémentaire sera nécessaire (un employé au niveau P3 au bureau régional) pour réaliser les activités spécifiques visant à soutenir la mise en œuvre et l'évaluation de ce Plan.

c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :

Première année : diffusion, promotion et mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du Plan aux niveaux national, régional et infrarégional.

Deuxième année : réalisation de consultations techniques pour élaborer des normes alimentaires, des modèles pour mettre en œuvre un cadre législatif et réglementaire et des lignes directrices pour mettre en œuvre et évaluer des programmes et interventions fondés sur des données probantes (la réglementation de la commercialisation, l'élaboration de politiques scolaires, la surveillance et l'évaluation).

Troisième année : renforcement des capacités afin d'appliquer les modèles législatifs et réglementaires et lignes directrices pour évaluer les programmes et interventions au niveau national.

Quatrième année : coopération technique et surveillance pour la mise en œuvre du Plan d'action.

Cinquième année : coopération technique, évaluation et établissement de rapports sur les réalisations du Plan d'action.



**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR AUX
MISSIONS DE L'ORGANISATION**

1. Point de l'ordre du jour : 4.7 – Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents

2. Unité responsable : Département de la Famille, du genre et du cours de vie, Unité de la Santé au cours de la vie (FGL/HL)

3. Fonctionnaire chargé de la préparation : Dr Chessa Lutter, Dr Enrique Jacoby et les membres du Groupe de travail inter-programmatique sur l'obésité de l'enfance (inter-programmatic Working Group on Childhood Obesity)

4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :
Ministères de la Santé, de l'Éducation et de l'Agriculture, Institut de Nutrition d'Amérique centrale et du Panama (Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá-INCAP), Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Chili, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Mexique, EMBARQ (ÉUA), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), ÉUA, Universidade de São Paulo (USP), Brésil et Caribbean Public Health Agency (CARPHA).

5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :

Ce Plan d'action est lié au Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 car ses actions proposées permettront de renforcer les autorités sanitaires nationales, de s'attaquer aux déterminants de la santé, de réduire les inégalités en santé, de mobiliser les connaissances, la science et la technologie et de réduire le fardeau des maladies associées à la nutrition et aux maladies non transmissibles.

6. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2014-2019 :

Ce Plan d'action contribuera aux objectifs de la Catégorie 2 – Maladies non transmissibles et facteurs de risque : « Réduire le fardeau des maladies non transmissibles, y compris les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies pulmonaires chroniques, le diabète et les troubles mentaux, ainsi que le handicap, la violence et les traumatismes, en œuvrant sur la promotion de la santé et la réduction des risques, la prévention le traitement et le suivi des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque. » En particulier, ce Plan contribuera à atteindre les cibles mondiales et régionales en arrêtant l'obésité d'épidémie chez les enfants.

En outre, ce Plan est en parfaite conformité avec les objectifs de la Catégorie 3 – Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie : « Promouvoir la bonne santé aux étapes clés de la vie, en tenant compte de la nécessité de traiter des déterminants sociaux de la santé (conditions sociétales dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent) et mettre en œuvre des approches fondées sur l'égalité des sexes, les origines ethniques, l'équité et les droits de l'homme. »