



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



132^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U A, 23-27 juin 2003

Point 4.13 de l'ordre du jour provisoire

CE132/21 (Fr.)

13 mai 2003

ORIGINAL : ANGLAIS

RÉGIME ALIMENTAIRE, NUTRITION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

Les taux d'embonpoint et d'obésité ont atteint des proportions épidémiques dans le monde entier. Dans la Région des Amériques, l'épidémie transcende les frontières socioéconomiques et afflige les riches et les pauvres, et les personnes de tous âges.

L'augmentation rapide des taux d'obésité au cours des dernières années s'est produite sur une période trop courte pour pouvoir être attribuée à un changement génétique significatif dans les populations. Au contraire, il est plus probable que les changements dans les modes de vie et l'environnement qui se sont produits au cours des cinquante dernières années expliquent l'épidémie. Par exemple, les nouvelles technologies et la production agricole plus efficace ont permis ce qui pendant de nombreux siècles était un but inaccessible : disposer tout au long de l'année d'aliments à des prix abordables pour des segments plus larges de la population. De plus, les occupations plus sédentaires, le transport motorisé, le temps plus long passé devant la télévision et l'abondance de moyens qui économisent le travail favorisent de plus en plus l'inactivité physique.

Les méthodes de traitement destinées à contrôler l'obésité n'ont obtenu que des résultats modestes et il est peu probable qu'elles puissent arrêter l'épidémie; par conséquent, les stratégies préventives et de promotion de la santé ont de grandes possibilités de donner de bons résultats au niveau de la population. Le rôle de la santé publique dans les Amériques doit être que les options saines soient les plus faciles à prendre, et l'objectif pour la prochaine décennie est de produire des changements fondamentaux dans le comportement de la population.

L'activité physique ne doit pas être épuisante pour apporter des avantages à la santé. La promotion d'au moins trente minutes par jour d'une activité physique modérée est un objectif réaliste. Cette activité physique doit être accompagnée d'un accroissement de l'accès aux espaces de loisir et de la sécurité dans les rues, de la promotion soutenue de la marche et de la bicyclette en ville, et de l'institutionnalisation de l'activité physique sur les lieux de travail et dans les écoles. D'autre part, l'amélioration des habitudes alimentaires requiert une promotion efficace des aliments sains, en tenant compte de mesures telles que des prix plus rationnels, des subventions et la réglementation de la publicité des aliments qui ne sont pas nutritifs.

La conscience se fait de plus en plus forte sur le fait que les interventions préventives sont efficaces et que les coûts du traitement sont au-delà des ressources financières des personnes et des systèmes de santé publique de la plupart des pays à revenus moyens et faibles. Les interventions concernant la prévention et le contrôle de l'obésité doivent être complémentaires des initiatives actuelles pour mettre fin à la malnutrition et à des carences nutritionnelles spécifiques, dans le cadre d'un nouveau paradigme qui favorise le croissance et le développement optimaux et une vie longue et saine. De même, il faut des plans et des programmes intégrés sur l'obésité et les maladies non transmissibles, du fait que leurs causes sont communes.

Le Comité exécutif est prié de reconnaître que l'obésité et les maladies qui y sont associées, ainsi que l'inactivité physique et la mauvaise alimentation représentent une menace importante pour la santé publique et une priorité pour l'action dans la Région, et de proposer des moyens par lesquels l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) peut promouvoir et appuyer une stratégie intégrée en vue de la prévention et du contrôle de l'obésité.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
La prévalence de l'obésité et la transition sanitaire dans les Amériques	3
Facteurs déterminants de l'obésité.....	4
Aperçu historique.....	4
Facteurs alimentaires et types d'activité physique	6
Facteurs de l'étape précoce de la croissance	10
Influences environnementales et sociales	10
Conséquences de l'obésité pour la santé.....	12
Coûts économiques de l'obésité	12
Coûts et avantages économiques du traitement et de la prévention de l'obésité.....	13
Prévention et contrôle de l'obésité dans les populations : faire en sorte que les choix sains soient plus faciles	13
Promotion de l'activité physique comme mode de vie quotidien.....	14
Promotion de l'alimentation saine	16
La réponse de l'Organisation panaméricaine de la Santé.....	17
Actions proposées	18
Éléments d'une approche multiple	18
Actions prioritaires	18
Mesures à prendre par le Comité exécutif	20

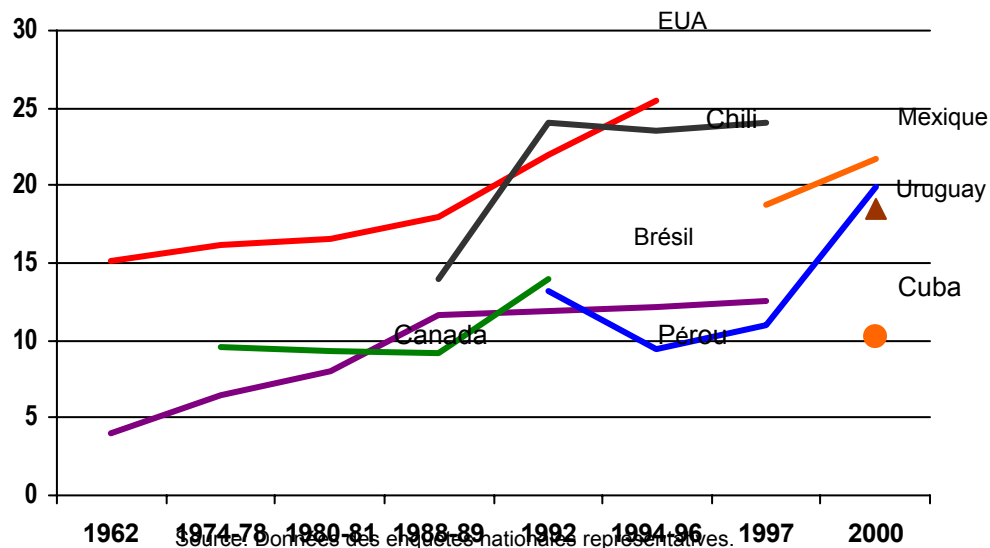
L'obésité dans les Amériques : Le défi de promouvoir une alimentation saine et des modes de vie actifs

La prévalence de l'obésité et la transition sanitaire dans les Amériques

1. La prévalence de l'embonpoint et de l'obésité est en augmentation dans le monde entier de manière alarmante. Les pays développés et en développement sont touchés, et le problème semble augmenter rapidement chez les enfants et les adultes. Dans la Région des Amériques, l'épidémie d'obésité transcende les frontières socioéconomiques et afflige les riches et les pauvres, et les personnes de tous âges.

2. Dans les pays qui disposent de données nationales représentatives de diverses dates, la prévalence de l'obésité définie comme un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m², montre une tendance à la hausse (Figure 1). Selon les calculs de la troisième enquête nationale de santé et nutrition (NHANES III) (1988–1994), 20% des hommes et 25% des femmes des États-Unis d'Amérique sont obèses. Le Canada suit les États-Unis avec 13,4% d'adultes obèses. Au Brésil, l'obésité affectait 6% des hommes et 13% des femmes en 1989. Au Pérou, la prévalence d'adultes avec un excédent de poids a augmenté de 50% entre 1992 et 1996. L'obésité chez les femmes a été beaucoup plus élevée, avec 18% dans le niveau socioéconomique élevé, 24% dans le niveau moyen, et 26,5% dans le niveau bas. Chez les hommes, la prévalence de l'obésité a été de 17%, 15% et 13,8% respectivement. Les données de l'Argentine, de la Colombie, du Mexique, du Paraguay et de l'Uruguay montrent également que plus de 15% des habitants de ces pays sont obèses.

Figure 1. Tendances de l'obésité (IMC ≥ 30) féminine dans les Amériques



Source: Données des enquêtes nationales représentatives.

3. Le fait que cette tendance est également en augmentation parmi les enfants de la Région est encore plus préoccupant. Par rapport à il y a vingt ans, le nombre d'enfants avec un excédent de poids a maintenant doublé. Au Chili, au Mexique et au Pérou, il est alarmant de constater qu'un enfant sur quatre âgé de 4 à 10 ans a un excédent de poids.

4. Alors que la sensibilité génétique peut expliquer près de 30% de l'obésité observée, il est plus probable que les changements des modes de vie et de l'environnement qui se sont produits au cours des dernières cinquante années expliquent l'épidémie récente d'obésité. En fait, les facteurs environnementaux peuvent sur le long terme annuler les mécanismes biologiques qui maintiennent la stabilité du poids corporel. L'augmentation de l'embonpoint et de l'obésité a été largement mise en évidence dans les sociétés industrialisées et elle indique une transition d'une association positive à une association négative entre revenus et obésité dans le dernier quart de siècle. Un phénomène similaire se produit dans les pays en développement et dans certains pays à revenus moyens d'Amérique latine, où sont observés des taux plus élevés d'obésité parmi les pauvres, en particulier dans les zones urbaines.

Facteurs déterminants de l'obésité

Aperçu historique

5. L'obésité est une conséquence d'un déséquilibre énergétique i.e., lorsque l'apport est supérieur à la dépense énergétique sur une période de temps prolongée. De nombreux facteurs complexes et divers peuvent donner lieu à un équilibre énergétique positif, mais il est estimé que c'est l'interaction entre certains de ces facteurs, plutôt que l'influence d'un facteur unique, qui est responsable de l'obésité.

6. Divers facteurs externes interviennent dans la régulation énergétique. Il y a des fortes pressions sociales et environnementales qui influent sur l'apport et la dépense énergétiques et qui peuvent altérer les processus physiologiques de l'individu. En fait, ces pressions agissent sur des facteurs génétiques et biologiques pré-existants, qui se sont probablement développés sur des millions d'années et qui ont transformé le corps humain en une « machine »¹ extrêmement efficace d'épargne énergétique (stockage des graisses). En toute probabilité, ce mécanisme a permis la survie durant une longue période de l'histoire de l'humanité, lorsque les périodes récurrentes de pénurie alimentaire étaient la norme. Il y a une accumulation croissante d'indices pour appuyer la conviction que le cadre épidémique actuel de l'obésité est plutôt le résultat de rapides changements technologiques et culturels au cours des cinquante dernières années qu'une manifestation

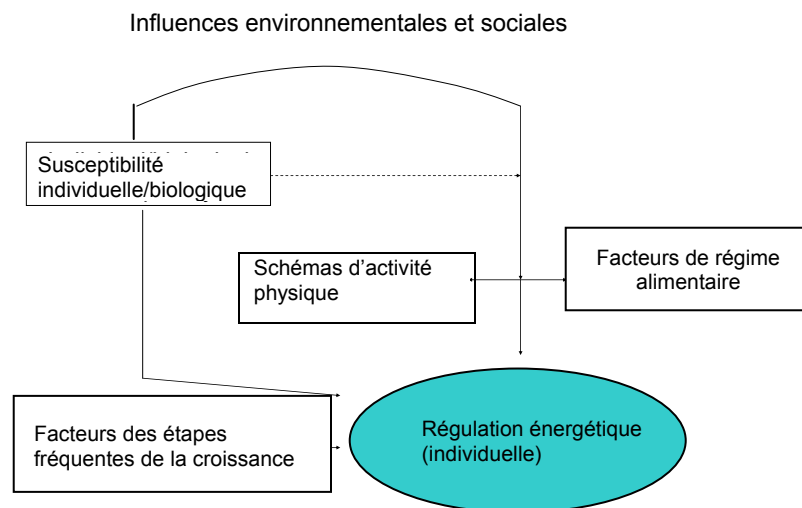
¹ Le véritable caractère de l'IMC dans des grandes tailles d'échantillon pouvait se chiffrer entre 25% et 40%. Des études récentes indiquent que la quantité de graisse abdominale est influencée par une composante génétique responsable de 50% à 60% des différences individuelles.

de facteurs biologiques évolutifs, en particulier au vu du fait que le génome humain est resté inaltéré durant des milliers d'années.

7. Un phénomène mondial d'augmentation séculaire du poids et de la taille a commencé à se remarquer il y a environ un siècle, mais ce n'est que récemment que l'obésité est apparue de façon marquante à l'échelle mondiale. De récentes études économiques soulignent le fait que les changements technologiques ont fait en sorte que le coût de l'activité physique a augmenté brusquement alors que diminuait le coût de la consommation calorique. Ce dernier phénomène se doit en grande partie aux améliorations technologiques et à la production agricole plus efficace, alors que l'activité physique devient plus coûteuse au fur et à mesure que les activités domestiques et celles relevant du travail deviennent de plus en plus sédentaires. Le résultat de ces changements est que les personnes doivent investir plus de temps et d'argent pour obtenir les mêmes niveaux d'activité physique que leurs ancêtres.

8. Les sections suivantes examinent brièvement les preuves existantes sur les facteurs individuels (par exemple, régime alimentaire, activité physique et étape précoce de la croissance) et les déterminants environnementaux affectant l'obésité (Figure 2). De même, sont offertes des considérations importantes en matière de prévention et de contrôle qui créent les conditions pour les actions proposées présentées à la fin du présent document.

Figure 2. Facteurs qui influencent l'apparition de l'obésité



Facteurs alimentaires et types d'activité physique

9. Les facteurs associés au risque d'embonpoint et d'obésité ont été classés selon la force des preuves scientifiques, selon les critères de l'OMS.² Les deux facteurs plus importants associés au risque *accru* d'embonpoint sont la consommation d'aliments fortement énergétiques (riches en graisses ou en sucres) et de préparations, conjuguées aux modes de vie sédentaires sur une période de temps moyenne ou longue. D'autre part, il y a des preuves convaincantes du fait que le risque *diminue* à l'aide d'une activité physique régulière³ et d'une forte consommation de fibres alimentaires, comme expliqué plus avant. D'autre part, des preuves probables de risque décreu sont apportées par les interventions qui encouragent des environnements scolaires favorables, avec de meilleurs aliments dans les cantines scolaires et des programmes d'éducation physique, ainsi que des stratégies qui favorisent la croissance linéaire. Cette dernière sert à rappeler que les efforts actuels pour combattre le retard de croissance sont non seulement bénéfiques sur le court terme (e.g., améliorer la croissance et les résultats éducatifs, etc.), mais aussi que sur le long terme ils contribuent à prévenir certaines maladies chroniques.

Facteurs alimentaires

10. Les facteurs alimentaires peuvent se partager entre deux catégories : celle de l'hôte (caractéristiques et comportements individuels) et celle du vecteur (aliments et boissons). Les points fondamentaux soulignés ici ont été examinés en détail lors de la consultation conjointe OMS/FAO d'experts en alimentation, nutrition et prévention des maladies chroniques.⁴ Ce document qui traite le problème du régime alimentaire et de la prévention de l'obésité, souligne le besoin de le situer dans le cadre plus général de la *promotion de la santé et de la prévention des maladies*. Ceci permet une approche plus

² Les termes employés ici pour décrire la force des preuves scientifiques proviennent des critères adoptés par le Comité d'experts en place de l'OMS (Série de rapports techniques 916, 2003), qui à son tour suit un travail antérieur réalisé par le Fonds mondial de la recherche sur le cancer (1997). Une description sommaire de ces termes se trouve ci-après. Des « preuves convaincantes » signifient une forte association fournie par un nombre important d'études épidémiologiques, essentiellement des essais cliniques contrôlés randomisés (ECR), des résultats cohérents, des tailles d'échantillons suffisamment importantes et la plausibilité biologique. Des « preuves probables » signalent que les données indiquent des associations relativement cohérentes et plausibles sur le plan biologique, mais avec des associations entre exposition et obésité qui ne conviennent pas exactement à la situation. Enfin, des « preuves possibles » indiquent que les conclusions ont essentiellement été obtenues à partir d'études de contrôle de cas et d'analyses transversales, et de quelques ECR, mais qu'une information supplémentaire est requise pour confirmer les associations présumées. Des « preuves insuffisantes » proviennent d'un petit nombre d'études mais une recherche plus approfondie est nécessaire.

³ Se référer au paragraphe 42 du présent document pour une explication sur les recommandations actuelles de l'activité physique pour le contrôle du poids vis-à-vis de la santé.

⁴ OMS, Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques SRT 916, Genève 2003.

cohérente des recommandations nutritionnelles tant d'un point de vue scientifique que d'une perspective de communication.

11. La tendance à la hausse de la consommation énergétique totale qui est équivalente à celle de l'obésité dans le monde entier est une préoccupation actuelle majeure (voir note 4 ci-dessus). Ce phénomène a été associé avec une augmentation similaire d'aliments riches en graisses/huiles et sucres,⁵ et snacks,⁶ aux États-Unis et dans des zones moins développées de la Région, où la consommation des huiles et des hydrates de carbone raffinés a augmenté au cours des 20 dernières années.⁷ La consommation accrue d'huiles et d'aliments ayant une teneur élevée en sucres et une faible densité nutritive a été précédée par une grande disponibilité de ces produits à des prix relativement plus bas que ceux à valeur nutritive plus élevée.⁷

12. A présent, il y a des preuves probables que les boissons non alcoolisées favorisent l'apport énergétique en réduisant le contrôle de l'appétit,⁸ donnant matière à la recommandation de limiter leur consommation car ceci peut aider à empêcher le gain de poids.⁹ D'autre part, des preuves convaincantes, provenant de plusieurs études de preuves, indiquent que les régimes alimentaires à teneur élevée en fibres (polysaccharides non féculents) favorisent la perte de poids tout en offrant de nombreux bénéfices pour la santé autres que le seul contrôle du poids.¹⁰

13. En outre, l'augmentation de la consommation de boissons non alcoolisées est considérée comme un problème du fait que les personnes s'éloignent de boissons à teneur nutritive élevée, le lait notamment.¹¹ Aux États-Unis, ce phénomène a été décrit pour les

⁵ Rapport du Comité consultatif sur les directives alimentaires pour les Américains, 2000 p.37-38. En faisant référence à la ration en sucre élevée de la population US, le rapport déclare « ...ces tendances soulèvent des préoccupations en raison de leur coïncidence avec d'autres changements indésirables dans le bien-être nutritionnel du pays, e.g., une augmentation des taux d'obésité... ».

⁶ Cutler DM et.al. Pourquoi les Américains sont-ils devenus plus obèses ? Bureau national de la recherche économique, janv. 2003.

⁷ Uauy R et Monteiro C. Le défi de l'amélioration des aliments et de la nutrition dans les Amériques, document de travail, Consultation régionale OMS/OPS sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé, San José, Costa Rica, avr. 2003

⁸ Voir note 4 ci-dessus. L'effet de réduction du contrôle de l'appétit a été fondé sur des études par Rolls, 1997; Ludwing, 2002, Ebbeling & Ludwing, 2001 entre autres.

⁹ Voir note 4 ci-dessus. Le panel d'experts a opté pour les *preuves probables* après avoir examiné les preuves apportées par des auteurs éminents : Mattes RD, 1996; Tordoff & Alleva, 1990; Harnack L, Stang J & Story M, 1999; Ludwing DS, Peterson KE & Gortmaker, 2001; Raben A et.al, 2002.

¹⁰ Voir note 4 ci-dessus. Section sur les recommandations pour empêcher le gain de poids excessif et l'obésité, Force des preuves. Notamment les études par Pereira et Ludwing ont conclu que dans 12 essais sur 19, la fibre alimentaire favorise différents résultats en santé dont la perte de poids.

¹¹ Harnack L et.al. Consommation de boissons non alcoolisées parmi les enfants et les adolescents US : conséquences nutritionnelles. J Am Diet Ass 99:463-441, 1999.

femmes, les enfants et les adolescents et il est un facteur important sous-tendant les apports de calcium plus faibles observés dans la population. L'augmentation de la consommation de boissons non alcoolisées dans plusieurs autres populations de la Région pour lesquelles les données sur le bilan alimentaire sont disponibles, soulève des préoccupations similaires (voir note 4 ci-dessus).

14. L'augmentation susmentionnée de la consommation énergétique totale va de pair avec une baisse de la consommation d'aliments riches en plusieurs nutriments et fibres tels que les légumes, céréales complètes et fruits (voir note 7 ci-dessus). Étant donné que ces aliments contribuent à la santé globale, il est fondamental de promouvoir une plus grande offre ainsi qu'une demande et une consommation accrues par le public.

15. Il y a également un aspect technologique et économique lié aux tendances à la hausse de la consommation énergétique qui a été examiné lors de notre récente Consultation régionale OMS/OPS sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé (San José, Costa Rica, avril 2003) (voir note 9 ci-dessus). Les données sur la consommation alimentaire, en particulier sur des aliments tels que huiles végétales et boissons non alcoolisées sucrées, indiquent qu'avec les améliorations de la technologie et de l'efficacité de la production, les prix baissent et la demande monte. Des données des États-Unis indiquent qu'au moins 40% de l'augmentation de la prévalence de l'obésité au cours des 25 dernières années peuvent être expliqués par la diminution du prix unitaire des aliments, en particulier celui des snacks sucrés, salés et gras.^{12, 13, 14}

16. Des données du Service de recherche économique de l'USDA peuvent illustrer ce phénomène. Alors que l'offre du marché alimentaire des États-Unis pour les céréales et légumes concorde étroitement avec les portions recommandées par la pyramide alimentaire (PA), il n'en va pas de même pour les graisses et le sucre. Ainsi, le marché alimentaire des États-Unis fournit 65 grammes de graisses ajoutées aux aliments par jour, alors que la PA recommande 41 grammes. De même, les sucres ajoutés sont de 31 petites cuillères par jour et par personne, alors que la recommandation de la PA est de 12 petites cuillères.¹⁵

17. La consommation élevée d'aliments riches en calories et faibles en nutriments est également stimulée par la publicité télévisée qui pèse de manière excessive sur les

¹² Alderman H L'impact des prix alimentaires et des changements dans les revenus sur l'acquisition d'aliments par les ménages à faibles revenus. WDC, IFPRI 1986.

¹³ Haddad L. Réorienter la transition du régime alimentaire : Que peut faire la politique alimentaire ? IFPRI Document Banque mondiale, Washington, D.C., janvier 2003.

¹⁴ Ralston, K. 2000. Comment les politiques et réglementations gouvernementales peuvent affecter les choix alimentaires. Dans *Government Regulation and Food Choices*, USDA/ERS.

¹⁵ Putnam J, Allshouse et Kantor L Tendances US alimentaires par habitant : Plus de calories, de féculents raffinés et de graisses, Food Review, Vol 25, No.3:2-15 Hiver 2000.

enfants. En fait, comme le suggère W. Dietz du CDC : « Les enfants mangent les aliments dont ils voient la publicité à la télévision. Si vous avez vu une quelconque émission destinée aux enfants, vous savez que ces aliments sont des prêt-à-manger, des céréales sucrées pour le petit déjeuner et des snacks. La télévision est un risque comportemental pour la santé. »¹⁶ Les risques pour la santé imposés par la publicité télévisée ont été également reconnus par l'OMS¹⁷ dans la catégorie de « risque probable, » suggérant qu'il y a là un domaine dans lequel il faut intervenir.

Inactivité physique

18. L'activité physique, définie comme « tout mouvement corporel produit par les muscles du squelette qui donne lieu à une augmentation substantielle de la dépense énergétique par rapport au repos », varie de l'accomplissement du travail professionnel et des tâches domestiques à l'activité physique récréative telle que le sport et l'exercice. L'activité physique réduite et/ou l'augmentation du comportement sédentaire jouent un rôle important dans l'augmentation du poids et l'apparition de l'obésité. Par exemple, la quantité de temps que les petits enfants passent devant la télévision s'est montrée prophétique de l'IMC dans les années ultérieures, tout comme un faible niveau d'activité physique pendant les périodes de loisirs s'est montré prophétique de l'augmentation de poids substantielle (≥ 5 kg) après 5 ans. Plusieurs études réalisées en Amérique latine ont également conclu que l'inactivité est fortement associée à l'obésité.

19. Un résumé des preuves liées à l'inactivité physique dans la Région des Amériques indique que :¹⁸

- Les personnes de tous les âges ont des modes de vie inactifs.
- Plus de deux tiers des adultes ne s'engagent pas dans une activité physique régulière.
- L'activité physique diminue avec l'âge.
- Les femmes tendent à être plus inactives que les hommes.
- Les segments à faibles revenus et moins éduqués sont plus inactifs.

¹⁶ Notes & rapports maladies chroniques, CDC, Vol 13, No 1:1-4, Hiver 2000.

¹⁷ Voir note 4 ci-dessus. Dans la section : Recommandations pour prévenir l'excès de poids et l'obésité.

¹⁸ Pratt, Jacoby & Neiman. Les défis de la promotion de l'activité physique dans les Amériques, Document de travail de la Consultation régionale OMS/OPS sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé, San José, Costa Rica, Avril 2003.

Facteurs de l'étape précoce de la croissance

20. Le retard de la croissance intra-utérine et la grande taille à la naissance (≥ 4000 grammes) ont été associés à l'apparition de maladies non transmissibles (MNT) telles que l'accident cardiovasculaire, le diabète et l'hypertension plus tard dans la vie et peut-être l'obésité. La rapide croissance compensatoire qui suit les déficits de croissance du début de l'enfance a également été invoquée comme facteur causal. Les preuves épidémiologiques de ce dernier facteur sont considérables, mais elles sont plus fortes pour le risque de MNT que pour l'obésité. Les initiatives actuelles pour prévenir et contrôler le retard de croissance dans les Amériques, principalement dans le but de promouvoir le développement optimal, une meilleure capacité de travail et de meilleurs résultats obstétricaux, apportent un appui supplémentaire aux efforts continus de la santé publique dans ce domaine.

21. Dans le même ordre d'idées, aux avantages bien connus de l'allaitement maternel exclusif et prolongé, on peut ajouter maintenant les effets probables de la prévention des maladies chroniques et de l'obésité. Ceci offre une opportunité de construire une plateforme nutritionnelle commune aux sociétés en transition de la Région, qui font face actuellement à un double fardeau de morbidité.

22. Le lien entre les facteurs de l'étape précoce de la croissance et l'apparition de l'obésité demeure un domaine de recherche en cours. Le fait que l'obésité pendant l'adolescence est fortement associée avec l'obésité plus tard dans la vie ne porte pas à controverse. Étant donné que les taux d'obésité augmentent rapidement au fur et à mesure que la population vieillit, les tentatives pour contrôler le problème dans la prime enfance et l'âge scolaire sont très prometteuses.

Influences environnementales et sociales

Développement économique et transition nutritionnelle rapide

23. Dans la majorité des pays en développement du monde, la croissance économique, l'industrialisation et le commerce généralisé ont apporté des améliorations du niveau de vie et des services dont dispose la population. Toutefois, ils sont également à l'origine de diverses conséquences négatives, telles que les modèles nutritionnels et d'activité physique nocifs.

24. Les systèmes alimentaires actuels fondés sur une approche industrielle de l'agriculture permettent de disposer de presque tous les types d'aliments pendant toute l'année, indépendamment de la saison. De plus, la fourniture d'aliments traités à teneur élevée en graisse et énergie se développe à un rythme rapide. Alors que cette situation a

contribué à une meilleure disponibilité des aliments, elle n'aborde pas nécessairement le problème de la malnutrition et elle n'a pas non plus amélioré la qualité nutritionnelle générale des aliments.

25. La diminution de la consommation énergétique qui a accompagné la modernisation se concrétise par un mode de vie plus sédentaire dans les zones urbaines. Le transport motorisé, l'urbanisation de faible densité (extension urbaine), les équipements mécanisés et les dispositifs qui économisent le travail ont libéré les gens des tâches ardues et ont également découragé des activités simples comme marcher, rouler à bicyclette, et monter les escaliers. D'autre part, le temps des loisirs est actuellement consacré et de plus en plus, à regarder la télévision et à d'autres choix qui ne comportent pas d'activités physiques.

Classe sociale et éducation

26. En adoptant des habitudes alimentaires saines et des modes de vie plus actifs, les segments dotés d'une éducation élevée des sociétés de revenus moyens dans quasiment le monde entier, ont échappé à certaines des conséquences négatives de la croissance économique. Ces changements de comportement expliquent en partie la diminution de poids observée particulièrement chez les femmes à revenus élevés, comme c'est le cas au Brésil, où les taux d'obésité ont diminué de 13% à 8% au cours des 30 dernières années.

27. Même si de nombreux gains de santé peuvent s'obtenir au moyen d'une meilleure éducation et de l'accès plus large à l'information sur les avantages des options d'aliments sains et de l'activité physique soutenue, il est peu probable que ces deux facteurs puissent à eux seuls arrêter l'épidémie d'obésité. Les campagnes de lutte contre la consommation de tabac aux États-Unis sont un bon exemple de la façon dont une combinaison de politiques, taxes et restrictions telles que l'interdiction de fumer dans les zones publiques conjuguée à des campagnes de communication intenses, peut produire le changement de comportement.

Culture et convictions personnelles

28. Dans certaines cultures existent des attitudes spécifiques envers la santé, la forme physique, l'activité et l'image corporelle qui peuvent conduire à des comportements qui favorisent l'apparition de l'obésité. Par exemple, dans certaines populations autochtones de l'Amérique latine et des Caraïbes, on considère que l'embonpoint est souhaitable et qu'il témoigne de l'état de santé et du bien-être.

Conséquences de l'obésité pour la santé

29. Les conséquences de l'obésité pour la santé sont multiples et variées, et vont d'un risque accru de décès prématuré à plusieurs affections non mortelles mais affaiblissantes qui ont des répercussions négatives sur la qualité générale de la vie.

30. C'est actuellement un fait bien connu que plus longue est la durée de l'obésité, plus élevés sont les risques de mortalité et de morbidité. Par exemple, dans le groupe d'âge de 25 à 35 ans, l'obésité prononcée comporte un risque 12 fois supérieur de mortalité par rapport aux personnes minces. Il est également important de noter l'augmentation de la mortalité selon l'augmentation du poids corporel relatif chez les hommes comme chez les femmes de moins de 50 ans.

31. La population obèse présente des risques beaucoup plus importants de souffrir de diabète, de maladies de la vésicule biliaire, de dyslipémies, de résistance à l'insuline et d'apnée du sommeil (risque relatif [RR] supérieur à 3). Les risques de maladie chronique et d'ostéoartrite sont modérément accrus (RR 2-3), et les risques de certains cancers, d'anomalies des hormones reproductives et de lombagos sont légèrement accrus (RR 1-2).

32. Même si l'obésité infantile pose de nombreux problèmes de santé, la conséquence la plus importante à long terme de l'obésité des enfants et des adolescents est sa persistance à l'âge adulte, avec tous les risques de santé qu'elle comporte. Il est plus probable que l'obésité subsiste quand elle apparaît à la fin de l'enfance ou dans l'adolescence.

33. L'obésité est fortement stigmatisée dans de nombreuses sociétés industrialisées, tant en termes des perceptions négatives concernant l'apparence physique que des stéréotypes voulant que les obèses sont paresseux, de caractère faible et qu'ils ne pratiquent pas l'hygiène. La discrimination qui en découle sert souvent à dissuader ce segment de la population de rechercher l'assistance médicale dont elle a tant besoin, y compris le traitement contre la dépression et les troubles de l'alimentation.

Coûts économiques de l'obésité

34. Il y a peu d'études qui calculent le coût de l'obésité pour la société. Les quelques études qui existent ont été réalisées dans les pays développés et sont très utiles pour les prestataires de soins de santé et les décideurs des politiques.

35. Les études notifiées par l'OMS en 2000 (i.e., en Australie, France, Pays-Bas et États-Unis) indiquent que 2% à 7% des coûts nationaux des soins de santé peuvent être

imputés au traitement et au contrôle de l'embonpoint et de l'obésité; le coût le plus élevé (US\$ 46.000 millions) est revenu aux États-Unis. Les estimations récentes (2001) de l'Enquête de panel des dépenses médicales dans ce pays indiquent que les coûts des soins hospitaliers et ambulatoires augmentent de \$395 par an et par personne obèse, alors que ceux du tabagisme augmentent de \$230 et ceux du vieillissement de \$225. En termes relatifs, l'obésité augmente les coûts des soins de santé de 36% et les coûts des médicaments de 77%, par rapport à ceux d'une personne de poids normal.

36. Les calculs approximatifs du coût du traitement de l'obésité au Pérou indiquent que dans l'hypothèse selon laquelle des médicaments sont utilisés à titre d'intervention principale, cet effort coûterait environ 50% du budget sanitaire national actuel. Aux États-Unis, les calculs des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) indiquent que le traitement médical de l'obésité dans ce pays équivaldrait à \$55 milliards par an, représentant plus de la moitié des dépenses annuelles actuelles pour traiter les affections chroniques graves.¹⁹

Coûts et avantages économiques du traitement et de la prévention de l'obésité

37. Il existe très peu d'études qui abordent les thèmes des coûts économiques du traitement spécifique de l'obésité et des interventions préventives. La majorité d'entre elles sont citées dans le document technique de l'OMS mais elles contiennent plusieurs erreurs techniques qui empêchent de tirer des conclusions définitives. Toutefois, les études relatives au contrôle du diabète et de la prévention de l'obésité indiquent que les interventions en santé publique, c'est-à-dire les campagnes de presse et les programmes consultatifs de groupes, peuvent se traduire par des économies nettes après avoir tenu compte des coûts du programme opérationnel. De plus, les stratégies préventives peuvent s'avérer plus rentables, si l'on considère les coûts extraordinaires des services de traitement discrétionnaire tels que ceux utilisés actuellement dans les sociétés développées, dans lesquelles les technologies et les médicaments nouveaux exercent continuellement une pression considérable sur les coûts sanitaires.

Prévention et contrôle de l'obésité dans les populations : faire en sorte que les choix sains soient plus faciles

38. Actuellement, la tendance consiste à favoriser les stratégies de prévention pour des raisons à la fois techniques et financières. Près d'un adulte sur deux dans les Amériques a un excédent de poids (IMC >25kg/m²). Il est de plus en plus clair que les coûts du travail d'interventions préventives et du traitement vont au-delà des moyens

¹⁹ Notes & rapports maladies chroniques, CDC, Vol 13, No 1:1-4, Hiver 2000.

financiers des personnes et des systèmes de santé publique de la majorité des pays à revenus moyens et faibles.

39. Les interventions à grande échelle pour prévenir et contrôler l'obésité à l'échelon national indiquent que la prévention de l'obésité au niveau de la population peut être difficile à réaliser sur le court terme et que la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique ne doit pas porter exclusivement sur le contrôle de l'obésité, mais également sur le changement des modèles alimentaires et d'activité physique inadéquats.

Promotion de l'activité physique comme mode de vie quotidien

Le nouveau paradigme de promotion de l'activité physique : l'activité physique modérée

40. Les modes de vie sédentaires ne sont pas simplement une question de choix personnel. Traditionnellement, les études sur les facteurs déterminants de l'inactivité physique ont mis en évidence les variables évaluées individuellement (e.g., sexe, facteurs culturels, âge, obstacles perçus, etc.). Toutefois, il est de plus en plus évident que ces variables n'expliquent seulement qu'une petite portion de la variance de l'inactivité physique. Les facteurs environnementaux, tels que l'accès à des espaces de loisirs, les opportunités d'exercer une activité physique, les facteurs esthétiques, les conditions climatiques et les problèmes de sécurité offrent des explications plus claires des types d'inactivité physique.

41. Les villes d'aujourd'hui sont conçues pour le transport motorisé, et la technologie continue à introduire des équipements nouveaux et améliorés et des mécanismes qui économisent le travail à la fois à la maison et sur les lieux de l'occupation professionnelle. Les urbanistes, les environnementalistes et les autorités de transit et des sports sont déjà dans de nombreux cas et sans s'en rendre compte, en train de converger dans leur travail pour créer « un meilleur endroit pour vivre », offrant une opportunité clé pour forger des coalitions publiques amples et intégrales et promouvoir l'activité physique quotidienne dans leurs communautés respectives.

42. L'objectif indiqué ici de trente minutes d'activité physique modérée pratiquement tous les jours de la semaine, se fonde sur des preuves solides de diverses études épidémiologiques et cliniques et offre un bon point de départ pour la grande majorité des adultes inactifs. Toutefois, il convient de souligner que si l'objectif est le contrôle et la stabilité du poids, il faut plus d'exercices. Ceci peut exiger une activité physique d'intensité modérée et énergique sur une période de temps entre 60 et 90 minutes par jour.^{20, 21} Les avantages pour la santé physique et mentale de l'activité physique modérée

²⁰Erlichman et.al. L'activité physique et son impact sur les résultats pour la santé. Document 2 : prévention de l'augmentation de poids malsaine et de l'obésité par l'activité physique : une analyse des preuves. *Obesity Reviews* 3:1-15, 2002.

et régulière (e.g., la marche et la bicyclette) sont semblables aux avantages d'une approche structurée d'activité physique (e.g., aérobic ou autres sports). De plus, il est facile d'intégrer dans la vie quotidienne des interventions sur les modes de vie tels que ceux décrits ci-dessus.

43. Les interventions sur le mode de vie au niveau de la population ont des résultats positifs sur la santé. Par exemple, dans plusieurs pays développés, une association a été observée entre les taux d'obésité et le transport non motorisé. Aux Pays-Bas et en Suède, où les taux de déplacement à pied et à bicyclette sont les plus élevés, l'obésité est un problème moindre que dans d'autres sociétés liées à la voiture comme le Canada, le Royaume-Uni et les États-Unis.

L'importance des villes pour la promotion de l'activité physique

44. Les communautés et les gouvernements locaux des pays d'Amérique latine et des Caraïbes (LAC) s'efforcent déjà de créer des environnements plus sains et d'investir des ressources locales pour promouvoir l'exercice et l'activité physique dans leurs communautés. Il est important de faire œuvre de plus grande sensibilisation à cet égard, de renforcer les réalisations et de continuer à travailler pour orienter les efforts efficacement et rationnellement pour encourager une vie active et une meilleure santé.

45. Les gouvernements municipaux et locaux jouent un rôle clé dans l'encouragement du programme de santé publique relatif à la promotion de l'activité physique pour les raisons suivantes :

- Ils interviennent déjà dans l'amélioration des espaces publics de loisirs et de sports ;
- Ils peuvent prendre des décisions sur l'environnement physique, les systèmes de transport et la sécurité publique et peuvent influencer le processus législatif ;
- Les municipalités peuvent réunir différents partenaires pour former des coalitions, et

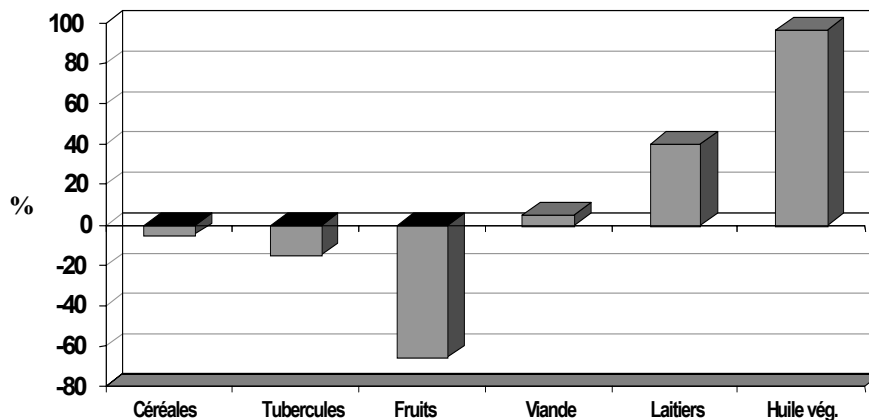
²¹ Pratt, Jacoby & Neiman. Les défis de la promotion de l'activité physique dans les Amériques. Document de travail présenté à la Consultation régionale OMS/OPS sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé, San José, Costa Rica, avril 2003.

- Dans la majorité des villes, il existe déjà une importante demande du public pour des actions en matière de transport, de loisirs, de lutte contre la délinquance, etc.

Promotion de l'alimentation saine

46. Les schémas de consommation des aliments ont connu des changements notables dans les pays LAC au cours des deux dernières décennies. La Figure 3 illustre les changements nuisibles provoqués par l'abandon des légumes et autres aliments traditionnels ou naturels au profit de la consommation accrue de céréales raffinées, d'huiles et de viandes. Les prix plus bas de ces derniers produits conjugués à de puissantes stratégies de commercialisation, sont les mécanismes clés qui configurent le comportement de la consommation des aliments.²²

Figure 3. Changements (%) dans la consommation de divers groupes d'aliments dans sept villes brésiliennes, 1962-1988



Source : Adapté de Monteiro C, 2000

47. La dominance croissante du développement industriel dans le secteur de l'agriculture se concentre sur un petit nombre de produits très rentables, ce qui réduit la production de divers légumes et de quelques céréales. En fait, la baisse de la disponibilité de fruits constitue un grave problème qui a récemment attiré l'attention de l'OMS.²³ En Europe par exemple, près de 14 pays ont une disponibilité de fruits par habitant par jour

²² Il existe une longue liste d'études traitant les questions des prix et de la commercialisation des aliments (incluant la publicité) en rapport aux changements des habitudes alimentaires, parmi lesquelles : l'Académie américaine de pédiatrie, 1990; Dietz & Strasburger, 1991; Centre pour la Science dans l'intérêt public, 1992; Glanz et.al, 1998; Huang KS, 1998; Nestle M, 2002; Lakdawalla & Philipson, 2002.

²³ Information basée sur le travail d'Aileen Robertson (1999), inclus plus tard dans le Rapport de l'OMS Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques SRT 916, Genève 2003.

qui est inférieure aux 600 grammes par jour recommandés (considérant 400 grammes par jour d'aliments comestibles).

48. Les habitudes alimentaires saines devraient rester les principes directeurs des recommandations pour la prévention du gain de poids et le contrôle de l'obésité. En fonction des recommandations alimentaires de l'OMS/CINDI (OMS, 2000) et des directives alimentaires latino-américaines (OPS, 2000), les principales recommandations peuvent être récapitulées comme suit²⁴ : 1) améliorer la consommation de fruits, légumes, fruits secs et céréales non raffinées; 2) préférer le poisson et la volaille aux viandes rouges; 3) augmenter la consommation des produits laitiers, en particulier ceux qui sont pauvres en graisses saturées; 4) consommer des huiles végétales plus saines (mono- et poly-non saturées avec modération; et 5) réduire le sel dans la cuisson et à table et éviter la consommation régulière de boissons à teneur élevée en sucres.

49. Il est évident que pour obtenir des améliorations dans les habitudes de consommation alimentaire, en particulier parmi les segments à revenus plus faibles, il y a beaucoup à faire dans les domaines de la production et la commercialisation des aliments. En fait, il faut des politiques publiques saines pour encourager la production et les marchés locaux d'aliments sains, en plus de l'éducation et de la communication. Des études sont requises dans les domaines de la réglementation et de la taxation visant à modifier les préférences et le comportement alimentaires.

La réponse de l'Organisation panaméricaine de la Santé

50. La Journée mondiale de la Santé 2002 a été consacrée au thème de la santé physique avec le slogan « Bouger pour la Santé ». En vue de cette journée, l'OPS a mobilisé les pays des Amériques pour augmenter la prise de conscience, éduquer et encourager les communautés et les personnes à promouvoir l'activité physique. En partenariat avec les CDC, l'OPS a également parrainé un concours très réussi de villes actives, pour récompenser diverses villes de toute la Région de leurs efforts de promotion de la santé en améliorant les espaces publics de loisirs sûrs et en encourageant l'activité physique.

51. En mai 2000, la Cinquante-troisième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA53.17 appuyant la stratégie mondiale de l'OMS pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles. La stratégie insistait sur la prévention intégrée en soulignant trois facteurs principaux de risque : le tabac, l'alimentation peu saine et l'inactivité physique. Deux ans plus tard, l'Assemblée de la Santé a adopté la résolution WHA55.23 pour développer une stratégie mondiale sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé. En réponse à ces résolutions et dans l'esprit de l'effort destiné à

²⁴ Ces recommandations ont été incorporées dans le logiciel PLANUT développé par l'OPS pour promouvoir de meilleures recommandations alimentaires dans la Région.

améliorer la santé publique, l'OPS a commencé à organiser une consultation régionale ample et inclusive pour obtenir des preuves plus solides en vue de l'élaboration des politiques, d'un plaidoyer accru pour le changement des politiques et de la participation des intéressés, ainsi qu'un cadre stratégique pour action. La consultation régionale est prévue pour 2003.

52. La Journée mondiale de la Santé 2002 et la stratégie mondiale sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé donnent à elles deux une impulsion significative au programme de prévention et de contrôle de l'obésité.

Actions proposées

Éléments d'une approche multiple

53. Pour aborder le vaste problème de l'obésité, les professionnels de la santé publique doivent considérer ses multiples facettes :

- Il faut augmenter les ressources de santé publique pour des programmes de promotion et de prévention ;
- Les systèmes de santé doivent élaborer des programmes et des protocoles cliniques solides et efficaces pour la prévention et le contrôle de l'obésité ;
- L'accent doit être mis sur la création de conditions environnementales qui favorisent le changement de comportement, e.g., un plus grand accès aux fruits, légumes, céréales complètes et aliments riches en nutriments, et un meilleur environnement physique pour l'activité récréative et physique ;
- Intégration des domaines de santé publique de prévention des MNT et de l'obésité ;
- Alliances et partenariats nouveaux avec des secteurs clés distincts de celui de la santé publique, et
- Des données plus nombreuses et meilleures pour démontrer que l'obésité est un problème qui se situe au niveau de l'État.

Actions prioritaires

54. Les priorités de la promotion de l'activité physique doivent tenir compte des éléments suivants :

- *La recommandation clé* est la promotion de trente minutes par jour d'une activité physique modérée au moins cinq jours par semaine.
- *L'activité physique est un mode de vie quotidien (récréatif et utilitaire)*. La création d'un environnement physique et réglementaire qui favorise la marche et la bicyclette dans les villes est essentielle.
- *Éducation physique et sports à l'école*. L'éducation physique doit être défendue dans la Région car elle favorise la croissance physique, le développement de l'enfant et les réalisations scolaires.
- *Élaboration d'approches programmatiques solides*. Bien que l'efficacité de certaines interventions soit dûment étayée, dans leur majorité elles correspondent à la réalité des pays développés. Il est nécessaire d'adapter ces programmes aux conditions des pays d'Amérique latine et des Caraïbes²⁵; et
- *La nécessité d'élargir les partenariats*. Les secteurs clés sont l'éducation, les sports, le transport, les gouvernements locaux et le secteur privé.

55. Les priorités de la promotion de l'alimentation saine doivent tenir compte des éléments suivants :

Du côté de l'offre :

- Stimuler des partenariats avec l'industrie privée pour une production accrue et de meilleurs prix pour les fruits, légumes et céréales non raffinées ;
- Obtenir la collaboration de l'industrie alimentaire pour augmenter l'offre du marché d'aliments traités à teneur élevée en nutriments, ainsi que des produits laitiers sans graisses et des céréales non raffinées ;
- Réaliser des études portant sur le rôle de la mondialisation et des agro-industries sur la production, disponibilité et consommation des aliments, et
- Examiner les preuves existantes et promouvoir les études requises afin de stimuler une action en connaissance de cause sur le rôle de la commercialisation et de la publicité sur les préférences alimentaires de la population, des enfants en particulier.

²⁵ Il est à noter que le domaine clé de recherche qui manque du point de vue de l'exécution, est celui des preuves d'effectivité (interventions testées dans des conditions réelles) et non celui des preuves d'efficacité (qui cherchent à évaluer les effets sur la santé d'interventions ou de traitements dans des conditions idéales).

Du côté de la demande :

- Que l'on entende davantage la voix des consommateurs grâce à l'information systématique des organisations de la santé et des consommateurs ;
- La création d'incitations pour mieux intégrer la production locale d'aliments dans les plans nationaux ;
- La promotion et la défense de saines traditions alimentaires régionales et nationales ;
- La stimulation de recherche supplémentaire sur la politique alimentaire et la nutrition, et
- La participation active à la commission du Codex Alimentarius des secteurs liés à la santé et la nutrition.

Mesures à prendre par le Comité exécutif

56. Le Comité exécutif est prié de discuter les thèmes présentés dans ce document et de considérer l'importance du fait que les États Membres établissent l'échelle des priorités nationales pour aborder le problème de l'obésité dans le contexte suivant :

- L'embonpoint et l'obésité joints à l'inactivité physique et aux régimes alimentaires de mauvaise qualité constituent une menace grave pour la santé publique dans la Région ;
- Les gouvernements doivent orienter leurs actions pour faire en sorte que les options saines soient aussi les plus faciles pour tous, en encourageant la promotion de régimes alimentaires sains et d'une vie active comme des approches préventives clés ;
- Il faut une approche nutritionnelle intégrée et une coordination étroite avec les initiatives de prévention/contrôle des MNT déjà en cours ;
- La recherche appliquée et opérationnelle doit être encouragée pour concevoir des interventions efficaces qui stimulent l'alimentation plus saine et les modes de vie plus actifs, et
- Il est essentiel de créer des alliances et partenariats stratégiques et multisectoriels, pour promouvoir la santé et le bien-être de la population de sorte que cette question revête une plus grande importance et figure en bonne place dans les programmes politiques.

57. Le Comité est également prié d'orienter la participation des États Membres au processus de la stratégie mondiale de l'OMS sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé.

- - -