Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-DIXIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A70/31**
Point 15.5 de l'ordre du jour provisoire **27 mars 2017**

Rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant : plan de mise en œuvre

Rapport du Secrétariat

1. La prévalence de l'obésité du nourrisson et du jeune enfant augmente dans tous les pays, la progression la plus rapide touchant les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le nombre de jeunes enfants en surpoids ou obèses dans le monde est passé de 31 millions en 1990 à 42 millions en 2015. Dans la seule Région africaine, au cours de la même période, le nombre d'enfants de moins de cinq ans en surpoids ou obèses est passé de quatre à 10 millions. L'obésité de l'enfant est associée à plusieurs complications sanitaires, à l'apparition précoce de maladies comme le diabète et les cardiopathies, au maintien de l'obésité à l'âge adulte et à un risque accru de maladies non transmissibles.

2. Dans le but de mettre sur pied une action globale contre le phénomène, le Directeur général a créé en 2014 une Commission de haut niveau pour mettre fin à l'obésité de l'enfant composée de 15 membres compétents et éminents d'horizons différents.[1] La Commission était chargée d'établir un rapport précisant les approches et les ensembles d'interventions les plus efficaces pour combattre l'obésité de l'enfant et de l'adolescent dans différents contextes à travers le monde. Elle a passé en revue les données scientifiques, consulté plus d'une centaine d'États Membres et examiné près de 180 observations en ligne avant de soumettre son rapport au Directeur général en janvier 2016.[2]

3. Dans sa décision WHA69(12) (2016), la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a décidé de prier le Directeur général d'élaborer, en consultation avec les États Membres[3] et les parties concernées, un plan de mise en œuvre visant à orienter les mesures prises en application des recommandations figurant dans le rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant et qui sera soumis pour examen à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarantième session.

4. Un projet de plan de mise en œuvre a été diffusé en vue d'une consultation en ligne en septembre/octobre 2016 et des observations ont été reçues de 106 entités, dont 16 États Membres.[4] Le Secrétariat a utilisé les informations obtenues grâce à cette consultation publique pour établir le

[1] On trouvera des notices biographiques des membres de la Commission à l'adresse http://www.who.int/end-childhood-obesity/about/fr/ (consulté le 6 mars 2017).

[2] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206451/1/9789242510065_fre.pdf (consulté le 6 mars 2017).

[3] Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

[4] http://www.who.int/end-childhood-obesity/implementation-plan/en/ (consulté le 6 mars 2017).

projet de plan de mise en œuvre joint en annexe afin d'orienter le suivi des recommandations de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant.

5. En janvier 2017, à sa cent quarantième session, le Conseil exécutif a examiné une version antérieure de ce rapport[1] et a manifesté un large soutien au projet de plan de mise en œuvre.[2]

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

6. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le projet de plan de mise en œuvre.

[1] Document EB140/30.

[2] Voir les procès-verbaux de la cent quarantième session du Conseil exécutif, quatorzième séance (en anglais seulement).

ANNEXE

PROJET DE PLAN DE MISE EN ŒUVRE VISANT À ORIENTER LES MESURES PRISES EN APPLICATION DES RECOMMANDATIONS FIGURANT DANS LE RAPPORT DE LA COMMISSION POUR METTRE FIN À L'OBÉSITÉ DE L'ENFANT

1. Dans les objectifs de développement durable[1] adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2015, la lutte contre les maladies non transmissibles est considérée comme l'un des défis concernant la santé pour le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Parmi les facteurs de risque de maladies non transmissibles, le surpoids et l'obésité sont particulièrement préoccupants et pourraient remettre en cause nombre de progrès sanitaires qui ont contribué à l'allongement de l'espérance de vie. Le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020[2] préconise de mettre un terme à l'augmentation de l'obésité chez l'adolescent et le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant[3] fixe comme cible l'absence d'augmentation du pourcentage d'enfants en surcharge pondérale d'ici 2025. La prévalence de l'obésité du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent[4] n'en augmente pas moins partout dans le monde et beaucoup d'enfants sont en surpoids et en passe de devenir obèses. De nouvelles mesures s'imposent donc d'urgence si l'on veut atteindre ces cibles.

2. Près des trois quarts des 42 millions d'enfants de moins de cinq ans en surpoids ou obèses vivent en Asie et en Afrique.[5] Dans les pays où la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité atteint un plateau, on observe des inégalités économiques et sanitaires croissantes et les taux d'obésité continuent d'augmenter dans les groupes socioéconomiques modestes et les minorités ethniques. L'obésité peut avoir des effets immédiats sur la santé des enfants et affecter leur scolarité et leur qualité de vie. Les enfants obèses risquent fort de le rester à l'âge adulte et sont exposés au risque de maladies non transmissibles graves. Malgré la prévalence mondiale croissante de la surcharge pondérale et de l'obésité, on n'a pas encore pris conscience de l'ampleur et des conséquences du phénomène de l'obésité de l'enfant dans bien des cas, en particulier dans les pays où la dénutrition est courante et la prévention de l'obésité de l'enfant pas toujours considérée comme une priorité de santé publique. À mesure qu'ils connaissent une transition socioéconomique et/ou nutritionnelle rapide, les

[1] https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs (consulté le 6 mars 2017).

[2] Approuvé par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA66.10 (2013) sur le suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ; pour le texte du plan d'action, voir l'annexe 4 du document WHA66/2013/REC/1.

[3] Approuvé par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA65.6 (2012) sur le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant ; pour le texte du Plan d'application, voir l'annexe 2 du document WHA65/2012/REC/1.

[4] Selon la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de 18 ans. L'OMS définit les adolescents comme les personnes âgées de 10 à 19 ans. Dans les enquêtes mondiales, les données sur le surpoids et l'obésité chez les personnes âgées de 18 ans et plus sont considérées comme se rapportant aux adultes. Dans ce contexte, l'obésité de l'enfant se réfère donc à tous les enfants de moins de 19 ans, adolescents compris, dont l'indice de masse corporelle pour l'âge est supérieur à trois écarts-types au-dessus de la médiane des normes OMS de croissance de l'enfant de moins de cinq ans, et à deux écarts-types au-dessus de la médiane des normes OMS de croissance de l'enfant de cinq à 19 ans.

[5] UNICEF, WHO, The World Bank Group. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF-WHO-World Bank joint child malnutrition estimates (2016 edition), disponible à l'adresse http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2015/en/ (consulté le 6 mars 2017).

pays se retrouvent confrontés au double fardeau de la mauvaise nutrition et de la prise de poids excessive au sein de la même famille, voire chez la même personne. Les enfants qui ont subi une dénutrition fœtale ou au cours de la petite enfance sont particulièrement exposés aux risques de surcharge pondérale et d'obésité dans un environnement obésogène, c'est-à-dire un environnement favorisant un apport énergétique élevé et un comportement sédentaire. Les réponses biologiques et comportementales de l'individu dans un tel environnement sont susceptibles d'être fortement influencées par des facteurs liés au développement ou au cycle de vie qui remontent à la période préconceptionnelle et traversent les générations ainsi que par les pressions et les normes sociales.

3. Reconnaissant la lenteur et l'irrégularité des progrès réalisés dans la lutte contre l'obésité chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent, le Directeur général a créé en 2014 la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant pour recenser les mandats et stratégies existants, s'en servir comme point de départ et combler les lacunes afin d'éviter que les nourrissons, les enfants et les adolescents ne deviennent obèses. Il s'agit ainsi de réduire le risque de morbidité et de mortalité dues aux maladies non transmissibles, d'atténuer les effets psychosociaux négatifs de l'obésité pendant l'enfance et à l'âge adulte, et de diminuer le risque d'obésité chez la génération suivante.

4. Ayant examiné les données scientifiques,[1] consulté plus d'une centaine d'États Membres et passé en revue près de 180 observations en ligne, la Commission a établi son rapport final contenant un ensemble intégré complet de recommandations pour combattre l'obésité de l'enfant.[2] Le rapport présente les motifs sur lesquels sont fondées les recommandations et les données de base sur lesquelles repose le projet de plan de mise en œuvre. La Commission a appelé les gouvernements à jouer un rôle de chef de file et l'ensemble des parties prenantes à assumer leur responsabilité morale en agissant au nom de l'enfant pour réduire les risques d'obésité, en reconnaissant la nécessité de remédier aux environnements obésogènes, en suivant une approche prenant en compte toutes les étapes de la vie et en assurant ou en améliorant le traitement des enfants déjà obèses.

5. En 2016, la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la décision WHA69(12) dans laquelle elle priait le Directeur général d'élaborer, en consultation avec les États Membres,[3] un plan de mise en œuvre visant à orienter les mesures prises en application des recommandations figurant dans le rapport de la Commission.

6. Le projet comprend deux sections. La première énonce le but, la portée et les principes directeurs du plan de mise en œuvre. La seconde définit les mesures nécessaires pour mettre fin à l'obésité de l'enfant dans les domaines spécifiques : I) du leadership ; II) des six recommandations de la Commission ; III) du suivi et de la responsabilité ; IV) des principaux éléments à respecter pour une mise en œuvre efficace; et V) des rôles et responsabilités des parties prenantes.

[1] WHO. Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity: Report of the ad hoc working group on science and evidence for ending childhood obesity. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

[2] Rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016, disponible à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206451/1/9789242510065_fre.pdf?ua=1(consulté le 6 mars 2017).

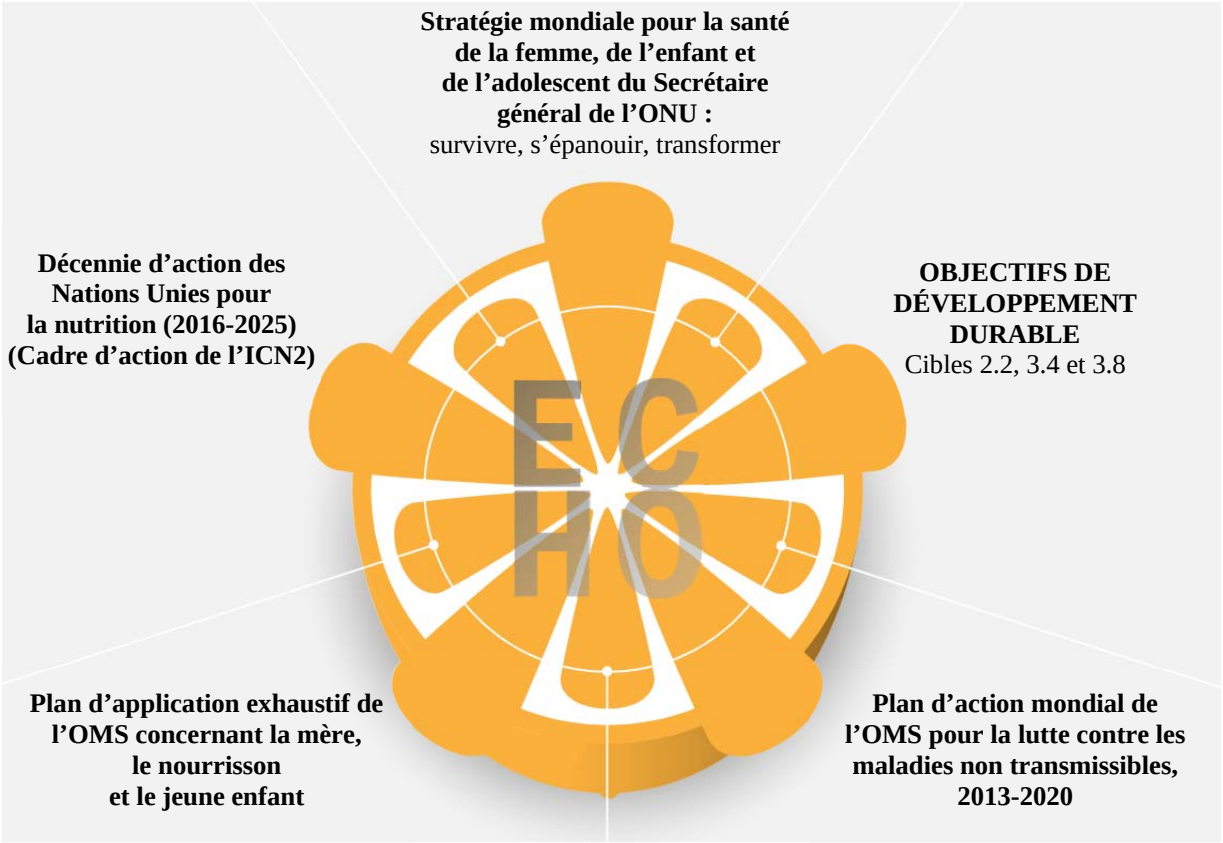
[3] Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économiques régionales.

PROJET DE PLAN DE MISE EN ŒUVRE

But et portée

7. Le projet de plan de mise en œuvre repose sur les recommandations accompagnées d'une justification qui figurent dans le rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant et vise à orienter les États Membres et les autres partenaires sur les mesures à prendre pour mettre en œuvre ces recommandations. Il est reconnu que les États Membres devront relever différents défis concernant la malnutrition sous toutes ses formes, que le cadre constitutionnel varie d'un État Membre à l'autre, et qu'il existe des différences dans le partage des responsabilités entre les niveaux du gouvernement ainsi que dans les politiques de santé publique déjà en place dans différents pays. Les mesures visant à mettre fin à l'obésité de l'enfant doivent être intégrées aux politiques et programmes existants, tous domaines et tous niveaux confondus. Le but pour mettre fin à l'obésité de l'enfant est aligné sur les objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030, et notamment sur les cibles de développement durable visant à mettre fin à la malnutrition sous toutes ses formes (cible 2.2), à réduire la mortalité prématurée par maladies non transmissibles (cible 3.4), à assurer la couverture sanitaire universelle (cible 3.8), ainsi que sur les objectifs visant à contribuer à la qualité de l'éducation (objectif 4) et à réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre (objectif 10). Si les États Membres prennent des mesures rapides et complètes pour éviter et traiter l'obésité de l'enfant, puis d'autres initiatives en santé, notamment celles qui visent à améliorer la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, la nutrition et l'activité physique, s'en trouveront renforcées, ce qui contribuera aux cibles plus larges de la santé et du bien-être. Cette synergie offre un moyen supplémentaire de concentrer les efforts pour avoir des effets à long terme. La Figure 1 montre comment l'action pour mettre fin à l'obésité de l'enfant peut rapprocher, en leur conférant une valeur ajoutée, différentes stratégies comme la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025), et contribuer à améliorer la santé et le bien-être de la génération actuelle et de la prochaine génération d'enfants.

Figure 1. En mettant fin à l'obésité de l'enfant, on contribue à l'application d'autres stratégies



Note : E C H O = Ending Childhood Obesity (Mettre fin à l'obésité de l'enfant).

Principes directeurs

8. Dans son rapport, la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant a défini les principes directeurs ci-après sur lesquels se fonde le présent projet de plan de mise en œuvre.

a) **Droit de l'enfant à la santé :** les gouvernements et la société ont la responsabilité morale et juridique d'agir au nom et dans l'intérêt de l'enfant pour réduire le risque d'obésité en protégeant son droit à la santé et à l'alimentation. Une action globale contre l'obésité de l'enfant est conforme à l'acceptation universelle du droit de l'enfant à vivre en bonne santé et des obligations des États Parties à la Convention relative aux droits de l'enfant.[1]

b) **Engagement et rôle de chef de file des gouvernements :** les gouvernements doivent accepter la responsabilité première d'agir et d'appliquer des politiques efficaces au nom des enfants qu'ils sont, du point de vue éthique, tenus de protéger. Leur inaction aurait des conséquences majeures sur la santé et le bien-être, ainsi que des conséquences socioéconomiques.

[1] Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant. Comité des droits de l'enfant : Observation générale N° 15 (2013) sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible (article 24), paragraphe 47 ; document CRC/C/GC/15.

c) **Approche pangouvernementale :** la prévention et le traitement de l'obésité nécessitent une approche pangouvernementale selon laquelle les politiques de tous les secteurs envisagent systématiquement les issues sanitaires. En évitant les conséquences néfastes pour la santé, on pourra aider tous les secteurs à atteindre leurs buts. Les approches actuelles sont manifestement insuffisantes et d'autres interventions coordonnées seront nécessaires pour mettre fin à la progression de l'obésité de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte.[1] Ainsi, le secteur de l'éducation joue un rôle essentiel pour assurer l'éducation sanitaire et nutritionnelle, développer les possibilités d'activité physique et promouvoir des milieux scolaires sains. Les politiques agricoles et commerciales et la mondialisation du système alimentaire influencent l'accessibilité économique, la disponibilité et la qualité des aliments aux niveaux national et local. L'urbanisme et la planification du transport ont des conséquences directes sur les possibilités d'activité physique et l'accès à des aliments sains. Des structures publiques intersectorielles, comme une équipe spéciale interministérielle de haut niveau chargée de la santé de l'enfant et de l'adolescent qui s'occupe entre autres de l'obésité de l'enfant, peuvent dégager les intérêts mutuels et faciliter la coordination, la collaboration et l'échange d'informations, moyennant des mécanismes de coordination.

d) **Une approche mobilisant l'ensemble de la société :** la complexité du problème de l'obésité requiert une approche globale fédérant, outre tous les secteurs du gouvernement, d'autres acteurs comme les parents, les aidants, la société civile, les établissements universitaires, les fondations philanthropiques et le secteur privé. Pour transposer les politiques en mesures concrètes visant à prévenir l'obésité de l'enfant et à inverser la tendance, il faut un effort concerté et un engagement résolu de tous les secteurs de la société aux niveaux local, national, régional et mondial, tenant compte aussi des conflits d'intérêts potentiels. Une prise en main conjointe et un partage des responsabilités s'imposent pour que les interventions soient efficaces, avec la portée et l'impact voulus.

e) **Équité :** les gouvernements devraient garantir une couverture équitable des interventions, en particulier pour les exclus, les marginalisés ou les autres groupes vulnérables, exposés à un risque élevé de malnutrition sous toutes ses formes et d'obésité. L'obésité et les problèmes de santé qui lui sont associés réduisent les améliorations éventuelles du capital social et sanitaire et aggravent les inégalités. Les déterminants sociaux de la santé font que ces groupes ont souvent un accès limité à une alimentation saine, à des lieux sûrs pour l'activité physique, ainsi qu'à des services de santé et à un soutien en faveur de la prévention. Il faut veiller en particulier à mettre au point des interventions acceptables en tenant compte du contexte culturel.

f) **Conformité avec le programme de développement mondial :** les objectifs de développement durable visent notamment à mettre fin à toutes les formes de malnutrition (cible 2.2) et à réduire la mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles (cible 3.4). La lutte contre l'obésité de l'enfant contribuera aussi à la couverture sanitaire universelle (cible 3.8), à une éducation de qualité (objectif 4) ainsi qu'à une réduction des inégalités (objectif 10). Son intégration aux cadres nationaux de développement et de financement en faveur de la réalisation des objectifs de développement durable permettra d'associer tous les secteurs à l'action.

[1] Résolution WHA66.10 sur le suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et résolution WHA65.6 (2012) sur le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant.

g) **Intégration dans une approche prenant en compte toutes les étapes de la vie :** la Commission a souligné la nécessité de réduire le risque d'obésité de l'enfant en intervenant avant même la conception. L'intégration des interventions de prévention et de traitement de l'obésité de l'enfant aux initiatives actuelles de l'OMS et à d'autres initiatives qui envisagent toutes les étapes de la vie, aura d'autres avantages encore pour la santé à long terme.[1] Parmi ces initiatives figurent la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, la Déclaration de Rome sur la nutrition adoptée à la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition (Rome, 19-21 novembre 2014) et la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025). L'OMS et d'autres organismes des Nations Unies sont actuellement dotés de plusieurs autres stratégies et plans de mise en œuvre relatifs à l'optimisation de la nutrition et de la santé de la mère, du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent, qui sont tout à fait pertinents pour les principaux éléments d'une approche globale de prévention de l'obésité. Les principes et recommandations concernés figurent dans plusieurs documents qui donnent des orientations pour toutes les étapes de la vie. Les initiatives contre l'obésité de l'enfant doivent être intégrées à ces efforts et s'en inspirer pour aider les enfants à réaliser leur droit fondamental à la santé et améliorer leur bien-être tout en réduisant la charge que le système de santé doit supporter.

h) **Responsabilisation :** un engagement politique et financier est impératif pour combattre l'obésité de l'enfant. Un mécanisme et un cadre robustes sont nécessaires pour suivre l'élaboration, la mise en œuvre et les résultats des politiques et aider ainsi les gouvernements et les acteurs non étatiques à rendre des comptes sur leurs engagements.

i) **Couverture sanitaire universelle :** la cible 3.8 des objectifs de développement durable consiste à instaurer la couverture sanitaire universelle au moyen de services de santé intégrés permettant aux gens de bénéficier d'une série de services de promotion de la santé et de prévention, de diagnostic, de traitement et de prise en charge des maladies, tout au long de la vie.[2] L'accès à des interventions de prévention du surpoids et de l'obésité et le traitement des enfants déjà obèses et des enfants en surpoids en passe de le devenir, de même que la couverture offerte par ces interventions, devraient être considérés comme des éléments importants de la couverture sanitaire universelle.

MESURES NÉCESSAIRES POUR METTRE FIN À L'OBÉSITÉ DE L'ENFANT

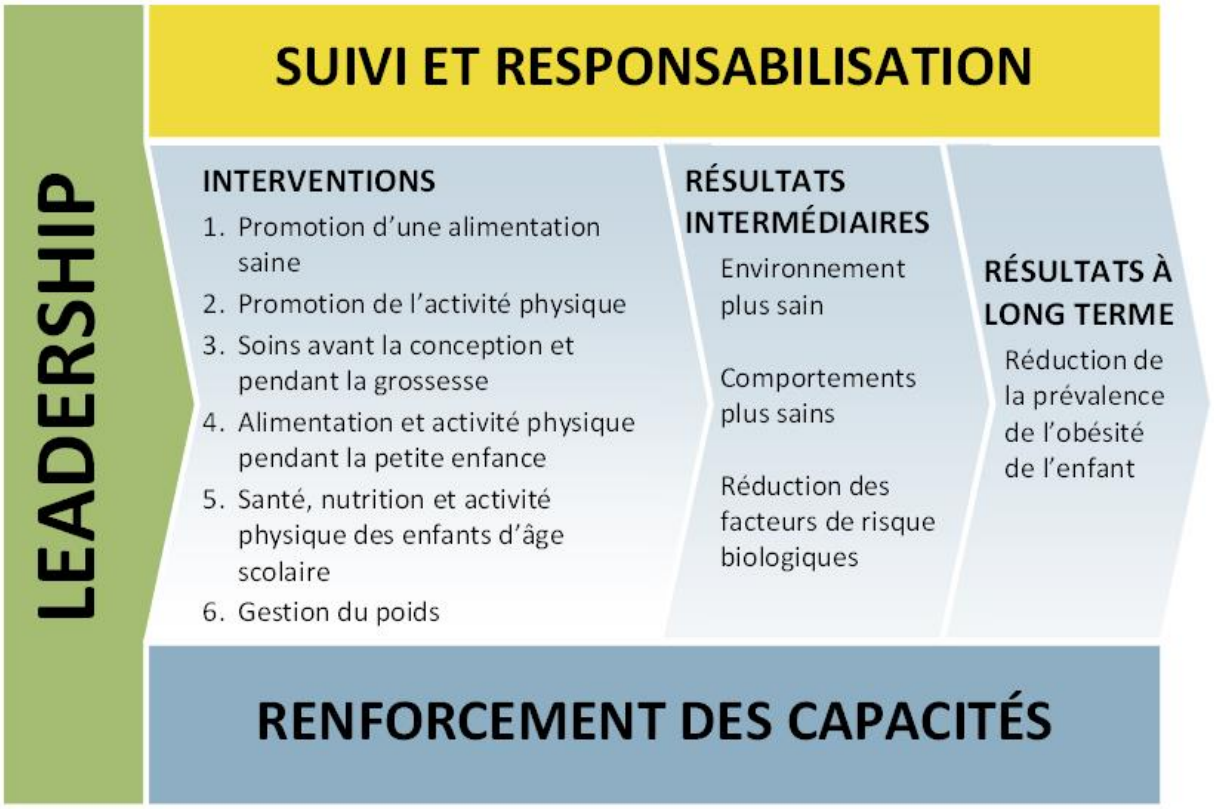
9. La Commission a proposé six séries de recommandations pour intervenir contre l'environnement obésogène et des interventions à des moments critiques de la vie pour prévenir l'obésité et traiter les enfants déjà obèses.

10. Une mise en œuvre efficace des recommandations supposera un engagement et un leadership politique, de même que la capacité de mener les interventions nécessaires et un suivi efficace de la mesure dans laquelle les différentes parties prenantes respectent leurs engagements. Le cadre est illustré à la Figure 2.

[1] Déclaration de Minsk : Adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie dans le contexte de Santé 2020, disponible à l'adresse http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/289963/The-Minsk-Declaration-FR-rev1.pdf?ua=1 (consulté le 6 mars 2017).

[2] Comme l'a également exprimée l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 69/132 sur la santé mondiale et la politique étrangère.

Figure 2. Cadre d'action pour mettre fin à l'obésité de l'enfant



11. En prévision d'une stratégie mondiale, les bureaux régionaux de l'OMS ont élaboré plusieurs stratégies et plans d'action qui se rapportent à certains aspects des recommandations ci-dessous.[1] Il est possible d'intégrer et de renforcer encore, le cas échéant, ces instruments en les alignant sur les recommandations de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant.

12. Une approche multisectorielle sera indispensable pour réaliser des progrès durables. On trouvera dans les sections qui suivent des orientations sur les mesures que les États Membres doivent envisager de prendre, et les mesures d'appui des autres parties concernées, afin d'atteindre les buts du plan de mise en œuvre. Compte tenu des politiques déjà en place dans certains pays et des taux de prévalence variables de la malnutrition sous toutes ses formes, les États Membres sont encouragés à établir des priorités dans le cadre d'une approche par étapes sur la base du contexte local, des déterminants de l'obésité et des possibilités d'intervenir.

[1] WHO Regional Office for Europe. European food and nutrition action plan 2015-2020. Copenhague, Bureau régional de l'Europe, 2015 ; WHO Regional Office for South-East Asia. Strategic action plan to reduce the double burden of malnutrition in the south-east asia region 2016-2025. Delhi, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, 2016 ; PAHO. Plan of action for prevention of obesity in children and adolescents. Washington D.C., Organisation panaméricaine de la Santé, 2014 ; WHO Regional Office for the Western Pacific. Action plan to reduce the double burden of malnutrition in the Western Pacific Region (2015-2020). Manille, Bureau régional OMS du Pacifique occidental, 2015.

I. ASSURER L'ENCADREMENT POUR UNE ACTION GLOBALE, INTÉGRÉE ET MULTILATÉRALE

Justification

13. C'est aux gouvernements qu'il appartient en dernier ressort de veiller à ce que chacun puisse commencer sa vie en bonne santé. La prévention de l'obésité de l'enfant suppose une action coordonnée de tous les secteurs et institutions contribuant à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques. L'encadrement stratégique national comprend la mise en place de structures de gouvernance sur différents secteurs qui sont nécessaires pour gérer l'élaboration et l'application de lois, de politiques et de programmes. Des ressources doivent être affectées à la mise en œuvre des politiques et au renforcement des capacités du personnel. Un leadership national s'impose aussi pour gérer la collaboration avec les acteurs non étatiques, comme les organisations non gouvernementales, le secteur privé et les établissements universitaires afin d'appliquer, de suivre et d'évaluer de manière efficace l'impact des programmes, des activités et des investissements.

14. Le Tableau 1 propose les mesures que sont invités à prendre les États Membres pour mettre en œuvre la recommandation de la Commission sur les rôles et responsabilités des États Membres. Certains pays auront peut-être déjà mis en œuvre certaines de ces politiques et peuvent les développer et les renforcer.

Tableau 1. Rôles et responsabilités recommandés et mesures à prendre par les États Membres

Rôles et responsabilités recommandés par la Commission	**Mesures à prendre par les États Membres**
a) Prendre en main les opérations, jouer le rôle de chef de file et prendre des engagements politiques tendant à combattre l'obésité de l'enfant sur le long terme.	Entretenir des contacts réguliers avec les parlementaires pour renforcer l'engagement de haut niveau visant à prévenir l'obésité de l'enfant. Mener régulièrement des dialogues politiques de haut niveau sur l'obésité de l'enfant. Mobiliser des ressources durables pour combattre l'obésité de l'enfant. Établir un budget et des lois ou une réglementation pour mettre en œuvre des interventions essentielles visant à réduire l'obésité de l'enfant.
b) Coordonner les contributions de l'ensemble des administrations publiques et des institutions responsables des politiques, y compris, mais pas seulement, les secteurs suivants : éducation ; alimentation et agriculture ; commerce et industrie ; développement ; finances et administration fiscale ; sports et loisirs ; communication ; aménagement du territoire et urbanisme ; transports et affaires sociales ; et commerce.	Mettre en place ou élargir un groupe multisectoriel associant les organismes publics concernés pour coordonner l'élaboration de politiques, l'application des interventions, le suivi et l'évaluation à l'échelle du gouvernement dans son ensemble, y compris les systèmes de responsabilisation.
c) Assurer la collecte de données sur l'indice de masse corporelle pour l'âge pour les enfants (y compris pour les tranches d'âge qui ne font pas actuellement l'objet d'un suivi) et fixer des cibles nationales pour l'obésité de l'enfant.	Établir des cibles nationales ou locales assorties de délais pour la réduction de l'obésité de l'enfant et des mécanismes de suivi comprenant l'indice de masse corporelle pour l'âge en plus d'autres mesures appropriées ventilées selon l'âge, le sexe et la condition socioéconomique.

Rôles et responsabilités recommandés par la Commission	Mesures à prendre par les États Membres
d) Élaborer des lignes directrices, des recommandations ou des mesures qui permettent de mobiliser comme il convient les secteurs concernés (y compris le secteur privé, le cas échéant) en vue de mettre en œuvre les actions visant à réduire l'obésité de l'enfant.	Mettre en place des mécanismes pour coordonner la collaboration des acteurs non étatiques et veiller à ce qu'ils respectent leurs engagements dans la mise en œuvre des interventions. Établir des mécanismes/politiques précis pour la gestion des conflits d'intérêts.

II. RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION

Justification

15. Aucune intervention ne saurait à elle seule endiguer la progression de l'épidémie d'obésité. Pour que les efforts contre l'obésité de l'enfant soient efficaces, il faut combattre l'environnement obésogène et agir sur des éléments essentiels au cours des étapes de la vie par une action coordonnée et multisectorielle dont il faudra rendre compte.

16. Les États Membres ont déjà en place des programmes offrant des orientations en matière d'alimentation et d'activité physique au niveau de la population, dans des lieux comme les écoles et les structures de garde, et tout au long de la vie. Les recommandations de la Commission font ressortir qu'il faut d'urgence ajouter d'autres éléments pour prévenir et traiter l'obésité qui contribueront à atteindre toute une série de cibles en matière de santé de la mère, du nourrisson, du jeune enfant et de l'adolescent.

17. La prévalence de l'obésité de l'enfant, les facteurs de risque qui y contribuent et la situation politique et économique varient d'un État Membre à l'autre. Les mesures recommandées ci–dessous visent à permettre aux pays d'évaluer le groupe d'interventions intégrées qui correspond le mieux à leur cas particulier. On trouvera dans la section IV des précisions sur la manière d'établir des priorités et de mettre en place une approche par étapes pour la mise en œuvre afin d'aider les gouvernements à les prendre. Des outils et des ressources sont disponibles au niveau mondial et au niveau régional pour aider les États Membres à mettre au point des politiques et des interventions et à les appliquer, les suivre et les évaluer. Il est prévu de créer une page du site Web de l'OMS sur laquelle on trouvera la liste des outils et des ressources actuellement disponibles, les nouveaux étant ajoutés à mesure qu'ils le deviennent.[1]

18. Les tableaux ci-dessous présentent des exemples de mesures que les États Membres peuvent envisager de prendre pour mettre en œuvre les six recommandations de la Commission. Les interventions contre l'obésité de l'enfant peuvent être intégrées aux plans, politiques et programmes nationaux existants et s'en inspirer.

[1] Cette page se trouvera à l'adresse suivante http://www.who.int/end-childhood-obesity/en/.

1. Mesures visant à mettre en œuvre des programmes complets favorisant la consommation d'aliments sains et diminuant celle des aliments nocifs pour la santé et des boissons sucrées, chez l'enfant et l'adolescent (Tableau 2)

Justification

19. Un environnement obésogène est un environnement favorisant un apport énergétique élevé et l'absence d'activité physique, y compris un comportement sédentaire. Il s'étend aux aliments et possibilités d'activité physique qui sont disponibles, abordables, accessibles et offerts sur le marché, ainsi qu'aux normes sociales en matière d'alimentation et d'activité physique. Il faut donner aux enfants et aux familles les moyens de choisir des options favorables à la santé en matière d'alimentation et d'activité physique. Les connaissances permettant d'effectuer de tels choix seront moins bonnes en cas de diffusion de messages contradictoires liés à la commercialisation dans les médias et dans les structures où les enfants sont réunis. Les mesures volontaires ou l'autorégulation n'ont souvent qu'une utilité limitée si les pouvoirs publics ne participent pas activement à l'élaboration des normes et à l'établissement de cibles assorties de délais en prévoyant aussi des sanctions en cas de non-respect. Les approches volontaires et l'autoréglementation peuvent aussi entraver les progrès si elles servent à retarder l'adoption d'une réglementation efficace. Pour permettre un choix de mode de vie sain il faut que des aliments sains et des possibilités d'activité physique soient directement accessibles à tous à un prix abordable ; il faut aussi que les enfants désavantagés, particulièrement exposés au risque d'obésité, soient entièrement associés à l'intervention.

Tableau 2. Recommandation 1 de la Commission et mesures à prendre par les États Membres

Recommandations de la Commission	Mesures à prendre par les États Membres
1.1 Veiller à ce que des informations et des lignes directrices sur la nutrition appropriées et adaptées au contexte, destinées aussi bien aux adultes qu'aux enfants, soient élaborées et diffusées à tous les groupes de la société de façon simple, compréhensible et accessible.	Informer la population du problème du surpoids et de l'obésité de l'enfant et des conséquences pour la santé et le bien-être. Actualiser selon les besoins, les orientations sur la prévention de l'obésité de l'enfant par la consommation d'aliments sains tout au long de la vie. Veiller à ce que les orientations en matière d'alimentation soient diffusées et accessibles aux enfants, aux aidants, aux enseignants et aux professionnels de la santé. Mettre au point et mener des campagnes d'éducation du public fondées sur des données factuelles indiquant ce qui constitue une alimentation saine, pourquoi elle est nécessaire et pourquoi l'activité physique l'est aussi, en veillant à ce qu'elles bénéficient d'un financement suffisant et revêtent un caractère durable.
1.2 Mettre en place une taxe efficace sur les boissons sucrées.	Analyser l'administration et l'impact d'une taxe sur les boissons sucrées. Prélever une taxe efficace sur les boissons sucrées conformément aux orientations de l'OMS.

Recommandations de la Commission	Mesures à prendre par les États Membres
1.3 Appliquer l'ensemble des recommandations sur la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées destinés aux enfants,[1] afin de réduire à la fois l'exposition des enfants à la commercialisation des aliments nocifs pour la santé et l'efficacité de ces efforts commerciaux.	Évaluer l'impact des lois, des règlements et des lignes directrices sur la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées nocifs pour la santé destinés aux enfants, selon qu'il conviendra. Adopter et appliquer des mesures efficaces, par exemple au moyen d'une législation ou d'une réglementation, visant à limiter la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées destinés aux enfants et aux adolescents en réduisant ainsi leur exposition à ces efforts commerciaux. Mettre en place des mécanismes permettant une exécution efficace des lois ou des règlements sur la commercialisation des aliments et boissons non alcoolisées destinés aux enfants.
1.4 Mettre au point des profils nutritionnels afin de repérer les aliments et boissons nocifs pour la santé.	Mettre en place un modèle national de profils nutritionnels régissant la commercialisation, la taxation, l'étiquetage et la fourniture dans les établissements publics sur la base des modèles de profils nutritionnels régionaux ou mondiaux de l'OMS.[2]
1.5 Instaurer une coopération entre les États Membres afin de réduire l'influence de la commercialisation transfrontière d'aliments et de boissons nocifs pour la santé.	Participer à des discussions interpays sur les politiques et propositions de réglementation de la commercialisation transfrontière d'aliments et de boissons non alcoolisées nocifs pour la santé destinés aux enfants, par l'intermédiaire des comités régionaux de l'OMS et d'autres mécanismes régionaux pertinents.
1.6 Mettre en place un système mondial standardisé d'étiquetage nutritionnel.	Au niveau international, intervenir par l'intermédiaire de la Commission du Codex Alimentarius pour mettre au point un système standardisé d'étiquetage des aliments afin d'appuyer les efforts d'éducation pour la santé au moyen de l'étiquetage obligatoire de tous les aliments et boissons conditionnés. Au niveau intérieur, adopter des lois et règlements contraignants sur l'étiquetage des aliments.
1.7 Mettre en place un étiquetage interprétatif sur la face avant de l'emballage et améliorer, par l'éducation du public, les connaissances sur la nutrition des adultes et des enfants.	Envisager de procéder à des tests avant l'arrivée sur le marché ou auprès du consommateur concernant l'étiquetage interprétatif sur la face avant de l'emballage, sur la base d'un modèle de profils nutritionnels. Adopter ou mettre au point selon les besoins, un système d'étiquetage interprétatif obligatoire sur la face avant de l'emballage sur la base des meilleures données disponibles pour déterminer la salubrité des aliments et des boissons.
1.8 Demander aux lieux comme les écoles, les structures de garde et les installations et manifestations sportives destinés aux enfants, entre autres, d'instaurer un environnement alimentaire sain.	Fixer des normes pour les aliments qui peuvent être fournis ou vendus dans les structures de garde, les écoles, les installations et manifestations sportives destinées aux enfants (voir aussi les recommandations 4.9 et 5.1), sur la base d'un modèle de profils nutritionnels national.

[1] Approuvées par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA63.14 (2010) sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants ; voir aussi l'annexe 3 du document WHA61/2008/REC/1.

[2] Voir le modèle de profil nutritionnel de l'OPS disponible à l'adresse http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/18621 ; le modèle de profil nutritionnel du Bureau régional OMS de l'Europe disponible à l'adresse http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/270716/Europe-nutrient-profile-model-2015-en.pdf?ua=1 ; la réunion technique sur l'adaptation régionale du modèle de profil nutritionnel de l'OMS à la Région du Pacifique occidentale disponible à l'adresse http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/13410/RS-2015-GE-52-PHL-eng.pdf ; et le rapport d'une réunion technique sur le profil nutritionnel de 2010 disponible à l'adresse http://www.who.int/nutrition/publications/profiling/WHO_IASO_report2010.pdf?ua=1 (tous consultés le 6 mars 2017).

Recommandations de la Commission	Mesures à prendre par les États Membres
	Appliquer ces lois, règlements et normes sur les aliments aux services de restauration dans les écoles, aux structures de garde et aux autres structures pertinentes.
1.9 Améliorer l'accès aux aliments sains dans les communautés défavorisées.	Associer des acteurs et des ressources extérieurs au système de santé pour améliorer l'accès des communautés désavantagées à des aliments sains et leur disponibilité à un prix abordable et de manière durable (par exemple par des incitations à la vente au détail et des politiques de zonage). Établir des règlements et des normes pour les programmes d'appui social fondés sur des lignes directrices alimentaires nationales et internationales. Prévoir des incitations à la production locale de fruits et de légumes, par exemple par l'intermédiaire de l'agriculture en milieu urbain.

2. Mesures visant à mettre en œuvre des programmes complets favorisant l'activité physique et réduisant les comportements sédentaires chez l'enfant et l'adolescent (Tableau 3)

Justification

20. L'activité physique recule à partir de l'âge de l'entrée à l'école et la sédentarité est rapidement en train de devenir une norme sociale. Or, il est avéré que l'activité physique réduit le risque de diabète, de maladies cardiovasculaires et de cancers et améliore la capacité d'assimiler des connaissances, la santé mentale et le bien-être de l'enfant. En outre, les habitudes acquises au cours de l'enfance en matière d'activité physique peuvent influencer les comportements tout au long de la vie.

Tableau 3. Recommandation 2 de la Commission et mesures à prendre par les États Membres

Recommandations de la Commission	Mesures à prendre par les États Membres
2.1 Donner aux enfants et aux adolescents, aux parents, aux personnes s'occupant d'enfants, aux enseignants et aux professionnels de la santé, des orientations relatives à la corpulence, à l'activité physique, au sommeil et au bon usage des divertissements sur écran.	Mettre au point et mener des campagnes d'éducation du public fondées sur des données factuelles ciblées et bénéficiant d'un financement suffisant concernant l'importance de l'activité physique. Mettre à jour les matériels existants, selon qu'il conviendra, pour donner des orientations sur l'activité physique tout au long de la vie. Diffuser des orientations sur l'activité physique aux enfants, aux aidants, aux enseignants et aux professionnels de la santé de manière accessible. Utiliser l'éducation par le groupe et des initiatives à l'échelle de l'ensemble de l'école pour influencer les comportements des enfants et les normes sociales relatifs à l'activité physique.
2.2 Veiller à ce que des installations adaptées soient disponibles dans les établissements scolaires et dans les espaces publics afin que tous les enfants, y compris ceux souffrant d'un handicap, puissent faire une activité physique pendant leur temps libre, en tenant compte des différences entre les sexes, le cas échéant.	Fournir en collaboration avec d'autres secteurs (comme l'aménagement urbain et les transports) et les parties concernées, des installations sûres, des ressources et des possibilités pour que tous les enfants puissent avoir une activité physique pendant leurs loisirs.

3. Mesures visant à renforcer les orientations pour la prévention des maladies non transmissibles et à les intégrer à celles en vigueur actuellement pour les soins avant et pendant la grossesse, afin de réduire le risque d'obésité de l'enfant (Tableau 4)

Justification

21. Le risque d'obésité peut passer d'une génération à l'autre et la santé de la mère influencer le développement fœtal et le risque d'obésité de l'enfant. Les soins que reçoit la femme avant, pendant et après la grossesse ont une profonde incidence sur la santé et le développement ultérieurs de son enfant. Les orientations actuelles concernant les soins avant la conception et les soins prénatals mettent l'accent sur la prévention de la dénutrition maternelle et fœtale. Or, face à l'exposition croissante à des environnements obésogènes, des lignes directrices sont nécessaires pour lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes (y compris un apport énergétique excessif) et le risque d'obésité ultérieur de l'enfant. Les interventions ciblant les facteurs de risque d'obésité de l'enfant permettent aussi de prévenir d'autres issues indésirables de la grossesse[1] et contribuent ainsi à améliorer la santé de la mère et du nouveau-né.

Tableau 4. Recommandation 3 de la Commission et mesures à prendre par les États Membres

Recommandations de la Commission	Mesures à prendre par les États Membres
3.1 Diagnostiquer et prendre en charge l'hyperglycémie et l'hypertension gestationnelle.	Veiller au dépistage de l'hypertension et de l'hyperglycémie dans le cadre des soins prénatals.
3.2 Assurer un suivi et une prise en charge afin de maîtriser la prise de poids pendant la grossesse.	Veiller à contrôler le poids et la prise de poids pendant la grossesse dans le cadre des soins prénatals.
3.3 Faire en sorte que les orientations et les conseils destinés aux futurs parents, avant la conception et pendant la grossesse, mettent également l'accent sur la question de la nutrition appropriée.	Veiller à apporter des conseils en matière d'alimentation et de nutrition dans le cadre des soins prénatals. Fournir des informations sur les liens entre régime alimentaire des futurs parents, activité physique et comportements favorables à la santé d'une part, et risque d'obésité de l'enfant de l'autre, dans le cadre des programmes d'études des prestataires de soins. Favoriser une alimentation saine et l'activité physique, et diffuser des orientations sur ces questions auprès des futurs parents qui ne bénéficient peut-être pas de soins avant la conception ou de soins prénatals.
3.4 Élaborer des orientations claires et apporter un soutien en vue de promouvoir la bonne nutrition, les régimes alimentaires sains et l'activité physique, et d'éviter la consommation de tabac, d'alcool, de drogues et d'autres toxines, ainsi que l'exposition à ces produits.	

[1] Temel S, van Voorst SF, Jack BW, Denktas S, Steegers EA. Evidence-based preconceptional lifestyle interventions. Epidemiol Rev. 2014; 36:19-30.

4. Mesures visant à fournir des orientations et un soutien concernant l'alimentation saine, le sommeil et l'activité physique pendant la petite enfance afin que les enfants grandissent correctement et prennent de bonnes habitudes (Tableau 5)

Justification

22. Les premières années de la vie sont déterminantes pour que l'enfant adopte des comportements judicieux en matière d'alimentation et d'activité physique propres à réduire le risque d'obésité. L'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie, suivi de l'introduction d'aliments complémentaires appropriés sont essentiels pour optimiser le développement, la croissance et une bonne alimentation du nourrisson et peuvent aussi aider la mère à gérer son poids après une grossesse. Les orientations mondiales actuelles concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont avant tout centrées sur la dénutrition. Il est également important d'examiner les risques inhérents à une alimentation préjudiciable à la santé chez le nourrisson et pendant l'enfance.

Tableau 5. Recommandation 4 de la Commission et mesures à prendre par les États Membres

Recommandations de la Commission	Mesures à prendre par les États Membres
4.1 Appliquer les mesures réglementaires telles que le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé.	Veiller à ce que la législation et la réglementation sur la commercialisation des substituts du lait maternel respectent l'ensemble des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé sur le sujet.
4.2 Veiller à ce que toutes les maternités respectent pleinement les 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel.	Établir des règlements destinés aux maternités pour qu'elles respectent pleinement les 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Mettre en place ou renforcer des systèmes d'évaluation pour vérifier régulièrement que les maternités respectent les 10 conditions.
4.3 Promouvoir les avantages de l'allaitement maternel pour la mère et l'enfant en dispensant une formation générale aux parents et à la communauté au sens large.	Fournir des informations sur les avantages que présente l'allaitement maternel pour favoriser la croissance et la santé du nourrisson et réduire le risque d'obésité de l'enfant dans le cadre des orientations destinées aux parents et au grand public.
4.4 Encourager les mères à allaiter en prenant pour cela des dispositions réglementaires (par exemple congé de maternité, espaces et temps pour l'allaitement sur le lieu de travail).	Ratifier la Convention 183 de l'Organisation internationale du travail (OIT) et adopter des mesures législatives sur l'application de l'ensemble des dispositions de la recommandation 191 de l'OIT sur le congé de maternité et l'aménagement d'installations et de temps pour l'allaitement sur le lieu de travail.
4.5 Élaborer des règles sur la commercialisation des aliments et boissons de complément, conformément aux recommandations de l'OMS, afin de limiter la consommation d'aliments et de boissons riches en graisse, en sucre et en sel par les nourrissons et les jeunes enfants.	Évaluer l'effet des lois, règlements et principes directeurs sur la commercialisation des aliments de complément destinés au nourrisson et au jeune enfant selon qu'il conviendra. Adopter et appliquer des mesures efficaces, de caractère législatif ou réglementaire par exemple, afin de limiter la commercialisation inappropriée d'aliments de complément destinés au nourrisson et au jeune enfant. Mettre en place des mécanismes d'application et de suivi des lois ou règlements sur la commercialisation des aliments de complément destinés au nourrisson et au jeune enfant.

Recommandations de la Commission	**Mesures à prendre par les États Membres**
4.6 Fournir des orientations claires et un soutien aux personnes qui s'occupent d'enfants afin qu'elles évitent certaines catégories d'aliments (par exemple les laits ou jus de fruit sucrés ou les aliments très caloriques et pauvres en nutriments) et empêchent la prise de poids excessive. 4.7 Fournir des orientations claires et un soutien aux personnes qui s'occupent d'enfants afin qu'elles encouragent la consommation d'un large éventail d'aliments sains. 4.8 Donner aux personnes s'occupant d'enfants des orientations sur la nutrition, les régimes alimentaires et la taille des portions qui sont appropriés pour cette tranche d'âge.	Veiller à ce que les orientations sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant abordent les points suivants : 1) introduction d'aliments de complément appropriés sans adjonction de sucre ou d'édulcorants ; 2) alimentation répondant aux besoins visant à encourager le nourrisson et le jeune enfant à consommer des aliments sains et variés ; 3) indication des aliments et boissons à forte teneur en sucre, en graisse, et en sel qu'il faut éviter de donner aux nourrissons et aux jeunes enfants ; 4) portions correspondant à l'âge de l'enfant. Former les agents de santé ou les groupes de soutien communautaires à la promotion d'une alimentation de complément appropriée.
4.9 Faire en sorte que les lieux et établissements structurés accueillant des enfants servent uniquement des aliments, boissons et en-cas bons pour la santé.	Fixer des normes de nutrition contraignantes concernant les aliments et les boissons offerts (y compris les repas) ou vendus (y compris dans les distributeurs automatiques et points de vente en milieu scolaire) dans les lieux et établissements publics et privés accueillant des enfants. Appliquer ces lois, règlements et normes alimentaires dans les services de restauration offerts dans les lieux et autres établissements accueillant des enfants qui existent déjà.
4.10 Veiller à ce que l'éducation alimentaire figure dans les programmes des lieux et établissements structurés accueillant des enfants.	Mettre au point en associant les secteurs de la santé et de l'éducation des programmes d'éducation pour la nutrition, l'alimentation et la santé. Former les enseignants à l'application des programmes. Intégrer au programme de base des composantes d'éducation pour la nutrition et la santé, y compris les compétences pratiques, mises au point avec le secteur de l'éducation.
4.11 Veiller à ce que l'activité physique fasse partie des activités quotidiennes et du programme des lieux et établissements structurés accueillant des enfants.	Établir des normes relatives à l'activité physique dans les lieux accueillant des enfants. Fournir aux aidants des orientations sur les possibilités d'activité physique sûre et favorable au développement ainsi que sur les jeux et loisirs actifs offerts à tous les enfants.
4.12 Donner des orientations sur le temps consacré au sommeil, aux activités sédentaires, aux écrans, ainsi qu'à l'activité physique et aux jeux actifs dans la tranche d'âge des 2-5 ans.	Élaborer des orientations sur l'activité physique de l'enfant de moins de cinq ans, notamment des activités et des idées correspondant à leur âge, pour appuyer et encourager la participation à l'activité physique à domicile et dans la communauté tout au long de l'année. Élaborer des orientations sur le temps que les enfants et adolescents devraient consacrer au sommeil et aux divertissements sur écran (voir la recommandation 2.1) ainsi que des idées permettant d'éviter les activités sédentaires, notamment en limitant le temps passé devant un écran, et de prévoir une activité physique régulière en famille.

Recommandations de la Commission	Mesures à prendre par les États Membres
4.13 Inciter l'ensemble de la communauté à encourager les personnes qui s'occupent d'enfants et les structures d'accueil à promouvoir des modes de vie sains chez les jeunes enfants.	Mener des campagnes de sensibilisation du public et diffuser des informations pour mieux faire prendre conscience des conséquences de l'obésité de l'enfant. Promouvoir les avantages de l'activité physique pour les aidants et pour les enfants par une éducation élargie des aidants et de la communauté en général. Promouvoir la communication et la participation communautaire pour améliorer la prise de conscience des enjeux et créer un environnement favorable et une demande sociale de mesures politiques visant à améliorer l'alimentation et l'activité physique des enfants. Repérer des militants communautaires en faveur de l'activité physique, des notables et des organisations de la société civile avec lesquels une collaboration est possible et assurer la représentation communautaire.

5. Mesures visant à mettre en œuvre des programmes complets favorisant des milieux scolaires sains, la connaissance de la santé et de la nutrition et l'activité physique pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents (Tableau 6)

Justification

23. Les enfants et les adolescents sont très sensibles à la commercialisation des aliments et boissons nocifs pour la santé et il est reconnu qu'ils doivent être protégés contre ce type d'efforts commerciaux.[1] La pression du groupe et les conceptions de l'image corporelle idéale peuvent aussi influencer les attitudes des enfants en matière d'alimentation et d'activité physique. Les adolescents en particulier sont exposés à des influences et à des forces du marché différentes de celles qui touchent les plus jeunes et les familles. Il faut déplorer que beaucoup d'enfants d'âge scolaire ne suivent pas des études régulières car les années de scolarité obligatoire offrent un point d'entrée facile pour influencer ce groupe d'âge et ancrer des habitudes saines en matière d'alimentation et d'activité physique favorisant la prévention de l'obésité tout au long de la vie. Pour être efficaces, les programmes visant à améliorer la nutrition et l'activité physique chez l'enfant et l'adolescent doivent associer différentes parties prenantes et veiller à ce que les progrès ne soient pas compromis par des conflits d'intérêts, comme ceux qui peuvent se présenter lorsque l'industrie alimentaire et les fabricants de boissons sont associés à leur élaboration. La participation active du secteur de l'éducation et l'intégration des activités dans les initiatives scolaires favorisant la santé contribueront au succès de ces programmes et permettront d'améliorer les résultats scolaires. Il importe d'associer les enfants plus âgés et les adolescents ainsi que la communauté à la mise au point et à l'application d'interventions visant à réduire l'obésité de l'enfant.[2]

[1] Comité des droits de l'enfant de l'Organisations des Nations Unies, Observation générale N° 15 (2013) sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible (article 24), 17 avril 2013, document CRC/C/GC/15.

[2] Cadre pour une politique scolaire. Mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

Tableau 6. Recommandation 5 de la Commission et mesures à prendre par les États Membres

Recommandations de la Commission	Mesures à prendre par les États Membres
5.1 Mettre en place des normes conformes aux lignes directrices sur l'alimentation saine pour les repas servis dans les écoles où les aliments et les boissons qui y sont vendus. 5.2 Arrêter de distribuer ou de vendre en milieu scolaire des aliments nocifs pour la santé tels que les boissons sucrées et les aliments très caloriques et pauvres en nutriments.	Établir des normes contraignantes en matière de nutrition pour les aliments et boissons offerts (y compris les repas) ou vendus (y compris dans les distributeurs automatiques et points de vente en milieu scolaire) dans les lieux et établissements publics et privés accueillant des enfants. Appliquer ces lois, règlements et normes alimentaires dans les services de restauration offerts dans les lieux et autres établissements accueillant des enfants qui existent déjà.
5.3 Garantir l'accès à l'eau potable dans les écoles et les installations sportives.	Veiller à ce que toutes les écoles et installations sportives offrent un accès libre à l'eau potable.
5.4 Intégrer l'éducation nutritionnelle et sanitaire au programme scolaire de base.	Mettre au point en associant les secteurs de la santé et de l'éducation des programmes d'éducation pour la nutrition, l'alimentation et la santé. Former les enseignants à l'application des programmes. Intégrer au programme de base des composantes d'éducation pour la nutrition et la santé, y compris les compétences pratiques, mises au point avec le secteur de l'éducation.
5.5 Améliorer les connaissances et les compétences des parents et des personnes s'occupant d'enfants dans le domaine de la nutrition. 5.6 Proposer des cours de préparation des aliments aux enfants, aux personnes qui s'en occupent et aux parents.	Collaborer avec les écoles et les communautés pour apporter des compétences par l'intermédiaire de classes/groupes communautaires.
5.7 Intégrer l'éducation physique de qualité aux programmes scolaires et fournir à cet effet du personnel et des installations adaptés.	Fixer des normes pour une éducation physique de qualité dans le programme scolaire.

6. Mesures visant à fournir aux enfants obèses et aux jeunes obèses des services centrés sur la famille et le mode de vie et comportant de multiples éléments afin de les aider à gérer leur poids (Tableau 7)

Justification

24. Lorsque les enfants sont déjà en surpoids ou obèses, la gestion du poids visant à réduire l'indice de masse corporelle pour l'âge et à réduire ou éviter les morbidités liées à l'obésité permettront d'améliorer les issues sanitaires immédiates et futures. Les services de soins de santé primaires ont un rôle important à jouer pour le dépistage et la prise en charge précoce de l'obésité et des complications qui lui sont associées. Un suivi régulier de la croissance au niveau des soins de santé primaires ou à l'école permettra de repérer les enfants qui risquent de devenir obèses. Une attention particulière doit être accordée aux besoins de santé mentale des enfants en surpoids ou obèses, notamment aux problèmes de stigmatisation et de harcèlement.

Tableau 7. Recommandation 6 de la Commission et mesures à prendre par les États Membres

Recommandations de la Commission	Mesures à prendre par les États Membres
6.1 Mettre au point et soutenir des services adaptés de contrôle du poids pour les enfants et adolescents en surpoids et obèses, en veillant à ce qu'ils soient axés sur la famille, comportent de multiples éléments (notamment la nutrition, l'activité physique et le soutien psychosocial) et soient dispensés par des équipes pluriprofessionnelles correctement formées et dotées des ressources nécessaires, dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.	Appliquer un protocole de gestion du poids à composantes multiples adapté au contexte et couvrant l'alimentation, l'activité physique et des services d'appui psychosocial à l'écoute des enfants et des familles. Aligner les services sur les principes directeurs cliniques existants et configurer avec précision les rôles des prestataires de soins de santé primaires pour une action multidisciplinaire efficace. Assurer l'éducation et la formation des prestataires de soins de santé primaires concernés afin qu'ils puissent repérer et prendre en charge l'obésité de l'enfant et les problèmes de stigmatisation qui lui sont liés. Offrir des services de gestion du poids de l'enfant dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

III. SUIVI DES PROGRÈS ET RESPONSABILISATION (TABLEAU 8)

25. Le suivi peut servir à maintenir durablement la sensibilisation au problème de l'obésité de l'enfant et il est nécessaire de suivre les progrès de l'élaboration, de l'application et de l'efficacité des interventions. Les gouvernements sont naturellement peu enclins à assumer des charges supplémentaires en matière d'établissement de rapports. Il existe déjà différents mécanismes de suivi dont les pays peuvent s'inspirer et qu'ils peuvent intégrer à un cadre national global de suivi de l'obésité de l'enfant. Il s'agit notamment des indicateurs et du cadre pour le suivi des objectifs de développement durable, du groupe indépendant d'experts de la redevabilité du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour la Stratégie mondiale actualisée de la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, du cadre mondial de suivi des maladies non transmissibles, du cadre mondial de suivi concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant[1] et du cadre de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.[2]

26. Les États Membres ne souhaitent pas avoir à supporter une charge accrue qui n'est pas indispensable en matière d'établissement de rapports. Au cours d'une deuxième phase, il faut donc recenser tous les indicateurs et mécanismes de notification pertinents qui existent déjà et dont on peut se prévaloir pour le suivi de la mise en œuvre et la mise au point d'outils et pour élaborer des conseils techniques pour le suivi et la responsabilisation qui en tiennent compte. Le Secrétariat établira un cadre d'évaluation des progrès concernant le plan de mise en œuvre, définissant les bases, les indicateurs et les secteurs responsables. Il devrait aussi fournir des exemples précis des rôles des différents secteurs et ministères à l'appui d'une action pangouvernementale pour la prévention et le traitement de l'obésité de l'enfant.

[1] Voir la décision WHA68(14) (2015) sur l'élaboration d'un ensemble d'indicateurs de base pour la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant et l'annexe 7 du document WHA68/2015/REC/1.

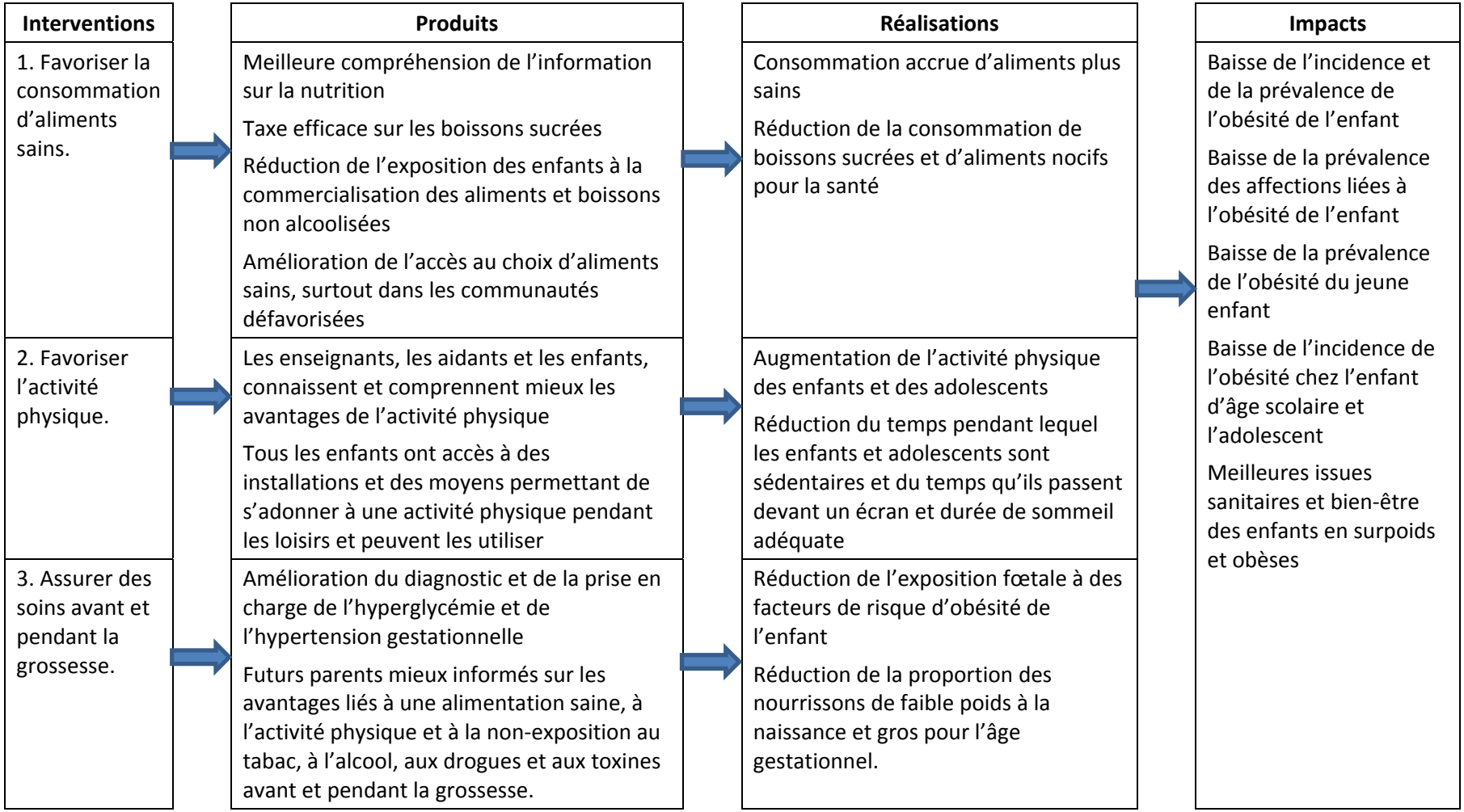
[2] Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé : cadre de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

Tableau 8. Recommandations de la Commission sur le suivi et la responsabilisation et mesures à prendre par les États Membres

Recommandations de la Commission	Mesures à prendre par les États Membres
Mettre en place des systèmes de suivi pour fournir des données factuelles sur l'impact et l'efficacité des interventions visant à réduire la prévalence de l'obésité de l'enfant et utiliser les données pour améliorer les politiques et la mise en œuvre.	Veiller à ce que le poids et la taille des enfants soient mesurés régulièrement dans tous les établissements de soins de santé primaires avec un niveau suffisant de contrôle de la qualité. Mettre en place des systèmes de suivi pour fournir des données sur l'impact et l'efficacité des interventions compte tenu des objectifs politiques et utiliser les données pour améliorer les politiques et la mise en œuvre.
Mettre au point un mécanisme de responsabilisation qui encourage la participation des organisations non gouvernementales et des établissements universitaires aux activités de responsabilisation.	Mettre en place des mécanismes de coordination pour associer les acteurs non étatiques à des activités de suivi et de responsabilisation alignées sur les mécanismes de responsabilisation relatifs aux objectifs de développement durable, à la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, à la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025), au cadre mondial de suivi de la lutte contre les maladies non transmissibles et sur les indicateurs de progrès correspondants.

27. Le modèle logique présenté à la Figure 3 fournit des orientations pour aider les États Membres à définir les réalisations à court et à moyen terme afin d'établir des indicateurs précis pour mesurer les déterminants de façon standardisée.

Figure 3. Modèle logique pour les interventions de prévention de l'obésité de l'enfant



Interventions	Produits	Réalisations	Impacts
4. Fournir des orientations et un soutien concernant l'alimentation et l'activité physique pendant la petite enfance.	Réduction de l'exposition à la commercialisation des substituts du lait maternel Meilleure sensibilisation aux avantages de l'allaitement maternel exclusif Meilleures possibilités offertes aux femmes pour continuer à allaiter	Meilleures pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	**Baisse de l'incidence de l'obésité chez les enfants et adolescents d'âge scolaire** **Meilleures issues sanitaires pour les enfants en surpoids ou obèses**
5. Promouvoir la santé, la nutrition et l'activité physique dans les structures de garde d'enfants et à l'école.	Meilleur accès à une alimentation saine et à l'eau potable dans les écoles Réduction de la disponibilité d'aliments riches en sucre, en sel et en graisses dans les écoles Enfants et adolescents d'âge scolaire et aidants mieux informés sur les avantages d'une alimentation saine et de l'activité physique L'activité physique a quotidiennement sa place dans les structures de garde d'enfants et à l'école	Les enfants et les adolescents consomment davantage d'aliments sains et moins d'aliments riches en sucre, en sel et en graisses Consommation accrue d'eau dans les écoles et les installations sportives au lieu de boissons sucrées Enfants et adolescents d'âge scolaire physiquement plus actifs	
6. Assurer la gestion du poids.	Meilleur accès des enfants en surpoids ou obèses à des services appropriés de gestion du poids à composantes multiples basés dans la famille	Les enfants en surpoids ou obèses utilisent davantage les services appropriés de gestion du poids à composantes multiples basés dans la famille	

28. À des engagements fermes doivent être associés des systèmes de mise en œuvre solides et des mécanismes de responsabilisation bien définis pour mieux éviter l'obésité de l'enfant. Une approche mobilisant l'ensemble de la société est la plus adaptée pour combattre l'obésité de l'enfant. Les gouvernements et les autres acteurs, notamment la société civile, peuvent veiller mutuellement à ce qu'ils rendent compte de l'adoption des politiques et du respect des normes et à ce que les entités du secteur privé en fassent autant.[1]

29. C'est aux gouvernements qu'il incombe au premier chef de définir le cadre stratégique et règlementaire pour la prévention de l'obésité de l'enfant au niveau des pays. Une approche pangouvernementale suppose qu'une chaîne de responsabilités claire soit établie et que les institutions compétentes chargées de l'élaboration ou de la mise en œuvre des interventions rendent compte de l'exécution de ces tâches. Cette approche peut être facilitée par la mise au point d'une matrice de planification des politiques et des mesures. La matrice (voir Figure 4) peut servir d'outil pour la responsabilisation pangouvernementale, avec une définition claire des mesures, des acteurs, des tâches, des produits ou des réalisations qui incombent à chaque acteur, un suivi des mesures et des procédures pour vérifier que les parties respectent leurs engagements. Les pouvoirs publics disposent aussi d'un large éventail d'outils et de procédures pour vérifier que les acteurs extérieurs rendent compte de leurs activités, notamment des dispositions législatives et réglementaires, des incitations économiques et des mécanismes de marché ou faisant appel aux médias.

30. La société civile peut jouer un rôle essentiel en exerçant une pression sociale, morale et politique pour que les gouvernements tiennent leurs engagements.[2] L'action visant à mettre un terme à l'obésité de l'enfant devrait faire partie de ses priorités en matière de sensibilisation et de responsabilisation. Il faut impérativement améliorer la coordination des organisations de la société civile et renforcer leur capacité de suivre efficacement ce qu'elles font pour tenir leurs engagements et d'en rendre compte. Les autorités peuvent envisager de donner à la société civile la possibilité de participer formellement à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques, en assurant la responsabilisation et la transparence mutuelles.

31. Le secteur privé peut jouer un rôle dans la lutte contre l'obésité de l'enfant dans le cadre des activités principales, mais des stratégies de responsabilisation complémentaires sont souvent nécessaires. En cas de collaboration avec les acteurs non étatiques, les risques de conflit d'intérêts doivent être recensés, évalués et gérés de manière transparente et appropriée. Les codes de conduite et les vérifications indépendantes, sous le contrôle du gouvernement, sont donc importants.

[1] Swinburn B, Kraak V, Rutter H, Vandevijvere S, Lobstein T, Sacks G, et al. Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. *The Lancet.* 2015;385:2534-45.

[2] Huang TTK, Cawley JH, Ashe M, Costa SA, Frerichs LM, Zwicker L, et al. Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity. *The Lancet.* 2015;385:2422-31.

Figure 4. Matrice de planification des politiques et des mesures pour le suivi et la responsabilisation

Mesures (recommandations de la Commission)	**Définir les mesures spécifiques ou les séries de mesures visées** ⇩
Acteurs	Qui formulera la politique ou la mesure à mettre en œuvre ? Qui mettra en œuvre la politique ou la mesure ? [question distincte] Y-a-t-il d'autres acteurs concernés, et si oui lesquels ? ⇩
Répartition des responsabilités concernant les tâches et les réalisations	De quoi, chacun des différents acteurs concernés devra-t-il rendre compte ? Par exemple : • de la formulation d'une politique ou d'un programme • de la mise en œuvre d'une politique ou d'un programme • du respect de la politique • des progrès mesurables réalisés en vue d'atteindre l'objectif politique final (ou un objectif intermédiaire approprié) • de la collecte et de l'analyse de données ventilées selon les déterminants essentiels comme le sexe, l'âge, le niveau socioéconomique et le niveau d'instruction ⇩
Suivi	Qui assurera le suivi des tâches ou des mesures dont les acteurs doivent rendre compte ? ⇩
Vérification du respect des engagements (relation de responsabilisation)	Devant qui les acteurs (c'est-à-dire ceux qui formulent les politiques et les mesures à mettre en œuvre) sont-ils responsables ? Devant qui les acteurs qui mettent en œuvre les mesures sont-ils responsables ? Devant qui les autres acteurs concernés sont-ils responsables ? ⇩
Suivi des indicateurs (de processus, de produit et de réalisation)	Quels indicateurs permettent d'évaluer les mesures dont les acteurs doivent rendre compte ? ⇩
Outils et processus de vérification	Comment vérifiera-t-on que les acteurs ont fait ce qu'ils étaient appelés à faire ?

IV. ÉLÉMENTS ESSENTIELS POUR UNE MISE EN ŒUVRE EFFICACE

32. En appliquant les mesures pour mettre fin à l'obésité de l'enfant, il faudra tenir compte de certains éléments soulignés par la Commission dans son rapport.

Hiérarchisation des priorités

33. La prévalence de l'obésité de l'enfant et la répartition socioéconomique de même que les capacités des services économiques et sociaux peuvent varier selon les régions, les pays et les sous-régions d'un même pays. Ceux-ci peuvent aussi être confrontés à un ensemble de problèmes nutritionnels auxquels ils doivent remédier en même temps, notamment le surpoids, la dénutrition et les carences en micronutriments. Une analyse qui tient compte des données de prévalence selon les principaux déterminants de la santé, par exemple le sexe, l'âge, le niveau socioéconomique et l'origine ethnique, associée à l'établissement d'une liste de priorités peut aider les gouvernements à choisir des associations d'interventions et à déterminer l'ordre dans lequel elles seront mises en œuvre de manière à réduire efficacement l'obésité de l'enfant. Les interventions susceptibles de générer des recettes, comme les taxes sur les boissons sucrées, peuvent aider les autorités à couvrir le coût de la mise en œuvre. Il existe différents outils qui peuvent orienter le processus de hiérarchisation des priorités.[1] Des interventions et des associations d'interventions agissant en synergie qui permettent de faire de l'option favorable à la santé l'option la plus facile à choisir, ainsi que des interventions qui ont l'avantage de susciter un débat dans la population et d'informer sur l'obésité de l'enfant sont autant de moyens efficaces pour améliorer la sensibilisation au problème et renforcer l'appui en faveur d'une législation et d'une réglementation. Il est également important d'associer les parties concernées à l'établissement d'une hiérarchie des priorités et à la mise au point des politiques en veillant aux conflits d'intérêts potentiels. Tous les pays sont invités à intervenir pour prévenir et combattre le surpoids de l'enfant même si leur taux de prévalence reste très faible car l'épidémie évolue rapidement.

Sensibilisation, communication et éducation

34. La perception de ce qui constitue un poids corporel sain ou souhaitable est influencée par des valeurs et des normes, surtout chez l'enfant. Les messages visant à améliorer les connaissances, à corriger les idées fausses et à faire en sorte que les communautés appuient les politiques et interventions qui encouragent le changement de comportement et y participent ont une importance capitale. L'éducation par les pairs et des initiatives de l'ensemble de la communauté permettent d'associer les enfants, les adolescents, les familles et les particuliers à l'élaboration commune de nouvelles approches de prévention et de lutte en leur donnant les moyens d'agir contre l'obésité, mais surtout de susciter une demande de services et d'interventions et un appui en leur faveur. Des programmes de renforcement des capacités visant à fournir aux prestataires des soins de santé et aux agents de santé communautaires des compétences supplémentaires en matière de communication et d'éducation jouent également un rôle déterminant en vue d'une mise en œuvre efficace des programmes.

35. Des campagnes dans les médias fondées sur des données factuelles et sur les principes du marketing intégré et qui sont appliquées à l'échelle et avec la fréquence voulue, doivent être menées pour justifier un programme d'action plus large et accroître le soutien dont il bénéficie. Il a été démontré que de telles approches permettent de modifier les perceptions, les attitudes et les intentions et de favoriser un débat dans la communauté sur l'obésité, l'activité physique et une alimentation saine. Ces campagnes et ces programmes peuvent également par exemple cibler les parents et les aidants.

[1] Hiérarchiser les domaines d'action prioritaires pour prévenir l'obésité de l'enfant dans la population : ensemble d'outils proposés aux États Membres pour déterminer et identifier les domaines d'action prioritaire. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

Mobilisation de ressources

36. Les gouvernements et les parties prenantes ont besoin de ressources pour prendre des mesures et doivent trouver des solutions innovantes en matière de financement intérieur et international. La taxation des boissons sucrées pourrait générer des recettes en faveur des programmes de lutte contre l'obésité de l'enfant, même s'il faut tenir dûment compte des conflits d'intérêts potentiels à éviter ou à gérer.

37. Pour avoir un impact à long terme, il faudra disposer durablement de ressources internes et internationales permettant de mettre en œuvre les recommandations de la Commission.

Renforcement des capacités

38. Le renforcement des capacités institutionnelles et la formation appropriée des agents de santé, des aidants et des enseignants sont également indispensables à une bonne mise en œuvre des recommandations de la Commission. Il faudra aussi pouvoir compter sur des compétences et des capacités permettant d'appuyer la conception, la mise en œuvre, l'évaluation et l'exécution des politiques à l'échelle de la population, comme la taxation des boissons sucrées et les restrictions apportées à la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants.

39. Des réseaux peuvent aider les pays qui se sont engagés à appliquer des activités spécifiques et renforcer les capacités en offrant des plateformes d'échange de données d'expérience et de politiques entre États Membres.

V. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PARTIES PRENANTES

40. Une mise en œuvre efficace de nouvelles mesures pour donner suite aux recommandations de la Commission suppose un engagement, une contribution et un appui de la part de nombreuses organisations en plus des États Membres (voir la section II). La Commission a défini les groupes de parties prenantes ci-après qui ont des rôles et des responsabilités particuliers.

Secrétariat de l'OMS

41. La dynamique doit être maintenue. Le Secrétariat jouera un rôle de chef de file et organisera un dialogue de haut niveau au sein du système des Nations Unies, ainsi qu'avec les États Membres et entre eux, afin d'honorer les engagements pris dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, la Déclaration de Rome sur la nutrition et les autres cadres politiques mondiaux et régionaux pertinents en prenant les mesures préconisées par la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant dans son rapport.

42. S'appuyant sur sa fonction normative, tant au niveau mondial qu'à travers son réseau de bureaux régionaux et de bureaux de pays, l'OMS peut fournir une assistance technique en élaborant ou en utilisant des lignes directrices, des outils et des normes afin d'appuyer les recommandations de la Commission et d'autres mandats pertinents de l'OMS au niveau des pays. Le Secrétariat peut diffuser des orientations sur la mise en œuvre, le suivi et la responsabilisation, suivre les progrès accomplis pour mettre fin à l'obésité de l'enfant et rendre compte de ses avancées.

Mesures

a) Collaborer avec d'autres organismes du système des Nations Unies dont le mandat s'étend à la nutrition et à l'obésité de l'enfant, en particulier la FAO, le PNUD, ONU-Habitat, l'UNICEF et le PAM.

b) Institutionnaliser une approche transversale prenant en compte toutes les étapes de la vie en vue de mettre fin à l'obésité de l'enfant, en mobilisant l'ensemble des domaines techniques concernés au Siège et dans les bureaux régionaux et de pays.

c) Élaborer en concertation avec les États Membres des lignes directrices pour une collaboration constructive avec le secteur privé visant à prévenir l'obésité de l'enfant.

d) Renforcer les capacités à fournir un appui technique pour mettre fin à l'obésité de l'enfant aux niveaux mondial, régional et national, par exemple :

i) en renforçant les capacités législatives et réglementaires au moyen notamment d'ateliers et de cours en collaboration avec d'autres secteurs gouvernementaux ;

ii) en élaborant des lignes directrices sur la prévention du risque d'obésité au cours des soins prénatals, sur l'activité physique de la femme enceinte et du jeune enfant et sur le temps que les enfants et les adolescents doivent consacrer au sommeil et la limitation de leurs activités sur écran ;

iii) en fournissant un appui et des outils techniques aux États Membres qui le demandent par exemple par la mise en place de comités ou d'équipes spéciales multisectorielles, afin d'appuyer la mise en œuvre des recommandations de la Commission ;

iv) en offrant une plateforme favorisant la coopération entre les États Membres qui ont des priorités semblables en matière de mise en œuvre des recommandations.

e) Encourager les institutions internationales, les gouvernements et les parties prenantes intéressées à transformer les engagements existants en mesures concrètes pour mettre fin à l'obésité de l'enfant aux niveaux mondial, régional et national.

f) Promouvoir la recherche collaborative sur les moyens de mettre fin à l'obésité de l'enfant en mettant l'accent sur une approche prenant en compte toutes les étapes de la vie.

g) Encourager des moyens innovants de financement pour la mise en œuvre des stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant en tenant dûment compte des conflits d'intérêts potentiels.

h) Rendre compte des progrès accomplis au niveau mondial pour mettre fin à l'obésité de l'enfant.

Organisations internationales

43. La coopération entre les organisations internationales, y compris les entités du système des Nations Unies peut favoriser l'établissement de partenariats et de réseaux mondiaux et régionaux pour la sensibilisation, la mobilisation de ressources, le renforcement des capacités et la recherche

collaborative. L'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles mise en place par l'Organisation des Nations Unies, peut fournir un appui aux États Membres dans la lutte contre l'obésité de l'enfant.

Mesures

a) Coopérer en vue de renforcer les capacités des États Membres à combattre l'obésité de l'enfant et leur fournir un soutien à cette fin.

b) Intégrer la prévention de l'obésité de l'enfant dans les programmes au niveau des pays du plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement.

c) Fournir un appui à la mise au point et à la diffusion d'orientations sur une alimentation saine et sur l'activité physique.

d) Collaborer avec les organisations du système des Nations Unies dans le domaine de la nutrition pour passer en revue les pratiques actuelles en matière d'application de programmes d'alimentation et de nutrition et veiller à ce que les programmes contribuent à la prévention de l'obésité de l'enfant.

e) Collaborer avec les gouvernements pour mener des interventions visant à mettre fin à l'obésité de l'enfant par exemple par l'intermédiaire de l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, le Réseau des Nations Unies pour le renforcement de la nutrition et le Programme commun mondial OMS/PNUD visant à activer des ripostes nationales aux maladies non transmissibles qui peuvent appuyer la mise en œuvre des recommandations de la Commission.

Organisations non gouvernementales

44. Dans certains pays, même si c'est le gouvernement qui bâtit le cadre directeur, la mise au point des campagnes d'information et d'éducation sur la nutrition, la mise en œuvre des programmes, le suivi et la vérification du respect des engagements par les acteurs incombent parfois conjointement au gouvernement et à la société civile. Les mouvements sociaux peuvent faire participer les membres de la communauté et servir de point de départ pour la sensibilisation et l'action.

Mesures

a) Renforcer la prévention de l'obésité de l'enfant par des efforts de sensibilisation et par la diffusion d'informations.

b) Encourager les consommateurs à exiger des gouvernements qu'ils favorisent des modes de vie sains et de l'industrie alimentaire et des fabricants de boissons non alcoolisées qu'ils fournissent des produits sains et ne commercialisent pas à l'intention des enfants des aliments et des boissons nocifs pour la santé.

c) Inviter les gouvernements à créer le cadre législatif et réglementaire nécessaire pour appliquer les recommandations visant à mettre fin à l'obésité de l'enfant.

d) Contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un mécanisme de suivi et de responsabilisation.

Le secteur privé

45. Le secteur privé n'est pas une entité homogène, mais recouvre notamment la production alimentaire agricole, l'industrie alimentaire et les fabricants de boissons, les détaillants, les entreprises de restauration, les fabricants d'articles de sport, les secteurs de la publicité et des loisirs et les médias. Il est donc important de prendre en compte le niveau de collaboration du gouvernement avec les entités dont les activités peuvent avoir une incidence positive ou négative sur l'obésité de l'enfant. Les pays devront collaborer de façon constructive avec le secteur privé en vue d'encourager la mise en œuvre des politiques et des interventions.

46. Certaines initiatives du secteur privé pourraient contribuer à réduire l'obésité de l'enfant. Ces efforts doivent être encouragés lorsque des éléments factuels les appuient et qu'ils ne présentent pas en même temps de désavantages, comme par exemple celui de retarder une réglementation plus efficace. Comme de nombreuses entreprises exercent leurs activités à l'échelle mondiale, la collaboration internationale est essentielle. Il faut cependant s'intéresser également aux entités et acteurs locaux et régionaux. Si la coopération avec le secteur privé a déjà produit des résultats encourageants en matière de régimes alimentaires et d'activité physique, on a observé dans certains cas une volonté de transférer la responsabilité de l'industrie alimentaire au consommateur et d'améliorer l'image de l'entreprise auprès du public. Les initiatives prises par l'industrie alimentaire pour réduire la teneur en matières grasses, en sucre et en sel et la taille des portions des aliments transformés et pour augmenter la production d'aliments novateurs, sains et nutritifs, pourraient accélérer les avancées sanitaires partout dans le monde si elles étaient largement mises en œuvre. Les sociétés multinationales devraient appliquer des approches constantes en matière d'étiquetage et de commercialisation au niveau mondial pour garantir que les mesures aient un impact mondial et ne varient pas d'un pays à l'autre. Ainsi, ces sociétés devraient appliquer les normes les plus restrictives s'appliquant à leurs produits. La collaboration entre les gouvernements et le secteur privé doit toutefois être axée sur la santé, être transparente et responsable en veillant particulièrement à la gestion des conflits d'intérêts éventuels.[1]

Mesures

a) Soutenir la production d'aliments et de boissons non alcoolisées contribuant à un régime alimentaire sain, et faciliter l'accès à ces produits.

b) Faciliter l'accès et la participation à l'activité physique.

Fondations philanthropiques

47. Les fondations philanthropiques sont particulièrement bien placées pour contribuer de manière significative à la santé publique mondiale et peuvent donc participer elles aussi aux activités de suivi et de responsabilisation.

Mesures

a) Reconnaître que l'obésité de l'enfant constitue une menace à long terme pour la santé et la réussite scolaire, et agir face à ce problème important.

[1] Adressing and managing conflicts of interest in the planning and delivery of nutrition programmers at country level, disponible à l'adresse http://www.who.int/nutrition/events/2015_conflictsofinterest_nut_programmes/en/ (consulté le 6 mars 2017).

b) Mobiliser des fonds pour la recherche, le renforcement des capacités, la prestation de services, ainsi que le suivi et la responsabilisation.

Établissements universitaires et associations de professionnels de la santé

48. Les établissements universitaires peuvent contribuer à la lutte contre l'obésité de l'enfant à travers des études sur les facteurs de risque et les déterminants biologiques, comportementaux et environnementaux, et l'efficacité des interventions dans chacun de ces domaines. Les associations de professionnels de la santé ont un rôle important à jouer en matière de sensibilisation aux conséquences immédiates et à long terme de l'obésité de l'enfant pour la santé et le bien-être et doivent appuyer la mise en œuvre d'interventions efficaces. Elles peuvent aussi appuyer la formation des professionnels de la santé et contribuer au suivi et à la responsabilisation.

Mesures

a) Renforcer la prévention et le traitement de l'obésité de l'enfant en diffusant des informations pertinentes et en intégrant cette question aux programmes appropriés à tous les niveaux (universitaires et postuniversitaires).

b) Combler les lacunes de connaissances au moyen de recherches indépendantes des intérêts commerciaux afin d'obtenir des données factuelles à l'appui de la mise en œuvre des politiques.

c) Soutenir et évaluer les activités de suivi et de responsabilisation.

CONCLUSION

49. L'obésité de l'enfant compromet son bien-être physique, social et psychologique et constitue un facteur de risque connu d'obésité à l'âge adulte et de maladies non transmissibles. Il faut agir d'urgence dès maintenant pour améliorer la santé de la génération actuelle et de la prochaine génération d'enfants. Le surpoids et l'obésité ne pourront être vaincus par des mesures ponctuelles. Ils appellent des interventions globales capables d'instaurer un environnement sain où l'individu pourra plus facilement choisir les options favorables à la santé sur la base de connaissances et de compétences en matière de santé et de nutrition. Cette action suppose un engagement et un encadrement de la part des gouvernements, des investissements à long terme et la collaboration de l'ensemble de la société pour protéger les droits de l'enfant à la santé et au bien-être. Les progrès seront possibles si tous les acteurs maintiennent leur engagement d'œuvrer ensemble pour atteindre le but commun de mettre fin à l'obésité de l'enfant.

= = =