Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-NEUVIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A69/8**
Point 12.2 de l'ordre du jour provisoire **24 mars 2016**

Rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant

Rapport du Directeur général

Le Directeur général a l'honneur de transmettre à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé le rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant (voir l'annexe).

ANNEXE

RAPPORT DE LA COMMISSION POUR METTRE FIN À L'OBÉSITÉ DE L'ENFANT

Objectifs de la Commission

Les objectifs fondamentaux de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant tendent à donner des recommandations de politique générale aux gouvernements en vue d'empêcher l'obésité chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent et de repérer et traiter l'obésité préexistante chez l'enfant et chez l'adolescent. 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 réduire le risque d'obésité chez la génération suivante.

TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE ET DÉFINITIONS 4

RÉSUMÉ D'ORIENTATION 5

Actions et responsabilités pour la mise en œuvre des recommandations 8

INTRODUCTION 11

PRINCIPES DIRECTEURS 15

OBJECTIFS STRATÉGIQUES 17

Agir sur l'environnement et les normes obésogènes 17

Réduire le risque d'obésité en s'attaquant aux éléments critiques aux différentes étapes de la vie 17

Traiter les enfants obèses afin d'améliorer leur santé actuelle et future 18

Rôles et responsabilités 18

RECOMMANDATIONS 18

ACTIONS ET RESPONSABILITÉS POUR LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS 30

SUIVI ET RESPONSABILISATION 33

CONCLUSIONS 35

RÉFÉRENCES 36

Appendice 1. La Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant 40

Appendice 2. Membres de la Commission 42

GLOSSAIRE ET DÉFINITIONS

Aliments nocifs pour la santé	Aliments riches en graisses saturées, acides gras trans, sucres libres ou sel (c'est-à-dire, très caloriques et pauvres en nutriments)
Aliments sains	Aliments qui contribuent à un régime alimentaire sain s'ils sont consommés en quantité appropriée[1]
Enfant	Personne âgée de moins de 18 ans[2]
Environnement obésogène	Environnement favorisant un apport énergétique élevé et un comportement sédentaire. Sont pris en compte les aliments qui sont disponibles, abordables, accessibles et dont on fait la promotion, les possibilités d'activité physique et les normes sociales liées aux aliments et à l'activité physique.
IMC	Indice de masse corporelle, à savoir : poids (kg)/taille $(m)^2$.
IMC-pour-l'âge	IMC ajusté sur l'âge, standardisé pour les enfants
Jeune enfant	Enfants âgés de moins de 5 ans
Nourrisson	Enfant âgé de moins de 12 mois
Obésité	De la naissance jusqu'à l'âge de 5 ans : poids-pour-la-taille supérieur à trois (3) écarts types au-dessus de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS.[3] De l'âge de 5 ans jusqu'à celui de 19 ans : IMC-pour-l'âge supérieur à deux (2) écarts types au-dessus de la médiane de croissance de référence de l'OMS.[4]
Surpoids	De la naissance jusqu'à l'âge de 5 ans : poids-pour-la-taille supérieur à deux (2) écarts types au-dessus de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS.[3] De l'âge de 5 ans jusqu'à celui de 19 ans : IMC-pour-l'âge supérieur à un (1) écart type au-dessus de la médiane de croissance de référence de l'OMS.[4]

[1] Aux termes de l'article premier de la Première partie de la Convention relative aux droits de l'enfant (Nations Unies, Recueil des Traités , vol. 1577, p. 3), un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable. L'OMS définit les adolescents comme les personnes âgées de 10 à 19 ans : la majorité d'entre eux sont donc des enfants au sens de la définition adoptée par la Convention relative aux droits de l'enfant.

[2] http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/.

[3] http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/.

[4] http://www.who.int/nutrition/publications/growthref_who_bulletin/en/. Les nouvelles courbes sont étroitement alignées sur les normes de croissance de l'enfant de l'OMS (à l'âge de 5 ans) et sur les seuils recommandés applicables aux adultes pour le surpoids et l'obésité (à l'âge de 19 ans). Elles comblent les lacunes en courbes de croissance et constituent une référence fiable pour la tranche d'âge des 5-19 ans.

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. L'obésité de l'enfant prend des proportions alarmantes dans de nombreux pays et appelle une action urgente. La prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles figurent parmi les grandes priorités des objectifs de développement durable fixés par les Nations Unies en 2015. Or, l'obésité est un facteur de risque de MNT particulièrement préoccupant et pourrait saper nombre de progrès sanitaires qui ont contribué à l'allongement de l'espérance de vie.

2. La prévalence de l'obésité du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent augmente à travers le monde. Même si les taux plafonnent dans certaines régions, il y a, en chiffres absolus, plus d'enfants en surpoids ou obèses dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que dans les pays à revenu élevé. 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 aux maladies chroniques.

3. À ce jour, les progrès accomplis face à ce problème ont été lents et inégaux. La Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant a été créée en 2014 pour recenser les mandats et stratégies existants, s'en servir comme point de départ et combler les lacunes. Après avoir consulté près de 100 États Membres de l'OMS et passé en revue près de 180 commentaires en ligne (voir l'appendice 1), la Commission a élaboré une série de recommandations sur la façon de combattre efficacement l'obésité de l'enfant et de l'adolescent dans différents contextes à travers le monde.

4. Beaucoup d'enfants grandissent actuellement dans des environnements obésogènes, c'est-à-dire favorisant la prise de poids et l'obésité. Les évolutions dans le type d'aliments consommés et disponibles et dans l'accessibilité économique et la commercialisation des denrées, ainsi que le recul de l'activité physique (les gens consacrant plus de temps aux écrans ou aux loisirs sédentaires) ont entraîné un déséquilibre énergétique. Les réponses comportementales et biologiques des enfants à cet environnement obésogène peuvent dépendre de processus intervenant avant même la naissance. Il s'ensuit qu'un nombre croissant d'enfants sont prédisposés à devenir obèses s'ils sont exposés à une mauvaise alimentation et à un comportement sédentaire.

5. Aucune intervention seule ne saurait endiguer la progression de l'épidémie d'obésité. Pour combattre l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, il faut tenir compte de l'environnement et de trois étapes critiques de la vie : la période préconceptionnelle et la grossesse, la petite enfance, et le reste de l'enfance et l'adolescence. En outre, il est important de traiter les enfants déjà obèses, pour leur bien-être et pour celui de leur descendance.

6. La prévention et le traitement de l'obésité nécessitent une approche pangouvernementale dans laquelle les politiques de tous les secteurs prennent systématiquement en compte la dimension sanitaire, s'attachent à éviter les conséquences néfastes sur ce plan et améliorent ainsi la santé des populations et l'équité en santé.

7. La Commission a élaboré un ensemble intégré complet de recommandations pour combattre l'obésité de l'enfant. Elle appelle les gouvernements à jouer un rôle de chef de file et l'ensemble des parties prenantes à reconnaître leur responsabilité morale d'agir au nom de l'enfant pour réduire le risque d'obésité. Les recommandations présentées relèvent des domaines suivants.

Recommandation 1. 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.

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.

1.2 Mettre en place une taxe efficace sur les boissons sucrées.

1.3 Appliquer l'ensemble de recommandations sur la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées destinés aux enfants, 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.

1.4 Mettre au point des profils nutritionnels afin de repérer les aliments et boissons nocifs pour la santé.

1.5 Instaurer une coopération entre les États Membres afin de réduire l'influence de la commercialisation transfrontières d'aliments et de boissons nocifs pour la santé.

1.6 Mettre en place un système mondial standardisé d'étiquetage nutritionnel.

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.

1.8 Demander aux lieux comme les écoles, les structures de garde et les installations et manifestations sportives destinées aux enfants, entre autres, d'instaurer un environnement alimentaire sain.

1.9 Améliorer l'accès aux aliments sains dans les communautés défavorisées.

Recommandation 2. Mettre en œuvre des programmes complets favorisant l'activité physique et réduisant les comportements sédentaires chez l'enfant et l'adolescent.

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.

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 de l'activité physique pendant leur temps libre, en tenant compte des différences entre les sexes le cas échéant.

Recommandation 3. Renforcer les orientations pour la prévention des maladies non transmissibles et 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.

3.1 Diagnostiquer et prendre en charge l'hyperglycémie et l'hypertension gestationnelle.

3.2 Assurer un suivi et une prise en charge afin de maîtriser la prise de poids pendant la grossesse.

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.

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.

Recommandation 4. 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.

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.

4.2 Veiller à ce que toutes les maternités respectent pleinement les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel.

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.

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).

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 graisses, en sucres et en sel par les nourrissons et les jeunes enfants.

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) afin d'empêcher 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.

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.

4.10 Veiller à ce que l'éducation alimentaire figure dans les programmes des lieux et établissements structurés accueillant des enfants.

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.

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.

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.

Recommandation 5. 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.

5.1 Mettre en place des normes conformes aux lignes directrices sur l'alimentation saine pour les repas servis dans les écoles ou 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.

5.3 Garantir l'accès à l'eau potable dans les écoles et les installations sportives.

5.4 Intégrer l'éducation nutritionnelle et sanitaire au programme scolaire de base.

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.

5.7 Intégrer l'éducation physique de qualité aux programmes scolaires et fournir à cet effet du personnel et des installations adaptés.

Recommandation 6. 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.

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.

Actions et responsabilités pour la mise en œuvre des recommandations

Actions et responsabilités

OMS

a) 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.

b) Élaborer, en concertation avec les États Membres, un cadre pour la mise en œuvre des recommandations de la Commission.

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

d) Encourager les institutions internationales, les gouvernements nationaux et les parties prenantes intéressées à s'appuyer sur les engagements existants pour faire appliquer les mesures nécessaires pour mettre fin à l'obésité de l'enfant aux niveaux mondial, régional et national.

e) 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.

f) Rendre compte des progrès accomplis pour mettre fin à l'obésité de l'enfant.

Organisations internationales

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

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**.**

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, agriculture, commerce et industrie, développement, finances et administration fiscale, sports et loisirs, communication, aménagement du territoire et urbanisme, transports et affaires sociales, et commerce.

c) Assurer la collecte de données sur l'IMC 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.

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 qui sont présentées dans ce rapport.

Acteurs non étatiques

Organisations non gouvernementales

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 aux enfants des aliments nocifs pour la santé et des boissons sucrées.

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

Secteur privé

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

a) Reconnaître que l'obésité de l'enfant menace la santé et la scolarité des enfants, et agir face à ce problème important.

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

Établissements universitaires

a) Renforcer la prévention de l'obésité de l'enfant en diffusant des informations et en intégrant cette question aux programmes pertinents.

b) Combler les lacunes de connaissances par des données factuelles en vue de soutenir la mise en œuvre des politiques.

c) Soutenir les activités de suivi et de responsabilisation.

8. Le principal obstacle à la réduction effective de l'obésité de l'enfant est le manque d'engagement politique et l'incapacité des gouvernements et des autres acteurs à prendre en main les opérations, à jouer un rôle de chef de file et à prendre les mesures nécessaires.

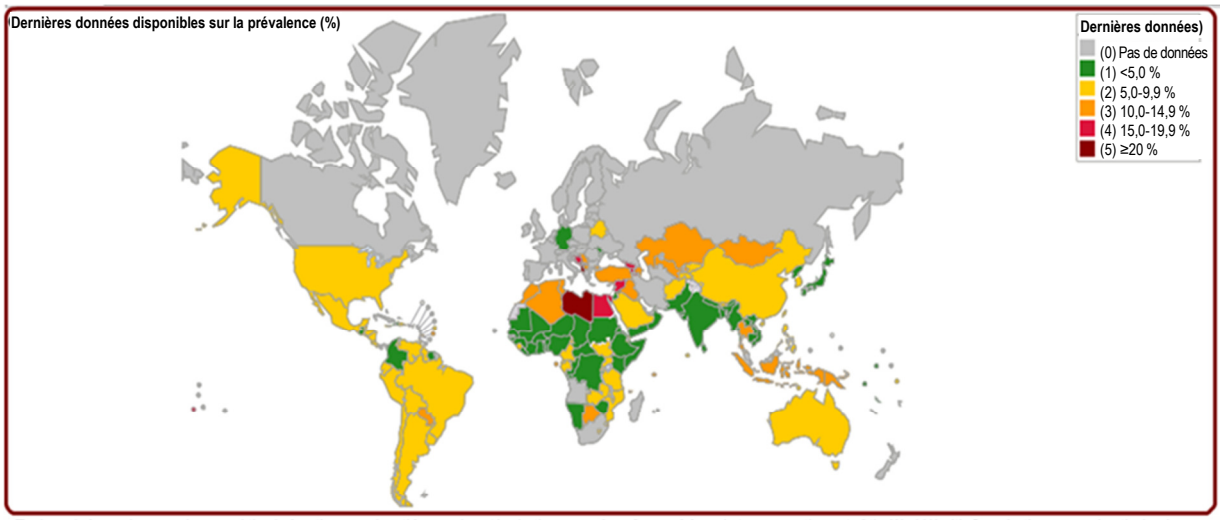
9. Les gouvernements doivent investir dans des systèmes robustes de suivi et de responsabilisation pour surveiller la prévalence de l'obésité de l'enfant. Ces systèmes jouent un rôle essentiel pour fournir des données aux fins de l'élaboration des politiques ainsi que des moyens d'apprécier l'impact et l'efficacité des interventions.

10. La Commission voudrait souligner combien il est important de combattre le problème complexe de l'obésité de l'enfant. L'OMS, les organisations internationales et leurs États Membres, et les acteurs non étatiques ont un rôle essentiel à jouer pour mobiliser une dynamique et faire en sorte que tous les secteurs s'engagent durablement à collaborer pour obtenir les résultats escomptés.

INTRODUCTION

11. L'épidémie d'obésité pourrait réduire à néant nombre des progrès sanitaires qui ont contribué à l'augmentation de la longévité observée dans le monde. En 2014, on estime que 41 millions d'enfants de moins de 5 ans étaient en surpoids ou obèses (*1*) (c'est-à-dire qu'ils présentaient un Z-score du poids-pour-la-taille supérieur de plus de 2 ou 3 écarts types, respectivement, à la médiane des normes de croissance de l'OMS (*2*)). La Figure 1 montre la prévalence du surpoids chez les enfants âgés de moins de 5 ans au niveau mondial. En Afrique, le nombre d'enfants en surpoids ou obèses a presque doublé depuis 1990, passant de 5,4 millions à 10,3 millions. En 2014, 48 % des enfants de moins de 5 ans en surpoids vivaient en Asie, et 25 % en Afrique (*1*). Même si la prévalence de l'obésité du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent stagne dans certaines régions du monde, en chiffres absolus, plus d'enfants en surpoids ou obèses vivent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que dans les pays à revenu élevé (*3*). La Figure 2 présente la prévalence du surpoids par Région de l'OMS et par groupe de revenus de la Banque mondiale. Les données sur la prévalence disponibles pour les enfants plus âgés et les adolescents sont en cours de vérification et seront publiées par l'OMS en 2016. À ce jour, les progrès accomplis face au problème de l'obésité de l'enfant ont été lents et inégaux (*4*).

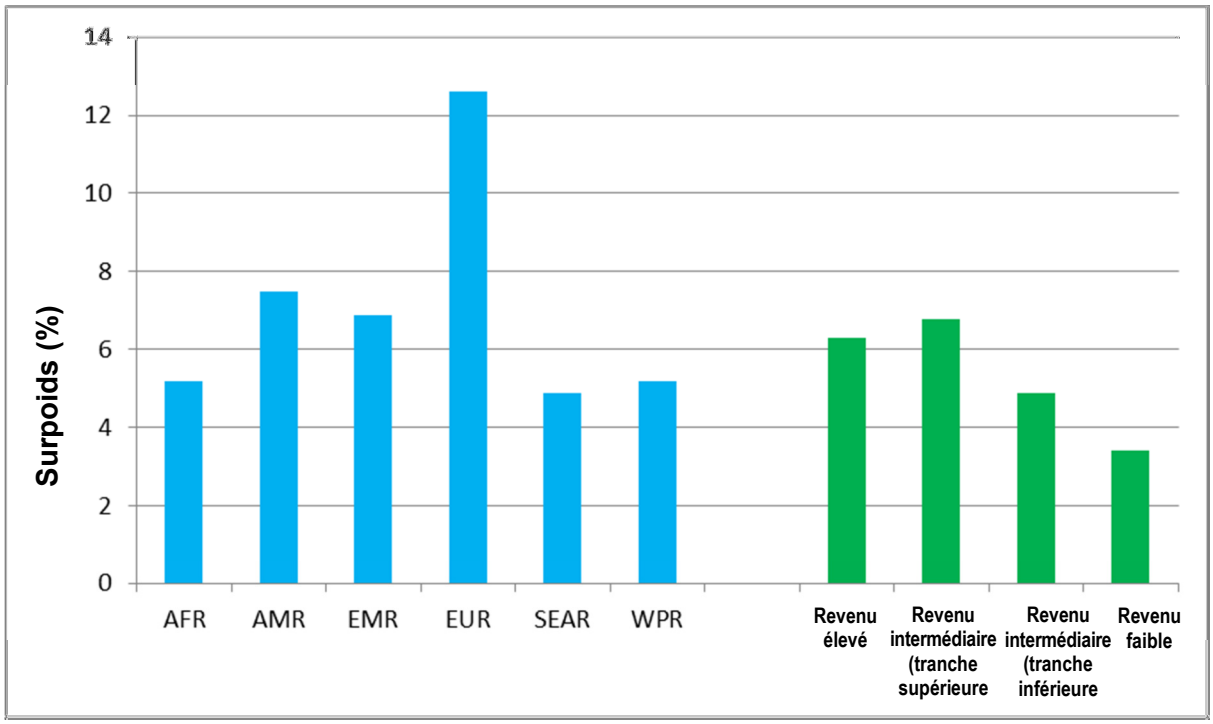
Figure 1. Prévalence standardisée sur l'âge du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, estimations comparables, 2014



Les frontières, les noms et les appellations employés sur cette carte n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif. Tous droits réservés. Copyright – OMS, 2015.

Source : outil de suivi OMS (http://www.who.int/nutrition/trackingtool)

Figure 2. Prévalence du surpoids chez les enfants âgés de moins de 5 ans, par Région de l'OMS et par groupe de revenus de la Banque mondiale, estimations comparables, 2014



AFR : Région africaine, AMR : Région des Amériques, EMR : Région de la Méditerranée orientale, EUR : Région européenne, SEAR : Région de l'Asie du Sud-Est, WPR : Région du Pacifique occidental.

Source : UNICEF, WHO, The World Bank. Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, New York; WHO, Geneva; The World Bank, Washington, DC; 2015).

12. Un nombre d'enfants plus grand encore est, avant même la naissance, prédisposé à l'obésité. Des enfants qui n'ont pas encore atteint le seuil d'IMC-pour-l'âge correspondant à la définition actuelle de l'obésité ou du surpoids chez l'enfant pourraient ainsi être exposés à un risque d'obésité majoré. Les besoins de cette catégorie sont également abordés dans les recommandations de ce rapport. Les enfants dénutris pendant la petite enfance risquent particulièrement de devenir obèses plus tard lorsqu'ils modifieront leurs comportements d'alimentation et d'activité physique.

13. Nombre de pays sont confrontés à la malnutrition sous toutes ses formes, avec une augmentation des taux d'obésité de l'enfant et des taux élevés de dénutrition et de retard de croissance dans cette classe d'âge. Le problème de santé publique que représente l'obésité de l'enfant y est fréquemment sous-estimé car, culturellement, un enfant en surpoids est souvent considéré en bonne santé.

14. Dans les pays à revenu élevé, les risques d'obésité de l'enfant sont plus importants dans les groupes socio-économiques défavorisés. Même si l'inverse est encore vrai dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, les choses sont en train de changer. Certains sous-groupes de population, comme les migrants et les enfants autochtones risquent tout particulièrement de devenir obèses (*5*) sous l'effet d'une acculturation rapide et d'un mauvais accès à l'information de santé publique. Le double fardeau de la mauvaise nutrition et de la prise de poids excessive pèse sur les pays subissant des transitions socio-économiques et/ou nutritionnelles rapides (*6*).

15. L'obésité est le produit combiné de l'exposition de l'enfant à un environnement malsain (ce que l'on appelle souvent l'environnement obésogène (*7*)) et de réponses comportementales et biologiques inadaptées face à celui-ci. Ces réponses varient d'une personne à l'autre et sont fortement influencées par des facteurs liés au développement ou au cycle de vie.

16. De nos jours, beaucoup d'enfants grandissent dans des milieux qui favorisent la prise de poids et l'obésité. Dans les pays à revenu élevé comme dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, sous l'effet de la mondialisation et de l'urbanisation, tous les groupes socio-économiques sont de plus en plus exposés à un environnement obésogène. L'évolution du type d'aliments disponibles et le recul de l'activité physique pour se déplacer ou dans les jeux se traduisent par un déséquilibre énergétique. Les enfants sont exposés à des aliments ultra-transformés, très caloriques et pauvres en nutriments, qui sont bon marché et faciles à se procurer. Les possibilités d'activité physique, à l'école et ailleurs, sont moins nombreuses et davantage de temps est consacré aux activités de loisirs sédentaires, notamment aux écrans.

17. Les valeurs et normes culturelles influencent la notion même de poids corporel sain ou souhaitable, en particulier pour les nourrissons, les jeunes enfants et les femmes. Dans certains contextes, le surpoids et l'obésité sont en passe de devenir des normes sociales, contribuant ainsi au maintien de l'environnement obésogène.

18. Le risque d'obésité peut passer d'une génération à l'autre sous l'effet de facteurs comportementaux et/ou biologiques. Les comportements se perpétuent dans la mesure où les enfants héritent du statut socio-économique, des normes et comportements culturels, ainsi que des habitudes alimentaires et d'activité physique de leurs familles.

19. Les facteurs biologiques, quant à eux, peuvent entraîner une augmentation du risque d'obésité chez l'enfant de deux grandes façons :

i) Le phénomène de non-concordance. Celui-ci est le produit d'une malnutrition (parfois légère) pendant le développement fœtal et la petite enfance, imputable par exemple à une mauvaise nutrition maternelle ou à une insuffisance placentaire. Les processus sous-jacents impliquent des effets environnementaux sur les fonctions géniques (effets épigénétiques), qui n'ont pas forcément de conséquences manifestes sur des indicateurs comme le poids de naissance (*8*). Les enfants qui ont souffert de dénutrition et avaient eu un faible poids de naissance ou ceux qui sont petits pour leur âge (retard de croissance) courent un bien plus grand risque de surpoids et d'obésité lorsqu'ils sont exposés ultérieurement à des régimes très caloriques et un mode de vie sédentaire. Les tentatives d'agir sur la dénutrition et le retard de croissance pendant l'enfance peuvent avoir comme conséquence inattendue de majorer le risque d'obésité chez ces enfants.

ii) La voie développementale. Dans ce cas de figure, la mère est déjà obèse ou diabétique au début de la grossesse ou elle développe un diabète gestationnel. Cela prédispose l'enfant à accumuler des dépôts de graisses, lesquels sont associés aux maladies métaboliques et à l'obésité. Des processus épigénétiques peuvent également intervenir. Les recherches récentes indiquent que l'obésité paternelle peut aussi contribuer à majorer le risque d'obésité de l'enfant (*9*), probablement par des mécanismes épigénétiques. La mauvaise alimentation des nourrissons se répercute également sur le développement biologique de l'enfant. Des interventions adaptées avant la conception, durant la grossesse et pendant la petite enfance peuvent prévenir certains de ces effets, mais il peut s'avérer difficile de les supprimer après la période critique de développement. Comme de nombreuses femmes attendent la fin du premier trimestre de grossesse pour consulter un professionnel de santé, il est essentiel de sensibiliser les adolescents, les jeunes femmes et les jeunes hommes à l'importance d'adopter des comportements sains avant la conception et au début de la grossesse.

20. Le surpoids et l'obésité ne sont pas des catégories totalement étanches et de nombreux enfants sont sur la voie de l'obésité alors que leur IMC-pour-l'âge est normal. Les conséquences du surpoids et de l'obésité sur la santé suivent un *continuum* et la qualité de vie de l'enfant peut être affectée avant le franchissement des seuils de l'IMC-pour-l'âge. Dans toute la distribution de l'IMC, par rapport aux générations précédentes, les individus présentent généralement une masse grasse plus importante et une masse musculaire maigre inférieure (*10*). Le profil d'accumulation des graisses dans le corps est également important du point de vue des issues sanitaires (*11*). Pour un même IMC, certains groupes de population ont des dépôts de graisses plus importants et une moindre masse musculaire maigre. Bien que l'IMC soit le moyen le plus simple de repérer les enfants en surpoids ou obèses, il ne permet pas nécessairement d'identifier ceux qui ont accumulé de la graisse au niveau de l'abdomen, alors que cela augmente le risque de complications. Même si de nouvelles méthodologies sont disponibles pour mesurer la masse grasse et la masse maigre, comme l'absorptiométrie biénergétique à rayons X, l'imagerie par résonance magnétique ou l'impédance corporelle, les moyens disponibles actuellement ne permettent pas de les utiliser dans les enquêtes en population.

21. L'enfant n'a aucune prise sur ces facteurs causaux. On ne saurait donc considérer que l'obésité de l'enfant, et à plus forte raison, du jeune enfant, est le résultat de choix de vie volontaires. Comme ce phénomène est influencé par des facteurs biologiques et contextuels, les gouvernements doivent s'y attaquer par des orientations de santé publique, l'éducation et la réglementation, le but étant d'agir sur les risques liés au développement et à l'environnement afin de soutenir les efforts de changement de comportement des familles. Les parents, les familles, les personnes qui s'occupent d'enfants et les éducateurs ont un rôle essentiel à jouer pour encourager les comportements sains.

22. L'obésité a des conséquences physiques et psychologiques durant l'enfance et l'adolescence et à l'âge adulte. Elle est elle-même une cause directe de morbidité chez l'enfant, favorisant notamment les complications gastro-intestinales, musculosquelettiques et orthopédiques, l'apnée du sommeil et l'apparition accélérée des maladies cardiovasculaires et du diabète et de leurs comorbidités (*12*). Elle peut contribuer à des difficultés comportementales et émotionnelles, comme la dépression, être source de stigmatisation et entraver la socialisation et l'apprentissage (*13,14*).

23. Fait important, l'obésité de l'enfant est un facteur prédictif solide de l'obésité de l'adulte, dont les conséquences sanitaires et économiques sont bien connues, tant pour l'individu que pour la société dans son ensemble (*15,16*). Même si des études longitudinales suggèrent que l'amélioration de l'IMC à l'âge adulte peut réduire le risque de morbidité et de mortalité (*17*), l'obésité de l'enfant a des conséquences permanentes sur la santé de l'adulte (*18*).

24. Les données factuelles s'accumulent sur le coût de l'obésité de l'enfant tout au long de la vie, mais elles restent bien plus nombreuses concernant le fardeau économique de l'obésité de l'adulte. À ce jour, les études ont surtout porté sur les dépenses de santé, faisant fi des autres coûts, notamment ceux associés à l'apparition accélérée des maladies de l'adulte et à la tendance des enfants obèses à le rester à l'âge adulte, avec les coûts économiques que cela suppose (*18*). L'apparition précoce des maladies non transmissibles nuit aux résultats scolaires et à l'insertion sur le marché du travail et fait peser une charge considérable sur les systèmes de santé, les familles, les employeurs et la société dans son ensemble (*20*).

25. La prévention de l'obésité de l'enfant aura d'importants avantages économiques et intergénérationnels qu'il est actuellement impossible d'estimer ou de quantifier correctement. Parmi les retombées positives figurent l'amélioration de la santé maternelle et reproductive et la réduction de l'exposition de l'ensemble de la population aux environnements obésogènes, autant d'arguments en faveur de mesures urgentes

PRINCIPES DIRECTEURS

26. La Commission affirme les principes et stratégies ci-après :

i) **Droit de l'enfant à la santé :** Les gouvernements et la société ont la responsabilité morale d'agir au nom de l'enfant pour réduire le risque d'obésité. La lutte contre l'obésité de l'enfant s'inscrit dans le cadre de 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]

ii) **Engagement et rôle de chef de file des gouvernements :** L'obésité de l'enfant prend des proportions alarmantes dans nombre de pays et appelle une action urgente. Sa progression ne saurait être ignorée et les gouvernements doivent accepter la responsabilité première de s'attaquer à ce problème, au nom des enfants qu'ils sont, du point de vue éthique, tenus de protéger. S'ils ne le font pas, il y aura des conséquences médicales, sociales et économiques majeures.

iii) **Approche pangouvernementale :** La prévention et le traitement de l'obésité nécessitent une approche pangouvernementale selon laquelle les politiques de tous les secteurs prennent systématiquement en compte la santé, évitent les conséquences néfastes sur la santé et améliorent ainsi la santé des populations et l'équité sur ce plan. 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. En 2006, les États Membres de l'OMS ont adopté une résolution selon laquelle il faut étudier l'interaction entre commerce international et santé moyennant un dialogue entre les différentes parties prenantes.[2] L'urbanisme et la planification du transport ont une incidence directe sur les possibilités d'activité physique et l'accès à des aliments sains. Des structures publiques intersectorielles peuvent mettre en exergue les intérêts mutuels et faciliter la coordination, la collaboration et l'échange d'informations, moyennant des mécanismes de coordination.

iv) **Une approche mobilisant l'ensemble de la société :** La complexité du problème de l'obésité requiert une approche globale fédérant tous les acteurs, notamment les gouvernements, les parents, les personnes qui s'occupent d'enfants, la société civile, les établissements universitaires et le secteur privé. Pour transposer les politiques en mesures concrètes contre l'obésité de l'enfant, il faut un effort concerté de tous les secteurs de la société aux niveaux national, régional et mondial. Sans prise en main conjointe et sans partage des responsabilités, les interventions n'auront qu'une portée et un impact limités, même si elles sont rentables et servent des intentions louables.

v) **Équité :** Les gouvernements devraient garantir une couverture équitable des interventions, en particulier pour populations exclues ou marginalisées ou les autres groupes vulnérables, qui courent un risque élevé d'obésité et de malnutrition sous toutes ses formes. Ces catégories ont souvent un accès médiocre aux aliments sains, aux lieux sûrs pour l'activité physique, aux services de santé préventive et au soutien. L'obésité et les problèmes de santé connexes réduisent les améliorations éventuelles du capital social et sanitaire et aggravent les inégalités.

---

[1] 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 (art. 24), paragraphe 47 ; CRC/C/GC/15.

[2] Résolution WHA59.26. Commerce international et santé.

vi) **conformité avec le programme de développement mondial :** Les objectifs de développement durable (ODD) 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). L'obésité de l'enfant nuit au bien-être physique, social et psychologiques des enfants et c'est un facteur de risque connu pour l'obésité de l'adulte et les maladies non transmissibles. En s'attaquant à ce problème, on progressera sur la voie des objectifs.

vii) **Responsabilisation :** L'implication politique et financière est impérative pour combattre l'obésité de l'enfant. Un mécanisme et un cadre robustes sont nécessaires pour suivre l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et aider ainsi les gouvernements, la société civile et le secteur privé à rendre des comptes sur leurs engagements.

viii) **Intégration dans une approche prenant en compte toutes les étapes de la vie :** L'intégration des interventions de lutte contre l'obésité de l'enfant aux initiatives actuelles de l'OMS et d'autres acteurs, moyennant une approche prenant en compte toutes les étapes de la vie, aura d'autres avantages encore pour la santé à long terme. 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,[1] l'initiative Toutes les femmes, tous les enfants,[2] la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles,[3] et la Déclaration de Rome de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition.[4] L'OMS et d'autres organismes des Nations Unies sont actuellement dotés de plusieurs stratégies et plans de mise en œuvre relatifs à l'optimisation de la nutrition de la mère, du nourrisson et de l'enfant et à la santé de l'adolescent, qui sont 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.[5] Les initiatives contre l'obésité de l'enfant doivent s'en inspirer pour aider les enfants à réaliser leur droit fondamental à la santé tout en réduisant la charge sur le système de santé.

---

[1] http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/.

[2] http://www.everywomaneverychild.org.

[3] http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/2&Lang=F.

[4] http://www.fao.org/3/a-ml542f.pdf.

[5] Résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé : WHA53.17 sur la lutte contre les maladies non transmissibles ; WHA57.17 sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé ; WHA61.14 sur la lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la Stratégie mondiale ; WHA63.14 sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants ; WHA65.6 sur le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant ; 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 WHA68.19 sur les résultats de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition. Meeting to Develop a Global Consensus on Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity, OMS, 2013. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation, OMS, 2001. Complementary feeding. Report of global consultation: summary of guiding principles, OMS, 2002. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé, OMS, 2012. Approches de la prévention de l'obésité de l'enfant dans la population, OMS, 2010. OPS/AMRO, Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents, 53e Conseil directeur, 66e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, octobre 2014. Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020, résolution EUR/RC63/R4, Bureau régional OMS de l'Europe, 2013. Renforcement de la nutrition dans la Région du Pacifique occidental, résolution WPR/RC63.R2, Bureau régional du Pacifique occidental, 2012.

ix) **Couverture sanitaire universelle[1] et traitement de l'obésité :** 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] La prévention du surpoids et de l'obésité et le traitement des enfants déjà obèses et des enfants en surpoids qui sont sur la voie de l'obésité, devraient être intégrés en tant que tels à la couverture sanitaire universelle.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

27. Aucune intervention ne peut à elle seule endiguer la progression de l'épidémie d'obésité. Pour combattre efficacement l'obésité de l'enfant, il faut agir sur l'environnement obésogène et sur des éléments critiques aux différentes étapes de la vie.

Agir sur l'environnement et les normes obésogènes

28. L'action sur les dimensions environnementales vise principalement à favoriser chez les enfants les bons comportements en matière d'alimentation et d'activité physique. Plusieurs facteurs ont une influence sur l'environnement obésogène, notamment ceux d'ordre politique et commercial (accords commerciaux, politiques fiscales et agricoles et systèmes alimentaires), le cadre bâti (disponibilité d'aliments sains, infrastructures et possibilités d'activité physique dans le quartier), les normes sociales (poids corporel et image du corps, normes culturelles relatives à l'alimentation des enfants et statut associé à une masse corporelle élevée dans certains groupes de population, restrictions sociales à l'activité physique) et l'environnement familial (connaissances et comportements parentaux en matière de nutrition, économie familiale, comportements alimentaires familiaux).

Réduire le risque d'obésité en s'attaquant aux éléments critiques aux différentes étapes de la vie

29. Les facteurs développementaux modifient la biologie et le comportement des individus avant la naissance et tout au long de la petite enfance, réduisant ou majorant le risque d'obésité. La Commission juge essentiel d'agir sur l'environnement aux trois étapes critiques de la vie de l'enfant :

a) la période préconceptionnelle et la grossesse ;

b) la petite enfance ;

c) le reste de l'enfance et l'adolescence ;

[1] http://www.who.int/universal_health_coverage/fr/.

[2] Résolution A/67/L36 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la santé mondiale et la politique étrangère.

30. C'est aux gouvernements qu'il incombe au premier chef de veiller à ce que les politiques et les mesures tiennent compte de l'environnement obésogène et de prodiguer des conseils et un appui pour assurer un développement optimal à chaque étape de la vie. En mettant l'accent sur ces périodes importantes, les interventions permettront de traiter certains facteurs de risque, individuellement et de façon combinée. Une telle approche peut être intégrée à d'autres composantes du programme pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et, plus largement, aux efforts visant à combattre les maladies non transmissibles dans toute la population.

Traiter les enfants obèses afin d'améliorer leur santé actuelle et future

31. Lorsque les enfants sont déjà en surpoids ou obèses, des objectifs supplémentaires sont poursuivis comme la réduction des niveaux de surpoids, l'atténuation des comorbidités associées à l'obésité et la diminution des facteurs de risque pour la prise de poids excessive. Le secteur de la santé est très différent d'un pays à l'autre, et il devra relever des défis différents pour répondre aux besoins en services de traitement des personnes obèses. Quoi qu'il en soit, la prise en charge des enfants en surpoids et obèses devrait être intégrée aux services fournis dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

Rôles et responsabilités

32. La Commission reconnaît que le champ des recommandations contre l'obésité de l'enfant est vaste et englobe un certain nombre d'éléments nouveaux, notamment la question des différentes étapes de la vie et le rôle du secteur de l'éducation. Une approche multisectorielle sera essentielle pour des progrès durables.

33. Les pays devraient calculer l'IMC-pour-l'âge afin d'établir la prévalence et les tendances de l'obésité de l'enfant aux niveaux national, régional et local. Ils devraient également recueillir des données sur la nutrition, les comportements alimentaires et l'activité physique des enfants et des adolescents dans différents groupes socio-économiques et différents contextes. Même si certaines données sont collectées aujourd'hui (*21*), d'importantes lacunes restent à combler pour les enfants de plus de 5 ans. Ces données serviront à déterminer les priorités des politiques et fourniront une base de comparaison pour évaluer le succès des politiques et des programmes.

RECOMMANDATIONS

34. Les recommandations et leur justification, présentées ci-dessous, ont été établies par la Commission après l'examen de données scientifiques, de rapports présentés au Directeur général de l'OMS par des groupes de travail spéciaux et des informations issues des consultations régionales et en ligne. L'efficacité, le rapport coût/efficacité, l'accessibilité économique et l'applicabilité des politiques et des interventions ont également été examinés.

Recommandation 1. 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.

35. L'information nutritionnelle peut porter à confusion et être par conséquent mal comprise par de nombreuses personnes. Comme ce sont les individus et les familles qui choisissent leurs régimes alimentaires, la population doit être outillée pour faire des choix plus sains concernant les aliments à consommer et à donner aux nourrissons et aux enfants. Cela n'est possible que si les connaissances nutritionnelles sont universellement diffusées sous une forme utile, compréhensible et accessible pour tous les membres de la société.

36. Les tendances récentes en matière de production, de transformation, de commerce, de commercialisation et de vente au détail d'aliments ont contribué à la progression des maladies non transmissibles liées au régime alimentaire. Les réformes commerciales pourraient avoir une influence sur la transition en matière d'alimentation et de nutrition. Il faut tenir compte de l'incidence des accords et politiques économiques nationaux et internationaux sur les plans de la santé et de l'équité (*22*). Proposés dans des portions de taille croissante et à des prix abordables, les aliments transformés, très caloriques et pauvres en nutriments ainsi que les boissons sucrées remplacent bien souvent les aliments frais peu transformés et l'eau dans les repas servis à l'école et dans les familles. La facilité d'accès aux aliments très caloriques et aux boissons sucrées et l'encouragement tacite à opter pour des portions plus grandes (par le biais de promotions commerciales) ont contribué à augmenter l'apport calorique de nombreuses populations.

Recommandations	Justification
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.	L'étiquetage nutritionnel ou les codes simples (par exemple couleurs ou étoiles) ne sont pas suffisants. Tous les gouvernements doivent jouer un rôle de chef de file dans l'élaboration et la diffusion de recommandations alimentaires adaptées au contexte à l'intention des adultes et des enfants. Les informations nécessaires devraient être diffusées par l'intermédiaire des médias, des établissements d'enseignement et dans le cadre des messages de santé publique, de façon à atteindre tous les segments de la population, de sorte que toute la société soit en mesure de faire des choix plus sains. Dès l'entrée à l'école, l'éducation sanitaire et nutritionnelle devrait être intégrée au programme d'enseignement de base et soutenue par un environnement scolaire favorable à la santé (voir les recommandations sur les jeunes enfants, les enfants d'âge scolaire et les adolescents).
1.2 Mettre en place une taxe efficace sur les boissons sucrées.	L'adoption de mesures fiscales pour prévenir l'obésité suscite un grand intérêt (*23*) et plusieurs pays ont pris de telles dispositions.[1] Globalement, des arguments solides étayés par les données disponibles démontrent que la fiscalité influe sur les comportements d'achat (*24,25*). Des éléments supplémentaires seront recueillis à mesure que les pays appliquant des taxes sur les aliments nocifs pour la santé et/ou les boissons sucrées suivront leurs progrès.[2] La Commission est d'avis qu'il y a des raisons suffisantes pour demander l'introduction d'une taxe efficace sur les boissons sucrées.

[1] http://www.wcrf.org/int/policy/nourishing-framework/use-economic-tools.

[2] Voir les données préliminaires concernant la taxe sur les boissons sucrées. (http://www.insp.mx/epppo/blog/3666-reduccion-consumo-bebidas.html).

Recommandations	Justification
	Il est bien établi que la consommation de boissons sucrées est associée à un risque d'obésité accru (*26,27*). Les modes de consommation chez l'enfant varient selon le contexte (*28*) et des données plus détaillées sont nécessaires à ce sujet. Dans de nombreuses sociétés, les consommateurs à faible revenu et leurs enfants sont les plus exposés au risque d'obésité et les plus influencés par les prix. Les politiques fiscales pourraient encourager ce groupe de consommateurs à faire des choix plus sains (pour autant que les produits correspondants soient disponibles) et donner indirectement un signal éducatif et de santé publique à l'ensemble de la population. Les données disponibles indiquent que la taxation de produits tels que les boissons sucrées sont l'intervention la plus faisable et qu'elle a une influence sur la consommation. Certains pays pourraient envisager de taxer d'autres aliments nocifs pour la santé, comme ceux à teneur élevée en graisses et en sucre. La taxation des aliments très caloriques et pauvres en nutriments nécessiterait l'élaboration de profils nutritionnels (*29*) et la modélisation indiquent que cette mesure pourrait réduire la consommation.
1.3 Appliquer l'ensemble de recommandations sur la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées destinés aux enfants, 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.	Des données incontestables montrent que la commercialisation d'aliments nocifs pour la santé et de boissons sucrées a un lien avec l'obésité de l'enfant (*30,31*). Même si l'industrie déploie un nombre croissant d'initiatives volontaires, l'exposition à la commercialisation des aliments nocifs pour la santé reste un problème majeur appelant un changement pour protéger tous les enfants de façon égale. Toute tentative d'agir contre l'obésité de l'enfant devrait donc tendre à réduire à la fois l'exposition des enfants à la commercialisation des aliments nocifs pour la santé et l'efficacité de ces efforts commerciaux. Ni les aliments nocifs pour la santé ni les boissons sucrées ne devraient être commercialisés dans les lieux où les enfants et les adolescents se réunissent (par exemple écoles, installations sportives ou manifestations sportives) ou par l'intermédiaire des programmes diffusés sur écran qui leur sont destinés ou auxquels ils participent. La Commission note avec inquiétude que les États Membres n'ont pas accordé l'attention qu'il convient à la résolution WHA63.1, adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2010,[1] et les prie de traiter ce problème. Les parents et les personnes s'occupant d'enfants sont de plus en plus ciblés par la commercialisation d'aliments et de boissons à teneur élevée en graisses et en sucre destinés à leurs enfants (*32*).
1.4 Mettre au point des profils nutritionnels afin de repérer les aliments et boissons nocifs pour la santé.	Les types d'entreprises comme les attitudes et les comportements varient largement dans les secteur de l'alimentation et des boissons non alcoolisée comme dans ceux du commerce de détail et de la commercialisation. Même les initiatives volontaires doivent se conformer aux lignes directrices fixées par le gouvernement et doivent faire l'objet d'une vérification indépendante. Les gouvernements doivent définir des paramètres clairs, des mécanismes d'exécution et de suivi et, le cas échéant, envisager des dispositions législatives ou réglementaires. La réglementation permettrait d'offrir une même protection à tous les enfants,

[1] Résolution WHA63.14 sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants.

Recommandations	Justification
	indépendamment du groupe socio-économique, et assurerait une répartition équitable des responsabilités entre les producteurs et les détaillants, qu'ils soient de grande envergure, d'importance régionale ou encore qu'il s'agisse de multinationales ou de petits acteurs locaux. Il faut définir clairement la gamme de produits sains qui peuvent être commercialisés sans restriction, et prendre en compte les stratégies de commercialisation directes ou indirectes comme les prix, les promotions (y compris en fonction de la taille des portions) et le placement de produits. Ces approches nécessiteront de recenser les aliments sains et ceux nocifs pour la santé sur la base de profils nutritionnels indépendants. Il faudra également tenir compte des questions de sécurité alimentaire, s'il y a lieu, aux niveaux national ou infranational ou à l'échelle des groupes de population.
1.5 Instaurer une coopération entre les États Membres afin de réduire l'influence de la commercialisation transfrontières d'aliments et de boissons nocifs pour la santé.	Le cadre OMS pour la mise en œuvre de l'ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants (*33*) donne des orientations pratiques aux États Membres sur l'élaboration et à la mise en œuvre des cadres stratégiques et des cadres de suivi et d'évaluation. La Commission reconnaît que dans certains contextes, les adolescents consomment de l'alcool, un produit particulièrement obésogène. Même si cela ne relève pas de la portée de ses travaux, la Commission note qu'il est très difficile de commercialiser les produits alcoolisés ciblant les jeunes adultes sans toucher des cohortes d'adolescents n'ayant pas atteint l'âge légal. L'exposition des enfants et des jeunes à des modes de commercialisation attractifs est particulièrement préoccupante. Il faut prendre les précautions nécessaires pour protéger ce groupe de population.
1.6 Mettre en place un système mondial standardisé d'étiquetage nutritionnel.	Un système normalisé d'étiquetage des aliments, tel que recommandé par la Commission du Codex Alimentarius,[1] peut soutenir les efforts d'éducation nutritionnelle et sanitaire s'il est obligatoire pour tous les aliments et toutes les boissons conditionnés.
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.	Les habitudes alimentaires saines, qui ont des dimensions biologiques et comportementales, peuvent être cultivées dès la petite enfance. Pour ce faire, les personnes s'occupant d'enfants doivent comprendre le rapport entre régime alimentaire et santé, et adopter des comportements propices à l'acquisition de ces habitudes. Des systèmes d'étiquetage alimentaire simples et faciles à comprendre peuvent soutenir l'éducation nutritionnelles et aider les enfants et ceux qui s'en occupent à faire des choix plus sains.

[1] Résolution WHA56.23 sur l'évaluation conjointe FAO/OMS des travaux de la Commission du Codex Alimentarius.

Recommandations	Justification
1.8 Demander aux lieux comme les écoles, les structures de garde et les installations et manifestations sportives destinées aux enfants, entre autres, d'instaurer un environnement alimentaire sain.	La présence de messages contradictoires dans les lieux où les enfants se réunissent aura des conséquences négatives sur leur connaissance théorique et pratique de la nutrition et de l'alimentation. Les écoles, les structures de garde et les installations sportives devraient soutenir les efforts tendant à améliorer la nutrition de l'enfant en s'assurant que le plus simple soit d'opter pour les produits sains et en ne distribuant ni ne vendant aucun aliment ni boisson nocifs pour la santé.
1.9 Améliorer l'accès aux aliments sains dans les communautés défavorisées.	Les connaissances sur la nutrition et les bons choix alimentaires ne peuvent pas être mises en pratique si des aliments sains ne sont pas disponibles à un prix abordable. Pour influer sur l'environnement alimentaire, une approche collaborative est nécessaire concernant la production, la transformation, l'accessibilité, la disponibilité et l'accessibilité économique des denrées. Lorsque l'accès aux aliments sains est limité, les aliments ultra-transformés sont souvent les seules options disponibles et abordables. Les secteurs public et privé ont pris un certain nombre d'initiatives visant à promouvoir de meilleurs habitudes alimentaires et les données limitées dont on dispose indiquent qu'elles pourraient favoriser des comportements plus sains chez les consommateurs (*34*). De telles initiatives, lorsqu'elles sont étayées par des preuves, doivent être encouragées.

Recommandation 2. Mettre en œuvre des programmes complets favorisant l'activité physique et réduisant les comportements sédentaires chez l'enfant et l'adolescent.

37. Des données récentes montrent que l'activité physique recule à partir de l'âge de l'entrée à l'école (*35*). À l'échelle mondiale, en 2010, 81 % des adolescents âgés de 11 à 17 ans étaient trop inactifs. Dans cette tranche d'âge, les filles sont moins actives que les garçons : elles étaient, cette année-là, 84 % à ne pas respecter la recommandation de l'OMS (*36*) (60 minutes quotidiennes d'activité physique modérée à intense), contre 78 % chez les garçons.[1] Une faible activité physique devient rapidement la norme sociale dans la plupart des pays et constitue un facteur important dans l'épidémie d'obésité. Or, l'activité physique peut réduire le risque de diabète, de cardiopathie et de cancer (*37*) et améliorer les capacités d'apprentissage, la santé mentale et le bien-être de l'enfant. Des données factuelles récentes montrent que l'obésité réduit l'activité physique, créant un cercle vicieux dans lequel l'augmentation des taux de masse grasse et baisse de l'activité physique s'alimentent mutuellement.

38. L'urbanisme peut contribuer au problème, mais aussi faire partie de la solution. Le développement des espaces consacrés aux loisirs et l'existence de voies sûres pour les piétons et les cyclistes (transport actif) contribuent à intégrer l'activité physique à la vie quotidienne.

[1] http://www.apps.who.int/gho/data/view.main.2482ADO?lang=en.

39. L'expérience acquise pendant l'enfance peut lourdement influencer les comportements en matière d'activité physique tout au long de la vie. Toute la société profitera de la mise en place de collectivités sûres et propices à l'activité physique qui rendent possible et encouragent le transport actif (marche, bicyclette, etc.) et les modes de vie actifs. Il faut veiller en particulier à améliorer l'accès et la participation à l'activité physique pour les enfants déjà en surpoids ou obèses, les enfants défavorisés, les filles et les enfants handicapés.

Recommandations	Justification
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. **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 de l'activité physique pendant leur temps libre, en tenant compte des différences entre les sexes le cas échéant.**	Tous les membres de la société, y compris les parents, doivent comprendre qu'une bonne croissance est importante et avoir conscience des conséquences des dépôts de graisse excessifs sur la santé et le bien-être de l'enfant à court et à long terme. La Commission reconnaît que, dans certaines cultures, cela peut être en contradiction avec les conceptions et pratiques traditionnelles. L'activité physique entraîne des bénéfices fondamentaux pour la santé de l'enfant et de l'adolescent, notamment une amélioration de la condition cardiorespiratoire et musculaire, une réduction de la masse graisseuse corporelle et une amélioration de la santé osseuse. Des orientations adaptées au contexte sur l'application des recommandations relatives à l'activité physique et au nombre d'heures de sommeil et de télévision pour les enfants (*38-40*) devraient notamment être intégrées à toute éducation aux modes de vie sains destinée aux enfants ou aux personnes qui s'en occupent. L'augmentation des possibilités d'activité physique sûre, appropriée et adaptée au sexe, que celle-ci soit structurée ou non, en milieu scolaire ou en dehors, y compris le transport actif (marche et bicyclette), aura des répercussions positives sur la santé, les comportements et les connaissances de tous les enfants et adolescents.

Recommandation 3. Renforcer les orientations pour la prévention des maladies non transmissibles et 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.

40. Les soins que les femmes reçoivent avant, pendant et après leur grossesse ont des incidences profondes sur la santé et le développement de leurs enfants. Le fait d'offrir des soins de qualité, dispensés en temps opportun, durant ces périodes, contribue de manière importante à prévenir la transmission intergénérationnelle du risque et influence fortement la santé de l'enfant tout au long de sa vie.[1] Les éléments disponibles montrent que la dénutrition maternelle (qu'elle soit globale ou concerne seulement certains nutriments), le surpoids ou l'obésité de la mère, la prise de poids excessive pendant la grossesse, l'hyperglycémie maternelle (y compris le diabète gestationnel), la consommation de tabac ou l'exposition aux toxines peuvent accroître la probabilité d'obésité pendant la petite enfance et l'enfance (*41-46*). De nouvelles données tendent également à montrer que la santé des pères au moment de la conception peut influencer le risque d'obésité chez leurs enfants (*9*). Des recommandations aux futurs pères doivent donc figurer dans les recommandations sur les modes de vie sains.

[1] 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 (art. 24), paragraphe 53 ; CRC/C/GC/15.

41. Les orientations actuelles sur la période préconceptionnelle et les soins prénatals mettent l'accent sur la prévention de la dénutrition fœtale. Compte tenu de l'évolution des expositions aux facteurs obésogènes, des lignes directrices sont nécessaires sur toutes les formes de malnutrition (y compris l'excès calorique) et sur le risque d'obésité ultérieure dans la descendance. Les interventions contre les facteurs de risque d'obésité de l'enfant préviennent aussi d'autres issues défavorables de la grossesse (*47*) et contribuent ainsi à améliorer la santé de la mère et du nouveau-né. Le surpoids et l'obésité maternels majorent le risque de complications pendant la grossesse, le travail et l'accouchement (y compris la mortinatalité), et la dénutrition maternelle accroît le risque de faible poids de naissance. Ces facteurs peuvent augmenter le risque de mortalité infantile, d'obésité de l'enfant et de maladies non transmissibles à l'âge adulte.

Recommandations	Justification
3.1 Diagnostiquer et prendre en charge l'hyperglycémie et l'hypertension gestationnelle. **3.2 Assurer un suivi et une prise en charge afin de maîtriser la prise de poids pendant la grossesse.**	Il faut dépister et prendre correctement en charge le diabète sucré et l'hypertension préexistants chez la femme enceinte ; diagnostiquer précocement et prendre en charge efficacement le diabète gestationnel, l'hypertension gravidique ainsi que la dépression et les problèmes de santé mentale induits par la grossesse ; tenir compte de la tendance à la prise de poids pendant la grossesse (*48*) ; et veiller à la qualité de l'alimentation et à une activité physique adaptée.
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.	Les interventions qui incluent des orientations sur l'ensemble des formes de malnutrition devraient aborder la dénutrition et les régimes alimentaires déséquilibrés, y compris l'excès nutritionnel et les carences nutritionnelles spécifiques (*49*). Bien souvent, les jeunes ne savent pas ce qu'est une alimentation saine. Il est donc nécessaire que les gouvernements jouent un rôle de chef de file dans l'éducation nutritionnelle et alimentaire.
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.	Les données factuelles attestent des effets bénéfiques des programmes d'exercice pendant la grossesse sur l'IMC de la mère, la prise de poids pendant la grossesse et les issues de la grossesse, lesquels sont liés au risque ultérieur d'obésité de l'enfant (*50*). Des données limitées, mais en nombre croissant, montrent que la santé du père avant la conception a une influence sur la santé de sa descendance (*9*). Il y a donc des raisons directes pour agir également sur le comportement et la santé du père.

Recommandation 4. 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.

42. Du point de vue de la nutrition et de l'activité physique, les premières années de la vie sont une période cruciale pour mettre en place de bons comportements réduisant le risque d'obésité. L'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie, suivi de l'introduction des aliments de complément appropriés, est un facteur important pour la réduction du risque d'obésité (*51*). Une alimentation de complément appropriée, conjuguée à la poursuite de l'allaitement, peut réduire la dénutrition et les dépôts de graisses excessifs chez le nourrisson, deux facteurs de risque d'obésité de l'enfant. Le fait d'encourager, pendant cette période critique, la consommation d'aliments sains et diversifiés plutôt que d'aliments et de boissons sucrées nocifs pour la santé, très caloriques et pauvres en nutriments favorise une croissance et un développement optimaux. Les agents de santé peuvent se servir du suivi systématique de la croissance pour contrôler l'IMC-pour-l'âge des enfants et dispenser des conseils appropriés aux personnes qui s'occupent d'enfants afin de les aider à prévenir le surpoids et l'obésité dans ce groupe de population.

Recommandations	Justification
4.1 Appliquer les mesures réglementaires telles que le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel[1] et les résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé.[2]	L'allaitement maternel joue un rôle essentiel pour optimiser le développement, la croissance et la nutrition du nourrisson et peut également aider les femmes à maîtriser leur poids pendant la période postnatale.
4.2 Veiller à ce que toutes les maternités respectent pleinement les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel.[3]	Compte tenu de l'évolution des modes de vie et des rôles des femmes, la possibilité d'allaiter à l'extérieur du domicile et de poursuivre l'allaitement à la reprise du travail est essentielle à la bonne application des recommandations.
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.	Des politiques fixant les droits des femmes et les responsabilités des employeurs sont nécessaires et certaines ont déjà été adoptées. Pour protéger toutes les mères et tous les nourrissons, quel que soit leur statut social ou économique, celles-ci devraient être universelles.
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).[4]	Les orientations mondiales en vigueur sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ciblent principalement la dénutrition. Or, il faut aussi examiner les risques créés par une mauvaise alimentation pendant la petite enfance et l'enfance.
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 graisses, en sucres et en sel par les nourrissons et les jeunes enfants.	Des lignes directrices portant aussi bien sur la dénutrition que sur le risque d'obésité sont clairement nécessaires pour les pays touchés par la malnutrition sous toutes ses formes (*32*).
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) afin d'empêcher la prise de poids excessive.	Les lignes directrices actuelles sur les aliments de complément (*52*) donnent des indications sur le moment de l'introduction, la nécessité de s'adapter aux signes d'appétit ou de satiété de l'enfant ainsi que la quantité et les types d'aliments nécessaires. Les attitudes des familles en matière d'alimentation et leur idée du poids corporel idéal déterminent dans une large mesure les comportements pour l'alimentation de complément et doivent être pris en compte.

[1] Résolution WHA34.22 sur le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

[2] WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34, WHA47.5, WHA49.15, WHA54.2,

Résolutions WHA55.25, WHA58.32, WHA59.21, WHA61.20 et WHA63.23 sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant ; résolution WHA65.6 sur le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant.

[3] Initiative OMS-UNICEF des hôpitaux amis des bébés, 1991/2009 (http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/).

[4] Organisation internationale du travail, Convention (n° 183) sur la protection de la maternité, 2000.

Recommandations	Justification
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.	Des données récentes montrent que les premières expériences sensorielles liées aux aliments ont lieu in utero et se poursuivent pendant l'allaitement, et que le nourrisson perçoit la saveur des aliments consommés par sa mère. Ces expériences et une alimentation de complément adaptée peuvent jouer un rôle important dans les préférences alimentaires et le contrôle de l'appétit. Le fait d'encourager les enfants à avoir une alimentation diversifiée en les exposant de façon répétée à de nouveaux aliments présentés sous un jour positif (*53*), leur montrer que les personnes qui s'occupent d'eux et les membres de leur famille apprécient les aliments sains, et limiter leur exposition aux aliments nocifs pour la santé (laquelle peut entraîner des préférences pour les aliments et boissons très sucrées) sont autant de facteurs propices à l'acquisition de bonnes habitudes alimentaires par les enfants et les familles (*54*).
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.	Il est établi que le manque de sommeil, l'inactivité physique et un nombre trop élevé d'heures d'écran sont associés à une majoration du risque d'obésité pendant l'enfance (*38-40*).
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.	Les données factuelles à l'appui d'interventions précoces pour prévenir l'obésité dans les pays à revenu élevé sont encore peu nombreuses, mais semblent très encourageantes. Elles plaident pour que des interventions ciblant les enfants de 2 à 5 ans soient menées en milieu préscolaire et dans les structures de garde. Celles-ci – qui devraient être centrées sur l'alimentation du jeune enfant, les habitudes d'activité physique, l'exposition aux médias et le nombre d'heures de sommeil – aident à promouvoir des comportements sains et des trajectoires de prise de poids saines dans cette période de la vie (*55*).
4.10 Veiller à ce que l'éducation alimentaire figure dans les programmes des lieux et établissements structurés accueillant des enfants.	
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.	Plusieurs stratégies pour cette tranche d'âge ont également aidé les parents et les personnes s'occupant d'enfants à maîtriser le temps passé devant la télévision ou les écrans, encourager les jeux actifs, mettre en place des comportements et des régimes alimentaires sains, promouvoir des habitudes de sommeil saines et donner l'exemple d'un mode de vie sain (*55*).
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. **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.**	Les données factuelles montrent que les interventions visant à améliorer les habitudes des enfants en matière de nutrition et d'activité physique sont plus efficaces lorsqu'elles sont globales et mobilisent les personnes qui s'occupent d'enfants et la communauté au sens large (*55*). Les changements et les transitions sociétaux nécessitent des interventions plus volontaristes et concertées tendant notamment à fournir un soutien aux parents et aux autres personnes s'occupant d'enfants pour qu'ils puissent contribuer aux changements de comportements recommandés.

Recommandation 5. 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.

43. Les enfants d'âge scolaire et les adolescents, qu'ils soient scolarisés ou non, sont confrontés à des défis particuliers. Ils sont très sensibles à la commercialisation d'aliments nocifs pour la santé et de boissons sucrées, à l'influence du groupe et aux conceptions de l'image corporelle idéale. Les adolescents, en particulier, ont souvent une plus grande liberté de choix pour les aliments et les boissons consommés à l'extérieur de la maison. L'activité physique décline également fréquemment à cet âge.

44. Même si, malheureusement, un nombre significatif d'enfants d'âge scolaire n'est pas scolarisé, la période de scolarité obligatoire peut facilement être mise à profit pour mobiliser cette tranche d'âge et mettre en place, en matière d'alimentation et d'activité physique, des habitudes saines pour prévenir l'obésité tout au long de la vie. Comme c'est le gouvernement qui, dans la plupart des pays, contrôle le secteur de l'éducation, une collaboration efficace entre les secteurs de la santé et de l'éducation peut garantir que les milieux scolaires soient des environnements sains favorables à la connaissance de la nutrition et à l'activité physique. Pour garantir l'équité, il faut accorder une plus grande attention à l'élaboration de programmes pour les enfants et les adolescents situés à l'extérieur du système d'éducation formel.

45. Des données factuelles de plus en plus nombreuses militent pour que interventions ciblant les enfants et les adolescents soient menées en milieu scolaire et au sein de la communauté au sens large, en tant que stratégie de prévention de l'obésité (*23*) Les évaluations qualitatives donnent à penser que leur efficacité sur les comportements et sur les résultats en matière de prévention de l'obésité est liée :: a) à la qualité de la mise en œuvre ; b) à la rigueur pédagogique du programme et à son intégration dans le programme d'enseignement général (par exemple lecture, sciences) ; et c) à la place des initiatives scolaires dans les efforts éducatifs et communautaires globaux.

46. Pour qu'ils soient efficaces, les programmes visant à améliorer la nutrition et l'activité physique chez l'enfant et l'adolescent doivent être menés de concert par plusieurs parties prenantes. La prévention de l'obésité et la promotion de la santé relèvent traditionnellement de la compétence des ministères de la santé. La clé du succès sera l'intégration des activités dans une initiative scolaire de promotion de la santé, avec la participation active du secteur de l'éducation. Les interventions incluses à la journée scolaire ou au programme d'études seront par la suite considérées comme faisant partie intégrante de la mission du secteur de l'éducation. L'obstacle à la mise en œuvre le plus fréquemment cité est, en effet, la concurrence entre ces initiatives et la mission première de l'école (*55*). En travaillant en bonne intelligence avec les enseignants, on pourra aborder efficacement ces questions dans le cadre des matières habituelles, au lieu de leur réserver une plage horaire. La collaboration et l'échange d'informations, le recours à des approches reposant sur des bases factuelles et adaptées au contexte et la mise en commun de ressources entre les ministères de l'éducation et de la santé permettront de progresser sur cette voie.

47. Les enfants plus âgés et les adolescents doivent participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des interventions visant à réduire l'obésité de l'enfant (*56*). Cette contribution active est indispensable pour que les interventions répondent à leurs besoins spécifiques, et qu'ils puissent, avec leurs pairs, pleinement y participer et en bénéficier.

Recommandations	Justification
5.1 Mettre en place des normes conformes aux lignes directrices sur l'alimentation saine pour les repas servis dans les écoles ou 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.**	Les aliments très caloriques et pauvres en nutriments et les boissons sucrées sont des facteurs importants de l'épidémie d'obésité chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents au niveau mondial, car ils causent et entretiennent le surpoids et l'obésité. Il est paradoxal d'encourager les comportements sains chez les enfant et de les éduquer en ce sens, tout en autorisant la vente en milieu scolaire d'aliments et boissons inappropriés. Pour mettre en place des normes comportementales plus saines et rendre l'environnement moins obésogène, il faut réduire l'accès aux aliments nocifs pour la santé ou aux boissons sucrées, ou leur distribution, dans les lieux où les enfants se rassemblent.
5.3 Garantir l'accès à l'eau potable dans les écoles et les installations sportives.	Cette stratégie doit s'accompagner d'un accès accru aux aliments à plus faible densité calorique et à l'eau en remplacement des boissons sucrées, et de mesures tendant à promouvoir ces produits meilleurs pour la santé. On pourrait créer autour des écoles des zones où la vente d'aliments et de boissons nocifs pour la santé serait restreinte, mais la Commission reconnaît que cela risque d'être impossible dans plusieurs cas.
5.4 Intégrer l'éducation nutritionnelle et sanitaire au programme scolaire de base. **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.**	La compréhension du rôle de la nutrition pour une bonne santé est essentielle au succès des interventions visant à améliorer le régime alimentaire. Comme les adolescents sont la prochaine génération de parents, on ne saurait surestimer l'importance de l'éducation sanitaire et nutritionnelle dans cette tranche d'âge – les années de scolarisation et le programme d'enseignement général ouvrent des possibilités intéressantes à cet égard. En milieu scolaire, l'éducation concernant les différentes étapes de la vie doit être façonnée conjointement avec les enseignants, en fonction de critères éducatifs et en l'intégrant aux principales disciplines. Les connaissances nutritionnelles doivent se traduire en des changements de comportement effectifs. Même si des preuves démontrent l'efficacité des interventions destinées à améliorer les connaissances sur la nutrition, l'influence de ces interventions sur les habitudes alimentaires est moins évidente. Les interventions d'éducation nutritionnelle et de conseils nutritionnels clairs et adaptés au contexte pour les enfants et les personnes qui s'en occupent, et la diffusion de connaissances supplémentaires sur la préparation des aliments dans un environnement moins obésogène, sont autant de mesures qui permettraient aux enfants et aux adolescents ainsi qu'à ceux qui s'en occupent (y compris les parents) de faire des choix plus sains.
5.7 Intégrer l'éducation physique de qualité aux programmes scolaires et fournir à cet effet du personnel et des installations adaptés.[1]	La participation régulière à l'éducation physique de qualité et à d'autres formes d'activité physique peut améliorer les capacités d'attention ainsi que le contrôle et le traitement cognitifs chez l'enfant (*57*). Elle peut aussi réduire la stigmatisation et remettre en cause les stéréotypes, diminuer les symptômes de dépression et améliorer les résultats psychosociaux. L'éducation physique à l'école doit être ouverte à tous les enfants plutôt qu'axée sur les potentiels sportifs d'élite.

[1] UNESCO. L'éducation physique de qualité – Directives à l'intention des décideurs, Paris, 2015.

Recommandation 6. 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.

48. Lorsque les enfants sont déjà en surpoids ou obèses, des objectifs supplémentaires sont poursuivis comme la réduction des niveaux de surpoids, l'atténuation des comorbidités associées à l'obésité et la diminution des facteurs de risque pour la prise de poids excessive. Le secteur de la santé est très différent d'un pays à l'autre, et il devra relever des défis différents pour répondre aux besoins en services de traitement des personnes obèses. Quoi qu'il en soit, la prise en charge des enfants en surpoids et obèses devrait être intégrée aux services effectivement dispensés dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

49. Les services de santé primaires sont importants pour la détection et la prise en charge précoces de l'obésité et des complications qui lui sont associées, comme le diabète. Le suivi régulier de la croissance dans les établissements de santé primaires ou en milieu scolaire est l'occasion de repérer les enfants à risque d'obésité. Les régimes pauvres en calories peuvent être efficaces à court terme pour prendre en charge l'obésité, mais la réduction de la sédentarité et le développement de l'activité physique renforceront l'efficacité des interventions. Peu de choses ont été écrites sur les modèles de services de traitement de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, mais il est clair que ces efforts ne peuvent être efficaces que si l'ensemble de la famille ou de l'environnement de soins y sont associés.

50. Il arrive que les agents de santé, comme d'autres personnes, fassent preuve de discrimination à l'égard des enfants en surpoids ou obèses. Toutes ces formes de discrimination sont inacceptables et doivent être éliminées (*58*). Une attention particulière devrait être accordée aux besoins de santé mentale des enfants, notamment aux problèmes de stigmatisation et de harcèlement.

Recommandations	Justification
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.	L'examen des données probantes sur l'obésité de l'enfant montre que les interventions centrées sur les comportements et les modes de vie des familles peuvent avoir une incidence positive sur le poids, l'IMC et d'autres indicateurs de l'adiposité corporelle, tant pour les enfants que pour les adolescents (*59*). Cette approche est le fondement de toutes les interventions de traitement. Très peu d'études ont cependant été réalisées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Pour l'enfant présentant une obésité morbide, des options pharmacologiques et/ou chirurgicales peuvent s'avérer nécessaires si le changement de mode de vie n'est pas efficace (*60*). Les professionnels de la santé et l'ensemble des prestataires de services aux enfants et aux adolescents doivent recevoir une formation appropriée sur la nutrition et les régimes alimentaires, l'activité physique et les facteurs de risque de l'obésité.

ACTIONS ET RESPONSABILITÉS POUR LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS

51. La Commission reconnaît que la contribution, l'engagement et le soutien de plusieurs institutions sont nécessaires à la bonne mise en œuvre des recommandations. Les actions nécessaires et les responsabilités correspondantes seraient, entre autres, les suivantes :

Action	Justification
OMS	
a) 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.	Il est essentiel de maintenir la dynamique engagée face à ce problème complexe et majeur. L'OMS peut jouer un rôle de chef de file et organiser un dialogue de haut niveau au sein des Nations Unies, avec les États Membres et entre les États Membres, afin que les mesures présentées dans ce rapport pour mettre fin à l'obésité de l'enfant soient mises en œuvre en se fondant sur les engagements pris dans les objectifs de développement durable, 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 Déclaration de Rome de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition, entre autres.
b) Élaborer, en concertation avec les États Membres, un cadre pour la mise en œuvre des recommandations de la Commission.	
c) Renforcer les capacités à fournir un appui technique pour mettre fin à l'obésité de l'enfant aux niveaux mondial, régional et national	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.
d) Encourager les institutions internationales, les gouvernements nationaux et les parties prenantes intéressées à s'appuyer sur les engagements existants pour faire appliquer les mesures nécessaires pour mettre fin à l'obésité de l'enfant aux niveaux mondial, régional et national.	L'OMS 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 ces avancées.
e)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.	
f) Rendre compte des progrès accomplis pour mettre fin à l'obésité de l'enfant.	
Organisations internationales	
a) Coopérer en vue de renforcer les capacités des États Membres à combattre l'obésité de l'enfant et de leur fournir un soutien à cette fin.	La coopération entre les organisations internationales, y compris les autres organismes 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 les Nations Unies, peut fournir un appui aux États Membres dans la lutte contre l'obésité de l'enfant.

Action	Justification
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**.**	C'est aux gouvernements qu'il incombe en dernier ressort de veiller à ce que les citoyens aient un départ sain dans la vie. Aussi une participation active à la lutte contre l'obésité de l'enfant ne devrait pas être interprétée comme une ingérence dans les choix individuels, mais plutôt comme l'appropriation par l'État du développement de son capital humain.
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, agriculture, commerce et industrie, développement, finances et administration fiscale, sports et loisirs, communication, aménagement du territoire et urbanisme, transports et affaires sociales, et commerce.	Il est clair que, pour combattre efficacement l'obésité de l'enfant, le concours actif de plusieurs services gouvernementaux est nécessaire. On tend à considérer l'obésité comme un problème relevant de la compétence du secteur de la santé, et c'est bien compréhensible. Pourtant, la prévention de l'obésité de l'enfant appelle des contributions coordonnées de tous les secteurs gouvernementaux et de toutes les institutions responsables des politiques. Les gouvernements doivent mettre en place des approches pangouvernementales appropriées pour combattre l'obésité de l'enfant. De plus, les collectivités régionales et locales doivent comprendre leurs obligations, mobiliser des ressources et déployer des efforts pour garantir une action coordonnée et complète.
c) Assurer la collecte de données sur l'IMC-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.	
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 qui sont présentées dans ce rapport.	
Acteurs non étatiques	Les acteurs non étatiques peuvent apporter de différentes façons une contribution importante face au problème de l'obésité de l'enfant. Comme le montre ce rapport, le risque d'obésité de l'enfant est fortement influencé par les comportements en matière d'alimentation et d'activité physique, l'environnement scolaire et le milieu social, les attitudes culturelles vis-à-vis de l'image corporelle, le comportement des adultes et la conduite du secteur privé.

Action	Justification
Organisations non gouvernementales	
a) Renforcer la prévention de l'obésité de l'enfant par des efforts de sensibilisation et par la diffusion d'informations.	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 d'incomber conjointement au gouvernement et à la société civile.
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 aux enfants des aliments nocifs pour la santé et des boissons sucrées.	Les mouvements sociaux peuvent faire participer les membres de la communauté et servir de point de départ pour la sensibilisation et l'action.
c) Contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un mécanisme de suivi et de responsabilisation.	
Secteur privé	
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.	Le secteur privé n'est pas une entité homogène, mais recouvre notamment la production alimentaire agricole, l'industrie alimentaire et le secteur des boissons non alcoolisées, 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 les entités dont les activités ont un lien direct ou indirect (positif ou négatif) avec 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. La Commission sait que plusieurs initiatives du secteur privé pourraient contribuer à réduire l'obésité de l'enfant. Ces efforts doivent être encouragés lorsque des éléments factuels les appuient. 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. La coopération avec le secteur privé a déjà produit des résultats encourageants en matière de régimes alimentaires et d'activité physique. 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. La Commission estime que de réels progrès peuvent être accomplis moyennant une collaboration constructive, transparente et responsable avec le secteur privé.

Action	Justification
Fondations philanthropiques	
a) Reconnaître que l'obésité de l'enfant menace la santé et la scolarité des enfants, et agir face à ce problème important. b) Mobiliser des fonds pour la recherche, le renforcement des capacités et la prestation de services.	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.
Établissements universitaires	
a) Renforcer la prévention de l'obésité de l'enfant en diffusant des informations et en intégrant cette question aux programmes pertinents. b) Combler les lacunes de connaissances par des données factuelles en vue de soutenir la mise en œuvre des politiques. c) Soutenir les activités de suivi et de responsabilisation.	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.

SUIVI ET RESPONSABILISATION

52. Les principaux risques susceptibles d'entraver la lutte contre l'obésité de l'enfant sont le manque d'engagement politique et l'incapacité des gouvernements et des autres acteurs à s'approprier les enjeux, à jouer un rôle de chef de file et à prendre les mesures nécessaires. 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 que l'on rende compte de l'adoption des politiques et du respect des normes, notamment par le secteur privé. À des engagements fermes doivent être associés des systèmes de mise en œuvre solides et des mécanismes de responsabilisation bien définis.

53. C'est aux gouvernements qu'il incombe au premier chef de définir le cadre stratégique et réglementaire pour la prévention et la prise en charge de l'obésité de l'enfant au niveau des pays. La responsabilisation doit donc commencer par l'adoption de politiques constructives fixant clairement les actions nécessaires et le calendrier.

54. Les gouvernements devraient investir en priorité dans l'édification de systèmes de suivi et de responsabilisation robustes qui permettent d'évaluer de façon standardisée, au moyen d'indicateurs spécifiques, l'obésité de l'enfant et les déterminants connexes (comme la forme physique et la nutrition). C'est essentiel pour pouvoir démontrer l'ampleur du problème, fournir des données pour l'établissement des cibles nationales et orienter l'élaboration des politiques. Des systèmes de suivi bien établi peuvent fournir des données factuelles sur l'impact et l'efficacité des interventions pour réduire la prévalence de l'obésité de l'enfant.

55. La Commission sait que les gouvernements ne veulent pas augmenter la charge liée à l'établissement de rapports. Il existe actuellement un certain nombre de mécanismes de suivi que les pays pourraient prendre comme modèles et intégrer à un cadre national complet de suivi de l'obésité de l'enfant. Citons notamment le Cadre mondial de suivi des maladies non transmissibles[1] et le Cadre mondial de suivi concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant.[2]

56. Le leadership stratégique national consiste notamment à mettre en place des structures de gouvernance dans tout un ensemble de secteurs qui sont nécessaires pour gérer l'élaboration et la mise en œuvre des lois, politiques et programmes. Le leadership national est également nécessaire pour gérer la collaboration avec les acteurs non étatiques comme les organisations non gouvernementales, le secteur privé et les établissements universitaires, en vue de mettre efficacement en œuvre les programmes, les activités et les investissements.

57. Une approche pangouvernementale nécessite 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.

58. La société civile peut jouer un rôle essentiel en exerçant une pression sociale, morale et politique afin que les gouvernements s'acquittent de leurs engagements (*61*). L'action visant à mettre un terme à l'obésité de l'enfant devrait maintenant faire partie de ses priorités en matière de sensibilisation et de responsabilisation.

59. La Commission reconnaît que le secteur privé peut jouer un rôle important pour combattre l'obésité de l'enfant, mais aussi que des stratégies de responsabilisation supplémentaires (y compris des mécanismes juridiques, de marché ou faisant appel aux médias) (*62*) sont souvent nécessaires. Les initiatives que le secteur privé (y compris les détaillants, les fabricants d'aliments, les services alimentaires et les assureurs) peut engager pour combattre l'obésité devraient être prises en compte, étant entendu qu'elles doivent être étayées par des données factuelles indépendantes. Les risques de conflits d'intérêts doivent être recensés, évalués et gérés de façon transparente et adaptée. Les codes de conduite et les vérifications indépendantes, sous le contrôle du gouvernement, sont par conséquent importants.

60. Les gouvernements peuvent user de leur pouvoir réglementaire pour améliorer l'environnement alimentaire, faire appliquer les règles et mettre en œuvre les normes reconnues au plan international telles que le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel[3] et l'Ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants,[4] deux instruments de l'OMS. Des tableaux de bord peuvent s'avérer utiles pour assurer la responsabilisation. Ces exemples ne couvrent pas l'ensemble des mécanismes de responsabilisation potentiels. Quoi qu'il en soit, il faudra combiner différents outils et stratégies pour obtenir des résultats optimaux.

---

[1] WHA66.10. Projet de cadre global mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles.

[2] WHA68(14). Élaboration d'un ensemble d'indicateurs de base pour la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant.

[3] Résolution WHA34.22 sur le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

[4] Résolution WHA63.14 sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants.

61. La Commission a relevé la grande influence que les politiques commerciales peuvent avoir sur l'environnement obésogène. Cela est particulièrement vrai des petits États insulaires qui sont très fortement tributaires des aliments importés et où les dynamiques commerciales déterminent largement le type d'aliments disponibles et les prix. La Commission reconnaît la complexité du commerce international, en particulier de produits alimentaires et agricoles, mais exhorte les États Membres et les parties aux accords commerciaux internationaux à rechercher des moyens d'agir sur les problèmes commerciaux ayant une incidence sur l'obésité de l'enfant.

CONCLUSIONS

62. L'obésité de l'enfant nuit au bien-être physique, social et psychologique des enfants et c'est un facteur de risque connu pour l'obésité de l'adulte et pour les maladies non transmissibles. Il est urgent d'agir pour améliorer la santé de la génération actuelle et de celle qui vient. La Commission reconnaît que le champ des recommandations contre l'obésité de l'enfant est vaste et englobe un certain nombre d'éléments nouveaux. Néanmoins, des progrès durables ne seront possibles qu'en adoptant une approche multisectorielle moyennant un ensemble intégré complet d'interventions ciblant l'environnement obésogène, les différentes étapes de la vie et le secteur de l'éducation. Il faut pour cela que les gouvernements s'engagent et fassent preuve de leadership, que des investissements soient consentis et que l'ensemble de la société se mobilise pour protéger les droits de l'enfant à la bonne santé et au bien-être. La Commission estime que des progrès sont possibles si tous les acteurs s'engagent à œuvrer ensemble pour atteindre le but collectif : mettre fin à l'obésité de l'enfant.

RÉFÉRENCES

1. UNICEF, WHO, World Bank. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF-WHO-World Bank joint child malnutrition estimates. UNICEF, New York; WHO, Geneva; World Bank, Washington DC: 2015.

2. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards based on length/height, weight and age. Acta Paediatr. 2006;Suppl 450:76–85.

3. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2014;384:766–81.

4. Roberto CA, Swinburn B, Hawkes C, Huang TTK, Costa SA, Ashe M, et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. Lancet. 2015;385:2400–9.

5. Taveras EM, Gillman MW, Kleinman K, Rich-Edwards JW, Rifas-Shiman SL. Racial/ethnic differences in early-life risk factors for childhood obesity. Pediatrics. 2010;125:686–95.

6. Food and Agriculture Organization. The double burden of malnutrition. Case studies from six developing countries. Food and Nutrition Paper. 2006;84:1–334.

7. Lake A, Townshend T. Obesogenic environments: exploring the built and food environments. J R Soc Promot Health. 2006;126:262–7.

8. Hanson MA, Gluckman PD. Early developmental conditioning of later health and disease: physiology or pathophysiology? Physiological reviews. 2014;94:1027–76.

9. McPherson NO, Fullston T, Aitken RJ, Lane M. Paternal obesity, interventions, and mechanistic pathways to impaired health in offspring. Ann Nutr Metab. 2014;64:231–8.

10. Tanamas SK, Lean ME, Combet E, Vlassopoulos A, Zimmet PZ, Peeters A. Changing guards: time to move beyond body mass index for population monitoring of excess adiposity. QJM. 2015;Nov 1.

11. Eastwood SV, Tillin T, Dehbi HM, Wright A, Forouhi NG, Godsland I, et al. Ethnic differences in associations between fat deposition and incident diabetes and underlying mechanisms: the SABRE study. Obesity. 2015;23:699–706.

12. Lobstein T, Jackson-Leach R. Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. International Journal of Pediatric Obesity. 2006;1:33–41.

13. Pizzi MA, Vroman K. Childhood obesity: effects on children's participation, mental health, and psychosocial development. Occup Ther Health Care. 2013;27:99–112.

14. Pediatr ResMiller AL, Lee HJ, Lumeng JC. Obesity-associated biomarkers and executive function in children. Pediatr Res. 2015;77:143–7.

15. Litwin SE. Childhood Obesity and Adulthood Cardiovascular Disease: Quantifying the Lifetime Cumulative Burden of Cardiovascular Risk Factors. J Am Coll Cardiol. 2014;64:1588-90.

16. Nader PR, O'Brien M, Houts R, Bradley R, Belsky J, Crosnoe R, et al. Identifying risk for obesity in early childhood. Pediatrics. 2006;118:e594–e601.

17. Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS, Venn A, Burns TL, Sabin MA, et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. N Engl J Med. 2011;365:1876–85.

18. Kelsey MM, Zaepfel A, Bjornstad P, Nadeau KJ. Age-related consequences of childhood obesity. Gerontology. 2014;60:222–8.

19. Finkelstein EA, Graham WC, Malhotra R. Lifetime direct medical costs of childhood obesity. Pediatrics. 2014;133:854–62.

20. Muller-Riemenschneider F, Reinhold T, Berghofer A, Willich SN. Health-economic burden of obesity in Europe. Eur J Epidemiol. 2008;23:499–509.

21. Global reference list of 100 core health indicators. Geneva: World Health Organization, 2015.

22. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.

23. Hawkes C, Smith TG, Jewell J, Wardle J, Hammond RA, Friel S, et al. Smart food policies for obesity prevention. Lancet. 2015;385:2410–21.

24. Using price policies to promote healthier diets. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe, 2014.

25. Arantxa Colchero M, Popkin BM, Rivera JA, Nh SW. Beverage purchases from stores since the start of the Mexican sugar-sweetened beverage excise tax: a year out. BMJ. 2016;352:h6704.

26. Ebbeling CB, Feldman HA, Chomitz VR, Antonelli TA, Gortmaker SL, Osganian SK, et al. A randomized trial of sugar-sweetened beverages and adolescent body weight. N Engl J Med. 2012;367:1407–16.

27. de Ruyter JC, Olthof MR, Seidell JC, Katan MB. A trial of sugar-free or sugar-sweetened beverages and body weight in children. N Engl J Med. 2012;367:1397–406.

28. Popkin BM, Hawkes C. Sweetening of the global diet, particularly beverages: patterns, trends, and policy responses. Lancet Diabetes Endocrinol. 2015.

29. Powell LM, Chriqui JF, Khan T, Wada R, Chaloupka FJ. Assessing the potential effectiveness of food and beverage taxes and subsidies for improving public health: a systematic review of prices, demand and body weight outcomes. Obesity Reviews. 2013;14:110–28.

30. Hastings G, Stead M, McDermott L, Forsyth A, MacKintosh AM, Rayner M, et al. Review of research on the effects of food promotion to children – final report. Report to the Food Standards Agency. Glasgow: University of Strathclyde, Centre for Social Marketing, 2003.

31. McGinnis JM, Gootman JA, Kraak VI. Food marketing to children and youth. Threat or opportunity? Washington, DC: Institute of Medicine, National Academies Press; 2006.

32. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL, Swinburn BA, et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. Lancet. 2015;385:2510–20.

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

34. An R, Patel D, Segal D, Sturm R. Eating better for less: a national discount program for healthy food purchases in South Africa. American journal of health behavior. 2013;37:56–61.

35. Tremblay MS, Gray CE, Akinroye K, Harrington DM, Katzmarzyk PT, Lambert EV, et al. Physical activity of children: a global matrix of grades comparing 15 countries. Journal of physical activity & health. 2014;11:S113–25.

36. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization, 2010.

37. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC: World Cancer Research Fund, America Institute of Cancer Research, 2007.

38. LeBlanc AG, Spence JC, Carson V, Connor Gorber S, Dillman C, Janssen I, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0–4 years). Appl Physiol Nutr Metab. 2012;37:753–72.

39. Miller AL, Lumeng JC, LeBourgeois MK. Sleep patterns and obesity in childhood. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2015;22:41–7.

40. Taveras EM, Gillman MW, Pena MM, Redline S, Rifas-Shiman SL. Chronic sleep curtailment and adiposity. Pediatrics. 2014;133:1013–22.

41. Yu Z, Han S, Zhu J, Sun X, Ji C, Guo X. Pre-pregnancy body mass index in relation to infant birth weight and offspring overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2013;8:e61627.

42. Eriksson JG, Sandboge S, Salonen MK, Kajantie E, Osmond C. Long-term consequences of maternal overweight in pregnancy on offspring later health: findings from the Helsinki Birth Cohort Study. Ann Med. 2014;46:434–8.

43. Okubo H, Crozier SR, Harvey NC, Godfrey KM, Inskip HM, Cooper C, et al. Maternal dietary glycemic index and glycemic load in early pregnancy are associated with offspring adiposity in childhood: the Southampton Women's Survey. Am J Clin Nutr. 2014;100:676–83.

44. Poston L. Maternal obesity, gestational weight gain and diet as determinants of offspring long term health. Best practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. 2012;26:627–39.

45. Oken E, Levitan EB, Gillman MW. Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta-analysis. Int J Obes (Lond). 2008;32:201–10.

46. Janesick A, Blumberg B. Endocrine disrupting chemicals and the developmental programming of adipogenesis and obesity. Birth defects research Part C, Embryo today: reviews. 2011;93:34–50.

47. Temel S, van Voorst SF, Jack BW, Denktas S, Steegers EA. Evidence-based preconceptional lifestyle interventions. Epidemiologic Reviews. 2014;36:19–30.

48. Institute of Medicine and National Research Council. Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines. Washington DC: National Academies Press; 2009.

49. Hanson MA, Bardsley A, De-Regil LM, Moore SE, Oken E, Poston L, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) recommendations on adolescent, preconception, and maternal nutrition: "Think Nutrition First". Int J Gynecol Obstet. 2015;131:S213–S53.

50. Choi J, Fukuoka Y, Lee JH. The effects of physical activity and physical activity plus diet interventions on body weight in overweight or obese women who are pregnant or in postpartum: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Prev Med. 2013;56:351–64.

51. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr Suppl. 2015;104:30–7.

52. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Washington, DC: Pan American Health Organization and World Health Organization, 2002.

53. Mennella JA, Nicklaus S, Jagolino AL, Yourshaw LM. Variety is the spice of life: strategies for promoting fruit and vegetable acceptance during infancy. Physiol Behav. 2008;94:29–38.

54. Liem DG, Mennella JA. Sweet and sour preferences during childhood: role of early experiences. Developmental psychobiology. 2002;41:388–95.

55. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, et al. Interventions for preventing obesity in children. The Cochrane database of systematic reviews. 2011:CD001871.

56. School policy framework. Implementation of the WHO global strategy on diet, physcial activity and health. Geneva: World Health Organization, 2008.

57. Rasberry CN, Lee SM, Robin L, Laris BA, Russell LA, Coyle KK, et al. The association between school-based physical activity, including physical education, and academic performance: a systematic review of the literature. Prev Med. 2011;52 Suppl 1:S10–20.

58. Dietz WH, Baur LA, Hall K, Puhl RM, Taveras EM, Uauy R, et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. Lancet. 2015;385:2521–33.

59. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, et al. Interventions for treating obesity in children. The Cochrane database of systematic reviews. 2009:CD001872.

60. Spear BA, Barlow SE, Ervin C, Ludwig DS, Saelens BE, Schetzina KE, et al. Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. Pediatrics. 2007;120:S254–S88.

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

62. 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. Lancet. 2015;385:2534–45.

Appendice 1

La Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant

63. La prévalence de l'obésité du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent augmente dans de nombreux pays, les progressions les plus rapides étant observées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Si l'on n'intervient pas, les nourrissons et jeunes enfants obèses le resteront pendant le reste de l'enfance, l'adolescence et à l'âge adulte.

64. L'obésité de l'enfant est associée à un large éventail de complications sanitaires et à un risque accru d'apparition précoce de maladies, notamment le diabète et les cardiopathies. Il y a de nombreuses causes et solutions potentielles à ce problème. Néanmoins, comme pour toutes les stratégies de santé publique, la mise en œuvre présente de nombreuses difficultés. Ce n'est qu'en associant partenariats communautaires, soutien du gouvernement et recherche scientifique que l'on pourra élaborer et mettre en œuvre les meilleures recommandations, partout dans le monde.

65. Pour façonner une action globale contre l'obésité de l'enfant, le Directeur général de l'OMS a mis en place une Commission de haut niveau pour mettre fin à l'obésité de l'enfant, composée de personnalités éminentes venues de différents horizons. La Commission était chargée d'établir un rapport de consensus 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 mandats et stratégies existants en matière de prévention de l'obésité de l'enfant afin de s'en servir comme point de départ et de combler les lacunes. Ses travaux ont bénéficié du concours de deux groupes de travail spéciaux, l'un chargé des données scientifiques et des bases factuelles et l'autre de la mise en œuvre, du suivi et de la responsabilisation.

66. La Commission a tenu quatre réunions et, dans le cadre de ses méthodes de travail, a mené des consultations régionales avec les États Membres ainsi que des auditions d'acteurs non étatiques. Au cours de sa première réunion, tenue à Genève les 17 et 18 juillet 2014, elle a examiné le rapport de la première réunion du groupe de travail spécial sur les données scientifiques et les bases factuelles et mis au point sa méthode de travail.

67 Durant la deuxième réunion, tenue à Genève les 13 et 14 janvier 2015, la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant a pris connaissance du deuxième rapport du groupe spécial sur les données scientifiques et les bases factuelles et du premier rapport du groupe de travail spécial sur la mise en œuvre, le suivi et la responsabilisation, et rédigé propre rapport intérimaire. Celui-ci expliquait pourquoi il est nécessaire de combattre l'obésité de l'enfant et pourquoi les gouvernements doivent impérativement jouer un rôle de chef de file dans ce domaine. Le rapport intérimaire recensait également plusieurs mesures possibles pour lutter contre les environnements obésogènes, réduire le risque d'obésité moyennent une action sur les éléments critiques du cycle de vie, et prendre en charge les enfants obèses en vue d'améliorer leur santé actuelle et future.

68. Le rapport intérimaire a aussi servi de base à une consultation en ligne du 16 mars au 5 juin 2015. Quatre-vingt-une entités, y compris des États Membres, des organisations non gouvernementales, des fondations philanthropiques, des établissements universitaires, des chercheurs, des représentants du secteur privé et des personnes physiques ont soumis des commentaires concernant le rapport intérimaire.

69. La Commission a également organisé sept consultations régionales avec les États Membres :

les 22 et 23 octobre 2015 à Accra (Ghana) pour les pays de la Région africaine,

du 26 au 28 août 2015 à Mexico (Mexique) pour les pays de la Région des Amériques,

les 28 et 29 septembre 2015 à New Delhi (Inde) pour les pays de la Région de l'Asie du Sud-Est,

les 28 et 29 octobre 2015 à La Valette (Malte) pour les pays de la Région européenne,

les 2 et 3 juillet 2015 au Caire (Égypte) pour les pays de la Région de la Méditerranée orientale,

les 24 et 25 mars 2015 à Manille (Philippines) pour les pays continentaux de la Région du Pacifique occidental,

les 27 et 28 juillet 2015 à Auckland (Nouvelle-Zélande) pour les pays et territoires insulaires de la Région du Pacifique occidental.

70. La Commission a tenu sa troisième réunion les 22 et 23 juin 2015 à Hong Kong (Région administrative spéciale de la Chine). À cette occasion, elle a examiné les commentaires que les États Membres avaient communiqués sur le point 13.3 de l'ordre du jour de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ainsi que les informations issues des consultations en ligne, de la consultation régionale et des auditions avec les pays continentaux du Pacifique occidental. La Commission a également pris connaissance, par l'intermédiaire du Directeur général, du rapport de la deuxième réunion du groupe de travail spécial sur la mise en œuvre, le suivi et la responsabilisation ainsi que des données actualisées du groupe de travail spécial sur les données scientifiques et les bases factuelles.

71. À sa troisième réunion, la Commission a élaboré son projet de rapport final détaillant des orientations stratégiques éventuelles pour examen par les États Membres. Le projet de rapport final a servi de base à des consultations régionales pour la Région des Amériques, la Région de l'Asie du Sud-Est, la Région africaine et la Région européenne. Le rapport a également été mis à disposition en ligne entre septembre et novembre 2015, en vue de recueillir des commentaires auprès des parties prenantes concernées. Quatre-vingt-dix-huit contributions ont été reçues et examinées.

72. Suite à la période de consultations, la Commission a tenu sa quatrième réunion à Genève le 30 novembre et le 1er décembre 2015 en vue d'examiner les informations reçues, d'examiner les rapports des deux groupes de travail spéciaux et d'établir son rapport final. Le présent rapport final de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant sera présenté au Directeur général de l'OMS en janvier 2016.

Appendice 2

Membres de la Commission

Sir George Alleyne
Directeur émérite
Organisation panaméricaine de la Santé (OPS)

Dr Constance Chan Hon Yee
Directrice de la santé
Département de la santé
Hong Kong (Région administrative spéciale de la Chine)
Chine

Mme Helen Clark
Administratrice
Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)

Sir Peter Gluckman (co-président)
Conseiller scientifique principal du Premier Ministre de la Nouvelle Zélande et Liggins Institute University of Auckland
Nouvelle-Zélande

M. Adrian Gore
Fondateur et Président-Directeur général
Discovery Group
Afrique du Sud

Mme Betty King
Ancien Ambassadeur
Mission permanente des États-Unis d'Amérique auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Mme Nana Oye Lithur
Ministre du genre, des enfants et de la protection sociale
Ghana

Dr David Nabarro
Coordonnateur, mouvement « Renforcer la nutrition »
Représentant spécial du Secrétaire général pour la sécurité alimentaire et la nutrition
Coordonnateur de l'Équipe spéciale de haut niveau

Dr Sania Nishtar (coprésident)
Fondateur, Heartfile
Pakistan

Mme Paula Radcliffe
Athlète et parent
Royaume-Uni

Professeur Hoda Rashad
Professeur et Directeur de recherche
Social Research Center
American University in Cairo
Égypte

Professeur K. Srinath Reddy
Président
Public Health Foundation of India
Institute of Studies in Industrial Development (ISID) Campus
Inde

Dr Jacques Rogge
Président honoraire
Comité international olympique (CIO)
Suisse

Mme Sachita Shrestha
Défenseur de la jeunesse
Népal

Dr Colin Tukuitonga
Directeur général
Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS)
Nouvelle-Calédonie

= = =