



STRATÉGIES DE PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ DE L'ENFANT DANS LA POPULATION

RAPPORT D'UN FORUM ET D'UNE
RÉUNION TECHNIQUE DE L'OMS

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population : rapport du forum et de la réunion technique de l'OMS, Genève, 15-17 décembre 2009.

1.Obésité - prévention et contrôle. 2.Protection enfance. 3.Exercice physique. 4.Habitude alimentaire. 5.Service public santé. 6.Participation consommateurs. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 259934 3

(NLM classification: WD 210)

© Organisation mondiale de la Santé 2010

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent 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 lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La présente publication contient le rapport du Forum et Réunion technique de l'OMS sur les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population et ne représente pas nécessairement les décisions ni les politiques de l'Organisation mondiale de la Santé.

Imprimé en Suisse.

Table des matières

	Remerciements	4
	Abréviations	5
	Résumé d'orientation	6
1	Introduction	7
2	Stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population : théorie et pratique	9
	2.1 Prévalence de l'obésité de l'enfant	9
	2.2 La nécessité de stratégies s'appuyant sur la population pour s'attaquer à l'obésité de l'enfant	9
	2.3 Un cadre de mise en œuvre pour la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé	10
	2.4 Utilisation des données de surveillance pour soutenir l'élaboration des politiques	11
	2.5 Défis et priorités futures	12
	2.6 Relever les défis : choisir et mettre en œuvre les interventions	15
3	Lutter contre l'obésité de l'enfant : les expériences des pays et les enseignements tirés	16
	3.1 Stratégies nationales	16
	3.2 Stratégies régionales	19
	3.3 Partenariats public-privé	20
	3.4 Projets gérés par les organisations non gouvernementales et les centres collaborateurs de l'OMS	20
	3.5 Organisations internationales	22
4	Prévention de l'obésité de l'enfant : lignes directrices et domaines d'action	23
	4.1 Lignes directrices pour l'élaboration des politiques	23
	4.2 Domaines d'action pour prévenir l'obésité de l'enfant	26
5	Conclusions et prochaines étapes	28
	Références	32
	Annexe 1	34
	Liste des participants	
	• Représentants des établissements universitaires et instituts de recherche, des ministères de la santé et des organisations internationales	34
	• Représentants des organisations non gouvernementales et des partenariats public-privé	36
	• Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé	37
	Siège de l'OMS	37
	Bureaux régionaux de l'OMS	38
	Annexe 2	39
	Forum et réunion technique de l'Organisation mondiale de la Santé sur les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population, 15–17 décembre 2009 : Programme	

Remerciements

Le rapport de la réunion a été établi par Anne Marie Thow, avec le soutien de Timothy Armstrong, Vanessa Candeias, Sofie Randby et Godfrey Xuereb, du Département Maladies chroniques et promotion de la santé de l'OMS.

Le personnel de l'OMS dans les bureaux régionaux et au Centre OMS pour le développement sanitaire à Kobe (Japon), ainsi que d'autres collègues des Départements Maladies chroniques et promotion de la santé, Nutrition pour la santé et le développement, Santé de l'enfant et de l'adolescent, Prévention de la violence et du traumatisme et handicap, et Santé publique et environnement, basés au Siège de l'OMS, ont apporté de précieuses contributions à la réunion.

L'OMS souhaite également remercier les auteurs des documents de travail mis à disposition pour la réunion, en particulier le Dr B. Swinburn et ses collègues du Centre collaborateur de l'OMS pour la prévention de l'obésité de l'Université Deakin (Australie).

La réunion et l'élaboration du présent document ont bénéficié du soutien financier du Ministère français de la Santé et des Sports, et illustrent l'intérêt que porte celui-ci à un travail suivi de collaboration pour concevoir et mettre en œuvre des politiques et des programmes visant à soutenir la prévention de l'obésité de l'enfant. Nous l'en remercions vivement.

L'édition technique du rapport a été menée à bien par Mme Ann Morgan.

Crédits photo, couverture : Vanessa Collazos

Mise en page: Blossom Communications - www.blossoming.it

Abréviations

Les abréviations suivantes sont utilisées dans le rapport :

ACE	Assessing Cost-effectiveness (évaluation du rapport coût/efficacité)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Centres de lutte et prévention contre la maladie (États-Unis d'Amérique))
COSI	Childhood Obesity Surveillance Initiative (Initiative pour la surveillance de l'obésité de l'enfant)
GSHS	Global School-based Student Health Survey (Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves)
IASO	International Association for the Study of Obesity (Association internationale pour l'Étude de l'Obésité)
IMC	Indice de masse corporelle
UICC	Union internationale contre le Cancer
KKL	Kampala Kids League (Ouganda)
MNT	Maladies non transmissibles
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PNNS	Programme National Nutrition Santé (France)
TKL	The Kids League (Ouganda)
UE	Union européenne

Résumé d'orientation

D'ici la fin de 2010, on estime à 43 millions le nombre d'enfants de moins de cinq ans qui seront en surpoids. La prévention dans la population sera un élément essentiel des efforts visant à endiguer cette marée montante de l'obésité chez l'enfant, décrite par certains comme ayant atteint les proportions d'une épidémie. Il faut d'urgence un investissement stratégique afin de mettre en œuvre des programmes et des initiatives de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population qui soient efficaces et appropriés d'un point de vue culturel, et faire en sorte qu'ils s'adressent aussi aux groupes vulnérables, tels que les enfants atteints d'incapacités.

Le forum et la réunion technique de l'Organisation mondiale de la Santé sur les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population ont eu lieu en décembre 2009 ; leur objectif était d'établir les priorités pour concevoir des stratégies au niveau de la population qui permettront de prévenir l'obésité de l'enfant et de définir les rôles et les responsabilités des diverses parties prenantes. La réunion a également fourni une occasion unique pour les participants de partager leurs expériences et les enseignements tirés ; les exposés ont décrit un large éventail d'approches utilisées actuellement pour prévenir l'obésité, y compris des initiatives coordonnées aux niveaux régional et national, des projets s'appuyant sur le sport ou les écoles, des partenariats public-privé, et des stratégies appliquées au niveau mondial ou national pour fournir des ressources en vue des interventions. Bien que le présent rapport soit axé sur les conclusions auxquelles est parvenue la réunion, parmi lesquelles figurent une liste de principes directeurs pour l'élaboration des politiques et des programmes, ainsi que des exemples de domaines d'action, de brefs résumés des exposés présentés sont aussi inclus.

Il est généralement reconnu que les interventions globales et coordonnées qui soutiennent et facilitent l'exercice physique et une alimentation saine dans le cadre d'une approche reposant sur les déterminants sociaux de la santé représentent le meilleur moyen de prévenir l'obésité chez l'enfant. Il est essentiel que ce type d'interventions s'applique à l'ensemble de la population – dans divers lieux et par l'intermédiaire de multiples stratégies. Les mesures doivent embrasser les politiques, les programmes et la sensibilisation. Parmi les principes qui doivent guider les interventions afin de favoriser le changement des comportements figurent le soutien aux politiques, l'équité, la globalité, l'engagement multisectoriel, la transparence et le changement de l'environnement. Le suivi et la surveillance sont également essentiels pour appuyer une action efficace.

Les principales parties prenantes sont l'OMS, dont le rôle clé est de fournir un soutien technique, des outils et des ressources afin de soutenir l'action, et les gouvernements nationaux des États Membres, dont la responsabilité est d'assurer un rôle directeur, d'entreprendre le suivi et la surveillance, et de mettre en œuvre des interventions qui soient appropriées à la situation. Les organisations non gouvernementales, la société civile, les milieux universitaires et le secteur privé contribuent, le cas échéant, en élaborant et en mettant en œuvre les interventions, en assurant le suivi des progrès réalisés, en diffusant les informations sur les meilleures pratiques et en se faisant les avocats du changement. Parmi les défis à relever à l'avenir figurent le recensement des interventions appropriées présentant un bon rapport coût/efficacité, la détermination des priorités, la réduction au minimum des conflits d'intérêts et la garantie de la viabilité des programmes à long terme.

Pour toutes les parties prenantes, les prochaines étapes essentielles de la prévention sont l'extension des efforts de suivi et de surveillance, l'amélioration de la coordination des actions préventives et la création de plates-formes plus formelles pour le partage et l'échange d'information, en particulier pour ce qui est des interventions qui constituent les « meilleures pratiques ».

Introduction

Le forum et la réunion technique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population ont eu lieu à Genève (Suisse) du 15 au 17 décembre 2009. La réunion a été ouverte par le Dr Ala Alwan, Sous-Directeur général de l'OMS chargé des maladies non transmissibles et de la santé mentale.

Le forum et la réunion technique ont été organisés dans le cadre de la réponse apportée par l'OMS à l'épidémie mondiale de maladies non transmissibles. Ils s'inspirent des travaux antérieurs menés par les Départements de l'OMS, au Siège, ainsi que des travaux en cours dans les divers bureaux régionaux de l'Organisation.

En 2005, les maladies non transmissibles ont causé, selon les estimations, près de 35 millions de décès dans le monde, dont 80 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (1). À peine plus d'un quart (27 %) de tous les décès au cours de cette année 2005 ont été considérés comme des décès prématurés dus à des maladies non transmissibles évitables (2). La Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles de l'OMS (3) reconnaît le rôle joué par une mauvaise alimentation et l'absence d'exercice physique dans ces décès – la mauvaise alimentation et la sédentarité sont parmi les principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles – qui font plus particulièrement l'objet de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé de l'OMS (4). Ces deux stratégies, ainsi que le Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles (5), plus récent, constituent les fondations des travaux de l'OMS sur les maladies non transmissibles. La prévention de l'obésité¹ de l'enfant est une partie importante et intégrante des travaux de l'OMS dans ce domaine, et la question a été soulevée en tant que sujet de préoccupation majeure dans le cadre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (4).

Le forum et la réunion technique avaient pour objectif général de recenser les priorités auxquelles doivent s'attacher les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population, et de définir les rôles et responsabilités des diverses parties prenantes. Il s'agissait là d'une première étape dans le processus visant à élaborer des recommandations sur les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population.

La réunion avait les objectifs spécifiques suivants :

- examiner les déterminants de l'obésité de l'enfant et en discuter ; et étudier les conséquences en termes de planification des politiques et des programmes, et d'évaluation ;
- examiner les politiques et programmes de prévention de l'obésité de l'enfant et en débattre, en mettant en lumière les points forts et les points faibles ; analyser comment surmonter les obstacles sur la voie de la réussite et comment transposer à une plus grande échelle et de manière durable les initiatives qui sont un succès ;
- examiner les rôles et les responsabilités des diverses parties prenantes dans le cadre des stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population et en débattre.

La réunion a été organisée en combinant à la fois des séances plénières et des discussions en groupes de travail. Les séances plénières ont porté sur des sujets tels que les déterminants sociaux et environnementaux sous-jacents de l'obésité de l'enfant, l'importance de la surveillance et des partenariats, les stratégies régionales et nationales de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population et de prévention de l'obésité des enfants atteints d'incapacités. Des séances organisées en parallèle et dirigées par un animateur ont permis à des groupes de travail d'aborder l'utilisation de la surveillance dans la planification des programmes, le travail avec des acteurs non gouvernementaux, et l'obésité et l'inégalité. Deux séances ultérieures en groupes de travail ont permis d'examiner la question des environnements et des politiques favorables et d'en débattre.

¹ Sauf mention contraire, par "obésité de l'enfant", on entend à la fois le surpoids et l'obésité des enfants, c'est-à-dire un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25, selon la définition donnée par les normes internationales de croissance de l'enfant révisées (6), équivalent à un IMC de 25 ou plus chez l'adulte.

Le présent document expose les résultats des discussions dans le cadre des groupes de travail et inclut un ensemble de principes directeurs pour l'élaboration de politiques et de programmes relatifs à l'obésité de l'enfant, ainsi que des exemples de domaines d'action (voir la partie 4). Il comporte également des résumés des exposés sur les expériences des pays en matière d'interventions de prévention qui ont été présentés lors de la réunion (voir la partie 3).

Parmi les participants figuraient des représentants des ministères de la santé, des organisations non gouvernementales, des organisations internationales pour la santé et des associations de consommateurs, des partenariats public-privé et des établissements universitaires (voir l'annexe 1). On trouvera à l'annexe 2 le programme complet de la réunion, ainsi que des informations détaillées sur les discussions en groupe.

Stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population : théorie et pratique



2.1 Prévalence de l'obésité de l'enfant

Le surpoids et l'obésité figurent désormais au cinquième rang des risques mondiaux de mortalité. En outre, 44 % de la charge du diabète, 23 % de la charge des cardiopathies ischémiques et entre 7 % et 41 % de la charge de morbidité de certains cancers peuvent être attribués au surpoids et à l'obésité (7). L'obésité a des conséquences négatives sur la santé dans l'enfance, ainsi qu'à long terme. Outre un risque plus élevé d'obésité et de maladies non transmissibles à un âge plus avancé, on trouve chez les enfants atteints d'autres effets indésirables tels que des difficultés respiratoires, un risque accru de fractures, de l'hypertension, des marqueurs précoces des maladies cardio-vasculaires, une résistance à l'insuline et des effets psychologiques (8–10).

La progression de l'obésité chez l'enfant au cours de la dernière décennie est catastrophique. On estime qu'en 2010, 43 millions d'enfants de moins de cinq ans seront en surpoids (11). Bien que les estimations actuelles laissent penser que le taux d'obésité dans les pays développés est le double de celui des pays en développement, en nombre absolu, la prévalence est beaucoup plus importante dans les pays en développement. Le nombre d'enfants en surpoids/obèses dans ces pays est estimé à 35 millions, alors qu'ils sont 8 millions dans les pays développés.

2.2 La nécessité de stratégies s'appuyant sur la population pour s'attaquer à l'obésité de l'enfant

Une fois que les enfants (et les adultes) sont obèses, il leur est souvent difficile de perdre du poids en pratiquant une activité physique et en ayant une alimentation saine. Prévenir le gain de poids dès le plus jeune âge, c'est-à-dire dans l'enfance, est par conséquent considéré comme une stratégie qui permettra d'obtenir des effets bénéfiques pour la santé à long terme. Dans plusieurs pays, l'expérience a démontré qu'il est possible de réussir à prévenir l'obésité et à obtenir un changement des comportements au cours de l'enfance grâce à une combinaison de mesures dans la population, qui seront mises en œuvre à la fois au niveau national et dans le cadre d'approches locales axées sur des environnements spécifiques, en particulier dans le cadre des programmes scolaires et communautaires (12, 13).

Les stratégies de prévention dans la population cherchent à modifier la norme sociale en favorisant le développement des comportements sains et une réduction des risques sanitaires. Elles passent par un transfert de la responsabilité de lutter contre les risques sanitaires de l'individu vers les gouvernements et les ministères de la santé, reconnaissant par là le fait que les facteurs socio-économiques contribuent fortement à la maladie (7). Les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population cherchent ainsi à soutenir et à faciliter un plus grand niveau d'exercice physique et une alimentation plus saine dans le cadre d'une approche reposant sur « les déterminants sociaux de la santé ». En conséquence, il est essentiel que les interventions pour la prévention de l'obésité concernent l'ensemble de la population, soient mises en place dans divers environnements et à de multiples niveaux de gouvernance. Bien que les interventions

locales permettent que les mesures soient adaptées afin de répondre à un contexte particulier ou à un problème de nature spécifique, seule une supervision (et un financement) au niveau national peut garantir l'efficacité et la pérennité des actions au niveau de la population.

Les principaux éléments qui composent une approche de la prévention de l'obésité de l'enfant s'appuyant sur la population sont le soutien à la formulation des politiques, les systèmes de suivi, la transposition des connaissances et une stratégie pour intégrer les données factuelles à l'élaboration des programmes à plusieurs niveaux. Bien que l'importance de la prévention de l'obésité de l'enfant soit désormais largement reconnue, à ce jour, les interventions ont eu tendance à cibler uniquement des populations limitées ou des sous-groupes de population, principalement dans les pays développés. Même si bon nombre de ces interventions ont permis d'obtenir des résultats prometteurs, les travaux de coordination visant à les recenser et à élargir leur portée afin de prévenir l'obésité au niveau de la population dans son ensemble ont été rares.

2.3 Un cadre de mise en œuvre pour la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé

Le modèle schématique mis au point par l'OMS pour le suivi de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé peut servir de base à un cadre d'action pour la prévention de l'obésité de l'enfant (Figure 1)². Le cadre de mise en œuvre (14) vise à expliquer comment des environnements propices, des politiques favorables et des programmes pertinents peuvent soutenir et influencer le changement des comportements dans une population et avoir des effets bénéfiques à long terme sur le plan environnemental, social, sanitaire et économique. Le cadre indique également comment le suivi et l'évaluation peuvent être intégrés au processus permettant de faciliter le changement de comportement. Comme il est indiqué dans le Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles (5), l'élément suivi et évaluation constitue le fondement de la sensibilisation, de l'élaboration des politiques et de l'action.

Le modèle reconnaît qu'une prévention efficace de l'obésité passe par une action menée par de multiples parties prenantes, coordonnée et supervisée conformément à une stratégie au niveau national. Les principales parties prenantes sont les pouvoirs publics aux niveaux national (y compris la coopération intergouvernementale par l'intermédiaire des forums mondiaux), régional et local, les organisations non gouvernementales et la société civile, les milieux universitaires et le secteur privé. Les ministères de la santé jouent un rôle essentiel dans la coordination des partenariats.

Outre une coordination par de multiples parties prenantes, il faut, pour une prévention efficace dans la population, disposer de la bonne combinaison d'approches en amont, d'approches intermédiaires et d'approches en aval qui permettront un changement environnemental qui favorisera des comportements sains (c'est-à-dire un changement structurel qui fait que les choix sains deviennent les choix faciles). Les approches en amont (ou socio-écologiques) visent à façonner les environnements économiques, sociaux et physiques (à la fois construits et naturels) ; les approches intermédiaires (ou portant sur le mode de vie) visent à influencer directement le comportement (en conduisant à une réduction de l'apport énergétique et à une augmentation de l'exercice physique) ; et les approches en aval (services de santé) soutiennent les services de santé et les interventions cliniques (15, 16).

² Disponible à l'adresse suivante: www.who.int/dietphysicalactivity/M&E-French-2009.pdf.

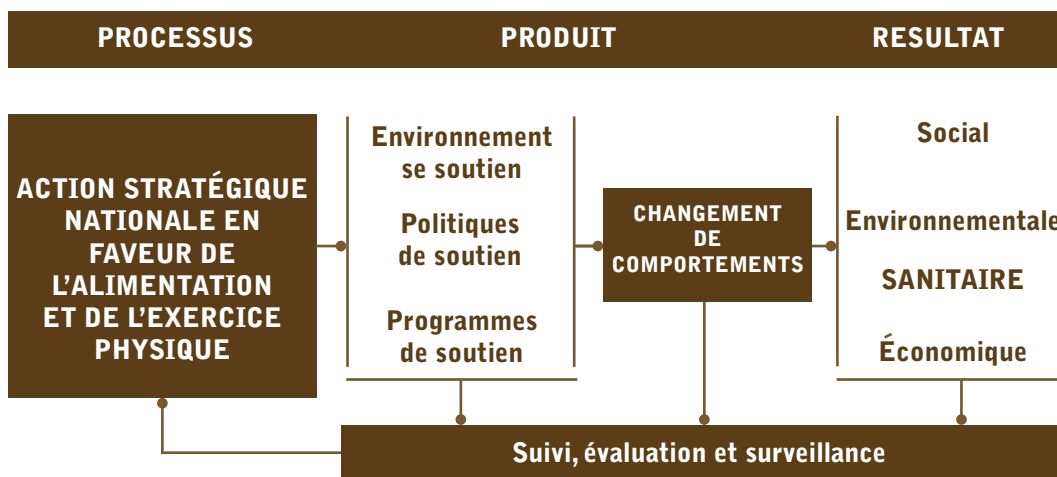


Figure 1: Cadre de mise en œuvre de la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé

2.4 Utilisation des données de surveillance pour soutenir l'élaboration des politiques

Les exposés résumant les progrès accomplis récemment dans l'élaboration d'un certain nombre d'outils de surveillance et leur application possible à la planification des politiques pour la prévention de l'obésité ont été accueillis avec intérêt par les participants à la réunion. Parmi ces activités figurent les travaux de l'OMS sur l'élaboration de normes de croissance et l'enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves.

Les normes OMS révisées de croissance de l'enfant, adaptées aux nourrissons et aux enfants âgés de 0 à 60 mois, ont été publiées en avril 2006 (6). En novembre 2009, elles avaient été mises en œuvre dans 106 pays, et 63 autres pays débattent actuellement de leur adoption. Les normes révisées s'inspirent des résultats de l'étude multicentrique de l'OMS sur la référence de croissance des enfants, qui a permis de recueillir des données primaires sur la croissance et d'autres informations connexes auprès d'un échantillon représentatif de nourrissons allaités et de jeunes enfants en bonne santé venant de milieux ethniques et culturels très différents dans six pays du monde.

Les normes fournissent non seulement un outil amélioré pour l'évaluation de la croissance, mais offrent aussi une plus grande cohérence dans le cadre de l'adoption par les pays de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (17). Elles permettent aussi d'assurer le suivi du double fardeau de la malnutrition (c'est-à-dire du retard de croissance et du surpoids) moyennant la mesure de la taille et de l'IMC, d'harmoniser les systèmes d'évaluation de la croissance à l'intérieur d'un même pays et d'un pays à l'autre, et elles joueront un rôle clé dans la détection précoce du surpoids et de l'obésité chez l'enfant. On espère que ces normes serviront de pierre angulaire aux activités de sensibilisation, de mise en œuvre et d'évaluation des objectifs et des indicateurs en matière de santé.

Un autre outil de surveillance pouvant être utilisé dans le monde entier, l'enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves (GSHS), a également été présenté dans le cadre de la réunion. Mis au point par l'OMS en collaboration avec les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, cet outil est conçu pour aider les pays à mesurer et à évaluer les comportements en matière de santé et les facteurs protecteurs chez les jeunes âgés de 13 à 15 ans. Il s'appuie sur un questionnaire à remplir soi-même, dont le coût est relativement peu élevé, qui peut être utilisé pour obtenir des informations dans dix domaines clés ayant un lien avec les principales causes de morbidité et de mortalité.

À ce jour, 57 pays ont entrepris des enquêtes sur la santé des élèves. Les informations rassemblées sur la taille et le poids, les comportements alimentaires (consommation de fruits/légumes, consommation de boissons sucrées, fréquentation des fast-foods) et l'exercice physique (activité physique générale, trajet scolaire, cours d'éducation physique, temps passé assis) se sont révélées particulièrement utiles pour l'élaboration de politiques et de programmes de prévention en milieu scolaire.

Selon la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité, seuls près de 25 % des États Membres de la Région européenne de l'OMS ont validé les données de prévalence nationales relatives au surpoids ou à l'obésité chez les enfants (âgés de moins de 10 ans). En outre, les outils de mesure et les calculs des données anthropométriques ne sont pas normalisés dans l'ensemble de la Région, ce qui rend difficiles le suivi des tendances au cours du temps, les comparaisons au niveau international et l'évaluation de l'efficacité des interventions. Pour réagir face à ces conclusions et répondre aux demandes d'orientation émanant des États Membres, le Bureau régional OMS de l'Europe a lancé l'Initiative pour la surveillance de l'obésité chez l'enfant (COSI) dans la Région européenne. Ce nouveau système vise à mesurer l'évolution du surpoids et de l'obésité, des habitudes alimentaires et de l'exercice physique chez les enfants des écoles primaires à deux ans d'intervalle, en utilisant des échantillons représentatifs au niveau national des enfants âgés de 6, 7, 8 et/ou 9 ans. Les premières données ont été recueillies au cours de l'année scolaire 2007-2008.

L'expérience des Émirats arabes unis a démontré concrètement et de manière utile l'intérêt de l'utilisation de données de surveillance pour orienter les politiques en matière de santé publique au niveau national. Les systèmes de notification systématique qui sont en place dans les hôpitaux, les centres de soins et les écoles, les enquêtes périodiques sur la santé et la nutrition au niveau national ainsi que les registres tenus au niveau national pour le diabète, le cancer et les maladies cardio-vasculaires ont permis d'obtenir des données précieuses qui ont été utilisées pour adopter et mettre en place des changements dans la prestation des services de santé et mesurer l'impact de ces services. Sur la base des données de surveillance, des changements ont été apportés à la structure institutionnelle du ministère de la santé (des comités nationaux et un département responsable des maladies non transmissibles ont été créés), et plus récemment les données disponibles sur la prévalence des maladies et des risques sanitaires ont été utilisées pour concevoir les campagnes nationales relatives à l'obésité, au diabète et à l'exercice physique.

2.5 Défis et priorités futures

Des difficultés importantes subsistent tout au long du processus de planification – de mise en œuvre – et d'évaluation des interventions de prévention de l'obésité de l'enfant, et il est possible, en accordant une attention particulière à chacune de ces difficultés, de contribuer à améliorer les résultats. On trouvera ci-après un résumé des principales difficultés rencontrées et des éléments importants à prendre en considération lorsqu'il s'agit d'élaborer des stratégies s'appuyant sur la population pour prévenir l'obésité de l'enfant ; ils ont été recensés par les participants à la réunion.

Mondialisation

La mondialisation des systèmes d'alimentation a créé d'un point de vue économique et social les facteurs catalyseurs de l'obésité par les changements qu'elle a entraînés dans l'approvisionnement alimentaire et les régimes alimentaires individuels. Parmi ces catalyseurs économiques et sociaux figurent l'urbanisation, la libéralisation des marchés, les médias transfrontières et les transitions culturelles ainsi qu'une plus grande disponibilité d'aliments très énergétiques. La mondialisation va de pair avec l'intensification de la production, du commerce, de la distribution et du marketing des produits alimentaires, qui a abouti à un approvisionnement en aliments plus sûr et plus fiable dans de nombreuses parties du monde mais, dans le même temps, à une plus grande disponibilité, à un moindre coût, d'aliments très énergétiques mais pauvres en micronutriments. Elle s'est aussi traduite par un moindre contrôle des approvisionnements en produits alimentaires et des prix de ceux-ci dans les pays, ce qui accroît la vulnérabilité des populations à faible revenu, en particulier des populations urbaines défavorisées. En conséquence, les choix alimentaires des enfants se

font généralement dans un environnement où les aliments très énergétiques – mais faibles en micronutriments – sont facilement disponibles, relativement bon marché et commercialisés à grande échelle. L'augmentation du commerce des produits alimentaires et le moindre contrôle exercé sur les approvisionnements en aliments et les prix de ceux-ci peuvent aussi avoir une incidence sur les marchés locaux, les populations rurales devenant plus vulnérables à l'insécurité alimentaire.

Une difficulté manifeste de la conception des stratégies visant à prévenir l'obésité de l'enfant réside dans la nécessité de redéfinir l'apport alimentaire considéré comme sain en mettant l'accent à la fois sur la quantité et sur la qualité afin de traiter le problème de la dénutrition comme celui de l'obésité chez les enfants, puisque de nombreux pays connaissent ce double fardeau.

Un élément important à prendre en compte lors de la conception des stratégies tient aux liens existant entre les objectifs de nutrition pour la santé publique et la viabilité d'un point de vue environnemental. Toute nouvelle stratégie doit s'efforcer de parvenir à une situation qui présente des avantages à la fois pour la santé publique et pour la pérennité de l'environnement.

Urbanisation

L'urbanisation est souvent considérée comme un obstacle aux modes de vie sains. Toutefois, une plus forte prévalence de l'obésité comme d'autres facteurs de risque des maladies non transmissibles sont associés à la fois à la vie dans les zones urbaines et dans les zones rurales. Ainsi, c'est la nature de l'urbanisation et/ou la ville elle-même plutôt que l'urbanisation en soi qui a une incidence sur l'évolution de l'obésité et des maladies. L'urbanisation peut très bien faire partie de la solution si les autorités locales s'emploient à promouvoir une vie active et enrichissante dans leurs villes.

Aspects socio-économiques et démographiques

Des études menées dans les pays à revenu élevé ont montré que la prévalence de l'obésité est plus élevée chez les enfants des groupes socio-économiques les moins favorisés. La même relation inverse entre situation socio-économique et obésité est constatée dans la plupart des populations. Quel que soit le pays, les inégalités dans les revenus et la proportion d'enfants vivant dans une relative pauvreté sont associées à une plus forte prévalence du surpoids, quel que soit le niveau absolu de revenu.

Certaines données factuelles laissent penser que les programmes visant à prévenir l'obésité de l'enfant peuvent être davantage bénéfiques pour les enfants des groupes socio-économiques les plus favorisés que pour ceux des familles et des milieux les plus pauvres. Le plus faible engagement des parents provenant des milieux socio-économiques les moins favorisés dans les programmes et les manifestations scolaires peut contribuer à cette disparité dans les faits. Afin d'éviter l'aggravation des inégalités socio-économiques, il peut être nécessaire de recourir à des interventions ciblées. Toutefois, il est probable que ce type de programmes nécessitera davantage de ressources.

L'âge auquel surviennent les inégalités doit aussi être pris en considération dans le cadre de la planification des programmes à venir. Étant donné que davantage de femmes commencent une grossesse alors qu'elles sont atteintes d'obésité, la prévalence du diabète gestationnel est en augmentation, avec des conséquences négatives sur la croissance de l'enfant. Dans certains pays, en particulier les pays en transition, une stagnation des taux d'allaitement maternel a été constatée, et des conséquences sur l'obésité de l'enfant lui sont associées. Il est par conséquent primordial d'avoir une approche de la prévention de l'obésité qui englobe toutes les étapes de la vie.

Des variations dans la prévalence de l'obésité ont été constatées d'un groupe ethnique à l'autre au sein d'un même pays. Les moyennes nationales peuvent fréquemment cacher des scénarios à haut risque ou des modèles divergents pour les populations immigrantes ou minoritaires. On constate également fréquemment, dans la prévalence de l'obésité, des différences entre hommes et femmes qu'il convient de prendre en compte lors de la planification des programmes.

³ Selon la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, adoptée en décembre 2006, « par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités des physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».

L'obésité chez les enfants handicapés

Le risque d'obésité est généralement beaucoup plus élevé chez les enfants handicapés³ que dans la population générale. L'une des raisons de cette vulnérabilité accrue face à l'obésité tient au fait que les enfants handicapés sont confrontés à des obstacles structurels importants à l'exercice physique. Parmi ces obstacles figurent la difficulté d'accéder aux installations et le manque de connaissances, chez les enfants, les personnes qui s'en occupent ou les professeurs, quant à leurs capacités en matière d'exercice physique, ainsi que des facteurs familiaux tels que les contraintes financières et le manque de temps. En outre, les personnes handicapées ont souvent des niveaux d'activité physique plus faibles, des déficiences des capacités motrices, une absence de motivation, un comportement de retrait, ou souffrent d'incapacités physiques (par exemple les amputés, les personnes atteintes de spina bifida ou de déficiences motrices cérébrales) parmi diverses autres affections (par exemple les enfants atteints du syndrome de Down sont prédisposés aux problèmes cardiaques ; les enfants atteints de diabète peuvent devenir aveugles), et certains ont besoin de médicaments qui peuvent entraîner une prise de poids.

La Convention relative aux droits des personnes handicapées, adoptée en décembre 2006, établit que le handicap relève des droits de l'homme et a des implications d'intérêt générale pour le développement social ; elle invite les gouvernements à permettre aux personnes handicapées de participer, sur la base du principe d'égalité avec les autres, aux activités récréatives et sportives. Un élément important à prendre en considération lors de l'élaboration des stratégies pour prévenir l'obésité de l'enfant est par conséquent la nécessité de veiller à encourager et favoriser la participation des personnes handicapées aux activités sportives ordinaires à tous les niveaux. Il faudra dans certains cas adapter l'exercice physique dans des domaines tels que l'éducation physique, le sport, la danse, les activités et les arts récréatifs, la nutrition, la médecine et la réadaptation, ce qui à nouveau nécessite une formation appropriée des professionnels chargés des soins aux enfants handicapés. Il est aussi nécessaire de privilégier les soins communautaires plutôt que les soins institutionnels.

Rapport coût/efficacité

Le peu de données factuelles disponibles pour témoigner de l'efficacité des interventions dans la modification des modes de vie et la réduction de la prévalence de l'obésité reste un obstacle majeur à la prise de décision reposant sur des données factuelles. Une analyse par modèle des interventions possibles pour prévenir les maladies chroniques en améliorant l'alimentation et en augmentant l'exercice physique, qui a été entreprise conjointement par l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE) et l'OMS, permet de penser que les effets sont limités si les interventions ciblent des déterminants pris séparément ou visent de manière restreinte des groupes d'individus, tandis que des approches combinées qui visent des déterminants multiples peuvent s'avérer plus efficaces et plus avantageuses. La même analyse a également montré que, bien que certaines des interventions présentant le meilleur rapport coût/efficacité soient entreprises en dehors du secteur de la santé, ce sont les systèmes de santé qui peuvent avoir le plus fort impact sur l'obésité et les maladies chroniques apparentées en ciblant les personnes qui courent le plus grand risque. La plupart des interventions présentent un bon rapport coût/efficacité et ont un impact satisfaisant en termes de répartition en réduisant les inégalités entre les groupes socio-économiques, mais les effets de ces interventions peuvent être longs à obtenir. Cela est particulièrement vrai des interventions visant les enfants (18).

Dans le même ordre d'idées, un projet d'évaluation du rapport coût/efficacité des interventions relatives à l'obésité (ACE), qui a été mené à Victoria (Australie) (19), a permis de comparer 13 interventions spécifiques visant à prévenir un gain de poids néfaste à la santé chez les enfants et les adolescents, en évaluant leur impact potentiel (l'instrument de mesure étant la réduction escomptée en unités d'IMC par personne), la taille de la population atteinte par l'intervention, les avantages sanitaires qui en résultent pour la population dans son ensemble (mesurés en années de vie corrigées de l'incapacité ou épargnées) et le coût de l'intervention. Cette analyse a permis de constater que les meilleurs résultats pour prévenir l'obésité chez l'enfant sont sans doute obtenus par la « réduction de la publicité télévisée des aliments et boissons à forte teneur en graisses et/

ou en sucres destinés aux enfants », « le cerclage gastrique ajustable par laparoscopie » et « les programmes en milieu scolaire diversifiés comportant un élément d'éducation physique active ».

Dans les deux cas, la nécessité de ressources disponibles dès le départ peut favoriser l'adoption d'approches impliquant de multiples parties prenantes afin que les coûts ne reposent pas uniquement sur les budgets publics. L'utilisation des structures existantes pour la mise en œuvre des programmes peut être un autre moyen de limiter les coûts.

2.6 Relever les défis : choisir et mettre en œuvre les interventions

Les lieux ou environnements appropriés pour intervenir afin de prévenir l'obésité chez l'enfant sont les écoles (y compris les activités périscolaires), les foyers et les communautés, et les établissements de soins (13). Il convient de suivre une stratégie afin de mettre en œuvre des programmes de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population qui soient efficaces et adaptés d'un point de vue culturel, et en particulier de veiller à ce qu'ils incluent les groupes vulnérables, tels que les enfants handicapés. Comme il a été souligné plus haut, la prise en compte des éventuelles différences dans les résultats et de la capacité de tels groupes à participer doit faire partie intégrante de l'élaboration et de la planification des politiques et des programmes, idéalement dès le stade initial.

Étant donné la variété des choix possibles, trouver la bonne approche, ou plutôt la bonne combinaison d'approches, pour prévenir l'obésité de l'enfant dans un contexte donné reste le principal défi à relever. La prise en compte des facteurs propres au pays ou à la communauté, tels que la disponibilité des ressources et/ou les différences socio-économiques dans la prévalence de l'obésité, représenteront certainement une partie non négligeable du processus de décision. L'expérience a montré que l'utilisation de processus et d'outils transparents, éprouvés et testés pour la définition des priorités, peut être particulièrement bénéfique à cet égard.

Veiller à un engagement transparent et efficace avec les parties prenantes extérieures au gouvernement est également apparu comme un facteur important susceptible d'influer sur le succès ou non de la mise en œuvre des programmes. Les approches qui contribuent à réduire au minimum les conflits d'intérêts prévoient notamment la disponibilité publique des informations sur les partenariats et la divulgation obligatoire des éventuels conflits d'intérêts.

La mise en œuvre efficace des programmes et la viabilité de ceux-ci sont deux autres éléments essentiels pour une prévention efficace de l'obésité, mais elles peuvent être entravées par le manque de ressources et/ou une planification à court terme. Une planification et une budgétisation à long terme, ainsi que le recensement des interventions présentant un bon rapport coût/efficacité peuvent améliorer à la fois l'efficacité de la mise en œuvre et la viabilité à long terme des programmes. Pour assurer une viabilité à long terme, il est nécessaire de faire preuve d'innovation dans le financement : concevoir des stratégies permettant de dissocier le financement du secteur privé de la fixation des orientations et du choix des interventions peut être une solution.

En dernier lieu, le rôle important du suivi et de l'évaluation des politiques et des programmes a été souligné ; ces fonctions sont essentielles pour déterminer si oui ou non les interventions permettent d'atteindre les objectifs souhaités. La question de la sélection des indicateurs pertinents et appropriés qui permettront de mesurer à la fois les progrès à court terme et à long terme vers la réalisation des objectifs des programmes reste un sujet de préoccupation, mais il est permis d'espérer que le cadre de mise en œuvre de l'OMS pour la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (voir section 2.3) fournira à l'avenir une base utile pour l'élaboration d'indicateurs.

Lutter contre l'obésité de l'enfant : les expériences des pays et les enseignements tirés

3

La réunion a permis aux participants de partager leurs expériences dans le domaine de la prévention de l'obésité. Les exposés ont reflété la grande variété des différentes approches utilisées, notamment des interventions dans des lieux divers et par différents groupes de parties prenantes. Les exemples au niveau national montrent que les gouvernements peuvent soutenir et coordonner l'action dans un certain nombre de domaines – depuis le changement des politiques et les campagnes de mobilisation/sensibilisation du public jusqu'à la mise en œuvre des différents programmes. Les programmes régionaux décrits démontrent qu'il est possible de tirer parti d'une collaboration pour l'élaboration des politiques et la mobilisation des ressources. En particulier, l'exemple des petits États insulaires en développement du Pacifique et des Caraïbes atteste des avantages d'une telle collaboration dans les lieux où les ressources sont limitées. L'exemple novateur de l'EPODE (Ensemble, Prévenons l'Obésité des Enfants), un partenariat public-privé mis en place en France, et les projets menés par les organisations non gouvernementales et les centres collaborateurs de l'OMS, qui ont permis de soutenir des projets ciblés, illustrent le rôle potentiel que peuvent jouer les parties prenantes extérieures au gouvernement. En dernier lieu, le programme de l'Union internationale contre le Cancer démontre les avantages d'un partage des ressources au niveau mondial.

3.1 Stratégies nationales

Bénin

L'initiative visant à promouvoir la santé dans les écoles au Bénin, intitulée « École promotrice de la santé » cherche à réduire la prévalence des maladies non transmissibles en modifiant les facteurs de risque. Le programme, qui est actuellement dans sa phase pilote, est financé à la fois par l'intermédiaire du budget national et du département de la nutrition, et reçoit un soutien technique de l'université et de l'OMS. La participation à cette initiative est volontaire, mais les enseignants et le personnel des écoles participantes doivent assister à une formation (au niveau de l'école ou du district) afin d'être davantage sensibilisés et de mieux comprendre ce que l'on entend par une école saine, quels sont les meilleurs moyens de favoriser la santé et les avantages obtenus. Les écoles participantes sont tenues d'élaborer un plan d'action, décrivant leurs intentions dans les domaines clés : les politiques de soutien, un programme pour la santé, les services sanitaires, un environnement scolaire sûr et la participation de la communauté. Les écoles entrent en compétition les unes avec les autres et pour l'obtention de médailles (bronze, argent, or) qui leur sont décernées en reconnaissance des résultats atteints. Les écoles font aussi l'objet d'une évaluation externe portant sur les résultats de chaque école par rapport à son plan d'action initial.

Chili

Au Chili, le fardeau de l'obésité de l'enfant est combattu grâce à la Stratégie globale contre l'obésité (EGO), une initiative nationale visant à réduire la prévalence de l'obésité dans l'ensemble du pays. Plusieurs politiques et mesures intersectorielles ont été adoptées afin de maximiser l'impact de la Stratégie sur les enfants. Il s'agit de nouvelles mesures de réglementation sur le contenu des produits alimentaires, la sécurité et la commercialisation, les programmes scolaires, les interventions dans le domaine des soins primaires, les programmes

d'éducation communautaire et les campagnes d'information. Les premiers résultats laissent penser que l'obésité de l'enfant a commencé à diminuer et que les interventions utilisées sont viables pour le pays.

Angleterre

Depuis la publication du rapport Foresight sur l'obésité, l'Angleterre a investi £372 millions dans une approche globale visant à combattre l'obésité. Dans le souci de parvenir à un changement des comportements individuels, la stratégie intitulée « Un poids sain pour des vies saines : une stratégie intergouvernementale pour l'Angleterre » (« Healthy Weight, Healthy Lives: A Cross-Government Strategy for England ») axe ses efforts sur les points suivants :

- les enfants : une croissance saine et un poids sain ;
- la promotion de choix alimentaires plus sains ;
- l'intégration de l'exercice physique dans la vie de tous les jours ;
- la création de mesures d'incitation pour une meilleure santé ;
- des mesures de conseil et de soutien personnalisées.

Parmi les mesures introduites pour atteindre ces objectifs stratégiques figurent des modifications dans les politiques nationales (par exemple un soutien accru à la surveillance, l'introduction d'interdictions concernant les publicités pour les aliments nocifs pour la santé, et les campagnes de marketing social) ; des changements dans l'approvisionnement alimentaire (par exemple la mise au point d'un code pour une alimentation saine, l'introduction d'un étiquetage sur le devant des emballages, les restrictions à l'implantation d'établissements de restauration rapide près des écoles et des parcs, un approvisionnement accru en fruits et légumes frais dans les magasins des zones défavorisées) ; l'élaboration d'un plan national d'exercice physique (associé aux Jeux Olympiques de 2012 et réalisé moyennant des investissements pour des villes plus saines qui montreront la voie afin d'améliorer le cadre bâti) ; et l'amélioration de la prestation de services de santé liés à la nutrition (par exemple étude sur le bien-être du personnel de la fonction publique, encouragement à l'établissement de rapports sur la santé et le bien-être du personnel, conseils sur la perte de poids, registre national des services de prise en charge du poids chez l'enfant, ou évaluation du risque de maladie cardio-vasculaire chez les adultes). Le projet est dirigé par une équipe intergouvernementale et fournit des ressources (sous la forme d'une « boîte à outils ») pour les responsables des services locaux et prévoit le partage des connaissances. Les partenariats au sein du gouvernement ont été renforcés afin de lever des fonds et d'intégrer les projets aux stratégies et programmes existants.

France

L'objectif du Programme National Nutrition Santé (PNNS) de la France est d'améliorer l'état de la santé de la population en agissant sur l'un de ses principaux déterminants, à savoir la nutrition. Le Programme est coordonné par le Ministère de la Santé et des Sports, et est régi par un groupe de parties prenantes qui se réunissent régulièrement (habituellement chaque mois). D'un point de vue stratégique, le Programme repose sur la liberté individuelle combinée à la responsabilité sociale – il vise à stimuler la liberté de choix (par l'information, l'éducation et la communication) dans le cadre d'environnements physiques et alimentaires propices à la santé conçus de telle façon que les choix sains sont les choix les plus faciles.

Un certain nombre d'outils ont été mis au point pour être utilisés par divers groupes cibles, parmi lesquels figurent les professionnels de la santé, et le Programme est soutenu par une série de campagnes de marketing social. Dans les établissements scolaires, un certain nombre de mesures visant à améliorer l'approvisionnement en denrées alimentaires ont été introduites, y compris des améliorations dans les cantines scolaires, la fin des collations matinales, l'amélioration de la qualité des aliments vendus au sein des écoles secondaires, l'interdiction de tous les distributeurs de produits alimentaires, un plus grand nombre de fontaines à eau et la distribution gratuite de fruits. Ces mesures sont soutenues par des outils pédagogiques et le renforcement des services de santé scolaire.

Le Programme National prévoit un cadre de mise en œuvre au niveau régional. Une charte d'engagement a été élaborée pour les « villes actives du PNNS » qui s'engage à mettre en œuvre des projets conformes aux objectifs du PNNS. L'évaluation d'une initiative régionale, le Programme Nutrition, Prévention, Santé des enfants et des adolescents en Aquitaine, qui est en place depuis novembre 2004, a montré des résultats prometteurs.

Les objectifs du Programme pour la région Aquitaine sont d'améliorer l'apport en fruits et légumes, d'augmenter l'exercice physique et de stabiliser la prévalence de l'obésité chez l'enfant moyennant une combinaison de stratégies fonctionnant en synergie et de manière complémentaire. Le Programme est cofinancé par le Ministère de la Santé et les caisses d'assurance-maladie et est géré par un comité régional intersectoriel de pilotage regroupant les représentants des autorités locales, des caisses d'assurance-maladie et des Ministères de l'Éducation, de la Santé et des Sports, ainsi que par des comités de pilotage départementaux qui eux-mêmes regroupent des partenaires issus des « villes actives du PNNS », des autorités de gouvernance locale et des associations de sport et de loisir. Les trois principaux axes d'intervention sont les suivants :

- l'amélioration de l'offre alimentaire en milieux scolaire et périscolaire ;
- la mise en place d'actions pédagogiques sur l'alimentation et l'activité physique ;
- le dépistage précoce, la prévention et la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant.

Les stratégies prévoient un travail avec les municipalités (les villes étant le lieu essentiel pour les décisions concernant des environnements physiques et des écoles propices à la santé), la création d'un environnement scolaire favorable (par exemple l'interdiction des distributeurs, l'augmentation du nombre des fontaines à eau et l'offre de fruits frais et de matériaux pédagogiques), la sensibilisation des parents et des familles, la diffusion de l'information par le biais d'un site consacré au Programme et la formation des professionnels locaux. Parmi les premiers résultats encourageants qui ont été obtenus chez les enfants âgés de huit à neuf ans figurent la diminution de la fréquence (et l'amélioration de la composition) de la collation matinale et la stabilisation de la prévalence du surpoids.

Oman

Oman a récemment mis en œuvre une initiative pour « des écoles favorisant la santé », qui englobe des activités d'éducation pédagogique et de promotion de la santé (visant le personnel ainsi que la communauté locale au sens large), les services de santé, les environnements sains, la nutrition, l'éducation physique et la santé mentale. Le Gouvernement a mis au point des programmes relatifs aux compétences de la vie courante et à l'éducation physique, qui comportent tous deux des messages forts concernant la santé, et qui sont conçus pour être intégrés aux programmes scolaires existants. L'évaluation de cette initiative a montré que les élèves des écoles promouvant la santé ont des résultats meilleurs que ceux des écoles témoins en termes de pratiques alimentaires, de connaissances et de croyances concernant les modes de vie sains. Le personnel de ces écoles a également de meilleurs résultats en matière de pratique alimentaire.

Thaïlande

La stratégie intitulée « Une population en bonne santé, Une Thaïlande en bonne santé » est axée sur l'amélioration de l'alimentation et de l'exercice physique en alliant changements politiques, campagnes de marketing social, partenariats de collaboration et amélioration des connaissances. La stratégie est coordonnée et suivie au niveau national par le Ministère de la Santé, qui encourage l'élaboration de politiques de soutien correspondantes au niveau local. Les projets individuels sont mis en œuvre par les autorités communautaires. On trouve des mesures relatives à la fois à la politique alimentaire (par exemple une offre de menus plus sains dans les centres destinés aux enfants, la garantie que les autorités promeuvent, dans le cadre des manifestations locales, la consommation de fruits et de légumes) et à la politique en matière d'exercice physique (par exemple des campagnes de sensibilisation, la promotion de l'exercice physique dans les écoles). Ces politiques ont été soutenues par une campagne globale de marketing social qui a été menée à la fois dans les écoles et sur les lieux de travail en utilisant les médias et d'autres outils

de communication, des affiches, par exemple. La politique publique de promotion de la santé au niveau national repose sur quatre messages simples : des écoles sans boissons sucrées, des réunions saines, la pratique d'un exercice physique dans les entreprises et des équipements pour l'exercice physique dans les parcs publics.

3.2 Stratégies régionales

Les Caraïbes

En réponse aux demandes d'aide formulées par les pays de la région en vue d'améliorer la nutrition des enfants, l'Institut de l'Alimentation et de la Nutrition des Caraïbes a lancé un programme de santé scolaire. Bien qu'il ait été axé à l'origine sur l'éducation familiale et l'éducation à la santé, le programme s'est depuis lors élargi et soutient désormais un éventail beaucoup plus large d'activités de promotion de la santé, dont la révision des programmes d'alimentation scolaire, sur la base des valeurs de référence des nutriments et des aliments locaux. Les sept éléments clés du programme sont actuellement les suivants :

- les politiques visant à promouvoir une alimentation saine ;
- l'élaboration de programmes pédagogiques appropriés sur la nutrition ;
- une éducation centrée sur le comportement ;
- l'intégration des services d'alimentation et de l'éducation à la nutrition ;
- la formation du personnel des écoles ;
- la participation des familles et de la communauté ;
- l'évaluation régulière des programmes.

Dans la plupart des pays, le programme est mis en œuvre grâce à un partenariat entre le ministère de la santé et le ministère de l'éducation ; le partenariat soutient des équipes de gestion du programme dans les écoles (coordonnateurs), qui à leur tour vont soutenir les parents, les enseignants et les prestataires de services d'alimentation pour améliorer la santé nutritionnelle des écoliers.

L'Union européenne

Au cours des dernières années, la Commission de l'Union européenne (UE) pour l'Agriculture et le Développement rural a adopté des mesures pour lutter contre l'obésité en promouvant la consommation de fruits et légumes. Dans le cadre de cet effort, les autorités chargées de la santé, de l'éducation et de l'agriculture dans l'ensemble de l'Union européenne collaborent dans le cadre de programmes visant à acheter et distribuer des fruits dans les écoles. Ces programmes sont accompagnés de diverses activités pédagogiques (par exemple des informations sur les bénéfices pour la santé d'une consommation accrue de fruits et légumes), ainsi que par des exercices réguliers de suivi et d'évaluation. Actuellement, 23 pays participent au programme. Les fruits et légumes à distribuer sont proposés par les autorités chargées de leur culture ; ils sont ensuite approuvés par les autorités sanitaires. L'achat des fruits est coparrainé par l'Union européenne et les gouvernements nationaux. Le suivi et l'évaluation de ces programmes relèvent de la responsabilité de l'Union européenne, qui met actuellement sur pied un groupe d'experts composé de représentants des milieux universitaires et de la société civile. Il est également prévu d'organiser une conférence à la fin de 2010 pour discuter des résultats obtenus par le programme à ce jour et décider des orientations à venir.

Les îles du Pacifique

L'initiative « Food Secure Pacific » (Pour une alimentation sûre dans le Pacifique) a été mise sur pied lorsque la question de la sécurité alimentaire est apparue dans toute son urgence lors de la réunion de 2008 des chefs de gouvernement du Forum des îles du Pacifique. La sécurité alimentaire dans la majeure partie de la région des îles du Pacifique a davantage trait à l'obésité, aux maladies chroniques et aux carences en vitamines et en minéraux qu'à la faim.

C'est pourquoi l'initiative à l'échelle de la région est axée sur l'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments consommés, et en particulier sur l'amélioration de la disponibilité des produits alimentaires moyennant des changements dans l'approvisionnement. Reconnaissant que de nombreux déterminants de l'alimentation et de la nutrition se situent en dehors du secteur de la santé, et afin de stimuler l'action et d'offrir une orientation générale, il a été proposé d'organiser un sommet multisectoriel sur l'alimentation. Dans le cadre des préparatifs de ce sommet régional pour l'alimentation (prévu pour avril 2010), un certain nombre de pays – dont les Îles Cook et le Vanuatu – ont organisé des sommets sur l'alimentation au niveau national au cours de 2009 dont pourra s'inspirer le sommet régional. Parmi les questions clés à aborder figurent la consommation des aliments importés à forte teneur en sel, graisses et sucres, la baisse de l'intérêt pour les aliments locaux, les faibles niveaux d'investissement dans l'agriculture et les conséquences du changement climatique pour la région.

3.3 Partenariats public-privé

France

L'EPODE (Ensemble, Prévenons l'Obésité Des Enfants) est une approche impliquant de nombreuses parties prenantes, dont l'objectif est de renforcer les capacités des communautés à mettre en œuvre des stratégies efficaces et durables pour prévenir l'obésité de l'enfant. L'approche a été élaborée en France, mais des programmes similaires ont été mis au point dans d'autres pays sur la base de l'expérience française. En France, l'approche vise à mettre en œuvre les recommandations nationales concernant l'alimentation et l'obésité, en particulier chez les enfants d'âge scolaire. Ce projet multisectoriel est supervisé par un comité d'experts, mais la responsabilité de la mise en œuvre des mesures préventives recommandées par le Ministère de la Santé incombe aux autorités locales (par exemple aux maires des villes), aux gestionnaires des projets au niveau local et à des comités locaux de pilotage. Le rôle de l'EPODE est de mobiliser des ressources, de former les directeurs de projet et de mettre au point des outils de formation, de communication (par exemple des brochures), et de suivi et d'évaluation. En France, le projet est financé au niveau national par le secteur privé et au niveau local par des fonds publics ; toutefois, les autorités locales restent libres de mettre en place leurs propres partenariats public-privé pour obtenir un financement supplémentaire, pour autant que les règles prescrites soient respectées.

3.4 Projets gérés par les organisations non gouvernementales et les centres collaborateurs de l'OMS

Australie

Le centre collaborateur de l'OMS pour la prévention de l'obésité situé à l'Université Deakin, en Australie, coordonne deux projets pilotes conçus pour combattre l'obésité moyennant des interventions dans la population. L'initiative « Be Active Eat Well » (soyez actif, mangez correctement) repose sur une approche visant au renforcement des capacités afin d'aider les communautés locales à fixer leurs propres priorités et à élaborer leurs propres projets. Sur une période de trois ans, la prise de poids des enfants de la communauté où a eu lieu l'intervention a été inférieur et, pour le groupe dans son ensemble, leur tour de taille par rapport à leur âge était inférieur à celui des enfants de la communauté témoin. L'intervention s'est révélée équitable, la situation socio-économique n'entraînant pas de différence dans les résultats, et également sûre, dans la mesure où elle ne causait pas de dommages psychologiques ou émotionnels. Le projet « Romp and Chomp » (crapahuter et croquer) visait les enfants de moins de cinq ans, moyennant une approche dirigée sur les objectifs et l'éducation. Malgré un petit budget et le recours à la collecte systématique de données pour servir ses besoins en matière de suivi, le projet s'est traduit par une baisse de 2,5 % de la prévalence du surpoids/obésité dans la population cible, par comparaison à une communauté témoin. Ces succès sont encourageants et mettent en lumière les avantages potentiels des interventions précoces (c'est-à-dire chez les enfants les plus jeunes) et des approches centrées sur les politiques pour la prévention de l'obésité. Le centre

collaborateur de l'OMS a également récemment mis en place un réseau en ligne, intitulé COOPS, afin de recenser les principes qui constituent les « meilleures pratiques », de mettre au point des mécanismes et des systèmes pour échanger les expériences « dont on peut tirer des leçons », d'améliorer la qualité des données factuelles et les systèmes d'analyse, et de faciliter l'échange des connaissances.

Inde

En Inde, le centre collaborateur de l'OMS pour la recherche, l'éducation et la formation en matière de diabète, situé dans l'Hôpital et Centre de Recherche sur le Diabète de Chennai, mène un projet visant à prévenir l'obésité de l'enfant, en faisant appel aux enseignants, aux médecins et aux parents pour créer des environnements scolaires propices. Afin d'encourager la modification des comportements, diverses activités de sensibilisation destinées aux enseignants et aux écoliers ont été mises en place dans le cadre du programme scolaire, parmi lesquelles figurent des recommandations relatives au régime alimentaire, des conseils en matière d'exercice physique, des avis concernant la modification des modes de vie et des exercices de yoga. Ces activités sont mises en place avec l'aide des organisations non gouvernementales et de bénévoles ayant reçu une formation. L'analyse des données de suivi recueillies dans le cadre du projet a montré que, par comparaison aux écoles témoins, il y a déjà chez les écoliers des écoles où ont eu lieu les interventions une diminution du tour de taille et du rapport tour de taille-tour de hanches, ainsi que des changements dans les attitudes et habitudes familiales, et dans les niveaux d'exercice physique.

Ouganda

La Kampala Kids League (KKL) (Ligue des Enfants de Kampala) est une organisation sportive destinée aux enfants des populations locales dont l'objectif est de favoriser l'éducation et de servir de forum pour la transmission de messages propices à la santé par le biais du sport. L'organisation a été créée en 1998 pour répondre à l'absence de possibilités d'activités sportives pour les enfants de la capitale ougandaise et elle est soutenue par 190 sponsors commerciaux et 3000 adultes bénévoles. Depuis 1998, plus de 16 000 garçons et filles âgés de quatre à 15 ans venant de 170 écoles, orphelinats et organisations d'enfants des rues différents ont pris part à diverses activités sportives. En 2000, la Ligue a commencé à participer à des compétitions sportives internationales, et les succès qu'elle a remportés ont donné à l'Ouganda des personnalités nationales sur qui prendre modèle.

En 2003, et en s'inspirant du modèle de la Kampala Kids League, The Kids League (TKL) a été créée. Cette organisation nationale œuvre désormais dans sept districts où il y a un très grand nombre d'enfants qui ont subi des traumatismes, soit en tant que victimes de violences soit en tant qu'enfants soldats, et qui ont de graves séquelles à la fois sociales, psychologiques et physiques. Pour ces enfants déshérités, le manque de confiance en soi peut être aigu et le besoin d'encouragements et de reconnaissance des réussites fait partie intégrante de leur réadaptation. Les expériences consistant à faire participer ces enfants à des activités de jeux et de loisirs ont montré le pouvoir du sport dans la mobilisation des masses et comment le sport peut être un outil important de développement en aidant ces enfants à retrouver leur identité et en favorisant la cohésion sociale. L'association TKL met aussi actuellement au point des programmes destinés aux enfants handicapés et forme des entraîneurs qui seront chargés de ces programmes plus spécialisés. À ce jour, plus de 200 enfants de Kampala atteints d'incapacités physiques et/ou intellectuelles ont participé à ces programmes.

États-Unis d'Amérique

Le centre collaborateur OMS pour l'exercice physique et la promotion de la santé des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis a entrepris de mettre en place un programme de renforcement des capacités qui vise à tirer le meilleur parti de l'utilisation de ressources limitées pour diffuser les compétences et les connaissances de manière durable. Le programme est basé sur la notion de « financement de départ » ; par exemple, le réseau pour les politiques en matière d'exercice physique des CDC soutient la mise au point de projets et de partenariats de recherche qui recensent,

diffusent et mettent en œuvre les interventions nécessaires. À ce jour, le réseau a élaboré un cadre pour la recherche sur les politiques, compilé des études de cas sur les politiques en matière d'exercice physique portant sur les modes de transport actifs vers les écoles et la mise en place de pistes dans les quartiers, et a réussi à recueillir des fonds pour les travaux en cours. Au fur et à mesure que les capacités des participants au réseau s'accroissent, ils pourront plus aisément accéder à de nouvelles sources de financement et élargir leurs activités. L'objectif global du programme est de mettre en place des partenariats solides qui permettront d'élargir les travaux de recherche et de promouvoir le partage des connaissances.

3.5 Organisations internationales

L'Union internationale contre le Cancer

L'Union internationale contre le Cancer (UICC) est à l'origine d'une importante campagne de sensibilisation du public pour améliorer la santé des enfants afin de prévenir le cancer. La campagne a pour objectif de favoriser la prise d'habitudes saines dès le plus jeune âge. L'UICC aide ses membres à mettre en œuvre des campagnes nationales, en fournissant en ligne des ressources telles que des lignes directrices, des affiches, des communiqués de presse et des aide-mémoire (tous dans de multiples langues), et en contribuant au suivi et à l'évaluation des campagnes. Des subventions de démarrage sont offertes aux membres pour la mise en place et le déroulement des manifestations pédagogiques/de marketing social, et dans les pays à revenu faible ou intermédiaire pour l'organisation d'ateliers de renforcement des capacités. Ces initiatives visent à sensibiliser davantage à la nécessité de campagnes pour limiter le risque de cancer qui soient adaptées d'un point de vue culturel, et d'une éducation du public et des professionnels aux signes d'alerte du cancer ; elles visent aussi à encourager les gouvernements à mettre en œuvre des politiques qui appuieront les stratégies de limitation des risques au niveau communautaire et permettront aux individus de faire des choix en toute connaissance de cause et d'adopter des modes de vie plus sains. Les principaux enseignements tirés sont notamment les suivants : le fait d'adopter une perspective qui englobe l'ensemble de la population fonctionne bien avec les jeunes ; des messages chocs dans les médias sont plus efficaces que des messages agréables ; et les campagnes dans les médias ont davantage de succès lorsqu'elles sont employées dans le cadre d'un ensemble complet de stratégies et d'approches, plutôt que sous la forme d'une activité ponctuelle et isolée.

L'International Association for the Study of Obesity

L'International Association for the Study of Obesity (IASO) a analysé de manière critique le rôle des partenariats commerciaux dans les programmes conçus pour promouvoir la santé des enfants. Deux points essentiels sont ressortis de cette analyse : premièrement, les programmes conjoints avec le secteur commercial ne signifient pas nécessairement des objectifs partagés à long terme et, deuxièmement, il existe un risque que les objectifs politiques essentiels ne soient pas atteints si les intérêts commerciaux ont droit de cité dans le processus de définition des programmes. Tandis que les opérateurs commerciaux peuvent être des partenaires pour mener à bien les objectifs, il est important qu'ils ne soient pas directement impliqués dans la détermination des objectifs ou des critères d'évaluation de la réalisation de ces objectifs.

Prévention de l'obésité de l'enfant : lignes directrices et domaines d'action



4.1 Lignes directrices pour l'élaboration des politiques

Sur la base des discussions en groupes, et en s'inspirant des documents de travail (12, 13) et de l'expérience acquise par les États Membres, les participants à la réunion ont recensé les éléments suivants comme étant des principes directeurs pour l'élaboration de politiques s'appuyant sur la population afin de prévenir l'obésité de l'enfant.

Soutien aux politiques

Les interventions de prévention de l'obésité doivent être soutenues par des politiques à tous les niveaux de l'État -national, régional et local. Les politiques nationales peuvent créer un environnement propice, les politiques régionales permettent de faciliter la mise en commun des ressources, tandis que l'adaptation locale des interventions se traduit par des actions ciblées ayant davantage d'efficacité. Le soutien mondial (intergouvernemental) à la prévention de l'obésité peut contribuer à lutter contre les facteurs environnementaux transnationaux, par exemple grâce à la mise en place d'un approvisionnement en aliments plus sains.

Équité

Certaines études permettent de penser que les enfants de milieux socio-économiques favorisés bénéficient davantage des interventions que ceux des milieux les plus défavorisés. Les responsables de l'élaboration des politiques et les praticiens doivent par conséquent prendre en compte les conséquences potentielles des interventions pour veiller à ce que la prévention de l'obésité n'aggrave pas les inégalités existantes.

Les interventions de prévention de l'obésité doivent être axées sur la protection du droit de tous les enfants à prendre un départ en bonne santé dans la vie.

Intégration et participation

Les stratégies et les programmes doivent avoir pour priorité l'intégration des groupes vulnérables, en particulier des enfants atteints d'incapacités, et veiller à ce qu'il n'y ait pas de discrimination de genre entre les enfants. Il est également important de répondre aux attentes des enfants qui ont des besoins d'apprentissage particuliers, par exemple en fournissant des recommandations et des orientations pour la modification des stratégies dans la population destinées à des groupes spécifiques.

Soutien environnemental

La création d'environnements – ou de contextes – qui soutiennent une alimentation saine et la pratique de l'exercice physique est un élément essentiel des stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant. Des environnements propices renforcent les interventions pédagogiques et comportementales centrées sur l'individu, et peuvent améliorer les résultats quel que soit le milieu socio-économique. La création d'environnements propices nécessite des changements dans le domaine des politiques, en particulier dans les domaines

de la commercialisation et de l'étiquetage des produits alimentaires, de la politique fiscale, de la planification urbaine, du transport et de l'agriculture. Dans de nombreux cas, l'essentiel du changement politique consistera à corriger les erreurs commerciales qui ont créé des incitations à une surconsommation alimentaire et à la réduction de la pratique d'une activité physique.

Les changements environnementaux dans des lieux particuliers, tels que les écoles, doivent aussi être encouragés. L'objectif ici est d'améliorer l'accès aux installations d'exercice physique et à des lieux d'alimentation sains, et de créer une atmosphère positive qui soit centrée sur la santé plutôt que sur le poids.

Suivi et surveillance

La poursuite du suivi et de la surveillance aux niveaux mondial, national et local est essentielle pour comprendre la nature du problème et le contexte pour la poursuite des interventions. Ces informations peuvent être utilisées non seulement pour élaborer les politiques, évaluer les progrès et permettre une sensibilisation du public, mais aussi pour consolider la volonté politique par l'intermédiaire de la diplomatie, rapprocher les travaux de recherche des politiques, améliorer l'échange d'informations, veiller à une répartition appropriée des financements, témoigner des premiers succès et recenser les intérêts des autres secteurs.

La surveillance doit utiliser des méthodes et des outils normalisés et, dans toute la mesure possible, être intégrée aux systèmes de surveillance existants. La mise au point d'un cadre et de plates-formes de notification communs pour la compilation et le partage des données factuelles, associée à un investissement dans l'adaptation des outils standard en vue d'une utilisation dans différents contextes, est une priorité essentielle. Il est également nécessaire de poursuivre l'investissement dans la recherche sur les facteurs contextuels et culturels, y compris les facteurs socio-économiques, qui influent sur la répartition de l'obésité dans la population.

Engagement multisectoriel

L'efficacité de la prévention de l'obésité dépend de l'action conjuguée de multiples secteurs en vue de créer un environnement sain. La création d'un environnement propice à l'exercice physique nécessitera un soutien politique venant de secteurs tels que l'urbanisme (environnement bâti), l'éducation (activités physiques scolaires), le sport (activités de loisirs et intégration) et le transport (transport actif et transport public). L'amélioration de la salubrité de l'approvisionnement alimentaire nécessitera la participation des responsables des normes alimentaires (reformulation), des communications (marketing), du commerce (détail alimentaire), de l'agriculture (investissement dans la production primaire) et de l'éducation (aliments à l'école). D'autres secteurs, tels que le commerce et la finance, peuvent aussi jouer un rôle, par exemple en introduisant des changements dans les systèmes de taxation des aliments. Les secteurs pertinents peuvent être recensés dans le cadre de processus visant à fixer les priorités aux niveaux national et local, et doivent être incités à participer de manière coordonnée afin d'atteindre les objectifs communs concernant l'alimentation et l'exercice physique. Une définition claire des rôles et responsabilités est essentielle pour l'efficacité de l'engagement multisectoriel.

Intégration

L'intégration des interventions pour la prévention de l'obésité de l'enfant aux plans et programmes existants qui visent aussi à améliorer les régimes alimentaires et l'exercice physique permettront d'améliorer la visibilité et la pérennité des interventions. En particulier, les activités existantes ayant un lien avec la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé peuvent être renforcées par des actions supplémentaires concernant les enfants. Pour veiller à une approche globale, il est important d'intégrer les interventions sur l'obésité à d'autres initiatives visant à améliorer la sécurité alimentaire de manière plus générale, afin de combattre le double fardeau croissant de la dénutrition et de l'obésité. De même, les interventions qui utilisent des lieux particuliers doivent aussi travailler en faveur de l'intégration ; ainsi, dans de nombreux cas, les écoles ont été en mesure d'intégrer une éducation pour un changement des comportements dans les programmes existants.

Transparence	<p>Veiller à la transparence et à l'accès du public à l'information concernant les parties prenantes travaillant dans le domaine de la prévention de l'obésité de l'enfant permettra de réduire les conflits d'intérêts et les préoccupations quant aux influences s'exerçant sur le choix des stratégies. La transparence est particulièrement importante lorsque le secteur privé est partie prenante. Tandis que les partenariats public-privé peuvent améliorer les ressources disponibles et contribuer à favoriser la pérennité des interventions, des inquiétudes sont apparues quant à l'influence des entreprises à but lucratif – en particulier dans le domaine de l'industrie alimentaire – sur les priorités des interventions de prévention de l'obésité et le choix des stratégies.</p>
Contextualisation	<p>La « contextualisation » des interventions – le fait de prendre en compte à la fois la nature du problème (par exemple les populations particulières concernées) et les facteurs culturels et sociaux influant sur les comportements en matière de santé lors du choix des interventions – est essentielle pour une prévention efficace de l'obésité de l'enfant. L'expérience récente de la France est révélatrice : le marketing social a été beaucoup plus efficace lorsque l'importance du maintien d'un poids sain a été dépeinte de manière positive, en utilisant des messages centrés non seulement sur la santé mais aussi sur le plaisir découlant du fait d'être actif et de bien manger.</p> <p>La contextualisation peut être soutenue au niveau mondial moyennant l'élaboration d'un cadre d'action qui mette en lumière des stratégies qui seront ensuite adaptées au niveau local.</p>
Viabilité	<p>Étant donné que les interventions à long terme se sont avérées plus efficaces pour prévenir l'obésité de l'enfant, il est important que les interventions soient viables à long terme. Les stratégies qui améliorent la pérennité des programmes consistent notamment à tirer parti des cadres, des recommandations, des politiques et des ensembles de données existants ; à améliorer la responsabilisation de la communauté et à influencer sur les normes (par exemple moyennant le soutien des autorités locales) ; et à étudier des moyens novateurs d'obtenir des financements durables à long terme (par exemple des budgets réservés).</p>
Coordination	<p>Il est important que les ministères de la santé coordonnent l'action avec autorité et diplomatie, à la fois entre les différents secteurs au niveau du gouvernement et entre les acteurs publics et privés. Des objectifs clairs – et en particulier l'objectif commun de la protection des enfants – contribueront à alimenter la volonté politique et à accroître le soutien public. La participation des personnes chargées de la mise en œuvre à la planification sera un aspect essentiel de la coordination.</p>
Définition explicite des priorités	<p>Étant donné les limites existantes en matière de ressources, il est important que les gouvernements soient explicites lors de la définition des priorités. Cela doit aller de pair avec le travail sur la coordination, de sorte que les partenariats contribuent à la détermination des priorités et objectifs essentiels. Au niveau mondial, l'élaboration d'un outil pour la définition des priorités permettra aux gouvernements de recenser les priorités d'action, en fonction des données et des capacités existantes.</p>
Renforcement des capacités	<p>Un aspect essentiel du renforcement des capacités en vue de la prévention de l'obésité de l'enfant est la formation des enseignants, des professionnels de la santé et des autres personnes travaillant avec les enfants, afin de leur permettre d'identifier le surpoids et l'obésité chez l'enfant, et leurs causes immédiates. Le renforcement des capacités et de la volonté politique au niveau national peut se faire grâce à une sensibilisation au niveau de la population, et à un soutien et à la mobilisation de ressources au niveau mondial en faveur des interventions de prévention de l'obésité. Les instruments mondiaux visant à faciliter le renforcement des capacités pourraient comprendre notamment des cadres d'action et des outils de suivi. Accorder une plus grande importance aux maladies non transmissibles et à leurs facteurs de risque dans le cadre des travaux pour le développement aux niveaux mondial et national (par exemple par l'intermédiaire des objectifs du Millénaire pour le développement) pourrait également aboutir à une plus grande capacité de prévention de l'obésité.</p>

4.2 Domaines d'action pour prévenir l'obésité de l'enfant

Les débats qui ont précédé montrent clairement qu'afin de prévenir l'obésité de l'enfant de manière efficace, des mesures doivent être prises dans des environnements multiples par l'intermédiaire d'approches variées qui fassent appel à toutes les parties prenantes. En partant de cette hypothèse, et en tirant parti du cadre de mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (voir la section 2.3), ainsi que des délibérations des participants à la réunion, une liste de mesures potentielles a été élaborée à l'intention de différentes parties prenantes, dans trois domaines clés : l'élaboration des politiques, la mise en œuvre de programmes et la sensibilisation (Tableau 1). En outre, l'attention a été attirée sur la nécessité d'une action politique de haut niveau afin d'atténuer la vulnérabilité et les effets négatifs dus à la mondialisation et à l'urbanisation, et dans le cas de pays à revenu faible ou intermédiaire sur la nécessité d'une action intégrée qui s'attaque aussi aux questions apparentées de l'insécurité alimentaire et de la dénutrition.

La nature complémentaire des rôles joués par un large éventail de parties prenantes apparaît clairement dans cette liste de mesures proposées. Les gouvernements nationaux eux-mêmes (mais aussi par l'intermédiaire de leur participation aux forums internationaux) ont un rôle important à jouer dans l'élaboration des stratégies et des politiques, la prise de décision et la mobilisation des ressources, tandis qu'aux niveaux sous-national et local la contribution des autorités publiques a davantage trait à l'adaptation et à la mise en œuvre des politiques et des programmes. Les organisations non gouvernementales ont un rôle essentiel à jouer en matière de sensibilisation, aux bonnes pratiques en particulier. Parmi les autres mesures importantes pour les organisations non gouvernementales figurent la promotion de la transparence et les programmes de mobilisation des ressources. Les milieux universitaires sont en grande partie chargés de constituer une base de données factuelles et de plaider pour leur transposition en mesures pratiques. Le rôle du secteur privé est de soutenir et de promouvoir des environnements sains ; à cet égard, l'industrie agroalimentaire a un rôle spécifique à jouer en permettant un approvisionnement en denrées saines.

Tableau 1: Exemples de domaines d'action pour prévenir l'obésité de l'enfant

Parties prenantes	Niveau d'action	Exemples
Autorités publiques		
Au niveau national	Politique	Lignes directrices nationales pour l'action Coordination de l'action multisectorielle par les ministres de la santé
	Programmes	Stratégies nationales de prévention de l'obésité qui incluent les enfants handicapés et les autres groupes vulnérables qui sont davantage sujets à l'obésité
	Sensibilisation	Ressources et outils de sensibilisation Plates-formes pour le partage des données factuelles et des meilleures pratiques
Forums mondiaux : OMS Autres institutions des Nations Unies	Politique	Lignes directrices mondiales pour l'action Poursuite de l'élaboration d'outils pour fixer les priorités, reposant sur les travaux antérieurs de l'OCDE (18) et sur le projet ACE contre l'obésité (15, 19)
	Programmes	Soutien technique et outils de suivi et de surveillance
	Sensibilisation	Plates-formes de partage des données factuelles et des meilleures pratiques
Au niveau sous-national	Politique	Stratégies pour la mise en contexte des lignes directrices nationales Coordination et partage des connaissances
	Programmes	Stratégies de prévention de l'obésité en milieu scolaire qui incluent les enfants handicapés et les groupes vulnérables davantage sujets à l'obésité

	Sensibilisation	Connaissance et partage des données factuelles reposant sur les expériences
Au niveau local	Politique	Lignes directrices pour des environnements sains Environnements bâtis sains
	Programmes	Programmes adaptés au contexte local, qui incluent les enfants handicapés et les autres groupes vulnérables qui sont davantage sujets à l'obésité Marketing social localisé pour promouvoir une alimentation saine et l'activité
	Sensibilisation	Connaissance et partage des données factuelles reposant sur les expériences
ONG et société civile		
	Politique	Élaboration d'outils d'orientation technique
	Programmes	Information sur les interactions entre les parties prenantes afin d'améliorer la transparence
	Sensibilisation	Diffusion des « modèles de bonnes pratiques » pour les interactions entre de multiples parties prenantes
Milieus universitaires		
	Politique	Évaluation et recherche sur les résultats
	Programmes	Élaboration d'une base de données factuelles et d'outils d'évaluation
	Sensibilisation	Stratégies pour intégrer les données factuelles dans la pratique
Secteur privé		
	Politique	Commercialisation responsable
	Programmes	Reformulation des aliments
	Sensibilisation	Augmenter la prise de conscience pour des modes de vie sains moyennant des programmes culturellement acceptables

Conclusions et prochaines étapes

5

L'obésité de l'enfant est une question qui touche de nombreux secteurs et dont les causes sous-jacentes sont multiples et complexes. Par conséquent, les mesures de prévention dans la population doivent obligatoirement être diversifiées, intersectorielles et mises en œuvre dans des environnements multiples.

L'obésité chez l'enfant est de plus en plus fréquemment reconnue comme une question à laquelle les institutions internationales, les gouvernements, la société civile et les autres parties prenantes doivent s'intéresser. Les mesures visant à combattre le problème de l'obésité chez l'enfant qui sont proposées ci-dessous ont été définies par les participants à la réunion pour les quatre principaux groupes de parties prenantes ci-après : l'OMS ; les États Membres ; les organisations non gouvernementales, la société civile et les milieux universitaires ; et le secteur privé. Il est recommandé de faire en sorte que les mesures s'inspirent des stratégies et plans existants de l'OMS, en particulier, mais non seulement, de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles (3), de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (17), de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (4), du Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles (5) et du rapport de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé (20).

Organisation mondiale de la Santé

- Élaborer un guide des approches dans la population visant à prévenir l'obésité de l'enfant.
- Élaborer un « outil » pour permettre aux États Membres de déterminer et de recenser les domaines d'action prioritaires (en collaboration avec les centres collaborateurs de l'OMS, les universités, les organisations non gouvernementales). L'outil devra prendre en compte les diversités socio-économiques, culturelles, ethniques et religieuses.
- Continuer à faire progresser les travaux sur l'élaboration d'un ensemble de recommandations sur le marketing des aliments et des boissons non alcoolisées à l'intention des enfants.
- Continuer à apporter son soutien aux États Membres pour répertorier et améliorer les politiques et les programmes en milieu scolaire.
- Continuer à travailler à l'élaboration de recommandations mondiales sur l'exercice physique pour les enfants.
- Continuer à adopter une approche tenant compte de tous les stades de la vie pour élaborer des stratégies et des recommandations en vue d'un changement dans les comportements.

- Offrir un soutien technique aux États Membres cherchant à favoriser l'action intersectorielle dans le cadre de stratégies nationales visant à promouvoir l'exercice physique et une alimentation saine.
- Renforcer l'action pour lutter contre le double fardeau de la dénutrition et de l'obésité.
- Fournir un soutien technique aux États Membres intéressés par la mise sur pied de mesures prises en collaboration ou de partenariats, selon les besoins, avec les parties prenantes et les secteurs pertinents dans l'intérêt de la santé et en particulier pour éviter les éventuels conflits d'intérêts.
- Continuer à orienter et soutenir les États Membres dans l'élaboration et la mise en œuvre d'enquêtes mondiales (telles que l'enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves ou l'enquête sur la capacité des pays) et de systèmes de surveillance nationaux, ainsi que pour le recueil et l'utilisation de ces données afin de fournir des informations sur les tendances, d'étayer les politiques et d'évaluer les programmes.
- Mettre au point un ensemble de lignes directrices pour permettre aux États Membres/organismes intergouvernementaux de créer des mécanismes appropriés pour analyser et catégoriser les aliments.
- Dans les travaux visant à promouvoir l'exercice physique, veiller à ce qu'un accès pour les enfants handicapés soit prévu et les ressources correspondantes disponibles (exercices physiques adaptés et physiothérapeutes, par exemple).
- Continuer à soutenir les organisations non gouvernementales et les réseaux pertinents pour la mise en œuvre de programmes aux niveaux national, sous-national et local.
- Continuer à jouer un rôle de chef de file dans ce domaine de travail au sein du système des Nations Unies (y compris l'Organisation mondiale du Commerce et le Codex Alimentarius) tout en collaborant avec d'autres institutions apparentées travaillant dans le domaine des droits de l'enfant et de l'adolescent.
- Faciliter le partage des informations concernant les politiques et les programmes élaborés et mis en œuvre.

États Membres

- Inclure la prévention de l'obésité de l'enfant dans la population dans les programmes sanitaires nationaux.
- Veiller à ce que les politiques, les plans et les programmes incluent les enfants handicapés et les groupes vulnérables qui sont davantage sujets à l'obésité, selon une approche reposant sur les déterminants sociaux de la santé.
- Mettre en place des plates-formes transsectorielles et une plate-forme multisectorielle afin d'élaborer une stratégie globale qui s'applique à l'ensemble du gouvernement et de promouvoir « la santé dans toutes les politiques » pour prévenir l'obésité de l'enfant et réduire les inégalités, tout en maintenant le rôle de chef de file du ministère de la santé.
- Intégrer la mise en œuvre des politiques pour la prévention de l'obésité de l'enfant dans les structures existantes afin d'assurer la viabilité à long terme de ces mesures.
- Utiliser à la fois une approche descendante et des mesures basées dans les communautés, dans le cadre des plans et des programmes.
- Encourager l'utilisation d'outils législatifs et financiers pour assurer la disponibilité et

l'accessibilité économique de produits alimentaires sains et des possibilités d'exercice physique.

- Utiliser les instruments d'élaboration des politiques de l'OMS pour recenser les priorités et faciliter la planification des politiques au niveau national.
- Veiller à ce que la prévention de l'obésité de l'enfant soit intégrée dans une politique pour l'alimentation et la nutrition globale et cohérente.
- Mettre en œuvre des recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées aux enfants ainsi que d'autres mesures recommandées dans le cadre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.
- Travailler dans le cadre d'une approche qui privilégie des environnements sains, parmi lesquels figurent les foyers, les crèches et les écoles, les terrains de jeux, les installations sportives, les centres de soins et les organisations communautaires.
- Élaborer, mettre en œuvre ou renforcer les politiques scolaires de sorte que l'environnement scolaire soutienne l'exercice physique et une alimentation saine, y compris le cas échéant un programme structuré d'éducation physique et/ou de cours de sport.
- Mettre au point des systèmes de surveillance complets (en utilisant les systèmes existants, et les outils et références disponibles au niveau mondial, dans la mesure du possible) et recenser les indicateurs pertinents pour étayer, suivre et évaluer les politiques, les plans et les programmes.
- Travailler, selon les besoins, avec les organisations non gouvernementales, les universités, les institutions des Nations Unies, les organismes donateurs et le secteur privé afin de contribuer à l'élaboration des politiques, de veiller à la cohérence et à la mise en œuvre tout en garantissant des messages cohérents et la transparence dans la collaboration, et en réduisant au minimum les conflits d'intérêts.

Organisations non gouvernementales, société civile et milieux universitaires

- Apporter un soutien et participer à l'élaboration et à la mise en œuvre d'outils d'orientation technique pour réduire et prévenir l'obésité de l'enfant.
- Préconiser l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de prévention de l'obésité et encourager la mobilisation des ressources, à la fois humaines et financières, pour les programmes relatifs à des stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population.
- Demander et veiller à ce que les programmes relatifs aux stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population incluent les enfants handicapés et les autres groupes vulnérables.
- Diffuser des modèles de « bonnes pratiques », en particulier pour permettre les interactions entre de multiples parties prenantes.
- Recueillir des informations sur les pratiques d'interaction entre les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les milieux universitaires et l'industrie alimentaire (transparence sur les sources de financement/responsabilisation).
- Assurer un suivi de l'influence du secteur privé sur les politiques alimentaires et les politiques en matière de santé (technique du « name and shame », c'est-à-dire « honte à celui dont le nom est cité »).

Secteur privé⁴

- Continuer à élaborer et à reformuler les produits et à mettre à disposition, sur tous les marchés, des aliments ayant une faible teneur en graisses, en sel, en sucres et en éléments énergétiques et qui soient abordables, culturellement appropriés et présentés en portions de taille correcte.
- Soutenir les politiques qui visent à améliorer les environnements en matière d'alimentation et d'exercice physique pour les enfants et leurs parents.
- Pratiquer un marketing responsable conformément aux recommandations de l'OMS et/ou aux recommandations nationales pour la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants.
- Fournir aux consommateurs (aux enfants et à leurs parents) des informations pertinentes et compréhensibles sur les produits et la nutrition.
- Favoriser la sensibilisation à des modes de vie sains moyennant des programmes acceptables d'un point de vue culturel qui promeuvent une alimentation saine et l'exercice physique conformément aux lignes directrices nationales et aux normes internationales.

Pour toutes les parties prenantes, les prochaines étapes essentielles de la prévention de l'obésité sont les suivantes :

- l'élargissement des efforts de suivi et de surveillance afin de mieux comprendre la nature du problème,
- l'amélioration de la coordination des actions préventives,
- la création de plates-formes visant à faciliter le partage des expériences et le recensement des interventions qui constituent « les meilleures pratiques ».

Il est aussi nécessaire de poursuivre l'investissement dans la recherche sur les facteurs catalyseurs de l'obésité (macrofacteurs) et sur les interventions efficaces pour prévenir l'obésité, en particulier les stratégies au niveau politique.

Les ministres de la santé devront jouer un rôle essentiel en supervisant, coordonnant et mettant en œuvre bon nombre de ces prochaines étapes. Toutefois, la collaboration entre les parties prenantes sera indispensable au succès, des acteurs différents étant appelés à jouer un rôle de leader dans les diverses actions énumérées ci-dessus.

Au niveau mondial, il convient d'adopter certaines mesures essentielles pour soutenir et faciliter la mise en œuvre des étapes décrites plus haut. La formulation et la diffusion d'éléments d'orientation mondiaux pour la prévention de l'obésité de l'enfant sont indispensables pour soutenir l'élaboration actuelle de stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant, en particulier l'élaboration de politiques de prévention à tous les niveaux du gouvernement. Le processus de rédaction de ces éléments d'orientation doit être intégré à l'élaboration d'un outil permettant de définir les priorités qui puisse être adapté pour être utilisé dans différents contextes culturels et démographiques. Pour donner suite aux travaux de la réunion, l'OMS se chargera d'élaborer les outils requis.

En outre, même si le modèle schématique de mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ébauche, comme il est indiqué ci-dessus, les principes de l'action pour prévenir l'obésité de l'enfant, il faudrait aussi disposer d'un cadre d'action pour soutenir les ministères de la santé dans leur rôle de coordination. Un tel cadre aiderait les États Membres à recenser les parties prenantes et les domaines d'action, et faciliterait également la coordination des différentes approches afin de s'attaquer au fardeau croissant de l'obésité de l'enfant.

⁴ Par secteur privé, on entend notamment, mais non exclusivement, les industries agroalimentaires (alimentation et boissons, les détaillants, les traiteurs, les fabricants de produits pour le sport, les agences de publicité et de loisirs, les compagnies d'assurance et les groupes bancaires, les entreprises pharmaceutiques et les médias).

Références⁵

1. *Prévention des maladies chroniques : un investissement capital*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
2. *The global burden of disease: 2004 update*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008. (en français : Note d'information aux médias – L'état de santé du monde : nouvelle étude sur la charge mondiale de morbidité)..
3. *Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles. Rapport du Directeur-général*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
4. *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
5. *Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
6. De Onis M, ed. *WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight -for-height and body mass index-for-age. Methods and development*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006. (en français : [HYPERLINK "https://www.who.int/entity/childgrowth/standards/tr_summary/fr/index.html"](https://www.who.int/entity/childgrowth/standards/tr_summary/fr/index.html) Normes de croissance de l'enfant: longueur/taille pour l'âge, poids pour l'âge, poids pour la longueur, poids pour la taille, résumé)
7. *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.
8. Caprio S et al. Influence of race, ethnicity, and culture on childhood obesity: Implications for prevention and treatment. A consensus statement of Shaping America's Health and the Obesity Society. *Diabetes Care*, 2008, 31(11):2211–2221.
9. Choudhary AK et al. Diseases associated with childhood obesity. *American Journal of Roentgenology*, 2007, 188(4):1118–1130.
10. Daniels SR et al. Overweight in children and adolescents. Pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. *Circulation*, 2005, 111:1999–2012.
11. De Onis M, Borghi E, Blössner M. *Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children (en cours d'approbation)*.
12. Thow AM, Xuereb G, Randby S. *Childhood obesity prevention: The importance of surveillance, multisectoral collaboration and reducing social inequalities* [Prévention de l'obésité chez l'enfant – l'importance de la surveillance, de la collaboration multisectorielle et de la réduction des inégalités sociales (document de travail présenté lors du forum et de la réunion technique de l'Organisation mondiale de la Santé sur les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population, Genève, 15-17 décembre 2009)]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (non publié)
13. Thow AM, Xuereb G, Randby S. *Population-based prevention strategies for childhood obesity* [stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population (document de travail présenté lors du forum et de la réunion technique de l'Organisation mondiale de la Santé sur les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population, Genève, 15-17 décembre 2009)]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (non publié).

⁵ Toutes les publications de l'OMS peuvent être consultées en faisant une recherche dans la base de données de la bibliothèque de l'OMS (WHOLIS) accessible à l'adresse suivante: <http://www.who.int/publications/fr/>

14. *Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé : cadre de suivi d'évaluation de la mise en œuvre*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (sous presse).
15. Swinburn B et al. *Frameworks for the major population-based policies to prevent childhood obesity* [Cadres pour les grandes politiques de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population (rapport élaboré pour le forum et la réunion technique de l'Organisation mondiale de la Santé sur les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population, Genève, 15-17 décembre 2009)]. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse).
16. Sacks G, Swinburn B, Lawrence M. Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. *Obesity Reviews*, 2009, 10(1):76–86.
17. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
18. Sassi F et al. *Improving lifestyles, tackling obesity: The health and economic impact of prevention strategies*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2009 OECD Health Working Papers No. 48. Résumé en français en p. 8.
19. Haby MM et al. A new approach to assessing the health benefit from obesity interventions in children and adolescents: The assessing cost-effectiveness in obesity project. *International Journal of Obesity* (London), 2006,30(10):1463–1475.
20. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé – rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

Annexe 1

Liste des participants

Représentants des établissements universitaires et instituts de recherche, des ministères de la santé et des organisations internationales

Mme Siham Al-Maskari

Nutritionniste en santé publique
Ministère de la Santé
Sultanat d'Oman
Muscat
Oman

Dr Marie-Laure Frelut

Praticien attaché, Service d'Endocrinologie
Hôpital Saint Vincent de Paul
Paris
France

Mme Ingrid Beutler

Bureau des Nations Unies pour le sport au service du développement et de la paix
Genève
Suisse

Dr Deborah A Galuska

Associate Director, Division of Nutrition, Physical Activity and Obesity
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta
États-Unis d'Amérique

Dr Pascal Bovet

Consultant, Division de la Santé familiale et de la Prévention des Maladies
Ministère de la Santé et du Développement social
Victoria
Seychelles

M. Tomas Garcia Azcarate

Chef d'unité, Huile d'olive et produits horticoles
Commission européenne
Bruxelles
Belgique

Dr Michele Cecchini

Organisation de Coopération et de Développement économiques
Paris
France

Mme Michelle Holdsworth

Département Sociétés et Santé
Institut de Recherche pour le Développement
Montpellier
France

Dr Michel Chauliac

Chef de Projet, Bureau Alimentation et Nutrition
Ministère de la Santé et des Sports
Paris
France

Dr Dismand Stéphane Houinato

Coordonateur, Programme national de lutte contre les maladies non transmissibles
Université d'Abomey Calavi
Cotonou
Bénin

Dr Margaret de Groh

Analyste principal en politique, Unité des Facteurs de risque, Centre de Prévention et de Contrôle des Maladies chroniques
Agence de la Santé publique du Canada
Ottawa
Canada

Dr Susan Jebb

Human Nutrition Research
Elsie Widdowson Laboratory
Cambridge
Royaume-Uni

Dr Salah El Badawi

Directeur, Projet national de lutte contre le diabète
Ministère de la Santé
Dubai
Émirats arabes unis

Dr Viktoria Kovacs

Institut national pour l'Alimentation et la Nutrition
Budapest
Hongrie

Professor Shiriki Kumanyika

University of Pennsylvania School of Medicine
Philadelphie
États-Unis d'Amérique

Mr Justin Richards

BHF HPRG
Department of Public Health
Oxford
Royaume-Uni

Professor Albert Lee

Directeur, Centre pour l'Éducation à la Santé et la Promotion
de la Santé
Université chinoise de Hong Kong
RAS de Hong Kong

Mme Susan Russell

Director, Strategic Issues Management
Strategic Initiatives and Innovations Directorate
Agence de la Santé publique du Canada
Ottawa
Canada

Dr Li Guanglin

Division des Maladies non transmissibles et de la Nutrition
Bureau de lutte contre les maladies Ministère de la Santé
Beijing
Chine

Professor Boyd Swinburn

Director, WHO Collaborating Center for Obesity Prevention
Deakin University
Melbourne
Australie

Mr Bernard Maire

Directeur de Recherche, Nutrition publique
Institut de Recherche pour le Développement
Montpellier
France

Dr Hélène Thibault

Institut de Santé publique, d'Épidémiologie et de
Développement
Université Victor Segalen
Bordeaux
France

Honourable Sir Terepai Maoate

Deputy Prime Minister
Rarotonga
Îles Cook

Mme Natthira Thongbuasirilai

Nutritionniste, Division de la Nutrition
Département de la Santé
Ministère de la Santé publique
Nonthaburi
Thaïlande

Dr Tito Alejandro Pizarro Quevedo

Departamento de Alimento y Nutrición
Ministerio de Salud
Santiago
Chili

Mme Anne Marie Thow

Menzies Centre for Health Policy
University of Sydney
Sydney
Australie

Dr Anders Raustorp

Linnaeus University Kalmar
Institut des Sciences du Sport
Kalmar
Suède

Mme Geneviève Timothy

Unité Nutrition et Diététique
Ministère de la Santé
Port Vila
Vanuatu

Mme Laura D Richards
Caribbean Food and Nutrition Institute
Kingston
Jamaïque

Dr Ana Beatriz Vasconcellos
Coordonateur général, Politique de l'alimentation et de la nutrition
Ministère de la Santé
Brasilia
Brésil

Dr Vijay Viswanathan
Directeur, M.V. Hospital for Diabetes/Diabetes Research Centre
Chennai
Inde

Professor Nick Watson
Strathclyde Centre for Disability Research
Department of Sociology, Anthropology and Applied Social Sciences
University of Glasgow
Glasgow
Royaume-Uni

Dr Jaroslaw Waligora
Administrateur des politiques, Direction générale Santé et Consommateurs
Commission européenne
Luxembourg

Représentants des organisations non gouvernementales et des partenariats public-privé

Mme Maria Stella de Sabata
Directrice de programme, Union Internationale contre le Cancer
Genève
Suisse

Dr Tim Lobstein
Director, Childhood Obesity Programme
International Obesity Task Force
London
Royaume-Uni

M. Trevor Dudley
Directeur pays & Ashoka Fellow
The Kampala Kids League
Kampala
Ouganda

M. Ulrik Uldall Nielsen
Coordonnateur de programme, Fondation mondiale du Diabète
Lyngby
Danemark

M. Nils Gade
Chief Executive, PSI-Europe
Amsterdam
Pays-Bas

M. Christophe Roy
Équipe de coordination EPODE
Paris
France

Mme Alice Grainger-Gasser
Directeur de projet, Fédération mondiale du Cœur
Genève
Suisse

Dr Claudine Sherrill
Ancien Président, International Federation of Adapted Physical Activity
Frisco
États-Unis d'Amérique

Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé

Siège de l'OMS

Dr Ala Alwan

Sous-Directeur général, Maladies non transmissibles et santé mentale
Genève
Suisse

Dr Carlos Dora

Administrateur technique, Interventions pour des environnements sains
Département Protection de l'environnement humain
Genève
Suisse

Dr Fiona Adshead

Directeur, Département Maladies chroniques et promotion de la santé
Genève
Suisse

M. Eddy Engelsman

Administrateur technique, Unité Surveillance et prévention dans la population, Département Maladies chroniques et promotion de la santé
Genève
Suisse

Dr Francesco Branca

Directeur, Département Nutrition pour la santé et le développement
Genève
Suisse

Mme Regina Guthold

Administrateur technique, Unité Surveillance et prévention dans la population, Département Maladies chroniques et promotion de la santé
Genève
Suisse

Dr Francisco Armada

Administrateur technique, Centre OMS pour le développement sanitaire
Kobe
Japon

Mme Natalie Jessup

Consultant, Département Prévention de la violence et des traumatismes
Genève
Suisse

Dr Timothy Armstrong

Coordonnateur, Unité Surveillance et prévention dans la population, Département Maladies chroniques et promotion de la santé
Genève
Suisse

Mme Sofie Randby

Administrateur technique, Unité Surveillance et prévention dans la population, Département Maladies chroniques et promotion de la santé
Genève
Suisse

Mme Vanessa Candeias

Administrateur technique, Unité Surveillance et prévention dans la population, Département Maladies chroniques et promotion de la santé
Genève
Suisse

Dr Rosa C Vallenias de Villar

Médecin, Soutien à la mise en œuvre dans les pays, Département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent
Genève
Suisse

Dr Mercedes de Onis

Coordonnateur, Unité Évaluation et surveillance de la croissance
Département Nutrition pour la santé et le développement
Genève
Suisse

Mme Janet Voute

Conseiller, Maladies non transmissibles et santé mentale
Genève
Suisse

M. Godfrey Xuereb

Administrateur technique, Unité Surveillance et prévention dans la population, Département Maladies chroniques et promotion de la santé
Genève
Suisse

Bureaux régionaux de l’OMS

Dr Chandralall Sookram

Médecin, Prévention primaire (alimentation et exercice physique)
Division Prévention et lutte contre les maladies transmissibles
Bureau régional OMS de l’Afrique
Brazzaville
République du Congo

Mme Trudy Wijnhoven

Administrateur technique, Surveillance de la nutrition
Unité Maladies non transmissibles et environnement
Division Programmes sanitaires
Bureau régional OMS de l’Europe
Copenhague
Danemark

Dr Ayoub Al Jawaldeh

Conseiller régional en nutrition, Division Protection et Promotion de la Santé
Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale
Le Caire
Égypte

Dr Colin Bell

Administrateur technique, Maladies non transmissibles
Bureau régional OMS du Pacifique occidental
Manille
Philippines

Dr Jaffar Hussain

Conseiller régional, Promotion de la santé
Violence, traumatismes et incapacités
Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale
Le Caire
Égypte

Dr L.T. Cavalli-Sforza

Conseiller régional en nutrition
Bureau régional OMS du Pacifique occidental
Manille
Philippines

Mme Lideke Middelbeek

Administrateur technique, Alimentation et exercice physique
Unité Maladies non transmissibles et environnement
Division Programmes sanitaires
Bureau régional OMS de l’Europe
Copenhague
Danemark

Annexe 2

Forum et réunion technique de l'Organisation mondiale de la Santé sur les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population, 15-17 décembre 2009 : Programme

Mardi 15 décembre 2009	
08:45–09:00	Inscription
09:00–09:30	Ouverture <ul style="list-style-type: none">• Allocution d'ouverture Dr Ala Alwan• Élection des présidents et des rapporteurs• Adoption de l'ordre du jour et du programme• Objectifs et justification• Présentation des participants• Dispositions administratives Présidents : Dr Hélène Thibault et Sir Terepai Maoate
09:30–10:15	Première séance plénière <ul style="list-style-type: none">• Prévention de l'obésité chez l'enfant : objectif clé du Plan d'action de l'OMS pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles Dr Fiona Adshead• Stratégie de prévention de l'obésité en France, résultats encourageants du programme Aquitaine Dr Hélène Thibault Présidents : Dr Hélène Thibault et Sir Terepai Maoate
10:15–11:00	Deuxième séance plénière Déterminants sociaux et environnementaux de l'obésité de l'enfant : Répercussions en matière de prévention dans la population <ul style="list-style-type: none">• La mondialisation engendre-t-elle des inégalités sociales ? Professeur Shiriki Kumanyika• En quoi l'urbanisation se répercute-t-elle sur l'accès à l'alimentation et à l'exercice physique ? Dr Francisco Armada Président : Mme Susan Russell
11:00–11:30	Pause-café

<p>11:30–12:30</p>	<p>Troisième séance plénière Importance de la surveillance dans la mise au point de stratégies de prévention dans la population – que fait l’OMS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquête mondiale sur la santé en milieu scolaire Mme Regina Guthold • Normes anthropométriques mondiales Dr Mercedes de Onis • Initiative européenne pour la surveillance de l’obésité de l’enfant Mme Trudy Wijnhoven • Utilisation des données nationales de surveillance pour la planification des politiques Dr Salah El Badawi <p>Président : M. Bernard Maire</p>
<p>12:30–13:30</p>	<p>Déjeuner</p>
<p>13:30–15:30</p>	<p>Quatrième séance plénière Importance des partenariats dans la prévention en population</p> <p>Point de vue des partenariats public-privé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le programme EPODE M. Christophe Roy <p>Point de vue des centres collaborateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deakin University (Australie) Professeur Boyd Swinburn • Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis d’Amérique) Dr Deborah A Galuska <p>Point de vue de la société civile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Union internationale contre le Cancer Mme Maria Stella de Sabata • Association internationale pour l’Étude de l’Obésité Dr Tim Lobstein <p>Président : Dr Pascal Bovet</p>
<p>15:30–16:00</p>	<p>Pause-café</p>
	<p>Discussion en groupes de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser la surveillance pour la planification des programmes Animateur : Dr Jaffar Hussain • Travailler avec des partenaires non gouvernementaux Animateur : Dr Michel Chauliac • Obésité, environnement et inégalités sociales Animateur : Dr Ayoud Al Jawaldehy
<p>18.00</p>	<p>Réception</p>

Mercredi 16 décembre 2009

13:30–15:30	Cinquième séance plénière Stratégies régionales de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population <ul style="list-style-type: none">• Projet scolaire dans les Caraïbes Mme Laura D. Richards• Sommet Santé Pacifique Mme Geneviève Timothy• Projet Des fruits à l'école M. Thomas Garcia Azcarate• Projet Communautés de la Région de l'Asie du Sud-Est Mme Natthira Thongbuasirilai• Le coût de la prévention Dr Michele Cecchin Président : Dr Hélène Thibault
11:00–11:30	Pause-café
11:30–13:00	Sixième séance plénière Prévention de l'obésité et incapacité <ul style="list-style-type: none">• Jeunes handicapés et éducation physique Dr Claudine Sherrill• L'expérience du Pacifique occidental Professeur Albert Lee• La Ligue des Enfants de Kampala, Ouganda M. Trevor Dudley Président : Professeur Nick Watson
13:00–14:00	Déjeuner
14:00–17:30	Discussion en groupes de travail <ul style="list-style-type: none">• Environnements scolaires propices Animateur : Dr Chandralall Sookram• Environnements locaux propices Animateur : Mme Michelle Holdsworth• Politiques de soutien Animateur : Dr Colin Bel Tous les groupes de travail examineront les sujets généraux suivants : Incapacité, inégalités sociales et appartenance sexuelle

Jeudi 17 décembre 2009

	Septième séance plénière Stratégies nationales de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population <ul style="list-style-type: none">• Un programme national complet : le programme français Dr Michel Chauliac• « Poids sain, vies saines » : une stratégie intergouvernementale pour l'Angleterre Dr Susan Jebb
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Programme d'intervention communautaire à Oman Mme Siham Al-Maskari • Projet basé dans la population en Inde Dr Vijay Viswanathan • Programme d'intervention scolaire au Bénin Dr Dismand S. Houinato • Projet national chilien Dr Tito Pizarro <p>Président : Sir Terepai Maoate</p>
11:00–11:30	Pause-café
11:30–13:00	<p>Discussion en groupes de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Environnements scolaires propices Animateur : Mme Lideke Middelbeek • Environnements locaux propices Animateur : Dr Marie-Laure Frelut • Politiques de soutien Animateur : Dr Luca Tommaso Cavalli-Sforza <p>Tous les groupes de travail examineront les sujets généraux suivants : Incapacité, inégalités sociales et appartenance sexuelle</p>
13:00–14:30	Déjeuner
14:30–17:00	<p>Huitième séance plénière Présentation des priorités en matière de stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population</p> <p>Coprésidée par Dr Hélène Thibault et Sir Terepai Maoate</p>
17:00–17:30	<p>Clôture Dr Ala Alwan</p>



STRATÉGIES DE PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ DE L'ENFANT DANS LA POPULATION

RAPPORT D'UN FORUM ET D'UNE
RÉUNION TECHNIQUE DE L'OMS

 Organisation
mondiale de la Santé

9 789242 59934 3



9 789242 599343