Approches de la

PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ DE L'ENFANT

dans la population

Organisation mondiale de la Santé

Approches de la

PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ DE L'ENFANT

dans la population

Organisation mondiale de la Santé

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Approches de la prévention de l'obésité de l'enfant dans la population.

1.Obésité – prévention et contrôle. 2.Protection de l'enfance. 3.Exercice physique. 4.Habitutes alimentaires. 5.Services de santé communautaires. 6.Participation des consommateurs. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 250478 1 (Classification NLM : WD 210)

© Organisation mondiale de la Santé 2012

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions 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 ; courriel : 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 Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

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.

Imprimé par le Service de production des documents de l'OMS, Genève (Suisse)

Design and layout: blossoming.it

Table des matières

Liste des figures 7
Liste des encadrés 7
Abréviations 8
Remerciements 9

Résumé 11

1 Introduction 13

1.1 L'obésité chez l'enfant 13
1.2 Principales stratégies mondiales liées à la prévention de l'obésité 13
1.3 Forum et réunion technique de l'OMS sur les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population 15
1.4 Objet et structure du document 15

2 Principes directeurs pour l'élaboration d'une stratégie de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population 16

2.1 Stratégie intégrée 16
2.2 Appui des autorités à plusieurs niveaux de gouvernance 16
2.3 Équité et ouverture 17
2.4 Appui environnemental 17
2.5 Suivi et surveillance 18
2.6 Dialogue avec les différents secteurs et les différents cadres 18
2.7 Transparence 18
2.8 Contextualisation 19
2.9 Pérennité 19
2.10 Coordination 19
2.11 Définition claire des priorités 20

3 Principaux éléments d'une stratégie de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population 21

4 Structures publiques à l'appui des politiques et des interventions de prévention de l'obésité chez les enfants 23

4.1 Fonctions de direction 23
4.2 Intégration de la santé dans toutes les politiques 23
4.3 Financement spécial 24
4.4 Systèmes de suivi des maladies non transmissibles 24
4.5 Capacités du personnel 24
4.6 Réseaux et partenariats 25
4.7 Normes et lignes directrices 26

5 Politiques et initiatives couvrant l'ensemble de la population 27

5.1 Politiques influant sur les environnements liés à l'alimentation 27
5.1.1 Commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées dommageables pour la santé destinés aux enfants 28
5.1.2 Étiquetage nutritionnel 28
5.1.3 Taxes et subventions liés aux produits alimentaires 29
5.1.4 Initiatives en faveur de la consommation de fruits et de légumes 30
5.1.5 Autres politiques alimentaires 31
5.2 Politiques relatives à l'exercice physique 32
5.3 Campagnes de marketing social 33

6 Interventions communautaires 35

6.1 En quoi consistent les interventions communautaires ? 35
6.2 Les meilleures pratiques de mise en œuvre d'interventions communautaires 35
6.2.1 Dialogue avec la communauté 36
6.2.2 Conception et planification d'un programme 36
6.2.3 Mise en œuvre 36
6.2.4 Pérennité 37
6.2.5 Gouvernance et transparence 37
6.2.6 Évaluation 37
6.3 Composantes des interventions communautaires 40
6.4 Ce qui fonctionne dans différents cadres 41
6.4.1 Centres d'accueil de la petite enfance 41
6.4.2 Écoles primaires et secondaires 42
6.4.3 Autres cadres communautaires 46

7 Conclusions 47

Bibliographie 48

Liste des figures

Figure 1	Modèle schématique du cadre pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé dans les États Membres	14
Figure 2	Principaux éléments d'une stratégie de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population	21

Liste des encadrés

Encadré A	Apprendre aux enseignants des Caraïbes comment intégrer des recommandations relatives à l'alimentation et à l'exercice physique dans le programme scolaire	25
Encadré B	Étiquetage nutritionnel du type « feux de signalisation » sur le devant de l'emballage	29
Encadré C	Limiter les acides gras trans	31
Encadré D	Politiques en faveur de services alimentaires sains dans les établissements publics, Queensland (Australie)	31
Encadré E	Encourager l'exercice physique à Bogotá (Colombie)	32
Encadré F	Campagne de marketing social en faveur de l'exercice physique au Brésil	34
Encadré G	EPODE	38
Encadré H	Le projet du Pacifique pour la prévention de l'obésité dans les communautés	39
Encadré I	La collaboration des sites de prévention de l'obésité dans la communauté (CO-OPS Collaboration) (Australie)	40
Encadré J	Prévention de l'obésité chez les jeunes enfants dans la communauté: « Romp & Chomp » (Australie)	41
Encadré K	Intervention complexe en milieu scolaire axée sur la nutrition et le mode de vie en Inde septentrionale	43
Encadré L	Exemple d'intervention de prévention de l'obésité de l'enfant en milieu scolaire à Beijing (Chine)	44
Encadré M	Le programme de restauration scolaire de la Jamaïque	45

Abréviations

IMC	Indice de masse corporelle
UE	Union européenne
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
ONG	Organisation non gouvernementale
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Remerciements

Le présent document a été rédigé par Gary Sacks, Boyd Swinburn et Godfrey Xuereb, avec la collaboration et la contribution de Timothy Armstrong, Francesco Branca et Paul Bloem. Certaines parties de ce document s'appuient sur les publications suivantes de l'Organisation mondiale de la Santé : *Interventions on diet and physical activity : what works : summary report* (2009) et *Stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population : rapport d'un forum et d'une réunion technique de l'OMS, Genève, 15-17 décembre 2009 (2010)*.

Le présent document a pu être élaboré et produit grâce à l'appui financier et à la générosité du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, France, qui témoignent de son désir de collaborer de manière suivie à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de programmes à l'appui de la prévention de l'obésité de l'enfant.

Organisation mondiale de la Santé
2012

Résumé

La Déclaration politique issue de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et la Stratégie mondiale de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé considèrent l'une et l'autre comme essentielle la prévention dans la population pour combattre la progression des maladies non transmissibles, l'accent devant porter spécialement sur l'obésité de l'enfant.

L'OMS, qui a notamment pour mission de dispenser des avis techniques aux États Membres concernant la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, a organisé en 2009 un Forum et une Réunion technique sur les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population dont l'objectif général était d'établir les priorités des stratégies destinées à prévenir l'obésité de l'enfant dans la population, et de définir les rôles et les responsabilités des divers acteurs concernés. À la suite de la Réunion, l'OMS a été priée de concevoir pour les États Membres un outil qui leur permettrait de déterminer et de recenser les domaines d'action prioritaires, et de concevoir des exemples de méthodes de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population. C'est à cette dernière requête que répond le présent document, qui propose aux États Membres un aperçu des types d'interventions de prévention de l'obésité de l'enfant applicables aux niveaux national, infranational et local. Le document indique également, le cas échéant, les mesures de prévention qui ont le plus de chances d'aboutir.

Le document énonce d'abord des principes directeurs pour l'élaboration d'une stratégie de prévention de l'obésité dans la population. Les mesures destinées à prévenir l'obésité de l'enfant doivent à l'évidence être prises dans plusieurs cadres et à tous les niveaux des pouvoirs publics. Elles doivent aussi inclure des méthodes diverses et associer un large éventail d'acteurs. Les efforts de prévention de l'obésité de l'enfant doivent être étroitement intégrés dans les autres mesures destinées à combattre les principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles. Les politiques de prévention de l'obésité doivent être ouvertes à tous et améliorer l'équité, les interventions étant adaptées aux contextes locaux. Leur mise en œuvre doit être transparente et durable. La surveillance, le suivi et l'évaluation jouent aussi un rôle essentiel dans l'efficacité de l'action. La hiérarchisation des mesures prises par les pouvoirs publics doit être claire, comme doivent être bien définies les méthodes de sélection des interventions qui seront déployées progressivement.

Les approches de la prévention de l'obésité dans la population se divisent en trois grands éléments :

Le premier élément correspond aux structures dont disposent les pouvoirs publics pour soutenir les politiques et les interventions de prévention de l'obésité de l'enfant. Il s'agit des aspects structurels tels que les fonctions de direction, la santé dans toutes les politiques, les fonds spécialement destinés à la promotion de la santé, les systèmes de suivi des maladies non transmissibles, les capacités du personnel, et les réseaux et les partenariats qui doivent être en place pour soutenir et renforcer l'efficacité des initiatives les plus directes des pouvoirs publics et des interventions communautaires.

Le deuxième élément correspond aux politiques et aux initiatives couvrant toute la population. Il s'agit de mesures politiques directes qui aident à créer des environnements favorables pour une alimentation saine et l'exercice physique. Les instruments politiques généralement utilisés dans le cadre de cet élément d'une stratégie complète de prévention de l'obésité de l'enfant sont les lois et les règlements, les taxes et les subventions et les campagnes de marketing social qui touchent l'ensemble de la population (ou d'importants groupes de population). Les politiques influant sur l'offre alimentaire susceptibles d'être des interventions efficaces incluent les restrictions imposées à la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées destinés aux enfants, qui nuisent à leur santé, l'étiquetage nutritionnel et les taxes et les subventions liées aux aliments. Les politiques influant sur les environnements liés à l'exercice physique

qui ont été fructueuses incluent les interventions environnementales ciblant l'environnement bâti, les politiques qui réduisent les obstacles à l'exercice physique, les politiques des transports, les politiques visant à accroître l'espace disponible pour des activités récréatives, et les politiques en faveur de l'exercice physique en milieu scolaire.

Le troisième élément correspond aux interventions communautaires. Il s'agit d'interventions et de programmes complexes, généralement appliqués dans plusieurs cadres, adaptés à l'environnement local, et mis en œuvre localement. Les principes sur lesquels reposent les pratiques optimales pour la conception et la mise en œuvre des interventions communautaires sont notamment une association étroite de la communauté à tous les stades du processus, une planification soigneuse des interventions qui tienne compte des informations locales, et l'intégration du programme dans d'autres initiatives prises par la communauté. Les interventions communautaires complexes, appliquées dans plusieurs cadres, et notamment les centres d'accueil de la petite enfance, les écoles et d'autres structures communautaires, ont donné de bons résultats. Il est toutefois important de noter que les interventions comportant un seul élément peuvent constituer un part importante d'une approche progressive de la prévention de l'obésité – par exemple en tant qu'étape initiale de la mise en œuvre d'un programme d'intervention complexe, appliqué dans plusieurs cadres.

Les pouvoirs publics disposent en résumé d'un large éventail de mesures applicables dans la population pour prévenir l'obésité de l'enfant. Une stratégie complète de prévention de l'obésité intégrera des aspects de chacun des principaux éléments. Des investissements stratégiques seront nécessaires pour mettre en œuvre des programmes et des initiatives de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population qui soient efficaces et culturellement adaptés, et pour assurer qu'ils couvrent des groupes vulnérables tels que les enfants atteints d'incapacités. Ces interventions doivent être appliquées à l'ensemble de la population, dans des cadres divers, et au moyen de tout un éventail de stratégies.

1

Introduction

1.1 L'obésité chez l'enfant

La prévalence du surpoids et de l'obésité est en augmentation sensible depuis trois décennies *(1)*. À l'échelle mondiale, on estime à 170 millions le nombre des enfants (moins de 18 ans) présentant un excédent pondéral *(2)*. C'est dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure que la prévalence du surpoids chez les enfants est la plus forte, et dans le groupe des pays à faible revenu que le taux de prévalence est le plus faible. L'excédent pondéral, en augmentation dans la quasi-totalité des pays, progresse toutefois plus rapidement dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure *(1)*.

La prévalence élevée du surpoids et de l'obésité a de graves conséquences pour la santé. La hausse de l'indice de masse corporelle (IMC) constitue un risque majeur de maladies comme les cardiopathies, le diabète de type 2 et de nombreux cancers (et notamment le cancer colorectal, le cancer du rein et le cancer de l'œsophage) *(3,4)*. Ces maladies – dites non transmissibles – sont cause de mortalité prématurée, et de morbidité à long terme. Le surpoids et l'obésité chez les enfants sont également associés à une baisse sensible de la qualité de la vie *(5, 6)* et à une exposition accrue aux plaisanteries, aux brimades et à l'isolement social *(2)*.

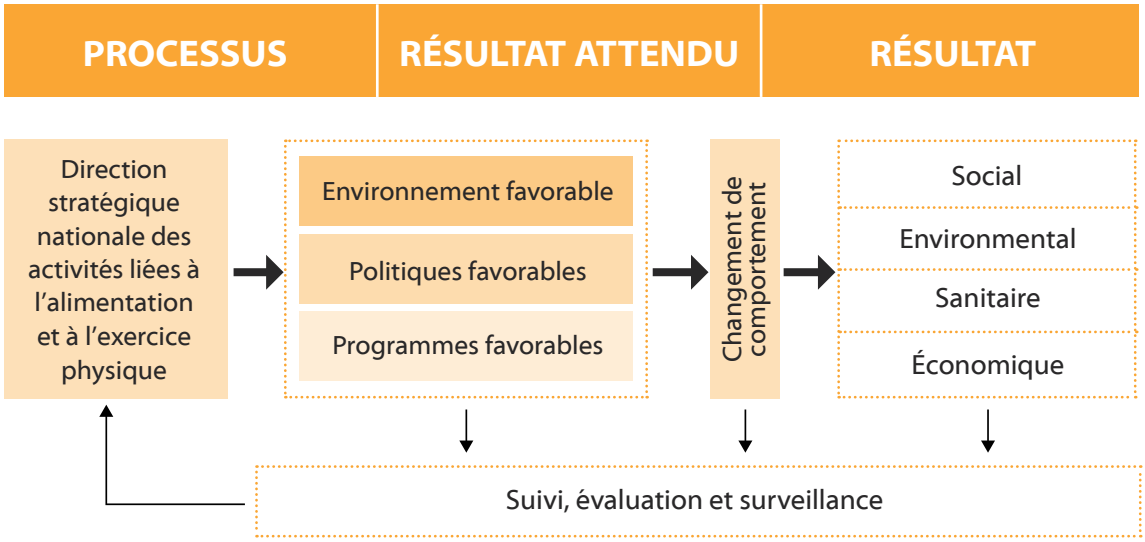
L'obésité, compte tenu de l'augmentation rapide de sa prévalence et de la gravité de ses conséquences pour la santé publique, est couramment considérée comme l'un des plus grands enjeux de santé publique de ce début du XXIème siècle *(1,7)*.

1.2 Principales stratégies mondiales liées à la prévention de l'obésité

En 2004, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la résolution WHA57.17 relative à la *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (8)*. La stratégie mondiale traite de la prévalence et de la charge croissantes des maladies non transmissibles et, plus particulièrement, des schémas mondiaux de l'alimentation et de l'exercice physique.

En 2008, l'OMS a élaboré un cadre destiné à aider les États Membres à suivre et évaluer la mise en œuvre de la stratégie mondiale dans les États Membres *(9)* (voir la Figure 1). Ce cadre propose aux autorités nationales de jouer un rôle moteur et de faciliter la mise en œuvre concertée des politiques et des programmes pour promouvoir l'aménagement d'environnements favorables à la santé. Ces mesures devraient elles-mêmes faciliter l'amélioration des comportements liés à l'alimentation et à l'exercice physique, et des résultats sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques.

Figure 1 Modèle schématique du cadre pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé dans les États Membres *(9)*



En 2011, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles* (Déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles) *(10)*. Cette déclaration reconnaît l'étendue de la crise des maladies non transmissibles, et notamment de l'obésité, et l'urgente nécessité d'une action mondiale. En prenant acte des effets directs des maladies non transmissibles sur le développement social et économique, et en reconnaissant que ces maladies font peser une menace majeure sur les économies de nombreux États Membres, la Déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles encourage vivement les gouvernements à prendre des mesures préventives et à faire preuve de détermination *(10)*. La Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et la Déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles reconnaissent l'une et l'autre qu'une prévention efficace des maladies non transmissibles requiert la participation de nombreux groupes différents d'acteurs concernés, et des approches multisectorielles associant notamment la santé, l'éducation, l'agriculture, l'industrie et le commerce, et les finances *(10)*.

En 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la résolution WHA65.6 sur le plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant *(11)*. Cette résolution invite instamment les États Membres à mettre en pratique le plan d'application, et notamment à renforcer les politiques nutritionnelles de manière qu'elles répondent au double fardeau de la malnutrition.

1.3 Forum et réunion technique de l'OMS sur les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population

Au titre de la mission qui lui incombe de dispenser aux États Membres des avis techniques pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale, l'OMS a organisé en 2009 un Forum et une Réunion technique sur les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population *(12)*. La réunion avait pour objectif général de déterminer les priorités des stratégies destinées à prévenir l'obésité de l'enfant dans la population et de définir les rôles et les responsabilités des divers acteurs.

Les participants à la réunion ont proposé une série de mesures visant à combattre l'obésité chez les enfants, y compris la mise au point d'outils adaptés pour les États Membres *(12)*. L'OMS a notamment été priée d'élaborer un outil devant permettre aux États Membres de déterminer et de recenser les domaines d'action prioritaires et de proposer des exemples de méthodes de prévention de l'obésité chez les enfants dans la population. C'est à cette dernière requête que répond le présent document.

1.4 Objet et structure du document

Le présent document propose aux États Membres un aperçu des types d'interventions pour la prévention de l'obésité chez les enfants qui peuvent être déployées aux niveaux national, infranational et local. L'accent est mis principalement sur les enfants d'âge scolaire et les adolescents, mais plusieurs interventions intéressent également les enfants en bas âge. S'il y a lieu, les mesures de prévention qui ont le plus de chances d'être efficaces sont signalées.

La description des principes directeurs applicables à l'élaboration d'une stratégie de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population est suivie de la présentation des trois principaux éléments d'une stratégie de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population. Ces éléments sont ensuite examinés séparément et les différents types de méthodes à la disposition des États Membres sont exposés, ainsi que des considérations relatives à leur conception. Le cas échéant, des exemples de pays sont également fournis.

Aux fins de la définition de stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population, il est préférable d'utiliser le présent document en association avec le document intitulé *Hiérarchiser les domaines d'action prioritaires pour prévenir l'obésité de l'enfant dans la population (13)* et les autres documents de l'OMS relatifs à la prévention de l'obésité chez les enfants et des maladies non transmissibles.

2

Principes directeurs pour l'élaboration d'une stratégie de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population

Les principes directeurs suivants relatifs à l'élaboration d'une stratégie de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population s'appuient sur ceux qui ont été conçus dans le cadre du Forum et de la Réunion technique de l'OMS sur les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population *(12)*.

2.1 Stratégie intégrée

Les déterminants de l'obésité sont complexes et variés et il est important de reconnaître qu'aucune intervention n'a des chances, à elle seule, de prévenir l'obésité chez les enfants *(14)*. Les mesures destinées à prévenir l'obésité chez les enfants doivent être appliquées simultanément dans plusieurs cadres, et intégrer des méthodes diverses et associer un large éventail d'acteurs. Des interventions pérennes seront vraisemblablement nécessaires à plusieurs niveaux – au niveau individuel en milieu scolaire et communautaire pour opérer des changements comportementaux, et au niveau des secteurs pour obtenir des changements dans l'agriculture, la production alimentaire, l'éducation, les transports et l'urbanisme *(15)*. Évalués isolément, les effets de chaque intervention pourront sembler minimes mais, incluses une stratégie globale, les interventions joueront un rôle significatif.

Les mesures de prévention de l'obésité de l'enfant doivent être solidement intégrées dans les autres actions déployées contre tous les principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles (et notamment le tabagisme, la consommation d'alcool, une mauvaise alimentation et le manque d'exercice physique) *(1)*. Des interventions devront être mises en œuvre à cet effet à tous les niveaux de la société, des communautés locales aux pouvoirs publics, aux organisations privées et aux organisations non gouvernementales. Les facteurs de risque de maladies non transmissibles sont ancrés dans le cadre social et influencés par de nombreux domaines de la politique nationale *(1)*.

Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, les mesures de prévention de l'obésité – et, plus généralement, la prévention des maladies non transmissibles – doivent être intégrées dans les actions connexes liées à la sécurité alimentaire et à la dénutrition *(16)*.

Les interventions destinées à prévenir l'obésité chez les enfants doivent enfin s'inscrire dans les plans et les programmes existants qui visent à améliorer l'alimentation et l'exercice physique. Les interventions qui utilisent des cadres particuliers devront également être intégrées. De nombreuses écoles, par exemple, ont pu intégrer des cours sur le changement de comportement dans leur programme d'études existant *(12)*.

2.2 Appui des autorités à plusieurs niveaux de gouvernance

Les interventions de prévention de l'obésité doivent être soutenues par les politiques à tous les niveaux de l'administration – national, régional et local. Les politiques nationales peuvent créer des environnements favorables ; les politiques régionales peuvent faciliter la mise en commun des ressources ; et une adaptation locale permet de mieux cibler les interventions. L'appui mondial (intergouvernemental) à la prévention de l'obésité peut aider à s'atteler aux facteurs environnementaux transnationaux, et notamment à assainir l'offre alimentaire *(12)*.

Il est important de reconnaître que les mesures ne doivent pas être dissociées. Les pouvoirs publics à différents niveaux pourront souhaiter travailler ensemble et les initiatives locales pourront et devront s'aligner sur les politiques nationales et régionales qui les soutiennent.

2.3 Équité et ouverture

Selon certaines études, les enfants de milieux socio-économiques supérieurs bénéficient plus des interventions que les enfants moins favorisés. Aussi les décideurs et les praticiens doivent-ils tenir compte des effets potentiels des interventions pour s'assurer que la prévention de l'obésité ne creuse pas davantage les inégalités existantes. Les interventions qui visent à prévenir l'obésité doivent protéger le droit de tous les enfants à avoir d'emblée une vie saine *(12)*.

Les stratégies et les programmes doivent inclure en priorité les groupes vulnérables, et notamment les enfants atteints d'incapacités. Dans le cas des enfants ayant des besoins éducatifs spéciaux, par exemple, des recommandations et des conseils peuvent être fournis sur les modifications à apporter aux stratégies applicables dans la population pour certains groupes *(12)*. Il est important de veiller également à ce que les enfants ne soient pas défavorisés en raison de leur sexe.

2.4 Appui environnemental

Il existe plusieurs approches possibles des problèmes de santé publique. Selon le point d'une intervention ou le domaine ciblé, elles sont souvent décrites comme « en amont », « médianes » ou « en aval » *(17)*. Concernant la prévention de l'obésité de l'enfant dans la population, la plupart des interventions seront probablement « en amont » et « médianes ».

L'approche socio-écologique, ou « en amont », de la prévention de l'obésité vise à façonner les circonstances et les conditions qui constituent les déterminants fondamentaux de la santé et de l'équité sociale. Les mesures visent l'offre alimentaire, les environnements liés à l'exercice physique et le contexte socio-économique plus large (à savoir la fiscalité, l'emploi, l'éducation, le logement et la protection sociale), et influent ainsi indirectement sur les comportements de la population. Les secteurs cibles recouvrent tous les aspects du système alimentaire (l'agriculture, l'industrie alimentaire, la distribution des produits alimentaires, la commercialisation, la vente au détail et les services de restauration) et les secteurs qui influent sur l'environnement lié à l'exercice physique (les infrastructures, les transports et l'éducation) *(17)*.

Les approches comportementales, ou « médianes », de la prévention de l'obésité visent à améliorer les schémas comportementaux de la population liés à l'alimentation et à l'exercice physique. Les approches « médianes » porteront en général sur les cadres où pourront être mis en œuvre les programmes, le marketing social, l'éducation et les autres initiatives dont l'objet est de modifier les comportements individuels liés à l'alimentation et à l'exercice physique *(17)*. Il pourra s'agir des centres d'accueil de la petite enfance, des écoles, des équipements communautaires et récréatifs, des ménages ou des structures confessionnelles.

Les approches « en aval » soutiennent en général les interventions médicales (cliniques) et des services de santé. Dans le contexte de la prévention de l'obésité de l'enfant, elles s'adressent en principe à la personne et non à l'ensemble de la population.

2.5 Suivi et surveillance

Un suivi et une surveillance continus aux niveaux mondial, national et local sont indispensables pour comprendre la nature du problème et le contexte des interventions. Les informations recueillies serviront à étayer la politique, à évaluer les progrès et à sensibiliser l'opinion. Les données du suivi aideront en outre à renforcer la volonté politique par des voies diplomatiques, à rapprocher la recherche et la politique, à améliorer l'échange d'informations, à assurer une distribution adéquate des moyens financiers, à mettre en évidence les premiers résultats, et à reconnaître les intérêts d'autres secteurs *(12)*.

2.6 Dialogue avec les différents secteurs et les différents cadres

L'efficacité de la prévention de l'obésité dépend des mesures adoptées par les différents secteurs pour créer un environnement plus sain. La mise en place d'un environnement propice à l'exercice physique nécessitera l'appui politique de secteurs tels que l'urbanisme (environnement bâti), l'éducation (exercice physique en milieu scolaire), les sports (activités récréatives et participation sans exclusion) et les transports (déplacements actifs et transports publics). L'amélioration de la salubrité de l'offre alimentaire nécessitera notamment la participation des responsables des normes alimentaires (reformulation), de la communication (marketing), du commerce (vente au détail des denrées alimentaires), de l'agriculture (investissements dans la production primaire) et de l'éducation (offre alimentaire en milieu scolaire). Il incombera à d'autres secteurs, tels que le commerce et la finance, de modifier par exemple les systèmes de taxation des denrées alimentaires ou les politiques fiscales sur les articles de sport et les activités sportives *(12)*.

2.7 Transparence

L'instauration d'un dialogue transparent et efficace avec les acteurs extérieurs aux pouvoirs publics est apparue comme un facteur essentiel du succès des programmes. Les approches qui aident à réduire au maximum les conflits d'intérêts incluent la disponibilité d'informations sur les partenariats et la déclaration obligatoire d'éventuels conflits d'intérêts.

La transparence revêt une importance particulière dès lors qu'un dialogue est instauré avec le secteur privé. Si les partenariats public-privé peuvent améliorer l'obtention de ressources et favoriser la pérennité, des craintes ont été émises quant à l'influence d'entreprises à but lucratif –notamment dans le domaine de l'industrie alimentaire – sur les priorités des interventions de prévention de l'obésité et le choix des stratégies *(12)*.

2.8 Contextualisation

Selon le domaine, la région ou le pays, certaines mesures ou options politiques seront plus importantes, mieux adaptées et plus réalisables que d'autres. Aussi les décisions relatives aux options politiques et aux domaines d'action prioritaires doivent-elles impérativement être prises au niveau local. Les éventuels domaines d'action doivent être soigneusement analysés, compte tenu des facteurs locaux, régionaux ou nationaux. Il faudra également considérer les facteurs historiques, politiques, culturels, sociaux et économiques, ainsi que les ressources disponibles et les politiques et les systèmes existants.

La contextualisation joue aussi un rôle important dans la conception et la mise en œuvre des interventions – il s'agit de tenir compte de la nature du problème (groupes particuliers affectés, par exemple) et des facteurs culturels et sociaux qui influent sur les comportements sanitaires. L'expérience récente de la France est un exemple significatif – le marketing social s'est révélé beaucoup plus efficace lorsque l'importance de maintenir un poids sain a été présentée en termes positifs, au moyen de messages axés non seulement sur la santé mais également sur le plaisir d'être actif tout en mangeant bien *(12)*.

2.9 Pérennité

Les interventions à long terme se sont révélées des plus efficaces pour la prévention de l'obésité chez les enfants, leur succès étant à l'évidence fortement lié à leur pérennité. Les stratégies qui améliorent la pérennité des programmes sont i) celles qui s'appuient sur les cadres, les recommandations, les politiques et les ensembles de données existants ; ii) celles qui renforcent l'adhésion de la communauté ; et iii) celles qui influent sur les normes sociales *(12)*.

La planification et la budgétisation à plus long terme et le choix d'interventions efficaces au regard de leur coût peuvent améliorer l'efficacité de la mise en œuvre et la pérennité des programmes. La pérennité passera par des modes de financement créatifs. Il pourra notamment être nécessaire d'élaborer des stratégies destinées à dissocier le financement par le secteur privé de la définition des orientations et du choix des interventions *(12)*, et d'instaurer à titre permanent des taxes ciblées, notamment sur le tabac, l'alcool et les aliments dommageables pour la santé, à l'appui des initiatives en faveur de la santé.

2.10 Coordination

Les secteurs pertinents peuvent être définis dans le cadre de l'établissement des priorités aux niveaux national et local, et ils devront être encouragés de manière coordonnée à s'atteler à des buts communs concernant l'alimentation et l'exercice physique. L'efficacité de la participation multisectorielle passe par une définition claire des rôles et des responsabilités. Il est important que les ministères de la santé coordonnent l'action en faisant preuve d'autorité et de diplomatie, tant entre les secteurs et les niveaux de l'administration qu'entre les acteurs publics et privés. Des objectifs clairs – et notamment l'objectif commun de la protection de l'enfance – aident à stimuler la volonté politique et à accroître l'appui du public. L'association des exécutants à la planification est un aspect essentiel de la coordination *(12)*.

2.11 Définition claire des priorités

Si la nécessité d'une action préventive est de plus en plus reconnue, la mise en œuvre des politiques n'est guère systématique, dépendant souvent des circonstances. Les mesures prises par les pouvoirs publics seront d'autant plus cohérentes et complètes que les processus décisionnels seront plus systématiques, fondés sur des données factuelles et étayés par les informations provenant des acteurs concernés *(13)*.

Vu l'éventail des options possibles, l'association optimale de méthodes de prévention de l'obésité chez les enfants dans un contexte donné reste difficile à trouver. La prise en compte de facteurs propres au pays ou à la communauté, comme la disponibilité de ressources ou les différences socio-économiques dans la prévalence de l'obésité, revêtira vraisemblablement une importance majeure dans tout processus décisionnel. L'expérience a montré que l'utilisation de processus et d'outils transparents et éprouvés pour établir les priorités pouvait être très bénéfique à cet égard *(12, 13)*.

Des méthodes de hiérarchisation des priorités peuvent être conçues aux fins d'une approche progressive de la mise en œuvre des politiques. Les États Membres pourront ainsi adopter des mesures immédiates, dans le cadre d'un plan à plus long terme.

Le document publié en parallèle, *Hiérarchiser les domaines d'action pour prévenir l'obésité de l'enfant dans la population* (*13)* fournit de plus amples détails sur l'établissement des priorités.

3

Principaux éléments d'une stratégie de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population

Les méthodes de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population se composent de trois grands éléments :

1. Les structures du secteur public à l'appui des politiques et des interventions de prévention de l'obésité chez les enfants. Il s'agit des aspects structurels, à savoir les fonctions de direction, les capacités du personnel et les systèmes de suivi des maladies non transmissibles, qui sont nécessaires pour soutenir et renforcer l'efficacité des initiatives directes des pouvoirs publics et des interventions communautaires.
2. Les politiques et les initiatives s'étendant à l'ensemble de la population, comme les restrictions imposées à la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées dommageables pour la santé destinés aux enfants, l'étiquetage nutritionnel, les taxes et les subventions liées aux aliments, les politiques relatives à l'exercice physique et les campagnes de marketing social. Celles-ci sont en principe conçues pour modifier l'offre alimentaire et les environnements liés à l'exercice physique afin que les choix les plus sains soient les plus faciles à faire pour les membres de la population.
3. Les interventions communautaires. Il s'agit d'interventions et de programmes complexes, généralement appliqués dans plusieurs cadres, adaptés à l'environnement local et mis en œuvre localement.

La Figure 2 présente ces principaux éléments d'une stratégie de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population.

Figure 2 Principaux éléments d'une stratégie de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population

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

Structures publiques à l'appui des politiques et des interventions	Politiques et initiatives couvrant l'ensemble de la population	Interventions communautaires
• Fonctions de direction • Intégration de la santé dans toutes les politiques • Fonds spécialement destinés à la promotion de la santé • Systèmes de suivi des maladies non transmissibles • Capacités du personnel • Réseaux et partenariats • Normes et lignes directrices	• Commercialisation d'aliments et de boissons qui nuisent à la santé destinés aux enfants • Étiquetage nutritionnel • Taxes et subventions liés aux aliments • Initiatives en faveur de la consommation de fruits et de légumes • Politiques relatives à l'exercice physique • Campagnes de marketing social	• Interventions communautaires complexes • Centres d'accueil de la petite enfance • Ecoles primaires et secondaires • Autres cadres communautaires

Une stratégie complète de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population doit intégrer des aspects de chacune de ces trois principales composantes, témoignant de l'interdépendance étroite qui existe entre ses éléments, et leurs aspects particuliers. Ainsi, des systèmes de suivi qui indiquent où des pistes cyclables sont le plus nécessaires sont-ils indispensables pour soutenir la mise en œuvre d'une politique d'investissement dans des pistes cyclables, qui renforce à son tour les efforts des interventions communautaires pour encourager le cyclisme localement. Les actions inscrites dans un élément (mesures communautaires destinées à limiter la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées dommageables pour la santé destinés aux enfants, par exemple) peuvent en outre aider à accroître l'appui des pouvoirs publics en faveur de changements politiques à d'autres niveaux (politiques nationales visant à limiter la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées qui nuisent à la santé destinés aux enfants).

Le choix de certaines options au sein de chaque élément devrait en général reposer sur des données établissant leur efficacité probable, notamment au regard de leur coût. Tous ces éléments ne se prêtent cependant pas à une analyse coût-efficacité, mais les structures gouvernementales à l'appui des politiques et des interventions devraient être considérées comme des investissements nécessaires ou des infrastructures essentielles pour la prévention de l'obésité, et ne pas faire l'objet d'analyses coût-efficacité. Il n'est en effet pas aisé de déterminer l'efficacité économique de structures dont l'objet est de surveiller l'alimentation et le poids des membres de la population *(14)*. En revanche, même si cela est parfois difficile, il pourra être possible d'évaluer l'efficacité économique d'un grand nombre des interventions incluses dans d'autres éléments.

Ces principaux éléments sont successivement examinés ci-après.

4

Structures publiques à l'appui des politiques et des interventions de prévention de l'obésité chez les enfants

Des aspects essentiels, souvent négligés, de l'action de prévention de l'obésité chez les enfants sont les composantes structurelles de base qui, dans l'administration, peuvent aider à faciliter certaines interventions « directes ». Il s'agit notamment des fonctions de direction, des capacités et l'information du personnel, et des systèmes de suivi nécessaires pour soutenir et renforcer l'efficacité des initiatives des pouvoirs publics et des interventions communautaires *(14)*.

Ces structures revêtent une importance particulière pour les pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont besoin de promouvoir les structures à l'appui des compétences du personnel et de la création de savoir pour la santé publique en général.

La présente section décrit quelques-unes des principales structures précédemment reconnues pour l'importance de leur appui aux efforts déployés pour prévenir l'obésité chez les enfants *(4, 9, 14, 16, 18)*. Cette liste, qui n'est pas exhaustive, indique les types de structures considérées comme importantes.

4.1 Fonctions de direction

Une direction stratégique de haut niveau est essentielle pour obtenir le soutien nécessaire à la mise en œuvre des initiatives en faveur de la prévention de l'obésité chez les enfants, et au maintien d'une dynamique à long terme. Il est souhaitable que les dirigeants politiques de haut niveau comme les présidents, les premiers ministres et les ministres assurent la direction stratégique nécessaire.

4.2 Intégration de la santé dans toutes les politiques

L'évaluation des politiques publiques proposées ne tient généralement pas compte de leur influence probable sur la santé. L'intégration de la santé dans toutes les politiques peut rendre obligatoire une évaluation des effets sanitaires possibles de toutes les nouvelles politiques envisagées, et l'ajustement en conséquence des propositions. Exemples d'application de l'intégration de la santé dans toutes les politiques *(14)* :

- La protection et la promotion de la santé et une sécurité alimentaire durable sont déclarées comme des priorités absolues dans l'élaboration de la politique alimentaire.
- La protection et la promotion de la santé sont assurées dans les accords commerciaux et les politiques fiscales liées à l'agriculture et à l'alimentation (subventions, taxes, droits d'importation, quotas).
- Les politiques et les allocations budgétaires dans le domaine des transports et de l'urbanisme accordent la priorité aux transports publics, aux environnements pour piétons et cyclistes, et aux espaces récréatifs sûrs.
- La fiscalité et les politiques sociales soutiennent la réduction des inégalités socio-économiques qui contribuent aux inégalités en santé.

4.3 Financement spécial

La mise en œuvre des activités de prévention de l'obésité chez l'enfant requiert un financement spécial et les ressources nécessaires. Les pouvoirs publics disposent notamment des moyens suivants pour intégrer les fonds voulus dans le budget annuel :

- création de fondations ou d'organismes pour la promotion de la santé qui pourront être financés par les taxes sur le tabac, l'alcool ou les aliments et les boissons non alcoolisées dommageables pour la santé ;
- prélèvement d'un pourcentage spécial sur d'autres budgets pertinents d'activités de promotion de la santé (services thérapeutiques, éducation, pouvoirs publics locaux, par exemple) ;
- affectation de fonds pour la santé préventive dans le cadre du budget ordinaire ;
- inclusion de la prévention de l'obésité chez les enfants dans les activités de promotion de la santé financées par l'aide publique au développement.

4.4 Systèmes de suivi des maladies non transmissibles

Les gouvernements doivent s'assurer que des systèmes de suivi sont en place pour surveiller l'évolution de l'obésité chez les enfants et chez les adultes ainsi que les principaux aspects des environnements liés à l'alimentation et à l'exercice physique (enquêtes alimentaires en population, composition nutritionnelle des aliments, exposition des enfants au marketing, par exemple). Ces systèmes fournissent des informations essentielles pour cibler les bénéficiaires et hiérarchiser, mettre en œuvre et évaluer les différentes interventions. Un exemple d'outil pouvant aider à suivre les facteurs de risque comportementaux en milieu scolaire est *l'enquête mondiale de l'OMS sur la santé à l'école (GSHS) (19)*.

Il est important de recenser les centres dotés de compétences en matière de recherche et d'évaluation dans le domaine de la prévention de l'obésité et de leur apporter un soutien au sein des établissements universitaires. Les pouvoirs publics doivent également soutenir les mécanismes d'échange de savoir pour assurer le partage des données factuelles et de l'expérience acquise.

4.5 Capacités du personnel

Les pouvoirs publics doivent veiller à ce que des personnels compétents soient employés en nombre suffisant dans le domaine de la prévention et que des possibilités de formation suffisantes soient offertes pour garantir durablement l'existence des compétences nécessaires. Des fonds pourront être requis pour dispenser au personnel existant une formation de qualité et un perfectionnement professionnel continu.

Il serait également utile d'inclure la nutrition, l'exercice physique et la prévention de l'obésité dans les programmes d'études des professionnels de la santé et des professions apparentées (planificateurs, enseignants, puéricultrices, par exemple). L'Encadré A donne l'exemple d'un projet de formation des enseignants des Caraïbes aux compétences voulues pour intégrer des recommandations relatives à l'exercice physique et à l'alimentation dans le programme scolaire.

Encadré A

Apprendre aux enseignants des Caraïbes comment intégrer des recommandations relatives à l'alimentation et à l'activité physique dans le programme scolaire *(20)*

En 2007, l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition a créé un programme de santé scolaire destiné à prévenir le diabète et les autres maladies chroniques au moyen d'interventions comportementales en milieu scolaire (20). Les principaux résultats attendus étaient i) une amélioration des schémas liés à l'alimentation et à l'exercice physique dès l'école secondaire, et ii) un programme pérenne d'intervention sur les modes de vie dans les écoles secondaires de tous les pays choisis. Ce programme complexe a été mis en œuvre dans quatre pays des Caraïbes : Grenade, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Trinité-et-Tobago.

L'une des composantes du programme portait sur la formation des enseignants à l'inclusion dans le programme scolaire de concepts relatifs à une alimentation saine et à l'exercice physique, conformément à la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. L'accent était mis sur l'auto-évaluation et le suivi ; la définition des objectifs ; et l'acquisition des compétences cognitives, affectives et comportementales susceptibles de conduire à l'adoption volontaire des comportements ciblés.

La formation des enseignants a été dispensée sur une période de 3 à 5 jours pendant les vacances d'été, avant le début de chaque nouvelle année scolaire. Un manuel incluant tous les matériels nécessaires à l'enseignement, et notamment des plans en vue de l'adaptation des cours existants compte tenu des recommandations de la Stratégie mondiale, a été conçu. En dehors des séances de formation, les enseignants ont également assisté à des exposés et des débats sur la manière de motiver les étudiants, les méthodes d'enseignement et l'organisation des classes. Cette composante du programme, ainsi que les trois autres, a été mise en œuvre sur les trois années qu'a duré le projet.

4.6 Réseaux et partenariats

Compte tenu de la nature multisectorielle des activités de prévention de l'obésité chez les enfants, des structures de gouvernance intersectorielles (un groupe de travail spécial interministériel sur l'obésité, par exemple) seront probablement nécessaires pour coordonner l'action et obtenir l'appui de différents ministères au niveau national ou des États.

Les pouvoirs publics devront également assurer la coordination des activités pertinentes entre les différents ministères, organisations non gouvernementales et secteurs du domaine privé. Des mécanismes devront notamment être en place pour limiter l'influence des intérêts commerciaux et les éventuels conflits d'intérêts dans le processus d'élaboration des politiques. Des partenariats et des structures de coordination seront aussi nécessaires au niveau local pour planifier et coordonner l'action locale sur les environnements liés à une alimentation saine et à l'exercice physique.

4.7 Normes et lignes directrices

Les directives nationales relatives à une alimentation saine et à l'exercice physique à l'intention des particuliers sont le fondement de l'action de prévention de l'obésité. Elles doivent s'appuyer sur des données factuelles, être régulièrement actualisées, adaptées aux différents groupes de la population (enfants, adolescents, communautés de personnes âgées, minorités, par exemple), et être communiquées de manière efficace à la population.

Tout un éventail de normes et de directives sont nécessaires pour appuyer la mise en œuvre de certaines politiques. Des systèmes indiquant quels aliments peuvent être classés comme « sains » ou « nuisant à la santé », par exemple, sont nécessaires pour étayer les politiques relatives à l'alimentation et à la nutrition comme l'étiquetage du type « feux de signalisation » sur le devant de l'emballage et la réglementation du marketing destiné aux enfants *(21-24)*. Les autorités locales ont également besoin de lignes directrices (sur le ratio optimal espaces ouverts-espaces bâtis, par exemple) pour créer des environnements destinés aux déplacements et aux loisirs actifs. Des cibles nationales à l'usage de l'industrie agro-alimentaire concernant la composition des aliments, le marketing destiné aux enfants et les allégations relatives à la santé faciliteront aussi grandement la mise en œuvre des politiques.

5

Politiques et initiatives couvrant l'ensemble de la population

La création d'environnements favorables à une alimentation saine et à l'exercice physique est une composante essentielle des stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant axées sur l'ensemble de la population. Leur mise en place nécessite en principe des aménagements, notamment dans les domaines de la commercialisation et de l'étiquetage des aliments, de la fiscalité, de l'urbanisme, des transports et de l'agriculture. Selon certaines données, les stratégies qui reposent sur plusieurs interventions ont plus de chances d'avoir des effets bénéfiques sur la santé que les interventions individuelles, et ce souvent à moindre coût *(25)*.

Les instruments politiques généralement utilisés dans le cadre de cet élément d'une stratégie complète de prévention de l'obésité chez les enfants sont les lois et les réglementations, les taxes et les subventions, et les campagnes de marketing social étendues à l'ensemble de la population (ou à d'importants groupes de population). Ces politiques portent en principe sur les adultes et les enfants. Contrairement aux interventions communautaires (examinées à la section 6) généralement déployées au niveau local ou communautaire, ces initiatives sont prises d'ordinaire par les gouvernements nationaux ou les États. Mises en œuvre de manière efficace, les initiatives politiques créent des environnements favorables qui renforcent les interventions éducatives et comportementales adaptées à chaque personne, et elles peuvent améliorer les résultats obtenus dans tout l'éventail socio-économique *(12, 26)*.

Les données factuelles relatives à l'efficacité des initiatives prises par les pouvoirs publics proviennent en majorité de pays à revenu élevé. Aussi faudra-t-il prendre des précautions en adaptant ces initiatives à d'autres contextes, et notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Trois catégories de politiques et d'initiatives sont examinées dans la présente section : les politiques qui influent sur l'offre alimentaire, les politiques qui influent sur les environnements liés à l'exercice physique, et les campagnes de marketing social (qui ciblent en général les comportements liés à la nutrition et à l'exercice physique). Les politiques plus larges qui portent sur les déterminants sociaux de la santé ne sont pas examinées ici. S'il ne fait aucun doute que les politiques dans ce domaine, comme l'impôt sur le revenu, les mécanismes de sécurité sociale, les logements communautaires et les politiques relatives à l'éducation et aux migrations, exercent une influence certaine sur l'ensemble des résultats sanitaires dans la population, et notamment sur l'obésité de l'enfant, le traitement de ces questions n'est pas considéré comme relevant d'une politique de prévention de l'obésité *(17)*. Ces politiques devraient toutefois faire partie intégrante d'une stratégie de prévention des maladies non transmissibles.

5.1 Politiques influant sur les environnements liés à l'alimentation

Les politiques relatives à l'alimentation et à la nutrition dans un pays donné s'appuient sur les directives alimentaires nationales, les guides pour le choix des aliments, et les politiques liées à l'allaitement maternel et à la nutrition du nourrisson. Celles-ci doivent être communiquées à la population de manière adaptée et accessible.

Suit un large éventail de domaines d'action influant sur l'offre alimentaire et la manière dont évoluent les lignes directrices en matière d'alimentation. Il s'agit notamment des politiques publiques relatives à l'exploitation des sols, à l'agriculture, à l'industrie alimentaire et à la distribution des aliments, à la commercialisation des aliments, à la vente au détail des aliments et aux services de restauration *(17)*. Ces politiques relèvent en général des gouvernements nationaux et des États, certains aspects pouvant être du ressort des autorités locales. Les mesures destinées à faire évoluer les politiques dans ces domaines nécessiteront un dialogue approfondi avec toutes sortes d'acteurs très influents, notamment dans l'industrie agro-alimentaire *(12)*.

L'éventail des interventions politiques possibles liées à l'offre alimentaire est vaste mais la présente section se limite aux interventions les plus couramment citées concernant la prévention de l'obésité, pour lesquelles les données établissant leur efficacité, notamment au regard de leur coût, sont prometteuses. Si les politiques en faveur de l'allaitement maternel sont absentes du présent guide, il est reconnu qu'elles devraient faire partie d'une stratégie élargie de prévention des maladies non transmissibles *(16)*.

5.1.1 Commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées dommageables pour la santé destinés aux enfants

Le secteur de la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants est très puissant et influent *(27)*. Des données attestent l'existence de liens entre la publicité à la télévision et les connaissances et les préférences alimentaires des enfants, les aliments qu'ils demandent qu'on leur achète et leurs schémas de consommation. La publicité à la télévision est aussi associée à une consommation accrue d'en-cas et de boissons riches en sucre et à un excédent calorique *(1)*.

Selon une analyse des bienfaits sanitaires de plusieurs interventions réalisée en Australie, la limitation de la publicité télévisée en faveur des aliments et des boissons était peut-être l'une des méthodes de santé publique les plus efficaces et les plus économiques pour réduire la prévalence de l'obésité chez les enfants *(28)*. L'American Academy of Pediatrics a également signalé qu'il existait suffisamment de preuves aux États-Unis d'Amérique pour justifier une interdiction de la publicité en faveur de certains types d'aliments et de boissons non alcoolisés dans les programmes de télévision destinés aux enfants *(29)*. L'OMS a en outre reconnu que la réduction de la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées riches en sel, en graisses et en sucre destinés aux enfants serait probablement une action efficace au regard de son coût pour réduire les maladies non transmissibles *(30)*.

L'Assemblée mondiale de la Santé, dans sa résolution WHA63.14, invite instamment les États Membres à prendre les mesures voulues pour mettre en œuvre les recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants *(31)*. Le document de l'OMS *WHO Framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children* indique comment appliquer ces recommandations *(32)*.

5.1.2 Étiquetage nutritionnel

L'étiquetage nutritionnel est la fourniture, sous une forme normalisée, d'informations relatives aux aliments en vente. Dans de nombreux pays, il est obligatoire de faire figurer des informations nutritionnelles sur l'emballage des aliments transformés, et notamment la teneur en éléments énergétiques, protéines, graisses totales, graisses saturées, hydrates de carbone, sucres et sodium. De nombreux pays limitent également les types d'allégations possibles concernant la valeur nutritive des produits et leurs effets sur le fonctionnement et la santé. Le Codex Alimentarius recommande par exemple, en règle générale, l'interdiction des allégations relatives à la nutrition et à la santé pour les aliments destinés aux nourrissons et aux enfants en bas âge *(33)*.

Il a été établi que l'étiquetage nutritionnel encourageait les personnes qui lisent les étiquettes à avoir une alimentation plus saine *(34)* et les informations nutritionnelles appropriées fournies au moyen de l'étiquetage des produits sont considérées comme nécessaires pour aider les consommateurs à choisir des aliments plus sains *(1)*.

L'étiquetage explicatif des produits alimentaires qui aide les consommateurs à comprendre les informations nutritionnelles (en utilisant des couleurs, des pourcentages et des logos, par exemple) est couramment cité comme une mesure prometteuse de prévention de l'obésité. Les systèmes de signalisation nutritionnelle sur le devant de l'emballage comprennent notamment les systèmes du type « feux de signalisation » où un code de couleurs indique si la teneur en nutriments tels que les graisses, le sucre et le sel est élevée, modérée ou faible (voir l'Encadré B). Les systèmes d'approbation recourent notamment à un symbole qui apparaît sur l'étiquette d'un produit pour indiquer si celui-ci est conforme aux normes particulières fixées par ce programme. Le programme « Pick the Tick » de l'Australian Heart Foundation en est un exemple *(35)*, de même que le programme suédois « Green Keyhole » *(36)*. Chacun de ces systèmes aide les consommateurs à faire des choix plus sains et incite les fabricants de produits alimentaires à formuler des produits plus sains. L'étiquetage des calories dans les menus des établissements de restauration rapide a également été reconnu comme une mesure prometteuse de prévention de l'obésité *(17)*.

Les politiques publiques dans ce domaine peuvent imposer le type d'étiquetage requis. L'instauration d'un système public obligatoire peut limiter le nombre des autres systèmes en place, et réduire ainsi la confusion chez les consommateurs *(37)*.

Encadré B Étiquetage nutritionnel du type « feux de signalisation » sur le devant de l'emballage *(38-40)*

L'étiquetage nutritionnel du type « feux de signalisation » sur le devant de l'emballage a été généralement proposé comme un outil capable d'améliorer l'alimentation de la population. Ce système d'étiquetage utilise des couleurs (vert, orange et rouge) pour indiquer les teneurs relatives (faible, modérée ou élevée) en graisses, graisses saturées, sucre et sel du produit. Il s'agit de sensibiliser les consommateurs et de leur faire mieux connaître la valeur nutritive des aliments. L'étiquetage du type « feux de signalisation » peut aussi encourager les producteurs à améliorer la formulation des produits.

Des études indiquent régulièrement que les consommateurs préfèrent l'étiquetage nutritionnel du type « feux de signalisation » aux autres formes d'étiquetage, et que cet étiquetage les aide aussi à mieux comprendre les informations nutritionnelles *(38, 39)*. Cela vaut en particulier pour les membres des groupes socio-économiques les moins favorisés *(39)*. Des études reposant sur la modélisation montrent que si l'étiquetage nutritionnel du type « feux de signalisation » sur le devant de l'emballage était appliqué à un large éventail de produits dans le cadre d'une stratégie complète de prévention de l'obésité, il suffirait que s'ensuive une légère évolution des achats alimentaires dans la population pour que les pouvoirs publics considèrent comme négligeable au regard du résultat le coût de l'étiquetage nutritionnel du type « feux de signalisation » *(40)*.

5.1.3 Taxes et subventions liées aux produits alimentaires

De nombreuses données attestent que les prix ont un effet majeur sur les choix des consommateurs et qu'une modification des prix peut améliorer la santé de la population *(16)*. C'est ce qui a été généralement démontré pour l'achat des produits du tabac et de l'alcool, dont il a été reconnu que le prix influait fortement sur les comportements *(41)*.

Pour ce qui est de l'obésité chez les enfants, le prix des aliments fait depuis peu l'objet de recherches et il n'existe encore que des données limitées sur l'effet potentiel d'une modification des prix relatifs des aliments sains et de ceux qui nuisent à la santé sur les schémas de consommation des enfants (42). Des études en laboratoire indiquent qu'une augmentation du prix des aliments dommageables pour la santé, en réduisant l'achat de ces aliments, peut réduire l'apport énergétique global *(43, 44)*. Selon certaines données, les incitations monétaires en faveur de l'achat d'articles plus sains pourraient améliorer la valeur nutritionnelle des achats alimentaires *(45)*.

Des effets favorables ont été observés concernant l'achat d'en-cas pauvres en graisses proposés à prix réduit dans des distributeurs automatiques *(46)* et de fruits et de légumes fournis à moindre coût sur présentation de bons de réduction *(47)*. Une étude longitudinale des prix et de la consommation d'aliments en Chine a montré qu'une hausse des prix des aliments dommageables pour la santé était suivie d'une baisse de la consommation de ces aliments *(48)*. Aux États-Unis, les programmes de réduction du prix des aliments sains ont permis une augmentation de 78% de leur consommation *(49)*.

Selon des études basées sur la modélisation, une réduction des taxes sur les aliments sains associée à une hausse des taxes sur les aliments dommageables pour la santé pourrait stimuler la consommation d'aliments sains, notamment dans les groupes à faible revenu *(50-52)*. Pour les gouvernements, les taxes sur les aliments qui nuisent à la santé se sont en outre révélées des mesures extrêmement efficaces au regard de leur coût *(14, 26, 30, 40)*.

Plusieurs pays ont étudié la possibilité d'appliquer des mesures fiscales, comme une augmentation des taxes sur les aliments dont la consommation devrait être réduite, et une baisse des taxes, des subventions

ou des incitations à la production en faveur des aliments encouragés. C'est ainsi que le Danemark a adopté en 2011 une taxe sur les aliments contenant plus de 2,3% de graisses saturées *(53)*, et qu'une loi instaurant une taxe sur les boissons sucrées a été adoptée récemment en France, les recettes devant financer les programmes qui contribuent à la lutte contre l'obésité *(54)*.

Il est important de veiller à ce que les changements de prix dus à l'instauration de taxes sur les aliments ne creusent pas les inégalités socio-économiques *(41)*. De nombreuses taxes alourdiront probablement la charge financière des consommateurs défavorisés, qui consacrent une plus grande part de leur revenu que les consommateurs aisés à l'achat de nourriture *(55)*. En contrepartie, des subventions pourraient être associées aux taxes sur les aliments (pour les fruits et les légumes frais, par exemple). Le surcroît de dépenses des groupes à faible revenu serait par ailleurs compensé à plus long terme par des bienfaits sanitaires relativement accrus, qui seront probablement plus sensibles dans les groupes défavorisés que dans les groupes nantis *(55)*.

5.1.4 Initiatives en faveur de la consommation de fruits et de légumes

Les fruits et les légumes constituent une part essentielle de l'alimentation humaine. La Consultation OMS/FAO d'experts sur le régime alimentaire, la nutrition et la prévention des maladies chroniques recommandait en 2002 que chaque personne consomme au moins 400 grammes de fruits et de légumes par jour (environ l'équivalent de cinq portions) *(56)*. La réduction de cette charge évitable de morbidité par une consommation accrue de fruits et de légumes est l'une des principales recommandations de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé *(8)*.

Selon des données récentes, une consommation accrue de fruits et de légumes faciliterait aussi la mise en œuvre des stratégies de prévention de l'obésité par une maîtrise du poids fondée sur l'alimentation *(57)*. Une consommation accrue de fruits et de légumes s'accompagne d'une baisse de la densité calorique *(58)*. La sensation de satiété que procure une consommation accrue de fruits et de légumes entraîne le remplacement d'aliments plus énergétiques *(58)*. Le volume de l'alimentation quotidienne étant généralement constant, quelle qu'en soit la valeur énergétique, la densité calorique des aliments influe sur l'apport énergétique journalier *(59)*. L'intégration d'une quantité accrue de fruits et de légumes peut réduire la densité calorique globale de l'alimentation, favoriser la satiété et réduire l'apport énergétique total, et améliorer la qualité de l'alimentation *(59, 60)*.

Les données issues d'examens systématiques des interventions visant à accroître la consommation de fruits et de légumes indiquent que la plupart des interventions ne se sont pas accompagnées des bienfaits attendus, que leur coût est relativement élevé, et que ces stratégies sont en général inefficaces au regard de leur coût *(61)*. Il apparaît toutefois à l'évidence que les stratégies complètes, qui incluent plusieurs éléments, ont d'autant plus d'effets qu'elles sont mises en œuvre de manière stratégique, sur des périodes prolongées *(62)*. Les interventions les plus fructueuses visent à améliorer la disponibilité et l'accessibilité des fruits et des légumes pour les enfants, et à développer leur goût pour les fruits et les légumes *(63)*. Les éléments qui ont donné les meilleurs résultats sont notamment l'utilisation de plusieurs canaux médiatiques (médias sociaux inclus) pour promouvoir certains messages relatifs aux bienfaits de la consommation de fruits et de légumes, le renforcement pratique des compétences, la distribution active de fruits et de légumes dans les écoles, et l'association d'enseignants, de collègues et de parents à la mise en œuvre du programme *(62)*.

Le programme volontaire « fruits à l'école », qui s'étend à l'ensemble de l'Union européenne, distribue gratuitement des fruits et des légumes aux enfants de 6 à 10 ans, et ce afin d'habituer les jeunes à bien se nourrir. Ce programme, cofinancé par l'Union européenne et l'État qui l'applique, prévoit que les États Membres participants mettent en place des stratégies incluant des initiatives de sensibilisation et d'éducation *(64)*.

5.1.5

Autres politiques alimentaires

Il existe un éventail d'autres politiques alimentaires à la disposition des pouvoirs publics pour prévenir l'obésité chez les enfants. Les Encadrés C et D donnent deux autres exemples de domaines d'action possibles. Aux fins de la hiérarchisation des initiatives, il est recommandé aux États Membres de s'inspirer des meilleures données factuelles disponibles concernant l'efficacité des interventions, notamment au regard de leur coût.

Encadré C — Limiter les acides gras *trans (65, 66)*

Le Danemark a été le premier pays à appliquer des lois strictes limitant la teneur des aliments en graisses trans. Le Conseil danois pour la nutrition a déclaré en 2003 que les graisses *trans* avaient des effets très dommageables pour la santé, en l'absence de tout effet positif, et que leur élimination n'affecterait ni le goût, ni le prix, ni la disponibilité des aliments *(65)*. Une loi limitant les graisses *trans* à 2% de la teneur en graisses et en huiles des aliments destinés à la consommation humaine a été adoptée *(66)*.

D'autres pays et régions limitent depuis les graisses *trans* dans les aliments, et notamment le Canada et la Suisse et, aux États-Unis d'Amérique, New-York, la Californie et la Philadelphie, de nombreuses entreprises agro-alimentaires modifiant volontairement la composition et les techniques de préparation de leurs aliments.

Encadré D — Politiques en faveur de services de restauration sains dans les établissements publics, Queensland (Australie) *(67, 68)*

L'État du Queensland, en Australie, a adopté en septembre 2008 la politique « Pour un meilleur choix », en faveur de services de restauration sains *(67)*. Cette initiative porte sur l'offre d'aliments et de boissons non alcoolisées dans les établissements détenus et gérés par le Service de santé du Queensland (hôpitaux, centres de santé communautaires, dispensaires et centres de réadaptation, par exemple). L'objectif est de porter à 80% au minimum de tout l'éventail proposé dans les établissements gérés par l'État l'offre de boissons non alcoolisées et d'aliments plus sains.

Tous les aliments et toutes les boissons non alcoolisées couramment proposés ont été divisés en trois catégories selon leur valeur nutritive : « vert » (le meilleur choix), « orange » (bien choisir) et « rouge » (limite). Les aliments ont été étiquetés en conséquence afin d'aider les consommateurs à choisir une boisson ou un aliment plus sain. La politique recommande également, dans la mesure du possible, que les aliments et boissons « verts » soient proposés à un prix réduit et placés bien en vue dans les lieux de vente.

Une évaluation de la politique a été effectuée en mai 2009 pour mesurer l'étendue de la mise en œuvre de la stratégie dans les établissements des services de santé du Queensland (68). La plupart des établissements (78%) ont déclaré se conformer à plus de la moitié des exigences de la stratégie, et 25% ont fait état d'une totale conformité avec la stratégie *(68)*.

5.2 Politiques relatives à l'exercice physique

L'OMS recommande que les enfants et les adolescents de 5 à 17 ans fassent au minimum 60 minutes d'exercice physique de modéré à vigoureux par jour *(69)*. Pour les enfants, l'exercice physique inclut les jeux, les compétitions, les sports, les déplacements, les loisirs, l'éducation physique ou les exercices planifiés, dans le contexte de la famille, de l'école et des activités communautaires *(69)*.

Les États Membres peuvent utiliser les conseils de l'OMS en association avec les directives nationales relatives à l'exercice physique comme point de départ de la mise en œuvre et de l'orientation des politiques et des programmes nationaux relatifs à l'exercice physique. Il est important que ces politiques assurent un environnement physique qui encourage le recours à des moyens actifs et sûrs de se rendre à l'école et d'en revenir, qui fournisse des installations adéquates pour la pratique des sports et des loisirs, et qui offre des espaces suffisants et sûrs pour des jeux actifs, notamment pour les enfants *(16)*.

La Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé *(8)* et le *Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles (16)* invitent instamment les États Membres à appliquer un éventail de programmes et de mesures pour développer l'exercice physique. De nombreux types de politiques publiques intersectorielles –incluant par exemple l'urbanisme, les transports, l'éducation et les sports – peuvent encourager l'exercice physique et toucher de larges secteurs de la population *(18)*.

Les politiques et les interventions environnementales ayant fait l'objet d'évaluations dans des études collégiales sont relativement peu nombreuses mais il est néanmoins établi – surtout dans les pays à revenu élevé – que certaines politiques encouragent efficacement l'exercice physique *(18)*.

Les interventions ciblant l'environnement bâti, les politiques qui réduisent les obstacles à l'exercice physique, les politiques des transports et les politiques qui développent les espaces pour la pratique d'activités récréatives ont donné de bons résultats *(18)*. Les invites à prendre la bonne décision – telles les informations concernant les bienfaits de l'exercice physique affichées près de l'ascenceur et des escaliers pour encourager l'utilisation des escaliers – sont également efficaces *(18)*. L'Encadré E en donne un exemple.

Encadré E — Encourager l'exercice physique à Bogotá (Colombie) *(70)*

Bogotá, capitale de la Colombie, est considérée comme pionnière pour ce qui est de la promotion des modes de déplacement actifs et d'une pratique régulière de l'exercice physique. L'une des initiatives de Bogotá, « Ciclovía », consiste à interdire à la circulation, de 7 à 14 heures le dimanche et les jours fériés, certaines rues et avenues principales, et ce afin d'encourager l'exercice physique, et notamment le cyclisme et la marche. Le début de l'initiative remonte à 1974 lorsque les résidents se plaignaient du manque de possibilités récréatives et de l'engorgement de la circulation. Il a fallu surmonter l'opposition des milieux d'affaires et le peu d'engagement institutionnel de la ville mais, en 2005, quelque 10% des résidents de Bogotá (soit environ 400 000 personnes) participaient tous les dimanches à « Ciclovía » *(70)*.

D'autres initiatives en faveur de l'exercice physique ont été prises dans toute la ville, et notamment l'installation d'un réseau cyclable de 300 kilomètres connu sous le nom de « Ciclorutas », l'extension de 2,5 à 4,5 m^2 l'espace vert par habitant, l'organisation de journées annuelles sans voiture, et la création de couloirs réservés aux bus pour encourager l'utilisation des transports publics *(70)*.

Les interventions en faveur de l'exercice physique en milieu scolaire améliorent systématiquement les connaissances, les attitudes et les comportements et, lorsqu'ils sont mesurés, les résultats physiques et cliniques *(18)*. Il est important que les écoles inscrivent l'exercice physique au nombre des matières enseignées par des maîtres qualifiés dans un environnement favorable, et qu'elles y associent les parents *(1)*. Les bienfaits qui en résultent incluent notamment une amélioration de la santé mentale et du comportement, et il semble que l'habitude de faire de l'exercice physique perdure pendant de nombreuses années. Les recherches sur l'efficacité économique dans ce domaine font cependant défaut *(18)*.

L'efficacité des éléments liés à l'exercice physique des interventions communautaires complexes a aussi été établie *(18)*. Tel est le cas des campagnes de développement communautaire incluant une coopération multisectorielle axée sur un but commun, comme la réduction des risques de maladies cardiovasculaires, ainsi que des programmes ou des cours collectifs d'exercice physique destinés à des groupes homogènes. La section 6 en présente un examen plus détaillé.

5.3 Campagnes de marketing social

Les campagnes de marketing social utilisent des formes payantes ou gratuites de médias, sur plusieurs réseaux, pour accroître les connaissances et faire évoluer les attitudes concernant l'alimentation et l'exercice physique. Ces campagnes, souvent menées en parallèle avec des activités communautaires, peuvent servir à les compléter (comme décrit à la section 6). Malgré le peu de données disponibles pour évaluer l'efficacité des campagnes de marketing social, les informations existantes suffisent pour recommander l'organisation dans la population de campagnes médiatiques complexes, mises en œuvre dans un large éventail de cadres *(18, 30)*.

Les campagnes médiatiques de marketing social sont considérées comme efficaces au regard de leur coût pour la promotion de l'exercice physique *(25)*. Les campagnes médiatiques en faveur de l'exercice physique qui ont effectivement permis une nouvelle prise de conscience et un changement des comportements se caractérisent par l'utilisation d'un message simple diffusé fréquemment, notamment dans le cadre d'une stratégie incluant plusieurs interventions *(18)*. L'Encadré F en donne un exemple.

Les preuves de l'efficacité des campagnes de marketing social en faveur d'une alimentation saine sont plus incertaines *(18)*. Les campagnes qui recourent de manière intensive aux médias pour promouvoir un seul message simple – consommer davantage de lait écrémé, par exemple *(71)*, ou de fruits et de légumes – se sont révélées les plus efficaces *(18)*. L'utilisation de marques ou de logos sanitaires nationaux pour aider les consommateurs à choisir des aliments sains et les campagnes médiatiques intensives de longue durée en faveur d'une alimentation saine ont également donné quelques résultats *(18)*.

Les campagnes de marketing social en faveur d'une alimentation saine et de l'exercice physique ont toutes d'autant plus de chances d'être fructueuses qu'elles s'accompagnent de l'appui des pouvoirs publics « en amont » et d'activités communautaires « en aval », et notamment d'une large participation de la communauté *(12)*.

Encadré F Campagne de marketing social en faveur de l'exercice physique au Brésil *(72)*

Le programme Agita São Paulo a débuté au Brésil en 1996 pour encourager les 37 millions d'habitants de l'État de São Paulo à faire régulièrement de l'exercice physique. Depuis son lancement, le programme a été étendu à tout le Brésil et à d'autres pays d'Amérique latine *(72)*.

Le programme Agita São Paulo cible trois groupes principaux : les étudiants, les travailleurs et les personnes âgées. Le message vise à encourager les gens à adopter un mode de vie actif en faisant au minimum 30 minutes d'exercice physique vigoureux la plupart des jours de la semaine.

Le programme repose sur une démarche multisectorielle, et notamment des partenariats avec un large éventail d'organisations. Les manifestations organisées dans le cadre du programme rassemblent un grand nombre de participants et sont reliées à de nombreuses activités suivies avec des partenaires institutionnels.

(Pour de plus amples informations sur le programme, consulter le site web : http://www.agitasp.org.br.)

6

Interventions communautaires

6.1 En quoi consistent les interventions communautaires ?

Récemment encore, de nombreuses interventions de prévention de l'obésité étaient focalisées sur un cadre unique – centres de soins de santé primaires, écoles, cadres confessionnels, par exemple – et elles étaient conçues par des décideurs ou des universitaires, sans que la communauté y participe *(73)*. La majorité des interventions, à ce jour, ont été de courte durée (moins d'un an) *(18)*. De telles interventions ont en général des bienfaits limités et se révèlent souvent coûteuses et non pérennes *(73)*.

Comme en témoignent les données existantes, les interventions qui donnent les meilleurs résultats se composent de plusieurs éléments et sont adaptées au contexte local *(18)*. Celles qui sont adaptées à la culture et à l'environnement ont également beaucoup plus de chances d'être mises en œuvre et de perdurer. Les interventions qui utilisent les structures sociales existantes d'une communauté, comme les systèmes scolaires ou les réunions hebdomadaires d'adultes plus âgés, réduisent les obstacles à la mise en œuvre *(18)*. Mais surtout, les interventions les plus fructueuses associent de près tous les principaux acteurs concernés tout au long du processus (participation des responsables communautaires à la planification et à la mise en œuvre des interventions qui touchent des cadres communautaires ou confessionnels, par exemple) *(18)*. Pour s'assurer que les interventions répondent aux besoins des populations cibles, il est important d'être à leur écoute et d'en retirer des enseignements. Ces interventions, qui reposent sur un solide dialogue avec la communauté ou sa participation, sont couramment appelées « interventions communautaires ».

Si les interventions complexes, composées de plusieurs éléments, sont considérées comme la pratique optimale, il est important de noter que les interventions simples peuvent néanmoins constituer une partie importante d'une approche progressive de la prévention de l'obésité, comme l'étape initiale de la mise en œuvre d'un programme d'intervention complexe dans plusieurs cadres *(12)*.

La présente section examine les caractéristiques des interventions communautaires qui ont des chances d'aboutir dans différents cadres.

6.2 Les meilleures pratiques de mise en œuvre d'interventions communautaires

Le choix des pratiques optimales pour prévenir l'obésité dans la communauté doit tenir compte de l'efficacité du contenu de l'intervention et de l'intégrité et de la qualité du processus de mise en œuvre. Le contexte particulier dans lequel les interventions communautaires sont conçues et mises en œuvre est d'autant plus important que les communautés ne sont pas homogènes, et qu'elles fonctionnent comme des systèmes dynamiques complexes, aux caractéristiques culturelles, économiques, démographiques et sociales variables *(73)*.

Les principes relatifs aux meilleures pratiques pour la prévention de l'obésité dans la communauté décrits ci-après sont inspirés de King et al. *(73)*. Les Encadrés G et H donnent des exemples saillants de grandes interventions communautaires dans différents pays du monde qui ont aidé à concevoir ces principes.

6.2.1 Dialogue avec la communauté

Il existe de nombreuses définitions du mot « communauté » et différentes manières de dialoguer avec les communautés. Celles-ci vont de la mise en œuvre dans un cadre local d'une intervention préalablement conçue à l'association étroite de la communauté à la conception et à la mise en œuvre de l'intervention. Il est important que les programmes définissent clairement leur approche du dialogue avec la communauté, et les points forts et les limites de l'approche choisie *(73)*.

Quelle que soit la démarche suivie, il est souhaitable que les interventions soient conçues en fonction des caractéristiques démographiques, culturelles, géographiques et organisationnelles d'une communauté *(73)*. Les initiatives communautaires nécessitent en outre généralement des partenariats actifs associant un éventail d'organismes, aux fins de la complémentarité des actions.

Le processus fondé sur l'instauration d'un dialogue avec la communauté et la collaboration des partenaires vise à renforcer les capacités et à promouvoir la pérennité des actions et des changements opérés.

6.2.2 Conception et planification d'un programme

Il est important que l'analyse du problème et la définition de la finalité d'un programme tiennent compte de toutes les informations disponibles concernant le problème et la communauté cible, qui orienteront la conception du programme. Le programme sera d'autant plus efficace qu'il s'inscrit dans la ligne des plans nationaux, régionaux et des États et qu'il est lié aux autres initiatives en place dans la même communauté. Les objectifs du programme doivent viser des changements ayant un rapport logique avec le poids, tout en étant précis, mesurables et actuels. Le programme prévu doit s'inscrire dans les limites des ressources disponibles, et notamment les compétences, l'état de préparation de la communauté, l'engagement des partenaires et les fonds *(73)*.

Les groupes cibles doivent être clairement précisés et, dans la mesure du possible, une approche ouverte doit être adoptée afin qu'aucun groupe particulier ne soit exclu pour des raisons de coût, d'accès, d'éducation, de langue ou de culture. Le programme devra également tenir compte de la manière dont le problème est posé et décrit afin d'encourager le partage des responsabilités sociales et d'éviter que quiconque soit montré du doigt ou incriminé *(73)*.

Le programme s'appuiera sur les meilleures données disponibles. Des données théoriques et factuelles pourront être utilisées pour assurer que le programme exerce une influence assez forte pour produire les changements souhaités. Un assortiment de stratégies associant éducation, persuasion et aide à la collaboration avec les partenaires communautaires et les groupes cibles est généralement nécessaire. Là où les données disponibles sont limitées, elles orienteront l'élaboration d'approches innovantes. Les innovations devront être soumises à un examen approfondi et évaluées pour contribuer au renforcement des données factuelles *(73)*.

6.2.3 Mise en œuvre

Il est souhaitable que les méthodes, les messages et les ressources utilisés dans le cadre du programme aient été préalablement « testés » par les consommateurs, soit dans des programmes antérieurs soit au moyen de contrôles et de consultations au niveau local *(73)*.

Il est important que les interventions soient mises en œuvre conformément à un plan indiqué, mais elles doivent aussi s'adapter et tenir compte des nouvelles possibilités et de données récentes, notamment si celles-ci sont de nature à renforcer les partenariats, et à soutenir les organismes partenaires *(73)*. Un système est nécessaire à cet effet pour surveiller la mise en œuvre d'un programme et noter les écarts par rapport au plan.

6.2.4 Pérennité

Si les interventions communautaires complexes, à la conception et à la mise en œuvre desquelles les acteurs concernés ont étroitement participé, ont efficacement contribué à prévenir l'obésité chez les enfants dans certains contextes *(64, 74)*, la pérennité de leurs effets chez les personnes et les communautés est essentielle.

Il est important de veiller en permanence aux questions de la pérennité et de l'évolution du programme pendant sa conception et sa mise en œuvre. Les principales méthodes pour assurer la pérennité consistent à : i) renforcer la capacité locale à appliquer les interventions dans le cadre du processus de mise en œuvre initial : ii) intégrer les interventions dans les structures du système existant ; et iii) échanger des connaissances entre différents groupes communautaires. L'Encadré I donne un exemple de « communauté de pratique » pour la prévention de l'obésité dans la communauté qui peut aider à renforcer les capacités et à échanger des connaissances.

6.2.5 Gouvernance et transparence

Afin de réduire les risques au maximum, il est recommandé d'établir et de maintenir des structures administratives et décisionnelles clairement définies, y compris une participation communautaire adéquate *(73)*.

Pour éviter les conflits d'intérêts réels ou perçus, le programme devra en outre être doté de directives précises concernant l'acceptation de parrainages et la gestion d'éventuels conflits de ce type *(73)*.

6.2.6 Évaluation

L'évaluation du programme est importante pour le suivi des responsabilités et pour recueillir des données concernant l'efficacité du programme.

La dimension et la portée de l'évaluation doivent être à la mesure du projet et répondre à un but précis. Il est recommandé d'élaborer un plan d'évaluation documenté qui précise les indicateurs d'évaluation, les mesures et les méthodes de collecte des données qui conviennent. Cela nécessitera probablement des systèmes structurés pour la collecte, la vérification, l'organisation et le stockage des informations, et pour assurer le respect de la confidentialité.

L'évaluation du programme bénéficiera probablement aussi des informations systématiques fournies sur d'autres changements environnementaux, politiques ou sociaux susceptibles d'influer sur les objectifs. La diffusion d'informations à l'intention des acteurs concernés au sujet des initiatives qui ont réussi ou échoué contribue dans une large mesure au renforcement des données factuelles.

Encadré G

EPODE

EPODE (Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants) est une méthode coordonnée destinée à renforcer la capacité des communautés à appliquer des stratégies efficaces et durables pour promouvoir des modes de vie plus sains et prévenir l'obésité chez les enfants. EPODE vise à réduire l'obésité chez les enfants moyennant un processus social dans lequel les environnements locaux, les cadres de l'enfance et les normes familiales, devenant plus favorables, facilitent l'adoption de modes de vie sains pour les enfants – qui prennent plaisir à manger sainement et à jouer et s'amuser de manière active. Les premiers groupes cibles d'EPODE sont les enfants de 0 à 12 ans et leur famille, ainsi qu'un large éventail d'acteurs locaux qui peuvent apporter des micro-changements dans la vie des enfants et de leur famille au moyen d'initiatives locales en faveur d'habitudes alimentaires meilleures et plus équilibrées et d'un exercice physique accru au quotidien.

La philosophie EPODE repose sur plusieurs éléments : une approche positive de la lutte contre l'obésité qui ne jette le discrédit sur aucune culture ni sur aucune personne ; un apprentissage progressif et l'expérience graduelle d'habitudes de vie saines adaptées aux besoins de tous les groupes socio-économiques ; et un programme à long terme permettant aux acteurs de la communauté de mettre en œuvre des mesures efficaces et durables.

La méthode EPODE, inspirée des directives publiques françaises relatives à l'alimentation et à l'exercice physique, a d'abord été mise en place en France en 2004 dans 10 communautés pilotes. L'objectif est de promouvoir la participation d'un éventail d'acteurs au niveau central (ministères, associations pour la promotion de la santé, ONG et partenaires privés) et au niveau local (responsables politiques, professionnels de la santé, familles, enseignants, ONG locales et les milieux d'affaires locaux). Les fonds pour les fonctions de soutien d'EPODE (coordination, marketing social, suivi et élaboration des programmes, par exemple) proviennent d'un ensemble de partenariats public-privé aux niveaux national et local. Les premiers bailleurs de fonds privés nationaux venaient des secteurs de l'industrie agro-alimentaire, des assurances et de la distribution.

Cinq ans après le lancement du programme EPODE en France, 90% des premières communautés pilotes françaises restent en activité et plus de 500 communautés dans le monde sont désormais membres d'un programme EPODE – France (EPODE), Belgique (VIASANO), Espagne (THAO), Grèce (PAIDEIATROFI), Australie méridionale (OPAL) et Mexique (EPODE-5Pasos). D'autres programmes inspirés de la méthode EPODE ont vu le jour récemment, tels le programme JOGG aux Pays-Bas et le Healthy Weight Communities en Écosse.

(Pour de plus amples détails et informations, consulter les sites web : http://www.epode.fr et http://www.epode-european-network.com .)

Encadré H Le projet du Pacifique pour la prévention de l'obésité dans les communautés (OPIC) *(74, 75)*

Le projet du Pacifique pour la prévention de l'obésité dans les communautés (OPIC) était une approche innovante de grande ampleur visant à prévenir l'obésité chez les enfants dans la communauté, dans plusieurs sites et plusieurs cadres, et dont l'objectif était de déterminer l'efficacité des programmes d'intervention pour la prévention de l'obésité chez les jeunes dans toute la communauté. Le projet OPIC a été mis en œuvre pendant 30 mois, de 2004 à 2009, dans quatre pays – Australie, Fidji, Nouvelle-Zélande et Tonga. Des adolescents appartenant à huit groupes ethniques et culturels ont été choisis pour participer à une intervention communautaire complexe incluant 18 000 élèves du secondaire (de 12 à 18 ans), 300 acteurs concernés et organisations partenaires, 60 chercheurs multi-professionnels et 27 étudiants chercheurs du supérieur.

Les plans d'action pour chaque programme d'intervention ont été élaborés de la même façon dans tous les sites d'intervention. Des analyses situationnelles ont été réalisées avec les acteurs locaux sur chaque site pour permettre de mieux comprendre les facteurs contextuels importants, les organisations pertinentes et les activités existantes. À Fidji et aux Tonga, des entretiens individuels avec les adolescents ont été organisés pour recueillir des informations préliminaires sur les obstacles culturels à une alimentation saine et à l'exercice physique. Moyennant un processus encadré, chaque communauté a ensuite conçu des plans d'action convenus pour s'atteler aux comportements générateurs d'obésité et renforcer la capacité de la communauté à promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique. Les interventions issues des plans d'action différaient d'un site à un autre en fonction de la situation locale. Ce fut là un élément important du processus de participation, témoignant de l'écart sensible qui distingue, au niveau local, les environnements liés à l'alimentation et à l'exercice, la situation économique, la prévalence de l'obésité, le potentiel de recherche et les ressources techniques. Les points communs entre les sites étaient cependant nombreux, comme l'objectif de réduire la consommation de boissons riches en sucre et d'en-cas énergétiques et d'accroître l'exercice physique, en milieu institutionnel ou non.

La gouvernance des programmes d'intervention dans chaque site reposait sur un groupe directeur composé d'acteurs des universités, des organismes publics et des institutions communautaires. Le rôle incombant aux universités concernait principalement la formation, l'évaluation et le soutien, le but étant de renforcer la capacité des communautés et des écoles à mettre en œuvre les interventions de prévention de l'obésité. L'évolution des résultats anthropométriques, comportementaux et liés à la perception a été évaluée au niveau individuel, et les environnements scolaires et les capacités de la communauté ont été évalués pour chaque cadre. D'autres études analytiques ont été effectuées, et notamment des études économiques, socio-culturelles et politiques.

L'évaluation du projet a montré les effets positifs que pouvaient avoir sur l'alimentation et l'exercice physique les mesures de prévention de l'obésité basées sur un changement de comportement. Un résultat sanitaire significatif n'est toutefois possible qu'avec l'appui de politiques nationales en faveur d'une alimentation saine et de l'exercice physique. Le projet a aussi souligné l'importance d'une définition des valeurs, attitudes et croyances qui influent sur l'alimentation des adolescents et sur leur degré d'activité. Le projet a su établir un dialogue avec les principaux groupes d'acteurs et encourager la collaboration dans toute la communauté. Les principaux enseignements retirés du projet sont notamment la nécessité de focaliser l'attention sur les questions et les problèmes socio-culturels, et la capacité locale à appliquer et évaluer le programme *(75)*.

Encadré I La collaboration des sites de prévention de l'obésité dans la communauté (CO-OPS Collaboration) (Australie)

La CO-OPS Collaboration est une initiative financée par le ministère australien de la santé et des personnes âgées dont l'objectif est de soutenir les initiatives de prévention de l'obésité dans la communauté par une démarche concertée destinée à promouvoir les meilleures pratiques, à mettre le savoir en pratique et à offrir des possibilités de maillage, un appui et des conseils.

Les principaux objectifs de la CO-OPS Collaboration sont les suivants :

- recenser et analyser les enseignements retirés d'un éventail d'initiatives de lutte contre l'obésité dans la communauté ;
- recenser les éléments dont dépend le succès des initiatives de prévention de l'obésité dans la communauté et communiquer le savoir acquis aux autres communautés.

La CO-OPS Collaboration donne accès à des réseaux de professionnels de la santé, de chercheurs et de fonctionnaires qu'intéresse la prévention de l'obésité dans la communauté, et à un cadre opérationnel qui permet de mettre en œuvre des mesures efficaces, de bénéficier de systèmes d'échange de savoir, de conseils sur ce qui fonctionne, pour qui et pourquoi, et de disposer d'une plateforme pour la mise en pratique et l'échange des connaissances.

(Pour de plus amples informations et détails, consulter le site web : http://www.co-ops.net.au.)

6.3 Composantes des interventions communautaires

Comme indiqué précédemment, les interventions communautaires de prévention de l'obésité chez les enfants qui donnent les meilleurs résultats sont composées de plusieurs éléments spécialement conçus et mis en œuvre en fonction du contexte local. Il n'est donc pas possible de dresser une liste générique exhaustive des éventuels éléments constitutifs d'une intervention communautaire. L'un des principes fondamentaux sur lesquels reposent les meilleures pratiques applicables aux interventions communautaires veut au contraire que la communauté détermine les éléments les plus adaptés à son contexte particulier, la souplesse et la créativité étant encouragées *(73)*.

Les comportements souhaités ciblés par les interventions sont en général les suivants :

- consommation accrue de fruits et de légumes ;
- consommation réduite de boissons très sucrées (boissons non alcoolisées, par exemple) ;
- consommation réduite d'aliments riches en graisses, en graisses saturées, en sel et en sucre ;
- réduction du temps passé à regarder la télévision et à pratiquer d'autres activités sur écran ;
- participation accrue à des sports de compétition ou d'autres sports ;
- augmentation des déplacements actifs sur le chemin de l'école.

Ces comportements peuvent être ciblés au moyen de campagnes d'éducation, d'une modification des politiques, activités et compétitions scolaires ou liées à d'autres organisations, de programmes de promotion et de la participation d'un large éventail d'acteurs dans la communauté.

6.4 Ce qui fonctionne dans différents cadres

Les données factuelles relatives à la prévention de l'obésité dans la communauté proviennent en majorité d'études effectuées dans des pays à revenu élevé. Les enseignements retirés de ces études faciliteront probablement la mise en œuvre d'interventions similaires dans d'autres contextes.

6.4.1 Centres d'accueil de la petite enfance

Des données récentes provenant de pays à revenu élevé témoignent de l'efficacité des interventions de prévention de l'obésité axées sur les enfants qui fréquentent les centres d'accueil de la petite enfance comme les écoles maternelles et les jardins d'enfants *(76)*. En Australie, des études récentes sur des interventions complexes *(77)* ont montré que, contrairement à un groupe témoin, elles avaient eu des effets positifs sur l'alimentation des enfants des écoles maternelles (et d'autres services destinés aux enfants), et notamment une augmentation de la consommation de fruits et de légumes et une baisse de la consommation d'aliments et de boissons énergétiques de faible valeur nutritive (voir l'Encadré J). Il a en outre été établi que des interventions liées à l'enseignement dispensé aux enfants d'âge préscolaire aux États-Unis d'Amérique renforçaient les connaissances nutritionnelles des enfants – malgré l'absence ou le peu de données factuelles relatives au changement de comportement qui s'ensuit *(78)*. D'autres études ont souligné l'importance de la participation des parents pour pérenniser le changement de comportement chez les enfants d'âge préscolaire *(76)*.

Encadré J Prévention de l'obésité chez les jeunes enfants dans la communauté : « Romp & Chomp » (Australie) *(77)*

Le projet de démonstration sur la prévention de l'obésité dans l'ensemble de la communauté « Romp & Chomp » a été mis en œuvre de 2005 à 2008. Il encourageait une alimentation saine et des jeux actifs pour maintenir un poids sain chez les enfants de moins de 5 ans vivant à Geelong, Victoria (Australie) (77).

Le projet mettait l'accent sur le renforcement des capacités et des changements durables dans l'environnement de la petite enfance, l'attention portant plus spécialement sur les environnements politique, socio-culturel et physique. Les principaux messages en faveur d'un changement de comportement étaient les suivants :

- accroître les jeux actifs au quotidien ;
- accroître la consommation quotidienne d'eau ;
- accroître la consommation quotidienne de fruits et de légumes ;
- réduire le temps passé à regarder la télévision ou consacré à d'autres activités sur écran.

Comparés ultérieurement à un échantillon témoin, les enfants du groupe d'intervention consommaient nettement moins d'en-cas sous emballage, de jus de fruit et de sirops, et davantage de légumes.

Il est important de signaler que cette intervention a été réalisée avec un budget relativement réduit compte tenu de l'ampleur du programme (100 000 dollars australiens sur 3 ans pour 12 000 enfants).

6.4.2 Ecoles primaires et secondaires

Les activités de prévention de l'obésité chez les enfants ont eu lieu en grande majorité dans les écoles primaires et secondaires *(18)*. Les études les plus courantes portent sur des programmes complets incluant plusieurs éléments et des interventions ciblant l'environnement scolaire, ses services de restauration et le programme d'études. De nombreuses interventions associent l'alimentation et l'exercice physique et encouragent la participation des parents. Des détails relatifs à des exemples fournis par différents pays sont donnés dans les Encadrés K, L et M.

De nombreuses interventions en milieu scolaire améliorent systématiquement les connaissances et les attitudes, le comportement et, lorsqu'ils sont mesurés, les résultats physiques et cliniques *(18)*. Compte tenu de l'examen le plus récent des données factuelles *(79)*, les mesures suivantes devraient être normalement appliquées dans les établissements d'enseignement :

- Des éléments sur une alimentation saine, l'exercice physique et l'image corporelle devraient être intégrés dans le programme d'études ordinaire (voir l'encadré A).
- Des séances d'exercice physique et de développement de la mobilité devraient être organisées tout au long de la semaine d'école.
- La valeur nutritionnelle des aliments à la disposition des élèves (dans les cantines scolaires, par exemple) devrait être surveillée attentivement et améliorée.
- Il convient de créer un environnement et une culture encourageant les enfants à consommer des aliments nutritifs et à être actifs toute la journée.
- Un appui devrait être fourni aux enseignants et aux autres membres du personnel aux fins de la mise en œuvre de stratégies et d'activités de promotion de la santé (développement professionnel, renforcement des capacités, par exemple).
- Les parents devraient être invités à soutenir des activités dans le cadre du foyer pour encourager les enfants à être plus actifs, à consommer davantage d'aliments nutritifs et à consacrer moins de temps à des activités sur écran.

Le cadre pour une politique scolaire : mise en œuvre de la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé élaboré par l'OMS *(80)* indique aux États Membres comment appliquer les politiques qui encouragent une alimentation saine et l'exercice physique en milieu scolaire en modifiant l'environnement, les comportements et l'éducation.

Encadré K Intervention complexe en milieu scolaire axée sur la nutrition et le mode de vie en Inde septentrionale *(81)*

Singhal et al présentent les résultats d'un essai contrôlé dans la communauté dont l'objet était d'évaluer l'efficacité d'une intervention éducative sur la nutrition et le mode de vie réalisée en milieu scolaire à peu de frais en vue de modifier les comportements et d'établir le profil des risques chez des adolescents asio-indiens (de 15 à 17 ans) dans une métropole du nord de l'Inde *(81)*.

L'étude, de mai 2008 à janvier 2009, a porté sur des adolescents de première dans une école mixte. L'intervention incluait plusieurs éléments, et notamment des exposés sur la nutrition, la promotion de l'exercice physique, un conseil individuel assuré par un nutritionniste qualifié, la disponibilité d'un plus grand nombre d'aliments plus sains dans la cantine scolaire, la participation des enseignants et des parents et un large éventail d'autres activités destinées à promouvoir un mode de vie sain. Une école témoin n'a bénéficié d'aucune intervention.

L'évaluation du programme a mis en évidence un savoir accru en matière de nutrition et d'exercice physique, des comportements plus sains, et l'amélioration des résultats anthropométriques chez les enfants de l'école ayant bénéficié de l'intervention (par rapport au groupe témoin).

Le coût de cette intervention, qui a mis à profit l'éducation par le bouche à oreille et la contribution d'élèves volontaires pour assurer la pérennité du programme, a été très faible. La démarche interactive adoptée pour cette intervention intensive et répétitive a permis de prévenir l'obésité chez les adolescents, ne serait-ce que pendant la courte durée de l'étude. Il a ainsi été établi qu'une éducation complète en milieu scolaire sur la nutrition et le mode de vie pouvait motiver les adolescents et les amener à changer leur comportement de manière positive dans ce contexte.

Encadré L Exemple d'intervention de prévention de l'obésité de l'enfant en milieu scolaire à Beijing (Chine) *(82)*

Une intervention portant sur l'éducation dans le domaine de la nutrition et l'exercice physique, menée à Beijing sur une période de 3 ans et associant enfants et parents, a donné des résultats prometteurs *(82)*. Deux écoles primaires de la ville de Beijing ont participé pendant 3 ans à l'intervention, qui incluait tout un éventail de stratégies, dont les suivantes : fourniture de matériels éducatifs aux parents, cours sur l'obésité de l'enfant dispensés aux élèves, composante exercice physique et exposés trimestriels à l'école pour les parents sur les conséquences sanitaires du surpoids et de l'obésité, la pyramide des aliments et les éléments d'un mode de vie sain (exercice physique régulier, alimentation équilibrée, réduction du temps passé à regarder la télévision et devant l'ordinateur). Les parents d'enfants atteints d'obésité ou présentant un excédent pondéral ont assisté tous les six mois à une réunion supplémentaire avec l'équipe de recherche et une liste d'aliments du type « feux de signalisation » a été distribuée à tous les parents. Dans le cadre de l'élément exercice physique, tous les enfants obèses ou en surpoids ont été invités, avec les enfants ayant échoué aux examens scolaires habituels d'éducation physique, à courir pendant 20 minutes après les cours.

L'évaluation de l'intervention après la période de 3 ans a révélé que l'excédent pondéral et l'obésité étaient significativement moins répandus dans les écoles ayant bénéficié de l'intervention que dans les écoles témoins, (surpoids : 9,8% contre 14,4% ; obésité : 7,9% contre 13,3%). La rémission de l'obésité était en outre sensiblement supérieure dans les écoles où avait eu lieu l'intervention. Bien que l'étude ait distingué les élèves obèses ou en surpoids (ce qui n'est peut-être pas une pratique optimale), elle a été fructueuse et pourrait être adoptée dans des régions, des villes ou des pays en développement similaires.

Encadré M

Le programme de restauration scolaire de la Jamaïque *(83)*

L'objectif du programme de restauration scolaire de la Jamaïque est d'assurer la bonne alimentation des enfants dans l'environnement scolaire. Le programme, qui a débuté en 1926, reste opérationnel. Dans le cadre des mesures visant à améliorer la valeur nutritive de l'alimentation des enfants à la Jamaïque, un programme pilote de restauration scolaire pour les jardins d'enfants (de 4 à 6 ans) a été mis en œuvre de 2005 à 2006.

Le principal résultat attendu du projet était que tous les élèves des jardins d'enfants prennent chaque jour d'école un repas équilibré. Il a été fait appel à une entreprise de restauration classique pour préparer et servir quotidiennement les repas dans toutes les écoles. Des menus types, accompagnés des recettes correspondantes, et des portions normales servies au moyen d'ustensiles de taille appropriée, ont été fournis à toutes les écoles pour indiquer comment préparer les repas et mesurer les portions.

La conception du programme couvrait la collecte d'informations générales sur l'état de santé des enfants, les pratiques alimentaires et le programme de restauration existant des jardins d'enfants. Des stratégies d'information, d'éducation et de communication à court terme ciblant le secteur et la communauté de la petite enfance ont été élaborées. Des réunions ont été organisées à cet effet avec des responsables de l'éducation et des membres des comités de gestion des écoles et le personnel scolaire afin qu'ils se familiarisent avec le programme de nutrition.

Des normes nutritionnelles pour les repas ont été établies sur la base des données sanitaires disponibles concernant le statut nutritionnel des élèves des jardins enfants de la Jamaïque. Elles ont été structurées de manière à ce que le repas de midi couvre 25% des besoins énergétiques journaliers, hydrates de carbone, protéines et graisses étant répartis conformément aux recommandations, et 30% des besoins en fer et en vitamine C. Le respect des normes nutritionnelles a été assuré grâce à la distribution aux écoles de menus et de recettes types.

Un repas standard tel que prescrit par le projet a été servi pour le déjeuner à tous les enfants des écoles sélectionnées. Des informations relatives à une alimentation saine ont été ajoutées au programme d'enseignement et une composante communication, information et éducation a été intégrée afin de renforcer la participation des enseignants, des parents et de la communauté, et d'accroître les chances de succès du programme.

6.4.3 Autres cadres communautaires

De même que pour les interventions en milieu scolaire, les interventions les plus fructueuses (centres de soins de santé primaires, cadres confessionnels, centres sportifs) incluent plusieurs activités ; elles comprennent en général des éléments liés à l'alimentation et des éléments liés à l'exercice physique en même temps qu'une solide composante éducation. Peu d'interventions, à ce jour, ont cependant été évaluées sous l'angle de l'efficacité économique et de la pérennité *(18)*.

Les interventions dans les structures de soins de santé primaires sont d'une intensité et, par conséquent, d'une efficacité très variables. Les interventions reposant sur un contact minimum comme les examens de santé, une unique visite de conseil ou la distribution d'informations n'ont généralement pas donné de bons résultats. Les interventions d'intensité modérée incluant des consultations pour des maladies non transmissibles chroniques, un suivi par du personnel qualifié et des informations ciblées ont en général plus de chances d'influer sur les facteurs de risque *(18)*. Mais le coût, le temps et les ressources associés à la mise en œuvre d'interventions, comme celles qui s'étendent à l'ensemble de la population, voire à d'importants groupes de population, dissuadent d'y recourir. Le potentiel de telles interventions dans les pays à revenu faible ou intermédiaire reste fort mal connu.

Rares sont les données factuelles concernant l'efficacité des activités de prévention de l'obésité chez les enfants dans des cadres confessionnels. Des données font systématiquement état des changements psychosociaux, comportementaux et physique positifs qui résultent des interventions dans ces cadres. L'utilisation de la structure sociale existante d'une communauté religieuse semble faciliter l'adoption de changements en faveur d'un mode de vie sain, en particulier dans les communautés défavorisées. Ce type d'intervention présente également de grands avantages en termes de coût, les membres de la communauté religieuse assumant eux-mêmes la responsabilité de l'intervention au sein de l'environnement religieux *(18)*.

7

Conclusions

Les pouvoirs publics disposent d'un large éventail de mesures pour prévenir l'obésité de l'enfant dans la population. Ce sont notamment les structures publiques qui peuvent soutenir les politiques et les interventions ; toute une gamme de politiques et d'initiatives couvrant l'ensemble de la population, y compris les politiques influant sur l'offre alimentaire, les environnements liés à l'activité physique et les campagnes de marketing social ; et les interventions communautaires à plusieurs facettes, adaptées à l'environnement local et bénéficiant d'une étroite participation de la communauté locale. Pour être efficaces, tous les éléments doivent être suffisamment adaptés au contexte culturel et associer les membres de la communauté – à l'évaluation préparatoire, à la conception et à la mise en œuvre *(12)*.

Une stratégie complète de prévention de l'obésité chez les enfants intégrera des aspects de chacun des principaux éléments pour faire en sorte que l'ensemble des interventions comprenne *(12)* :

- un assortiment de mesures décidées en haut lieu et d'actions communautaires dans les plans et les programmes ;
- un assortiment d'instruments politiques, et notamment des outils législatifs et financiers, pour assurer la disponibilité et l'accessibilité financière des aliments sains et des possibilités d'exercice physique ;
- l'intégration de politiques de prévention de l'obésité chez les enfants dans les structures existantes en tant que mesure destinée à pérenniser l'action ;
- des interventions couvrant un éventail de cadres, et notamment des centres de la petite enfance, des écoles et des associations communautaires ;
- l'établissement de plateformes intersectorielles et d'une approche multisectorielle de la prévention de l'obésité chez l'enfant.

Si, dans de nombreux cas, il existe suffisamment de données indiquant qu'une intervention a des chances d'aboutir, tel n'est pas toujours le cas. L'inefficacité de certaines interventions peut tenir à la fragilité de l'évaluation ou au fait que les données factuelles reposaient sur des études trop brèves pour détecter les résultats appropriés ; il se peut aussi simplement que, pour diverses raisons, elles ne fonctionnent pas. Peu d'informations sont disponibles sur l'efficacité des interventions dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et sur la pérennité des interventions. Rares sont en outre les informations sur les effets involontaires des interventions.

Bibliographie

1 *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010 (Résumé d'orientation)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé , 2011. Consultable à l'adresse: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/fr/ [consulté en février 2012].

2 Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 2004, 5(Suppl 1):4–104.

3 Ezzati M et al. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factor*s. Geneva, World Health Organization, 2004.

4 World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington, DC, AICR, 2007.

5 Tsiros MD OT et al. Health-related quality of life in obese children and adolescents. *International Journal of Obesity*, 2009, 33:387–400.

6 Williams JWM et al. Health-related quality of life of overweight and obese children. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 293:70–6.

7 *Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Rapport sur la santé dans le monde 2002*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

8 *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004. Consultable à l'adresse: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_french_web.pdf [consulté en février 2012].

9 *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé: cadre de suivi et d'évaluation de la mise en oeuvre*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

10 *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (A/66/L.1)*. New York, Nations Unies, Assemblée générale, 2011. Consultable à l'adresse: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1 [consulté en février 2012].

11 Résolution WHA65.6. La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. In: *Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 21–26 mai 2012*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012. Consultable à l'adresse: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_11-fr.pdf [consulté en août 2012].

12 *Stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population: rapport d'un forum et d'une réunion technique de l'OMS, Genève, 15–17 décembre 2009*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

13 *Hiérarchiser les domaines d'action prioritaires pour prévenir l'obésité de l'enfant dans la population*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

14 Gortmaker SL et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *Lancet*, 2011, 378(9793):838–47.

15 Butland B et al. *Foresight. Tackling obesities: future choices – project report*. London, Government Office for Science, United Kingdom, 2007.

16 *Plan d'action 2008–2013 pour la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008. Consultable à l'adresse: http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf [consulté en février 2012].

17 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.

18 *Interventions on diet and physical activity: what works: summary report*. Genève, Organisation mondiale de la Santé 2009. Consultable à l'adresse: http://www.who.int/dietphysicalactivity/summary-report-09.pdf [consulté en février 2012].

19 *Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves (GSHS)*. Organisation mondiale de la Santé, 2011. Consultable à l'adresse: http://www.who.int/chp/gshs/en/ [consulté en février 2012].
20 Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI). *Annual report, 2009*. Consultable à l'adresse: http://new.paho.org/cfni/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=647&Itemid=226 [consulté en février 2012].
21 Sacks G et al. Applications of nutrient profiling: potential role in diet-related chronic disease prevention and the feasibility of a core nutrient-profiling system. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2011, 65(3):298–306.
22 Stockley L, Rayner M, Kaur A. *Nutrient profiles for use in relation to food promotion and children's diet: Update of 2004 literature review*. Food Standard Agency, London. 2008. Consultable à l'adresse: http://www.food.gov.uk/healthiereating/advertisingtochildren/nutlab/nutprofilereview/nutprofilelitupdatedec07 [consulté en février 2012].
23 Drewnowski A. The Nutrient Rich Foods Index helps to identify healthy, affordable foods. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2010, 91(4):1095S–101S.
24 Townsend MS. Where is the science? What will it take to show that nutrient profiling systems work? *American Journal of Clinical Nutrition*, 2010, 91(4):1109S–15S.
25 Cecchini M et al. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Lancet*, 2010, 376(9754):1775–84.
26 *From Burden to "Best Buys": reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries*. Forum économique mondial et Organisation mondiale de la Santé, 2011. Consultable à l'adresse: http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf (consulté en février 2012)
27 Cairns G, Angus K, Hastings G. *The extent, nature and effects of food promotion to children: a review of the evidence to December 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.
28 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*, 2006, 30(10):1463–75.
29 Council of Communications and Media. Policy statement—children, adolescents, obesity, and the media. *Pediatrics*, 2011.
30 *Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost?* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.
31 Résolution WHA63.14. Commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants. In: *Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 17–21 mai 2010*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. Consultable à l'adresse: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R14-fr.pdf [consulté en février 2012].
32 *A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.
33 Codex Alimentarius. *Directives pour l'emploi des allégations relatives à la nutrition et à la santé* (CAC/GL 23-1997). Rome, Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), 2011.
34 *Nutrition labels and health claims: the global regulatory environment*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004. Consultable à l'adresse: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591714.pdf [consulté en février 2012].
35 *The Heart Foundation Tick – making healthier choices stand out from the crowd*. National Heart Foundation of Australia, 2008.Available at: http://www.heartfoundation.org.au/healthy-eating/heart-foundation-tick/Pages/default.aspx [consulté en février 2012].
36 Swedish National Food Administration. *The Keyhole Symbol*. 2009. Consultable à l'adresse: http://www.slv.se/en-gb/Group1/Food-labelling/Keyhole-symbol/ [consulté en février 2012].
37 Ni Mhurchu C, Gorton D. Nutrition labels and claims in New Zealand and Australia: a review

of use and understanding. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2007, 31(2):105–12.
38 Kelly B et al. Consumer testing of the acceptability and effectiveness of front-of-pack food labelling systems for the Australian grocery market. *Health Promotion International*, 2009, 24(2):120–9.
39 Gorton D et al. Nutrition labels: a survey of use, understanding and preferences among ethnically diverse shoppers in New Zealand. *Public Health Nutrition*, 2009, 12(09):1359–65.
40 Sacks G et al. 'Traffic-light' nutrition labelling and 'junk-food' tax: a modelled comparison of cost-effectiveness for obesity prevention. *International Journal of Obesity*, 2011, 35(7):1001–9.
41 Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. *The challenge of obesity in the WHO European region and the strategies for response: summary*. Copenhagen, Région européenne de l'Organisation mondiale de la Santé, 2007.
42 Thow AM et al. The effect of fiscal policy on diet, obesity and chronic disease: a systematic review. *The Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88(8):609–14.
43 Epstein LH et al. Purchases of food in youth. Influence of price and income. *Psychological Science*, 2006;17(1):82–9.
44 Epstein LH et al. The influence of taxes and subsidies on energy purchased in an experimental purchasing study. *Psychological Science*, 2010, 21(3):406–14.
45 Wall J et al. Effectiveness of monetary incentives in modifying dietary behavior: a review of randomized, controlled trials. *Nutrition Reviews*, 2006, 64(12):518–31.
46 French SA et al. Pricing and promotion effects on low-fat vending snack purchases: the CHIPS study. *American Journal of Public Health*, 2001, 91(1):112–7.
47 Anderson JV et al. 5 a day fruit and vegetable intervention improves consumption in a low income population. *Journal of the American Dietetic Association*, 2001, 101(2):195–202.
48 Guo X et al. Food price policy can favorably alter macronutrient intake in China. *Journal of Nutrition*, 1999, 129(5):994–1001.
49 Suhrcke M et al. *Economic consequences of chronic diseases and the economic rationale for public and private intervention*. London, Oxford Health Alliance, 2005.
50 Mytton O et al. Could targeted food taxes improve health? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2007, 61(8):689–94.
51 Nnoaham KE et al. Modelling income group differences in the health and economic impacts of targeted food taxes and subsidies. *International Journal of Epidemiology*, 2009, 38(5):1324–33.
52 Danish Academy of Technical Sciences. *Economic nutrition policy tools – useful in the challenge to combat obesity and poor nutrition?* Danish Academy of Technical Sciences, ATV, 2007.
53 BBC News Europe. *Denmark introduces the world's first food fat tax*. [cited October 2011]. Consultable à l'adresse: http://bbc.in/rsib0H [consulté en février 2012]
54 NACSOnline. *France backs soft drinks tax*, 2011. Consultable à l'adresse: http://www.nacsonline.com/NACS/News/Daily/Pages/ND1025111.aspx [consulté en février 2012]
55 Miao Z, Beghin JC, Jensen HH. Taxing sweets: sweetener input tax or final consumption tax? *Contemporary Economic Policy*, 2011.
56 *Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture, 2003. (OMS, Série de Rapports techniques, N° 916).
57 Pollard CM et al. Increasing fruit and vegetable consumption: success of the Western Australian Go for 2&5 campaign. *Public Health Nutrition*, 2008,11(3):314–20.
58 Tohill B. D*ietary intake of fruit and vegetables and management of body weight*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
59 Rolls BJ, Drewnowski A, Ledikwe JH. Changing the energy density of the diet as a strategy

for weight management. *Journal of the American Dietetic Association*, 2005,105(5 Suppl 1):S98–103.

60 Ledikwe JH et al. Low-energy-density diets are associated with high diet quality in adults in the United States. *Journal of the American Dietetic Association*, 2006, 106(8):1172–80.

61 Cobiac LJ, Vos T, Veerman JL. Cost-effectiveness of interventions to promote fruit and vegetable consumption. *PLoS ONE*, 2010, 5(11):e14148.

62 Pomerleau J et al. *Effectiveness of interventions and programmes promoting fruit and vegetable intake*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

63 Blanchette L, Brug J. Determinants of fruit and vegetable consumption among 6–12-year-old children and effective interventions to increase consumption. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2005,18(6):431–43.

64 Hartmann M. Le Programme de l'Union européenne en faveur de la consommation de fruits à l'école – un pas vers une PAC "saine"? *EuroChoices*, 2010, 9(2):3.

65 Astrup A. The trans fatty acid story in Denmark. *Atherosclerosis Supplements*, 2006, 7(2):43–6.

66 Stender S, Dyerberg J. Influence of trans fatty acids on health. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 2004, 48(2):61–6.

67 *A Better Choice Strategy*. Queensland Health, Australia, 2010. Consultable à l'adresse: http://www.health.qld.gov.au/health_professionals/food/abetterchoice.asp#strategy [consulté en février 2012].

68 *A Better Choice – healthy food and drink supply strategy for Queensland health facilities: evaluation report*. Queensland Health, Australia, 2010. [cited November 2011]. Consultable à l'adresse: http://www.health.qld.gov.au/ph/documents/abetterchoice/abc_final_report.pdf [consulté en février 2012].

69 *Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. Consultable à l'adresse: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242599978_fre.pdf [consulté en février 2012].

70 Parra D et al. Policy and built environment changes in Bogotá and their importance in health promotion. *Indoor and Built Environment*, 2007, 16(4):334–48.

71 Reger B, Wootan MG, Booth-Butterfield S. Using mass media to promote healthy eating: a community-based demonstration project. *Preventive Medicine*, 1999, 29(5):414–21.

72 Matsudo SM, et al. The Agita São Paulo Program as a model for using physical activity to promote health. *Revista Panamericana Salud Pública*, 2003,14(4):265–72.

73 King L et al. Best practice principles for community-based obesity prevention: development, content and application. *Obesity Reviews*, 2011, 12(5):329–38.

74 Swinburn BA et al. The Pacific Obesity Prevention in Communities project: project overview and methods. *Obesity Reviews*, 2011, 12 (Suppl 2):3–11.

75 Schultz JT et al. Experiences and challenges in implementing complex community-based research project: the Pacific Obesity Prevention in Communities project. *Obesity Reviews*, 2011, 12(Suppl 2):12–9.

76 Hesketh KD, Campbell KJ. Interventions to prevent obesity in 0–5 year olds: an updated systematic review of the literature. *Obesity (Silver Spring)*, 2010, (Suppl 1):S27–35.

77 De Silva-Sanigorski AM et al. Reducing obesity in early childhood: results from Romp & Chomp, an Australian community-wide intervention program. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2010, 91(4):831–40.

78 Faith MS et al. Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity Research*, 2004, 12(11):1711–22.

79 Waters E et al. Interventions for preventing obesity in children. *The Cochrane Collaboratio*n, 2011, Issue 12. Consultable à l'adresse: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001871.pub3/pdf [consulté en février 2012].

80 *Cadre pour une politique scolaire: mise en oeuvre de la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008. Consultable à l'adresse: http://www.who.int/dietphysicalactivity/SPF-fr9F.pdf [consulté en février 2012].

81 Singhal N et al. Effects of controlled school-based multi-component model of nutrition and lifestyle interventions on behavior modification, anthropometry and metabolic risk profile of urban Asian Indian adolescents in North India. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2010, 64(4):364–73.

82 Jiang J et al. The effects of a 3-year obesity intervention in schoolchildren in Beijing. *Child: care, health and development*, 2007, 33(5):641–6.

83 Ministry of Education, Jamaica. *School Feeding Programme*, 2011. Consultable à l'adresse: http://www.moec.gov.jm/divisions/ed/welfare/index.shtml [consulté en février 2012].

Approches de la

PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ DE L'ENFANT

dans la population

Organisation mondiale de la Santé

9 789242 504781