

Surpoids et obésité chez les enfants

L'obésité infantile est devenue l'un des plus graves enjeux de santé publique du XXI^e siècle. L'obésité peut porter atteinte à la santé physique de l'enfant, sous la forme de maladies cardiovasculaires, endocriniennes ou pulmonaires, et à sa santé psychosociale, en favorisant le développement d'une mauvaise image de soi, de troubles alimentaires et d'états dépressifs (Inchley et al., 2016). Elle peut également compromettre la réussite scolaire (Cohen et al., 2013). De surcroît, l'obésité de l'enfant est une variable prédictive fiable de l'obésité chez l'adulte, qui a des conséquences sanitaires et économiques (OMS, 2016).

Les taux de surpoids (obésité comprise) obtenus à partir d'études mesurant la taille et le poids (plutôt qu'à partir de la taille et du poids auto-déclarés) vont de 15 % en Norvège à 45 % au Chili (graphique 4.17). La moyenne de l'OCDE s'établit à 25 %, à savoir 26 % pour les garçons et 24 % pour les filles, les tranches d'âge considérées variant toutefois selon les pays. La prévalence du surpoids est plus forte chez les filles en Irlande, au Mexique, en Nouvelle-Zélande, au Portugal, au Royaume-Uni (Angleterre), en Suède, en Suisse et en Turquie, ainsi qu'en Afrique du Sud. C'est en Corée, au Danemark, en Grèce, en Pologne, en Suède, ainsi qu'en Afrique du Sud que les écarts entre filles et garçons sont les plus prononcés (supérieurs à 8 points).

Plus de 20 % des jeunes de 15 ans se déclarent en surpoids au Canada, aux États-Unis et en Grèce, taux qui descend à moins de 10 % au Danemark (graphique 4.18). Pour les filles, c'est au Canada, aux États-Unis, en Grèce et en Islande que l'on recense les taux les plus élevés (15 % au moins) et, pour les garçons, au Canada, aux États-Unis, en Grèce, en Israël, en Italie et en Slovénie (plus de 20 %). Les taux les plus bas pour les filles sont observés en Norvège et en Pologne, de même qu'en Fédération de Russie et en Lituanie (de 6 à 7 %), et au Danemark, en France, aux Pays-Bas, et en Lituanie pour les garçons (de 10 à 14 %). Le taux de surpoids auto-déclaré est plus élevé chez les garçons que chez les filles dans tous les pays ; la moyenne globale pour l'OCDE est de 16 % (19 % pour les garçons, 12 % pour les filles). Les écarts entre filles et garçons sont dans l'ensemble importants, mais on recense les plus forts au Canada, en Estonie, en Grèce, en Italie, en Norvège, en Pologne et en Fédération de Russie (de 10 à 15 points). Ils demeurent très faibles au Danemark, aux Pays-Bas, et au Portugal (de 1 à 3 points).

Le surpoids auto-déclaré chez les jeunes de 15 ans a progressé dans la plupart des pays de l'OCDE au cours de la décennie écoulée (graphique 4.19). Globalement, dans l'OCDE, le taux de surpoids a augmenté de 28 %, passant de 12 % en 2001-02 à 16 % en 2013-14. Les hausses les plus prononcées sont intervenues en Israël, en Lettonie, en Pologne, en République slovaque, en République tchèque et en Suède, où il a augmenté de plus de 50 %, ainsi qu'en Estonie, en Fédération de Russie et en Lituanie, où il a plus que doublé. Il a en revanche reculé depuis 2001-02 au Danemark, ainsi qu'en Espagne et en Islande pour les garçons, et en Norvège et au Royaume-Uni (Angleterre) pour les filles.

Des environnements de plus en plus obésogènes ont favorisé la progression de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants. Plusieurs pays de l'OCDE ont mis en œuvre des politiques destinées à durcir la réglementation de la publicité portant sur les aliments et boissons nocifs pour la santé qui ciblent plus particulièrement les enfants et les jeunes adultes afin de prévenir l'obésité (OCDE, 2017). On a constaté que les enfants se montrent sensibles aux programmes scolaires (Veugeliers et Fitzgerald, 2005), mais une approche systémique

couvrant un large éventail de facteurs propices à l'obésité et mobilisant la participation des collectivités, des familles et des individus s'impose pour mettre effectivement un terme à l'épidémie et diminuer la prévalence de l'obésité (Inchley et al., 2016).

Définition et comparabilité

Les estimations du surpoids et de l'obésité reposent sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) à partir du poids et de la taille (mesurés ou déclarés) des enfants, le poids et la taille déclarés étant éventuellement associés à un risque de sous-estimation. On considère qu'un enfant est en surpoids ou obèse si son IMC dépasse les seuils définis selon l'âge et le sexe (Cole et al., 2000).

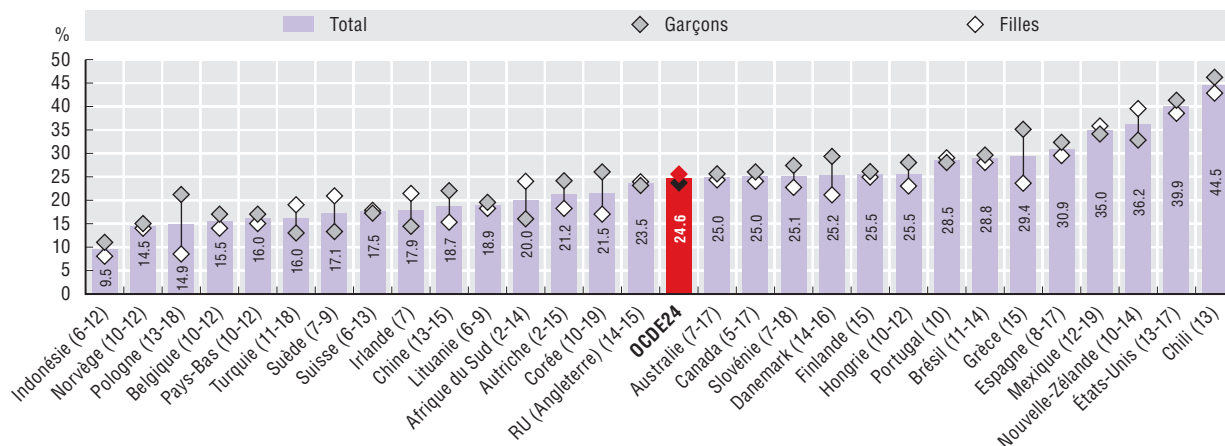
Les données mesurées sont collectées par la *World Obesity Federation* (WOF, anciennement IASO) à partir de différentes études nationales. Les estimations se fondent sur des enquêtes nationales qui collectent le poids et la taille des enfants mesurés à des âges différents. La comparaison des taux entre pays appelle donc à une certaine prudence. Les définitions du surpoids et de l'obésité chez les enfants peuvent différer d'un pays à l'autre, mais sont basées dans la mesure du possible sur les seuils définis par l'IOTF.

Les données obtenues à partir des déclarations des répondants sont issues des enquêtes HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) menées entre 2001-02 et 2013-14. Les données de la plupart des pays proviennent d'échantillons composés de 1 500 enfants scolarisés issus de trois groupes d'âge (11, 13 et 15 ans). Les données auto-déclarées concernant la taille et le poids pouvant être sous-estimées, incomplètes ou erronées, il y a lieu de les interpréter avec prudence.

Références

- Cohen, A.K. et al. (2013), « Educational Attainment and Obesity: A Systematic Review », *Obesity Reviews*, vol. 14, n° 12, pp. 989-1005.
- Cole, T.J. et al. (2000), « Establishing a Standard Definition for Child Overweight and Obesity Worldwide: International Survey », *British Medical Journal*, vol. 320, pp. 1-6.
- Inchley, J. et al. (dir.pub) (2016), « Growing Up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People's Health and Well-being: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2013/2014 Survey », Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague.
- OCDE (2017), « Obesity Update », Éditions OCDE, Paris, www.oecd.org/health/health-systems/obesity-update.htm.
- OMS – Organisation mondiale de la santé (2016), « Rapport de la Commission sur les moyens de mettre fin à l'obésité de l'enfant », OMS, Genève.
- Veugeliers, P. et A. Fitzgerald (2005), « Effectiveness of School Programs in Preventing Childhood Obesity: A Multilevel Comparison », *American Journal of Public Health*, vol. 95, n° 3, pp. 432-435.

Graphique 4.17. Surpoids mesuré (obésité comprise) chez les enfants d'âges divers, 2010 (ou année la plus proche)

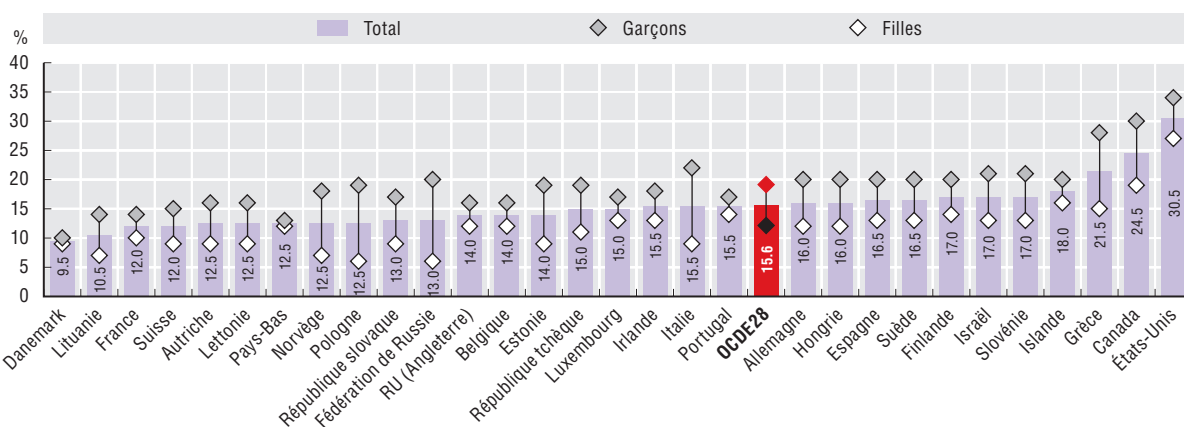


Note : Les chiffres entre parenthèses ont trait à l'âge des enfants enquêtés dans chaque pays.

Source : International Association for the Study of Obesity (2016, 2017) ; JUNAEB (2016) pour le Chili ; THL National Institute for Health and Welfare pour la Finlande.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607478>

Graphique 4.18. Surpoids auto-déclaré (obésité comprise) chez les jeunes âgés de 15 ans, 2013-14

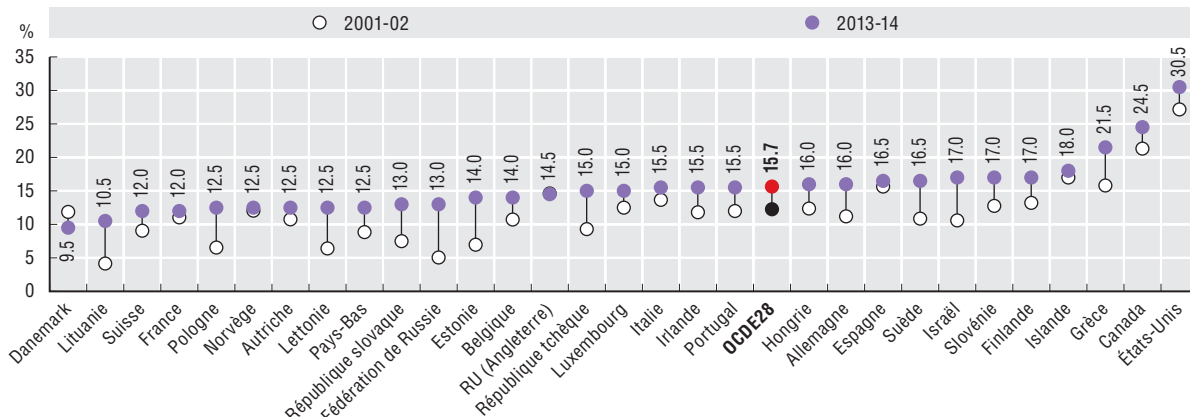


Note : Seuils de l'International Obesity Task Force. Les taux pour les États-Unis portent sur l'année d'enquête 2009-10 et non 2013-14.

Source : Inchley et al. (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607497>

Graphique 4.19. Variation des taux de surpoids auto-déclarés (incluant l'obésité) des jeunes âgés de 15 ans, 2001-02 et 2013-14



Note : Seuils de l'International Obesity Task Force. Les taux de 2013-14 pour les États-Unis portent sur l'année d'enquête 2009-10. Les taux de 2001-02 pour l'Islande, le Luxembourg et la République slovaque portent sur l'année d'enquête 2005-06.

Source : Currie et al. (2004) ; Inchley et al. (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607516>



Extrait de :
Health at a Glance 2017
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2017), « Surpoids et obésité chez les enfants », dans *Health at a Glance 2017 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-22-fr

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.