

Les taux de surpoids infantile, pré-obésité et obésité comprises, progressent partout dans le monde. Des facteurs environnementaux, les modes de vie, la constitution génétique et la culture sont autant d'éléments qui peuvent être à l'origine de la surcharge pondérale chez les enfants. Les enfants obèses risquent davantage de souffrir d'hypertension et de troubles métaboliques. Sur le plan psychologique, l'obésité peut engendrer une mauvaise image de soi, des troubles alimentaires et des états dépressifs. Elle peut en outre faire obstacle à la participation de l'enfant aux activités éducatives et récréatives. L'obésité infantile est particulièrement préoccupante en ce qu'elle est un bon prédicteur de l'obésité chez l'adulte, laquelle est associée au diabète, aux maladies cardiaques et à certains types de cancer (Bösch et al., 2018^[1]; OCDE, 2019^[2]).

Près d'un tiers (31 %) des enfants âgés de 5 à 9 ans vivant dans les pays de l'OCDE sont en surpoids (Graphique 4.14). Aux États-Unis, en Italie, en Nouvelle-Zélande et en Grèce, ce chiffre dépasse 40 %. Il est en revanche inférieur à 25 % au Japon, en Estonie, en Lituanie, en Suisse et en Lettonie. La proportion de garçons souffrant de surpoids est supérieure à celle des filles dans 38 des 43 pays de l'OCDE et pays partenaires clés considérés. La Chine, la Corée, la Pologne, la République tchèque et la République slovaque sont les pays qui affichent les plus grandes disparités entre les sexes (plus de 10 points de pourcentage). Celles-ci sont en revanche faibles au Portugal et au Royaume-Uni (moins d'un point).

Dans 35 pays de l'OCDE, le taux d'enfants en surpoids est passé de 20,5 % à 31,4 % entre 1990 et 2016 (Graphique 4.15). La Belgique est le seul pays où il a baissé, quoique marginalement. Les hausses les plus prononcées sont observées en Hongrie, en Pologne, en Turquie, en Slovaquie et en République slovaque, où les taux ont augmenté de plus de 100 %. À l'autre extrémité du spectre, une progression de 25 % ou moins a été enregistrée en Suède, en Israël, en Islande, au Japon et au Danemark. Des évolutions analogues ont été constatées dans des pays non membres de l'OCDE. Dans ces pays, la hausse a généralement été plus forte, ce qui tient à un niveau de départ relativement faible. À titre d'exemple, la proportion d'enfants en surpoids et obèses a progressé de plus de 600 % en Indonésie, en Afrique du Sud et en Inde, mais les taux de départ étaient respectivement de 2,4 %, 2,3 %, et 1 % à peine.

L'obésité infantile est un problème complexe et ses causes sont diverses. C'est pourquoi les politiques mises en œuvre pour

lutter contre ce phénomène font appel à un éventail de mesures complémentaires qui mobilisent la participation des pouvoirs publics, des responsables locaux, des établissements scolaires, des professionnels de santé et du secteur privé. Les mesures couramment appliquées pour modifier les comportements individuels ou l'environnement obésogène consistent à durcir la réglementation de la publicité faite aux boissons et aliments malsains destinés aux enfants, à améliorer l'accès aux parcs et aires de jeux, à faire évoluer la formulation des produits alimentaires et à intervenir sur les prix pour favoriser un mode de vie sain (OCDE, 2019^[2]).

Définition et comparabilité

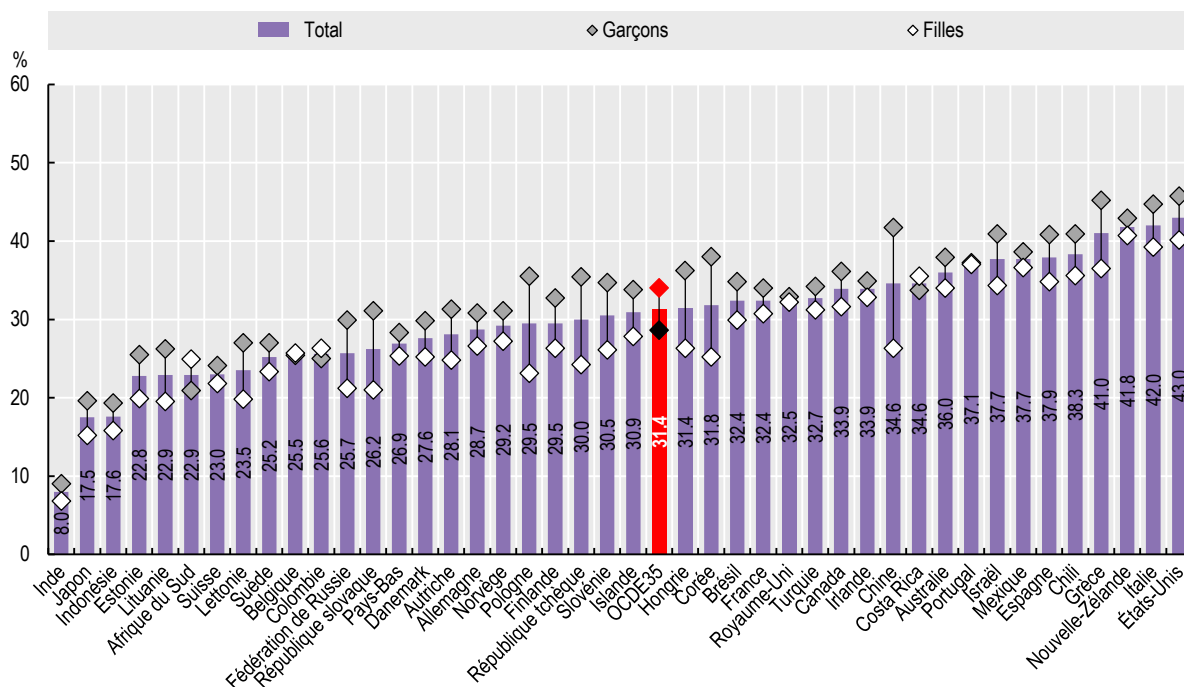
Les taux de surpoids et d'obésité infantiles ont été calculés au moyen de l'indice de masse corporelle (IMC). L'IMC est obtenu en divisant le poids (en kilogrammes) par le carré de la taille (en mètres).

Un enfant est considéré en surpoids si son IMC est supérieur d'un écart-type à la médiane, d'après les normes de croissance infantile de l'Organisation mondiale de la santé. Un enfant dont l'IMC est supérieur de deux écarts-types à cette médiane est considéré obèse.

Références

- [1] Bösch, S. et al. (2018), *Taking Action on Childhood Obesity*, Organisation mondiale de la santé et Fédération mondiale de l'obésité, Genève, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274792/WHO-NMH-PND-ECHO-18.1-eng.pdf?ua=1>.
- [2] OCDE (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>.
- [3] OCDE (2017), *Obesity Update*, OCDE, Paris, <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>.

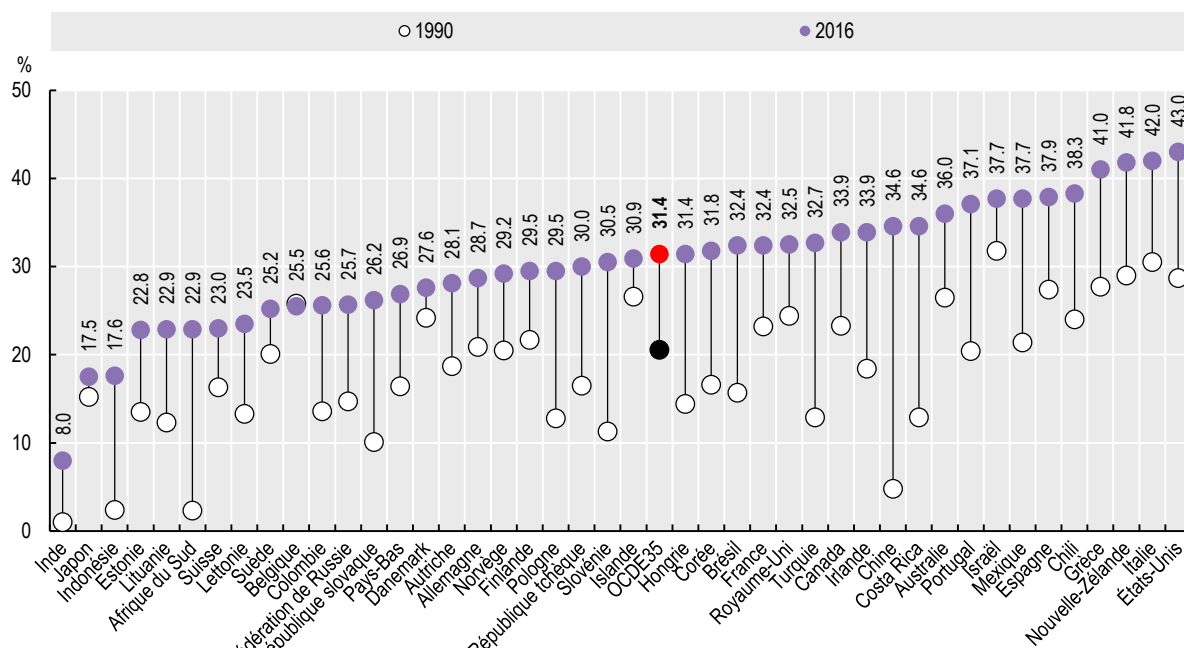
Graphique 4.14. Surpoids, incluant l'obésité, chez les enfants âgés de 5 à 9 ans, par sexe, 2016



Source : Données de l'Observatoire de la santé mondiale, OMS.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934068078>

Graphique 4.15. Évolution du surpoids, incluant l'obésité, chez les enfants âgés de 5 à 9 ans, 1990-2016



Source : Données de l'Observatoire de la santé mondiale, OMS.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934068097>



Extrait de :
Health at a Glance 2019
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2019), « Surpoids et obésité chez les enfants », dans *Health at a Glance 2019 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/e941b269-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, ainsi que les données et cartes 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. Des extraits de publications sont susceptibles de faire l'objet d'avertissements supplémentaires, qui sont inclus dans la version complète de la publication, disponible sous le lien fourni à cet effet.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes :
<http://www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation>.