Parliamentary Assembly
Assemblée parlementaire
https://pace.coe.int

COUNCIL OF EUROPE
CONSEIL DE L'EUROPE

Doc. 12559
06 avril 2011

La protection des enfants et des jeunes contre l'obésité et le diabète de type 2

Rapport[1]
Commission des questions sociales, de la santé et de la famille
Rapporteur: M. Mike HANCOCK, Royaume-Uni, Alliance des démocrates et des libéraux pour l'Europe (ADLE)

Résumé

Les cas d'obésité et de diabète de type 2 chez les enfants et les jeunes ont considérablement augmenté ces dix dernières années. Ces pathologies qui diminuent l'espérance de vie, qui peuvent entraîner d'autres affections et qui nuisent à la qualité de vie des malades constituent un lourd fardeau pour les systèmes de santé publique. Il faut que les Etats membres réagissent d'urgence face à cette crise sanitaire.

Il est essentiel de mettre l'accent sur les causes et de veiller à faire respecter pleinement les droits des enfants et des jeunes à la santé et à un environnement sain. En particulier, il importe de prendre des mesures pour promouvoir des habitudes alimentaires et un mode de vie sains (dans le cercle familial, à l'école et au niveau local) et un environnement (naturel et bâti) sain.

De plus, les gouvernements devraient veiller à ce que les enfants et les jeunes qui risquent d'être obèses et/ou qui s'exposent à diverses complications associées à cette pathologie aient véritablement accès à des conseils médicaux, et à des soins et à un traitement appropriés.

1. 2011 - Deuxième partie de session

Sommaire **Page**

A. Projet de résolution 3
B. Projet de recommandation 5
C. Exposé des motifs, par M. Hancock, rapporteur 6
1. Introduction 6
1.1. L'obésité infanto-juvénile et le diabète de type 2: origines et risques 6
1.2. L'épidémie d'obésité en Europe: les enfants et les jeunes en tant que groupe vulnérable 7
2. Prévention 8
2.1. Solutions envisageables et recommandations 8
2.2. Promotion d'habitudes alimentaires saines 9
2.3. Promotion d'un mode de vie sain 14
2.4. Promotion d'un environnement sain 18
3. Traitement 19
3.1. Intervention précoce et gestion de l'obésité et du diabète de type 2 19
3.2. Réhabilitation des enfants et des jeunes atteints d'obésité et de diabète de type 2 20
3.3. Améliorer la capacité des Etats membres à rechercher et trouver des solutions 20
4. Conclusions et recommandations 21
Annexe – Questionnaire sur la prévention de l'obésité et du diabète de type 2 et la promotion d'habitudes alimentaires saines chez les enfants et les jeunes 22
Questions posées aux Etats membres: 22

A. Projet de résolution[2]

1. L'Assemblée parlementaire souligne l'importance fondamentale de protéger la santé et le bien-être des enfants et des jeunes et déplore la récente augmentation, en Europe et ailleurs, de l'obésité et du diabète de type 2 chez ces derniers. L'obésité et le diabète de type 2, troubles du métabolisme acquis, sont des maladies pouvant être évitées qui raccourcissent la durée de vie et qui peuvent conduire à d'autres pathologies (y compris les maladies cardio-vasculaires et le cancer); elles affectent de manière négative la qualité de vie des malades et constituent une charge considérable pour les systèmes de santé. L'Assemblée estime donc que les Etats membres doivent réagir de manière urgente à cette crise de santé publique.

2. L'Assemblée accueille donc favorablement la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme cadre de référence pour les initiatives des Etats membres visant à limiter les facteurs de risque et à promouvoir des modes de vie et un environnement sains. Elle invite les Etats membres à mettre en œuvre la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité, adoptée à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité, qui s'est tenue à Istanbul (Turquie) du 15 au 17 novembre 2006.

3. L'Assemblée invite les Etats membres à envisager la prévention de l'obésité du point de vue du droit des enfants et des jeunes à la santé et à un environnement sain, dans le cadre de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, qui appelle les Etats parties à reconnaître le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation (article 24).

4. L'Assemblée invite les Etats membres à prendre d'urgence des mesures pour protéger les enfants et les jeunes de l'apparition et des conséquences de l'obésité et du diabète de type 2, et en particulier des mesures visant à promouvoir des habitudes alimentaires, un style de vie et un environnement sains. Les mesures préconisées devront tenir dûment compte du principe du respect de l'intérêt supérieur de l'enfant.

5. Afin de favoriser des habitudes alimentaires saines, l'Assemblée recommande aux Etats membres:

5.1. de prendre des mesures pour améliorer l'alimentation, dès le plus jeune âge, grâce:

5.1.1. à la promotion de l'allaitement de la naissance à l'âge de six mois;

5.1.2. à une transformation alimentaire plus saine et l'élimination des acides gras trans synthétiques, des agents conservateurs et des autres produits chimiques contenus dans les produits alimentaires;

5.1.3. à l'amélioration des repas à l'école et une consommation minimale d'aliments et de boissons malsains;

5.2. de garantir l'accès à des aliments plus sains et leur disponibilité, notamment de fruits et légumes, pour les enfants et les jeunes, en rendant abordables, dans la mesure du possible, des choix alimentaires plus sains;

5.3. de réglementer le marketing alimentaire (notamment l'étiquetage alimentaire, les informations nutritionnelles et la publicité) afin de réduire sa pression sur les enfants et les jeunes et de limiter la publicité, notamment à la télévision, à l'intention des enfants pour des produits alimentaires ou des aliments très caloriques et peu nutritifs ou ceux à forte teneur en sucre, sel ou graisse;

5.4. d'informer les enfants et les jeunes, ainsi que leurs parents et tuteurs, des avantages d'habitudes alimentaires saines ainsi que des dangers et des conséquences à long terme d'une consommation d'aliments prêts-à-manger non équilibrés d'un point de vue nutritionnel et des risques d'une mauvaise santé due à une obésité induite;

5.5. de revoir leur politique fiscale relative à l'alimentation et envisager d'introduire des taxes sur les produits alimentaires ayant une teneur élevée en acides gras trans synthétiques, en sel et en sucre, utilisant les revenus ainsi générés pour abaisser le coût des aliments sains, en particulier pour les groupes de population à faibles revenus, ou les investissant dans le système de santé pour permettre le traitement des personnes souffrant d'obésité et de diabète de type 2.

2. Projet de résolution adopté à l'unanimité par la commission le 22 mars 2011.

6. Dans le but de promouvoir des modes de vie sains, l'Assemblée recommande aux Etats membres de prendre des mesures pour améliorer le bien-être des enfants et des jeunes dans tous les domaines de leur vie, en abordant les questions de santé publique de manière holistique. Ce faisant, les Etats membres sont invités:

6.1. à sensibiliser les enfants et les jeunes à leurs besoins de développement, leur permettant de considérer les aliments comme des éléments nutritifs et non pas comme des substituts pour satisfaire d'autres besoins ou pallier des désagréments; les éduquer sur la manière et les moyens de gérer le stress et les émotions négatives, comme la tristesse et la colère, qui sont connues pour déclencher une consommation excessive de nourriture;

6.2. à promouvoir un style de vie plus actif, en éduquant les enfants et les jeunes en conséquence;

6.3. à donner aux enfants et aux jeunes la possibilité de s'accomplir individuellement à la fois dans le cadre d'un environnement éducatif traditionnel et dans leur vie sociale, développant ainsi leur propre autonomie ainsi qu'un sentiment de valorisation personnelle;

6.4. à soutenir les écoles dans leurs efforts pour encourager des habitudes alimentaires saines et l'exercice physique, et veiller à ce que les écoles soient correctement financées afin de pouvoir mener à bien cette tâche; veiller à la plus large diffusion possible et à la mise en œuvre de la Résolution ResAP(2005)3 du Comité des Ministres sur une alimentation saine à l'école, en accordant une attention particulière à la qualité des repas scolaires, tout en rendant ces repas plus sains et abordables pour tous les enfants et jeunes;

6.5. à mettre en œuvre la Recommandation Rec(2003)6 du Comité des Ministres pour améliorer l'accès à l'éducation physique et au sport des enfants et des jeunes dans tous les pays européens, entre autres en améliorant l'accès aux installations sportives pour les enfants et les jeunes (en particulier dans les quartiers socialement défavorisés) et en menant des campagnes pour promouvoir un mode de vie plus actif;

6.6. à garantir la participation pleine et entière des enfants et des jeunes à la société, notamment de ceux qui souffrent d'obésité/de surpoids et de diabète de type 2, et lutter fermement contre les mesures discriminatoires touchant les personnes souffrant d'obésité.

7. Afin de promouvoir un environnement sain, l'Assemblée recommande aux Etats membres:

7.1. de développer des politiques et initiatives spécifiques en vue de soutenir un environnement naturel et bâti favorable à la santé;

7.2. de prendre des mesures spécifiques pour améliorer la mobilité urbaine, par exemple en encourageant le vélo et la marche à pied grâce à l'amélioration de l'urbanisme et des politiques de transports.

8. L'Assemblée invite les Etats membres à proposer un traitement approprié de l'obésité et du diabète de type 2 chez les enfants et les jeunes et à s'assurer que les personnes présentant un risque d'obésité et/ou de complications diverses liées à cette pathologie aient un réel accès à des conseils médicaux et à des soins adaptés. Les Etats membres devraient améliorer en particulier l'intervention et la gestion précoces de l'obésité et du diabète de type 2 chez les enfants et les jeunes.

9. L'Assemblée recommande de prendre des mesures urgentes afin de renforcer la capacité des Etats membres à entreprendre des recherches et à trouver des solutions à ces problèmes, notamment en améliorant sensiblement la collecte et l'analyse de données (par exemple concernant les enfants atteints du diabète de type 2). L'Assemblée appelle également les organisations internationales spécialisées à fournir un soutien adéquat aux initiatives de recherche visant à inverser le développement des épidémies d'obésité et de diabète de type 2 chez les enfants et les jeunes.

10. L'Assemblée estime que la participation des enfants et des jeunes à la conception des programmes de santé publique à leur intention est une condition importante de la réussite de leur mise en œuvre et recommande donc de veiller à ce qu'ils y participent pleinement dans tous les Etats membres du Conseil de l'Europe.

B. Projet de recommandation[3]

1. L'Assemblée parlementaire, faisant référence à sa Résolution... (2011) sur la protection des enfants et des jeunes contre l'obésité et le diabète de type 2, attire l'attention du Comité des Ministres sur les dangers que comporte l'augmentation spectaculaire de l'obésité et du diabète de type 2 en Europe, notamment chez les enfants et les jeunes.

2. L'Assemblée craint que les Etats membres ne se trouvent confrontés à une hausse spectaculaire des dépenses de santé publique dans les 15 à 20 prochaines années pour couvrir le coût des pathologies liées à l'obésité si aucune contre-mesure n'est prise aujourd'hui.

3. Une politique générale visant à empêcher le surpoids et l'obésité chez les enfants et les jeunes et à aider ceux qui sont touchés par ces pathologies devrait donc être élaborée et mise en œuvre dès aujourd'hui dans tous les Etats membres du Conseil de l'Europe.

4. L'Assemblée recommande donc au Comité des Ministres d'élaborer un ensemble de lignes directrices pour encourager les Etats membres et observateurs à adopter et à mettre en œuvre des stratégies coordonnées impliquant les secteurs concernés, tels que la santé publique, l'éducation, la jeunesse et le sport, sur la prévention et le traitement de l'obésité et du diabète de type 2 chez les enfants et les jeunes.

3. Projet de recommandation adopté à l'unanimité par la commission le 22 mars 2011.

C. Exposé des motifs, par M. Hancock, rapporteur

1. Introduction

1.1. L'obésité infanto-juvénile et le diabète de type 2: origines et risques

1. L'excès de poids et l'obésité jouent un rôle important dans de nombreuses maladies non transmissibles, en réduisant l'espérance de vie et en affectant la qualité de vie. D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus d'un million de décès par an dans la région européenne sont dus à des maladies liées au surpoids[4]. La diminution brutale de l'activité physique et l'évolution des pratiques alimentaires, en particulier la consommation accrue d'aliments et de boissons riches en calories et peu nutritives (à forte teneur en graisses saturées et totales, en sel et en sucre), associée à une consommation insuffisante de fruits et de légumes, sont à l'origine d'un déséquilibre calorique dans la population[5].

2. L'obésité infanto-juvénile s'étend rapidement dans la quasi-totalité des Etats membres du Conseil de l'Europe. Le phénomène est relativement récent; la prévalence de l'obésité infanto-juvénile a très peu évolué jusqu'au début des années 1980, avant d'afficher des signes d'accélération marqués dans les années 1990 et au début des années 2000.

3. Le diabète de type 2, maladie acquise affectant le métabolisme qui représente plus de 90 % des cas de diabète dans le monde entier, est directement lié à l'obésité, un mode de vie sédentaire et une alimentation riche en graisses et en acides gras saturés. La prévention et le traitement de l'obésité et du diabète de type 2 devraient donc être axés sur le changement du style de vie[6].

4. L'obésité a un impact frappant et inacceptable sur les enfants. Un enfant obèse subit tout au long de sa vie un risque accru face à différentes maladies, notamment les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les maladies hépatiques et certaines formes de cancer. Même pendant l'enfance, l'obésité augmente ce type de risques et entraîne de grandes souffrances psychologiques.

5. Selon l'Organisation mondiale de la santé, de nombreux pays ont progressé ces dernières années en matière de sensibilisation, et des politiques et plans d'action se développent un peu partout dans ce sens. En 2009, un premier constat a mis en évidence le tassement des taux d'obésité infanto-juvéniles dans certains pays qui avaient pris des mesures concrètes. Le gradient socio-économique de l'obésité infantile reste néanmoins important[7].

6. La poussée épidémique rapide tient à la disponibilité et à l'accessibilité accrues de la nourriture dans le monde, tandis que se réduisent les opportunités de dépenser de l'énergie physique. La nourriture n'a jamais été aussi abordable, et les aliments les moins chers sont aussi les plus riches en graisse et en sucre. En outre, certains des acteurs les plus importants du secteur de la production et de la distribution alimentaire et des industries de restauration n'appliquent pas les recommandations de l'OMS les appelant à limiter la quantité de sel, de sucre et de graisse contenue dans leurs produits, réduire la taille des parts individuelles, fournir des conseils nutritionnels et promouvoir ou soutenir l'activité physique.

7. Les études les plus récentes montrent que si rien n'est fait pour enrayer le développement de l'obésité et du diabète de type 2 parmi les enfants et les jeunes, les Etats membres seront confrontés pendant les quinze ou vingt prochaines années à une très forte augmentation des dépenses de santé nécessaires pour couvrir le coût des maladies qui leur sont liées, en particulier les maladies cardio-vasculaires et les cancers liés à l'obésité. En France, on estime que si rien n'est fait pour enrayer cette évolution, le coût de l'obésité pourrait atteindre 7 % des dépenses publiques de santé en 2020. Sur le plan financier, ce coût pourrait atteindre 250 milliards d'euros uniquement dans le secteur des assurances de santé[8].

---

4. Charte européenne sur la lutte contre l'obésité, OMS, 16 novembre 2006, EUR/06/5062700/8.
5. *Ibid*.
6. Livre vert de la Commission européenne «Promouvoir une alimentation saine et l'activité physique: une dimension européenne pour la prévention des surcharges pondérales, de l'obésité et des maladies chroniques» (COM(2005)637 final).
7. McPherson K., Brown M., Marsh T. et Byatt T., «Obesity: Recent Trends in Children Aged 2-11 and 12-19»; et le document qui l'accompagne: Byatt T., Brown M., Marsh T. et McPherson K., «Obesity Trends for Children Analysis from the Health Survey for England 1993-2007».
8. «Prévention et traitement de l'obésité: l'état de la recherche, Rapport sur les perspectives offertes par les recherches sur la prévention et le traitement de l'obésité (compte rendu de l'audition publique du 4 mars 2009)», M. Jean-Claude Etienne et Mme Brigitte Bout, sénateurs, 1770 Assemblée nationale, France, p. 6.

8. Il y a quelques années, l'Assemblée parlementaire a adopté la Recommandation 1786 (2007) «Pour une consommation alimentaire responsable» qui soulignait qu'une consommation responsable implique nécessairement une alimentation saine. L'Assemblée a souligné l'importance d'une amélioration de l'information et de l'éducation nutritionnelles, l'intérêt d'élaborer des directives sur une alimentation saine et enfin la nécessité de s'adresser directement aux consommateurs pour les convaincre de faire preuve de responsabilité dans leurs choix. Les mesures recommandées, cependant, n'ont eu qu'un effet limité. Il est aujourd'hui urgent que les autorités et les citoyens réagissent à l'accroissement de l'obésité et du diabète de type 2, en particulier parmi les enfants et les jeunes. Le présent rapport vise à fournir les outils nécessaires pour s'attaquer aux racines du problème.

9. De mon point de vue, il est impératif que tous les Etats membres du Conseil de l'Europe entreprennent une action renforcée et concertée. En vertu de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, tous les enfants vivant en Europe ont le droit de vivre et de grandir dans un environnement qui leur permette de jouir du meilleur état de santé possible – et cela inclut être protégé de l'obésité et du diabète de type 2[9].

1.2. L'épidémie d'obésité en Europe: les enfants et les jeunes en tant que groupe vulnérable

10. D'après les données de l'Union européenne, un quart des écoliers européens souffrent actuellement d'excès de poids ou d'obésité, un nombre qui augmente de 400 000 chaque année. En outre, 3 millions d'écoliers dans l'Union sont aujourd'hui classés comme obèses, un chiffre qui s'accroît de 85 000 chaque année[10].

11. L'International Obesity Task force indique que le surpoids et l'obésité sont plus fréquents chez les enfants d'Europe du Sud que chez leurs homologues d'Europe du Nord car l'alimentation traditionnelle des pays méditerranéens cède la place aux aliments transformés riches en graisse, en sucre et en sel. Les îles méditerranéennes de Crète, Malte et Sicile, ainsi que l'Espagne, Gibraltar, l'Italie et le Portugal affichent des taux de surpoids et d'obésité supérieurs à 30 % chez les enfants âgés de 7 à 11 ans[11].

12. D'autre part, l'Angleterre, Chypre, la Grèce, l'Irlande et la Suède affichent des taux supérieurs à 20 %, tandis que la France, la Suisse, la Pologne, la République tchèque, la Hongrie, l'Allemagne, le Danemark, les Pays-Bas et même la Bulgarie font état de taux de surpoids situés entre 10 et 20 % dans la même classe d'âge. Sept pays indiquent des niveaux de surpoids et d'obésité supérieurs à 20 % parmi les jeunes (de 13 à 17 ans), le taux le plus élevé étant observé en Crète (35 %). Le développement du surpoids et de l'obésité parmi les enfants s'accélère rapidement dans certains pays. Les taux d'augmentation varient, le Royaume-Uni et la Pologne affichant l'augmentation la plus forte[12], celle-ci atteignant près de 27 % de la population au Royaume-Uni[13]. Cette évolution est très inquiétante.

13. Ces données sont confirmées par les réponses au questionnaire de la commission des questions sociales, de la santé et de la famille envoyées récemment par les pays (voir en annexe). Je remercie les 29 pays qui ont répondu. L'analyse de ces réponses nous a permis d'analyser la situation en matière d'obésité infanto-juvénile dans les Etats membres du Conseil de l'Europe[14].

14. Presque tous les pays ayant répondu au questionnaire considèrent que le nombre de cas de diabète de type 2 parmi les enfants a augmenté pendant les dix dernières années. Certains pays ne disposent pas de données suffisantes pour confirmer cette augmentation mais leurs pédiatres déclarent recevoir un nombre croissant d'enfants atteints du diabète de type 2. Seules la République tchèque et l'Estonie considèrent que le nombre d'enfants atteints du diabète de type 2 est resté stable pendant les dix dernières années. Aucun des pays ne déclare avoir observé une diminution du nombre d'enfants atteints du diabète de type 2.

---

9. Le Comité des Ministres a mis sur pied un comité d'experts sur les soins de santé adaptés aux enfants afin d'aider les Etats membres à identifier les besoins médicaux des enfants, à appliquer des normes particulières pour y répondre et à élaborer des soins de santé adaptés aux enfants. Le Portugal accueillera la 9e Conférence ministérielle des ministres européens de la Santé à la fin de 2011 sur ce thème, et je souhaiterais y apporter ma contribution sur les questions de la prévention de l'obésité et du diabète de type 2 et de la promotion d'habitudes alimentaires saines chez les enfants et les jeunes.

10. Commission européenne, Direction générale santé et protection des consommateurs, «Nutrition et prévention de l'obésité», 2006.

11. International Obesity Task force, «EU Platform on Diet, Physical Activity and Health» prepared in collaboration with the European Association for the Study of Obesity, 15 mars 2005, p. 3.

12. *Ibid*., p. 3.

13. Wang Youfa et Lobstein Tim, «Worldwide trends in childhood overweight and obesity», *International Journal of Pediatric Obesity*, 2006/1, p. 11-25.

14. Voir le document AS/Soc/Inf (2011) 3, disponible auprès du secrétariat de la commission.

15. Je souhaiterais insister sur ce point: l'obésité n'altère pas seulement la santé de ces enfants, elle les fait aussi souffrir socialement et psychologiquement. Stigmatisés, victimes de discriminations par leurs pairs, les enfants obèses ont souvent une piètre opinion d'eux-mêmes et une image négative de leur corps, ce qui conduit parfois à la dépression, avec les incidences que cela implique en matière de dépenses de santé.

16. Les chercheurs sont d'avis en outre qu'il existe une relation entre la perturbation endocrinienne due à l'obésité et la production excessive ultérieure d'œstrogènes et, par voie de conséquence, la puberté précoce. La recherche scientifique montre que des liens existent entre l'obésité et la maturité sexuelle précoce chez les filles. La maturité psychologique intervenant deux ou trois ans après la maturité physique, il en résulte un décalage dans le développement de l'enfant. Cette situation est dangereuse et peut avoir de graves conséquences dans la vie de l'enfant.

17. L'obésité est à la fois la cause et le résultat de disparités sociales. La maladie atteint davantage les groupes vulnérables socialement, car ils vivent dans des quartiers peu propices aux modes de transport et aux loisirs actifs, et ont moins accès à l'éducation et à l'information sur les styles de vie et la santé, et les aliments les plus abordables sont riches en calories et peu nutritifs.

18. L'impact des inégalités est plus que préoccupant pour la santé des enfants; il peut se traduire rapidement par des indicateurs de mauvaise santé et l'émergence de certains comportements durant l'enfance et l'adolescence. Ces paramètres peuvent réduire la capacité des jeunes gens à participer pleinement à de nombreux aspects de la vie, et se répercuter sur la fréquentation et les résultats scolaires, les activités sociales ou sportives, et les chances d'obtenir un emploi.

19. Je suis fermement convaincu que l'amélioration des normes d'alimentation et d'activité physique, en tant que moyen de relever le niveau de bien-être et de protéger la santé des citoyens européens, en particulier celle des enfants et des jeunes, doit devenir une priorité majeure de santé publique.

2. Prévention

2.1. Solutions envisageables et recommandations

20. Comme indiqué plus haut, il est largement possible de prévenir le surpoids et l'obésité en diminuant les facteurs de risque identifiés. La meilleure méthode de lutte contre le surpoids et l'obésité à long terme consiste à les prévenir dès l'enfance. Il convient donc d'adopter une approche fondée sur la vie entière, à commencer par la santé maternelle et la première enfance.

21. Etant donné la complexité des questions de surpoids et d'obésité, une approche plurisectorielle globale s'attaquant aux facteurs sous-jacents qui affectent la capacité des individus à faire des choix plus favorables à leur santé est aujourd'hui nécessaire.

22. La plupart des propositions que je mets sur la table ne sont pas nouvelles: améliorer la qualité des programmes de restauration scolaire; encourager les enfants à faire plus d'exercice; faciliter l'accès aux aliments nutritifs dans les zones urbaines mal desservies; mettre en place des programmes d'éducation parentale ciblés.

23. Toutefois, pour pouvoir choisir un mode de vie sain, il faut qu'il y ait une demande dans ce sens, et des options disponibles répondant à cette demande. S'agissant de la santé des enfants et des jeunes, l'accent doit être mis sur des mesures permettant d'offrir des options saines dans les environnements qu'ils fréquentent, notamment les écoles et les centres sportifs et récréatifs.

24. A cette fin, il faut créer une demande pour une alimentation saine par le biais d'une éducation sanitaire et nutritionnelle. De plus, le rôle des parents et des adultes chargés de garder les enfants ne doit pas être ignoré, et les mesures doivent également viser à renforcer les connaissances et la liberté de choix de ces groupes.

25. Pour améliorer les habitudes alimentaires et accroître l'activité physique des groupes vulnérables, les mesures doivent s'adresser prioritairement aux couches défavorisées de la population sur le plan socio-économique, dans lesquelles les habitudes alimentaires saines et l'exercice physique étant quasiment absents, il est plus difficile de choisir un mode de vie sain. Les données montrent que les personnes optent plus souvent pour des choix sains lorsque l'environnement qui les entoure les y prédispose.

26. Comme le souligne l'OMS, les gouvernements et les parlements nationaux doivent veiller à la cohérence et à la durabilité des mesures adoptées en ce domaine par le biais de l'action réglementaire, y compris la législation. Les autres outils importants comprennent la reformulation des politiques, les politiques

fiscales et d'investissement public, les évaluations d'impact sur la santé, les campagnes de sensibilisation et d'information des consommateurs, le développement des capacités et les partenariats, la recherche, la planification et le suivi[15].

27. Dans leurs réponses au questionnaire sur l'obésité et de diabète de type 2, les Etats membres signalent les programmes gouvernementaux mis en place afin de maintenir sous contrôle l'obésité infantile et rapportent des données montrant les progrès attribuables aux interventions des pouvoirs publics. Les mesures suivantes sont notamment mises en avant:

– la Bulgarie, le Portugal et la République tchèque mentionnent la mise en œuvre à l'échelon national du programme de l'OMS «Santé pour tous au XXIe siècle»;

– des plans d'action gouvernementaux ont été appliqués en Belgique, au Canada, en Pologne, au Portugal, en Slovaquie, en Suède et en Suisse;

– des lignes directrices spécifiques ont été élaborées au Canada et en Norvège;

– des commissions intersectorielles et des conseils de coordination ont été créés à Malte, au Pologne et en Portugal;

– des programmes adaptés de collecte de données ont été mis en place en Estonie, en Géorgie et en Italie;

– la Suisse fait état de la création d'un système de suivi reposant sur des indicateurs spécifiques et des normes d'évaluation comparative;

– l'Allemagne, la France, le Liechtenstein, Malte, le Royaume-Uni et «L'ex-République yougoslave de Macédoine» indiquent avoir pris des mesures pour sensibiliser le grand public au problème de l'obésité et aux risques qui lui sont liés, et pour encourager une alimentation saine.

28. Les gouvernements semblent faire preuve de bonne volonté pour améliorer la situation; mais la santé des enfants s'améliore-t-elle vraiment?

29. En résumé, j'invite tous les Etats membres du Conseil de l'Europe à agir pour lutter contre l'obésité infantile dans les domaines suivants, conformément aux principales recommandations de l'OMS et du Conseil de l'Europe et à la législation de l'Union européenne correspondante.

2.2. Promotion d'habitudes alimentaires saines

2.2.1. Environnement alimentaire

30. L'environnement alimentaire peut être compris comme la combinaison de plusieurs facteurs qui influent sur ce que les gens mangent et sur les endroits où ils mangent. Les influences sont multiples et à différents niveaux, notamment:

– le cadre législatif et politique;

– la disponibilité physique et l'accès des aliments au domicile/au travail/à l'école et dans les commerces;

– des facteurs sociétaux tels que les traditions culturelles, les normes sociales et les modèles.

31. En bref, je pense que différents facteurs dictent nos choix alimentaires, qui peuvent être modifiés dans une plus ou moins large mesure.

32. Les tendances récentes de la consommation alimentaire révèlent que les prix des aliments fortement caloriques baissent. Les aliments hautement transformés et prêts à consommer sont plus abordables, tandis que ceux à forte teneur nutritionnelle tels que les fruits et les légumes s'enchérissent.

33. En outre, les régimes régionaux traditionnels sont de plus en plus délaissés en Europe, au profit d'une alimentation uniformisée riche en calories et pauvre en éléments nutritifs, et la consommation de fruits et de légumes stagne. Ainsi, ces dernières années, un changement simultané de l'alimentation et des niveaux d'activité physique a été constaté en Europe du Sud.

15. Charte européenne sur la lutte contre l'obésité, OMS, 16 novembre 2006, EUR/06/5062700/8.

34. De mon point de vue, les responsables politiques qui souhaitent améliorer l'environnement alimentaire en Europe doivent élaborer des politiques capables d'influer sur la production, la fabrication et la vente des aliments, l'étiquetage et la promotion des produits alimentaires et des boissons, la protection sociale et les inégalités en matière de santé.

35. Toutefois, les données de santé publique montrent que nous ne pourrons pas vaincre l'obésité si nos efforts portent exclusivement sur les enfants sans tenir compte du monde qui les entoure, et si nous ne faisons que stigmatiser des comportements.

36. Par conséquent, les gouvernements doivent définir des lignes globales d'action pour protéger et promouvoir la santé publique et conclure des engagements formels avec un large éventail d'acteurs appartenant entre autres à l'industrie alimentaire et à la société civile.

37. J'appelle instamment les Etats membres à prendre des mesures pour inciter les fabricants et les distributeurs de produits alimentaires et de boissons à réexaminer aussi bien la composition de certains de ces produits sous l'angle de la qualité et des normes de sécurité que leurs activités visant à promouvoir la consommation de denrées alimentaires considérées comme peu saines ou même néfastes pour la santé.

38. Je suis aussi intimement convaincu qu'il est essentiel de veiller à ce que toute publicité soit exclue de l'enceinte scolaire.

2.2.2. Contenu des aliments

2.2.2.1. Allaitement

39. Selon l'OMS, l'allaitement au sein est le meilleur moyen d'assurer une alimentation idéale apte à permettre une croissance et un développement sains du nourrisson; il constitue aussi un élément à part entière du processus reproductif et a des incidences importantes sur la santé de la mère. L'allaitement exclusif au sein pendant six mois est la méthode optimale d'alimentation du nourrisson. Il est recommandé de fournir ensuite au nourrisson des aliments complémentaires en poursuivant l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de deux ans ou plus. Les politiques adoptées dans les Etats membres afin de promouvoir l'allaitement au sein sont abordées plus loin en relation avec les politiques familiales pertinentes[16].

2.2.2.2. Interdiction de l'utilisation des gras trans de synthèse

40. Les réponses au questionnaire révèlent une sensibilisation accrue des Etats membres aux risques liés aux gras trans de synthèse[17]. Certains pays mentionnent à ce propos l'introduction de mesures réglementaires pour limiter la teneur en acides gras trans de synthèse à 1 % (Bulgarie, Estonie, Norvège, Slovaquie, «L'ex-République yougoslave de Macédoine») ou 2 % (Hongrie, Liechtenstein, Royaume-Uni) de la valeur calorique totale des aliments. Cependant, il existe très peu d'exemples d'interventions gouvernementales visant à interdire complètement l'utilisation des acides gras trans[18].

41. Certains pays nordiques comme la Finlande et la Suède font état de quantités peu élevées d'acides gras trans (moins de 0,4 %) grâce à l'utilisation depuis les années 1990 de l'interestérification comme méthode de solidification des huiles végétales, méthode qui permet d'éviter la production d'acides gras trans. Néanmoins, des études supplémentaires des effets sur la santé du consommateur des produits fabriqués à l'aide de la méthode d'interestérification sont nécessaires.

42. La coopération avec l'industrie est essentielle et a donné de bons résultats aux Pays-Bas où a été créée une «*Task force* néerlandaise pour l'amélioration de la teneur en acides gras».

2.2.2.3. Exposition précoce à des substances chimiques et additifs de conservation

43. L'exposition précoce à des produits chimiques au cours du développement est peut-être aussi un facteur qui contribue à l'épidémie d'obésité. L'exposition à des substances chimiques est dangereuse, en particulier si elle a lieu au cours de la grossesse. Je suis d'avis qu'il est tout particulièrement nécessaire d'étudier plus avant le lien entre exposition précoce à des substances chimiques et obésité infantile.

---

16. Voir la note 14.
17. L'Azerbaïdjan souligne que la consommation de graisses trans de synthèse est l'un des facteurs conduisant à l'athérosclérose, aux maladies artérielles, à la diminution de la sensibilité à l'insuline des cellules du pancréas, aux processus inflammatoires chroniques et à l'obésité. D'autres pays expriment un point de vue similaire.
18. En Belgique, le parti politique «vert» (Ecolo-Groen) a déposé récemment devant la Chambre des députés un projet de loi visant à interdire la commercialisation des produits alimentaires contenant une certaine quantité de graisses trans.

44. Des données de plus en plus probantes montrent que certains perturbateurs endocriniens, omniprésents dans la chaîne alimentaire, ont deux effets jusqu'alors insoupçonnés[19]. Ils agissent sur les gènes du fœtus en développement et du nouveau-né et transforment des précurseurs en cellules adipeuses. Ils peuvent également modifier le taux métabolique de sorte que le corps stocke les calories au lieu de les brûler. Le diabète et l'obésité peuvent être prédéterminés pendant la grossesse quand les substances chimiques perturbent les fonctions endocriniennes du fœtus.

45. Une étude menée en 2007 au titre du Règlement européen sur l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques ainsi que les restrictions applicables à ces substances (REACH) a recensé 3 000 substances chimiques dont il est établi qu'elles perturbent le système endocrinien, mais seules six de ces 3 000 substances font actuellement l'objet d'une évaluation. Il est nécessaire de mettre au point des systèmes d'évaluation très rapide des effets des substances chimiques sur l'organisme humain et de prendre des mesures spécifiques pour éviter l'exposition à ces substances.

2.2.2.4. Reformulation de produits alimentaires

46. Les gouvernements doivent promouvoir la reformulation des produits alimentaires de grande consommation afin que soit réduite la quantité de sel, de sucre ajouté, de graisses saturées et d'acides gras trans, de même que la disponibilité de gammes de produits plus sains. Cela pourrait se faire en établissant des engagements formels avec les producteurs alimentaires[20].

47. Les recommandations émises par l'OMS doivent être appliquées afin de garantir que des aliments contenant moins de sel, de graisses et de sucre soient disponibles et accessibles pour tous les citoyens, y compris les groupes vulnérables; ces mesures doivent être soutenues par des campagnes de sensibilisation de l'opinion et d'autres mécanismes tels que l'étiquetage sur la face avant de l'emballage. Les Etats membres devraient aussi continuer à développer et/ou améliorer les lignes directrices nationales existantes sur la diététique alimentaire afin de prendre en compte la nécessité d'enrayer l'épidémie d'obésité.

48. La législation européenne en matière d'hygiène peut être appliquée au contrôle de la distribution des aliments. Cependant, les règles en la matière aboutissent parfois à des effets contraires aux résultats recherchés. Tel est le cas de la distribution de fruits à l'école, parfois impossible pour des raisons d'hygiène.

2.2.3. Commercialisation des aliments

2.2.3.1. Marketing et publicité

49. De nombreux éléments entrent en jeu dans la diffusion de l'épidémie d'obésité: la publicité pour les aliments est certainement un facteur important à cet égard. Divers organismes indépendants ont attiré l'attention sur le risque de surpoids et d'obésité auquel sont confrontés les enfants en Europe et ont recommandé un réexamen complet des méthodes de publicité des produits alimentaires pour enfants, en particulier à la télévision.

50. Plusieurs études soulignent les effets de la publicité sur les préférences alimentaires des enfants[21]. Les campagnes commerciales intensives visant à promouvoir les aliments à forte densité calorique et les établissements de restauration rapide augmentent les risques de surpoids et d'obésité. Plusieurs enquêtes ont permis de démontrer l'impact du marketing alimentaire sur les enfants en matière de sensibilisation, de préférences alimentaires, de comportement, de demandes d'achat et de consommation.

51. S'agissant de l'exposition des enfants à la publicité, les données disponibles pour l'Allemagne, l'Espagne, la France, l'Italie et le Royaume-Uni montrent que les plages horaires télévisuelles destinées aux enfants incluent en moyenne une publicité alimentaire toutes les cinq minutes. Cela équivaut à

---

19. Sargis Robert M., Johnson Daniel N., Choudhury Rashikh A. et Brady Matthew J., «Environmental Endocrine Disruptors Promote Adipogenesis in the 3T3-L1 Cell Line through Glucocorticoid Receptor Activation», *Obesity*, 2010, 18, 7, p. 283-1288, doi:10.1038/oby.2009.419.

20. Voir également le Doc. 9604 de l'Assemblée, rapport «Aliments fonctionnels: intérêt du consommateur ou de l'industrie alimentaire?», rapporteur: M. Bill Etherington (Royaume-Uni, Groupe socialiste).

21. Selon une enquête d'Eurobaromètre menée dans l'Union européenne, 96 % des personnes interrogées considèrent que la publicité et le marketing des aliments influencent les habitudes alimentaires des enfants: 28 % d'entre elles jugent cette influence déterminante, 53 % pensent qu'elle joue un rôle important et 15 % seulement sont d'avis que les moyens publicitaires ont peu d'influence en ce domaine. Voir les réponses aux questions 4.1.2 «Qu'est-ce qui influence les habitudes alimentaires des enfants?» et 4.1.3 «Influence de la publicité et du marketing des aliments sur le choix de ce que mangent les enfants», Santé et alimentation, Eurobaromètre spécial, Commission européenne, novembre 2006, p. 45 et 47.

33 000 publicités par an. Presque 60 % des publicités alimentaires sont programmées pour passer entre 16 heures et 21 heures, et environ 40 % des annonces concernant les boissons non alcoolisées, la confiserie, les collations, la restauration rapide et les céréales sont diffusées durant les plages horaires des enfants[22].

52. Pour les spécialistes du marketing, la télévision constitue le meilleur moyen d'atteindre un grand nombre d'enfants, et ce à un âge beaucoup plus précoce qu'ils ne peuvent le faire avec la presse écrite. Internet et les téléphones mobiles facilitent davantage encore leur accès à la sphère privée des enfants. Dans leurs activités de marketing, un grand nombre d'entreprises de restauration rapide se servent aussi de jouets pour attirer les enfants. Le Parlement espagnol a discuté de l'opportunité d'interdire la distribution de jouets en plastique dans l'emballage des produits alimentaires. Aux Etats-Unis, plusieurs initiatives[23] visant à interdire l'utilisation de jouets dans l'emballage des aliments pour enfants ont été lancées cette année.

53. Je suis convaincu qu'il convient d'exclure la publicité télévisée et le téléachat des émissions destinées aux enfants et des plages horaires qui les séparent.

54. J'ai appris récemment qu'au Royaume-Uni des enfants perçoivent jusqu'à 25 livres sterling par semaine pour promouvoir des boissons sucrées non alcoolisées et d'autres produits dans les sites de certains réseaux sociaux ou dans la cour de récréation. Les entreprises se tournent vers ces pratiques douteuses depuis que des mesures énergiques ont été prises contre les publicités télévisées des produits nocifs pour la santé. Certains sites web recrutent des milliers d'enfants à partir de 7 ans pour qu'ils participent à des enquêtes qui serviront aux grandes entreprises à façonner leurs produits et leurs stratégies[24].

55. Je rejoins l'avis de certains observateurs selon lesquels il est difficile de prohiber ce type de promotions dans les sites web du seul fait que rien ne prouve, pour la plupart de ces sites, qu'ils visent explicitement les enfants.

56. Les parents doivent guider les habitudes alimentaires de leurs enfants et les écoles doivent les soutenir dans ce sens. Les écoles doivent encourager une alimentation saine et la pratique de l'exercice, et, pour mener cette tâche à bien, elles doivent recevoir les financements nécessaires.

57. Un groupe de travail de l'International Obesity Taskforce a défini une série de principes pour guider les mesures nationales et transnationales visant à réduire au minimum les promotions commerciales qui ciblent les enfants, connus sous le nom de principes de Sydney[25]. Selon l'International Obesity Taskforce, il incombe à la société de protéger les enfants contre l'exploitation commerciale. Les enfants sont particulièrement vulnérables à l'exploitation commerciale, et la réglementation doit être assez efficace pour leur offrir un niveau de protection élevé. La protection des enfants est la responsabilité de chaque section de la société – les parents, les gouvernements, la société civile et le secteur privé.

58. Seule une réglementation ayant force de loi (tant au niveau de l'Union européenne qu'à l'échelon national) peut garantir un niveau de protection élevé pour les enfants contre le marketing ciblé et l'impact négatif qu'il a sur leur alimentation. L'autodiscipline de l'industrie ne suffira pas pour atteindre cet objectif. La réglementation doit couvrir tous les types de ciblage commercial des enfants (publicités télévisées, presse écrite, parrainages, concours, programmes de fidélisation, placements de produits, marketing sur mesure, internet) et être suffisamment souple pour inclure les nouvelles méthodes de commercialisation à mesure qu'elles apparaissent. La réglementation doit veiller à ce que les promotions commerciales qui ciblent spécifiquement les enfants ainsi que les distributeurs automatiques de produits alimentaires malsains soient absents des structures de l'enfance, qu'il s'agisse des écoles, des garderies ou des centres de la première enfance.

59. Il convient d'adopter des mesures d'application sur la commercialisation des aliments riches en graisses, en acides gras trans de synthèse, en sel et en sucre, en s'inspirant des modèles qui sont déjà en vigueur dans certains Etats membres. Ces dispositifs s'appuieront sur des critères stricts pour déterminer les produits alimentaires autorisés ou interdits. Je suis d'avis que la publicité clandestine ainsi que la distribution de produits alimentaires malsains doivent être bannies.

---

22. Etude du Parlement européen sur l'effet des pratiques de publicité et de marketing sur l'obésité juvénile, 2007.
23. http://food.change.org/blog/view/victory_san_francisco_bans_toys_in_unhealthy_kids_meals.
24. «Child 'mini-marketers' paid by junk food firms to secretly push products among themselves», *Mail online*, 15 février 2010.
25. International Association for the Study of Obesity, *The Sydney Principles: guiding principles for achieving a substantial level of protection for children against the commercial promotion of foods and beverages*, 2007.

60. Les gouvernements doivent appliquer une réglementation rigoureuse pour ce qui est des allégations concernant la valeur nutritive ou sanitaire des produits alimentaires. Des critères stricts et indépendants (définissant des profils nutritionnels) doivent être élaborés pour identifier les produits qui contribuent effectivement à une alimentation saine et peuvent prétendre à ce type allégations. Il importe en effet de ne pas tromper les consommateurs quant au profil d'un produit en matière de santé publique.

2.2.3.2. Etiquetage sur la face avant de l'emballage

61. En vertu de la législation de l'Union européenne, l'étiquetage nutritionnel est facultatif, mais il devient obligatoire pour les produits qui prétendent avoir des vertus nutritionnelles ou des effets bénéfiques pour la santé (en «aidant», par exemple, «à faire baisser le niveau de cholestérol»), ou lorsque des vitamines ou des minéraux sont volontairement ajoutés aux aliments. La Directive 2000/13/CE de l'Union européenne relative au rapprochement des législations des Etats membres concernant l'étiquetage et la présentation des denrées alimentaires ainsi que la publicité faite à leur égard[26] est citée comme l'un des textes de référence en ce qui concerne les décisions d'étiquetage dans les Etats membres de l'Union. L'étiquetage nutritionnel des produits alimentaires est régi par la Directive 90/496/CEE. L'exemple de l'Union montre qu'il est pratiquement impossible d'avoir un étiquetage nutritionnel unifié pour tous les pays. Ce n'est pas non plus nécessaire. Le plus important est que lorsqu'un produit est censé être bon pour la santé des enfants et des jeunes, la preuve en soit apportée de manière transparente pour les consommateurs.

62. Une réglementation adaptée à la santé garantirait que les consommateurs disposent d'informations claires et probantes sur tous les produits alimentaires, notamment les boissons alcoolisées, et les aiderait à distinguer facilement et en un coup d'œil les produits bénéfiques pour la santé.

63. Je recommande vivement que la face avant des emballages mentionne la teneur des produits en calories, en acides gras saturés, en sucre et en sel. Il est impératif que ces substances nutritives soient mises en évidence, car la diminution de leur consommation réduira considérablement le risque de maladie cardio-vasculaire et d'obésité.

64. Dans leurs réponses au questionnaire, les pays font état de pratiques différentes. Certains d'entre eux indiquent utiliser actuellement les «repères nutritionnels journaliers» (RNJ), tandis que d'autres se montrent plus réservés à cet égard. L'Estonie et la République tchèque considèrent que les RNJ peuvent induire en erreur. Le calcul des repères nutritionnels journaliers reposant sur le nombre de calories dont a besoin une femme de 40 ans, modérément active, avec un total de 2 000 kilocalories par jour, même un produit qui n'est pas sain peut paraître tel sur la base de ce mode de calcul. Ce type d'information n'est pas adapté aux besoins des enfants et des jeunes.

65. Les Etats membres sont généralement favorables à une signalisation des fruits et légumes contenus dans les aliments sous emballage, par exemple avec le symbole «cinq par jour» utilisé en Estonie. D'autres formes d'étiquetage indiquant la teneur en graisse, en sel et en sucre, comme le «symbole du cœur» en Finlande et le «trou de serrure nordique» en Islande, leur paraissent efficaces pour protéger la santé du consommateur.

66. Selon certaines recherches, les consommateurs considèrent que le «système de signalisation tricolore» est le plus facile à comprendre. Ce système indique clairement si un produit a une teneur faible, moyenne ou forte en telle ou telle substance nutritive, et les aide à faire des choix entre et à l'intérieur de différentes catégories d'aliments.

67. Les Etats membres indiquent par ailleurs que le système des RNJ et le système de signalisation tricolore[27] ont tous deux l'inconvénient de pouvoir apparaître sur tous les produits alimentaires en donnant l'air d'être sains à des produits qui ne le sont pas, par exemple les boissons à base de cola qui ne contiennent ni graisse ni sodium mais sont néanmoins mauvaises pour la santé.

68. En théorie, avec le système de signalisation tricolore, en choisissant un plus grand nombre de produits marqués en vert, le consommateur opte pour un style de vie sain. Cependant, lorsqu'un produit est marqué de plusieurs couleurs et ne peut être comparé à un autre produit de même catégorie, le choix est difficile. En outre, ce système de signalisation peut être cause d'erreurs diététiques et induire les consommateurs qui privilégient certains produits marqués en vert à choisir une alimentation non équilibrée du fait de l'insuffisance de certains ingrédients (marqués en rouge ou orange) ou de l'excès d'autres (marqués en vert).

---

26. Voir le site http://ec.europa.eu/food/food/labellingnutrition/foodlabelling/comm_legisl_en.htm.
27. Le système de signalisation tricolore sert à indiquer la teneur d'un produit en un ingrédient particulier, la couleur verte désignant une teneur faible, la couleur jaune une teneur modérée et la couleur rouge une teneur forte.

69. Je suis néanmoins convaincu que, pour réduire la prévalence de l'obésité, il est essentiel que les consommateurs puissent identifier les aliments sains et les choix favorables à la santé; dans le cas de l'obésité infanto-juvénile, les parents et les personnes qui assurent la garde des enfants doivent être aidés pour pouvoir choisir des options bénéfiques pour la santé. Comme l'indique le deuxième plan d'action de l'OMS relatif à la nutrition, l'étiquetage nutritionnel est l'un des éléments clés d'une stratégie globale, ainsi qu'un outil efficace pour soutenir la mise en œuvre d'une éducation nutritionnelle.

2.2.4. Risques liés aux produits de restauration rapide

70. Les enfants qui mangent quotidiennement des produits de restauration rapide, couramment appelés *junk food* en anglais[28], s'habituent à ce type d'alimentation. Les pays devront donc traiter ce problème par des moyens curatifs et pas seulement par la prévention[29].

71. De plus, les groupes à faible revenu, comparés aux riches, mangent moins bien, paient plus pour ce qu'ils obtiennent en termes relatifs et ont un accès plus restreint à une alimentation saine. En effet, l'obésité apparaît souvent dans les familles à bas revenu. Le facteur économique est déterminant lorsqu'il s'agit de décider d'achats alimentaires. Manger des produits de restauration rapide est aujourd'hui moins coûteux qu'un repas normal. Cela est souvent le cas, malheureusement, dans les cantines scolaires. Il semble, paradoxalement, que dans les établissements pénitentiaires les repas sont plus sains que dans les hôpitaux ou les écoles. Je suis absolument convaincu que «bon marché» à court terme voudra dire «très coûteux» à long terme si rien n'est fait pour modifier cette situation. Il est donc nécessaire que l'Etat intervienne.

2.2.5. Politiques de taxation des produits alimentaires

72. Etant donné que les aliments de restauration rapide ne favorisent pas une alimentation saine, les gouvernements devraient envisager d'introduire des taxes sur les aliments riches en graisse – en particulier en acides gras trans de synthèse – ainsi qu'en sel et en sucre. Dans le même temps, il conviendrait d'ajuster les prix pour promouvoir la consommation de fruits et légumes et d'autres aliments sains.

73. Les interventions relatives à la fixation des prix engendrent des changements visibles dans les comportements de consommation alimentaire et une diminution des maladies liées à l'alimentation, notamment lorsque l'approche favorise la diversification des aliments[30]. Je suggère que les taxes ciblant les aliments riches en acides gras trans de synthèse, en sel et en sucre soient compensées en utilisant les recettes engendrées pour diminuer le coût des aliments sains, en particulier pour les populations à faible revenu. Si toutefois des subventions existent déjà en faveur des denrées bénéfiques pour la santé, les gouvernements peuvent envisager d'injecter les recettes fiscales dans le système de santé.

2.3. Promotion d'un mode de vie sain

2.3.1. Au niveau individuel

74. Les Etats membres devraient sensibiliser les enfants et les jeunes à leurs besoins de développement, en les aidant à comprendre le caractère nutritionnel des aliments au lieu de les considérer comme des produits de substitution visant à satisfaire d'autres besoins ou à compenser certains états déplaisants[31]. On a pu établir que des états affectifs comme la tristesse ou la colère sont particulièrement aptes à entraîner une perte de contrôle conduisant à une suralimentation conditionnée[32].

75. Ces états affectifs intensifient le besoin de manger, manger devenant une forme d'«automédication» dont les individus se servent pour se calmer. En outre, lorsque les affects contribuent à amplifier l'effet gratifiant[33], le besoin de gratification devient encore plus difficile à contrôler[34]. Il est donc nécessaire d'apporter un soutien psychologique, d'accompagner les enfants en détresse, pour éviter qu'ils ne se réfugient dans l'addiction à la nourriture.

---

28. Dans son documentaire de 2004 *Supersize me*, Morgan Spurlock, tout en examinant l'influence de l'industrie de la restauration rapide, étudie pendant un mois sur lui-même les effets spectaculaires sur la santé d'une alimentation uniquement à base de produits McDonald.
29. La Fédération de Russie, par exemple, indique le développement de la consommation de produits alimentaires importés utilisant des additifs de conservation, y compris des produits de restauration rapide.
30. Roehr Bob, «Taxing junk food improves health outcomes», *British Medical Journal*, 2010, 340, p. 1370.
31. Voir aussi le rapport de l'Assemblée «Adolescence en détresse: une approche sociale et sanitaire du mal-être des jeunes», rapporteur: M. Miloslav Ouzký (République tchèque, GDE), Doc. 9986.
32. Kessler David A., *The end of overeating*, Penguin Books, ISBN: 978-0-141-04781-2, p. 150.

76. Chacun sait que le problème ne se limite pas à l'apport en calories, mais concerne également des modes de vie de plus en plus sédentaires. Le manque d'activité physique des enfants et des jeunes contribue en grande partie à augmenter la prévalence de l'obésité en Europe. Je voudrais donc attirer l'attention sur la nécessité urgente d'en finir avec le mode de vie sédentaire des sociétés modernes, en éduquant les enfants et les jeunes en conséquence.

77. Les résultats concernant le volume et l'intensité de l'activité physique sont très proches d'une étude ou d'un pays à l'autre en Europe. Ils indiquent que deux tiers des jeunes européens ne pratiquent pas une activité physique suffisante ou appropriée, et que les niveaux d'activité physique diminuent nettement avec l'âge[35]. L'obésité provenant d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques, un accroissement des modes de vie sédentaires forme une partie de l'équation. Il est donc important d'encourager les jeunes à pratiquer une activité physique, afin qu'ils adoptent un mode de vie sain qui se poursuivra tout au long de la vie, mais aussi qu'ils tirent profit des autres avantages de l'activité physique: meilleure image de soi, meilleure qualité de vie, meilleure conscience de son état de santé et amélioration des relations avec la famille et les pairs.

78. Je pense également qu'il est nécessaire d'étudier la relation entre l'allongement du temps passé devant la télévision et l'ordinateur et l'obésité, puisque ces deux outils génèrent les principaux comportements sédentaires chez les jeunes[36].

79. Il est aussi très important de donner aux enfants et aux jeunes la possibilité de se réaliser individuellement, que ce soit dans le cadre de l'éducation formelle ou dans leur vie sociale, et de développer ainsi chez eux l'autonomie, le sentiment de leur valeur propre et la capacité à prendre des décisions éclairées au sujet de leur vie. Un enfant accompli ne cherchera pas une gratification dans les aliments et sera moins dépendant de la stimulation résultant d'un apport élevé en sucre ou en graisse. En outre, les résultats sportifs sont hautement bénéfiques au développement de l'enfant et devraient donc être fortement encouragés.

80. Les initiatives de certains professionnels comme Jamie Oliver[37] au Royaume-Uni et Cyril Lignac[38] en France visant à promouvoir une alimentation saine parmi les enfants et les jeunes en les incitant à préparer eux-mêmes leurs aliments sont tout à fait positives. Certaines de ces émissions, qui sont accessibles sur l'internet et à la télévision, représentent un soutien important pour les enfants et les aident à acquérir facilement certaines compétences essentielles pour la vie. L'accès à l'autonomie individuelle au moment de l'adolescence doit être compris comme impliquant aussi l'aptitude à se nourrir correctement et à préparer ses propres repas. Les initiatives susmentionnées doivent donc être soutenues.

2.3.2. Dans la famille

81. Le bien-être des enfants et des jeunes commence au sein de la famille. Je cherche à attirer l'attention sur les dommages pour nos sociétés si elles ne tiennent pas compte de la situation actuelle en matière d'alimentation. Malheureusement, il est très facile pour les parents d'ignorer leurs responsabilités à cet égard. Je voudrais par conséquent rappeler qu'il n'est pas de plus grande responsabilité que la sauvegarde de l'avenir de nos enfants. La négligence des parents qui permettent à leurs enfants de manger plus qu'il est nécessaire à un développement sain est regrettable. On a constaté que certains enfants consomment jusqu'à 6 000 calories pendant la seule journée de Noël. La suralimentation peut aussi être considérée comme un facteur de risque et une forme de mauvais traitement, et des mesures devraient être prises pour l'empêcher.

82. La première mesure à prendre au moment de la naissance de l'enfant est de veiller à ce que la mère soit encouragée à allaiter au sein (voir paragraphe 39). L'allaitement exclusif au sein devrait être encouragé depuis la naissance jusqu'à l'âge de six mois. Les dispositifs de congé maternité devraient tenir compte de ces recommandations et un ensemble de mesures sociales et d'emploi adaptées devrait être mis en place pour faciliter ce type de pratique. Il importe de faire respecter les pauses d'allaitement prévues dans la plupart des législations nationales pour protéger les femmes qui allaitent et d'apporter un soutien à cet égard, ainsi que des locaux séparés pour permettre aux femmes qui recommencent à travailler de continuer à allaiter leur enfant.

---

33. Lié ici à la consommation d'aliments.
34. Kessler David A., op. cit., p. 151.
35. OMS-Europe, *The challenge of Obesity in the WHO European Region and the strategies for response*, 2007.
36. *Ibid*.
37. Voir le site www.jamieoliver.com.
38. Voir le site www.cyrillignac.com.

83. Les professionnels de la santé doivent veiller à ce que les femmes enceintes (et leurs partenaires) disposent des informations et des conseils nécessaires sur l'importance d'une bonne alimentation durant la grossesse, notamment par une approche plus large de la santé publique et de la grossesse. Il faut également insister sur les effets négatifs de la consommation d'alcool et de tabac.

84. Au sein de l'Union européenne, plus de sept personnes sur dix interrogées dans le cadre d'une enquête d'Eurobaromètre sur la santé et l'alimentation[39] considèrent que les parents ou les personnes qui assurent la garde des enfants sont les personnes qui exercent l'influence la plus forte sur ce que mangent les enfants. Cette proportion varie de 58 % en Italie à 84 % en Finlande. Un tiers des citoyens de l'Union européenne (34 %) considèrent que le moyen le plus efficace d'améliorer l'alimentation des enfants serait de mieux informer leurs parents[40].

85. Les enfants en bas âge ne se procurent pas tout seuls des aliments et des boissons à forte densité calorique. Il revient aux parents, aux grands-parents, aux autres proches et au personnel des jardins d'enfants de s'employer à retarder l'introduction des produits à forte teneur en graisse, en sucre et en sel.

2.3.3. A l'école

86. Le secteur de l'éducation formelle a un rôle décisif à jouer pour combattre l'obésité. Les politiques scolaires et préscolaires devraient être conçues de façon à tenir pleinement compte de la nécessité de prévenir l'obésité et le diabète de type 2 parmi les enfants et les jeunes. Il est essentiel d'éduquer les enfants et les jeunes à se nourrir de façon saine et de les sensibiliser en général à la valeur nutritionnelle des différentes denrées alimentaires. Il convient de noter l'importance du rôle attribué à l'école pour améliorer les habitudes alimentaires des enfants: l'éducation des enfants à l'école est en effet le type d'intervention le plus fréquemment mentionné (après l'information des parents) à cet égard[41].

87. Certains pays déclarent avoir obtenu des résultats notables en prenant en compte la totalité du fonctionnement de l'école, c'est-à-dire en adoptant une «approche scolaire globale». L'«Initiative des écoles soucieuses de l'alimentation des enfants» en Croatie et la campagne «Healthy kids»[42] en Australie en sont des exemples intéressants.

88. Le Gouvernement du Canada a travaillé avec l'OMS à établir un Cadre OMS pour les politiques scolaires[43] qui a été rendu public en novembre 2008. Ce cadre cherche à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique au moyen de certains changements environnementaux, comportementaux et éducatifs. Il vise à fournir aux Etats membres des orientations sur la manière de développer et de mettre en œuvre des politiques scolaires durables à l'échelon national et/ou infranational pour promouvoir et soutenir une alimentation saine et l'activité physique.

89. L'expérience de coopération internationale et d'échange de bonnes pratiques dans le cadre du Réseau européen des écoles promotrices de santé s'est également révélée positive et devrait être encouragée.

90. Je recommanderais également aux gouvernements de promouvoir un petit déjeuner sain à la maison et l'idée d'amener à l'école des repas et des collations sains préparés à la maison par des campagnes et des annonces.

2.3.3.1. Repas scolaires

91. Les Etats membres devraient continuer à prendre des mesures pour appliquer la Résolution ResAP(2005)3 sur une alimentation saine à l'école[44], en prêtant particulièrement attention à la qualité des repas scolaires, en améliorant leur valeur nutritionnelle, notamment par une réduction de leur teneur en acides gras trans, sel et sucre, en augmentant la consommation de fruits et légumes et en veillant à ce que le prix des repas scolaires sains reste abordable pour tous les enfants et les jeunes.

---

39. Santé et alimentation, Eurobaromètre spécial, Commission européenne, novembre 2006, p. 45.
40. *Ibid*., p. 48.
41. *Ibid*., p. 48-49.
42. Voir le site www.healthykids.nsw.gov.au.
43. Voir le site www.who.int/dietphysicalactivity/schools/en/index.html.
44. Résolution adoptée le 14 septembre 2005 par le Comité des Ministres dans sa composition limitée aux représentants des Etats du Conseil de l'Europe membres de l'Accord partiel dans le domaine social et de la santé publique.

92. Il ressort des réponses au questionnaire de la commission que la qualité des repas scolaires est réglementée par la loi dans un certain nombre d'Etats membres afin de prévenir l'obésité (Ukraine), de promouvoir une alimentation plus saine (Malte), notamment en augmentant la consommation de fruits et de légumes (Portugal, Hongrie), et de réduire la consommation de produits alimentaires et de boissons mauvais pour la santé[45].

93. Au Royaume-Uni, une commission d'examen des repas scolaires a été créée pour améliorer la valeur nutritionnelle des repas scolaires à la suite d'une campagne menée récemment par un chef cuisinier célèbre, Jamie Oliver, qui a mis en lumière le faible niveau de qualité des repas servis dans les écoles. Cette commission se compose de spécialistes de la santé et de la nutrition, et requiert aussi la participation des parents afin d'assurer que les améliorations introduites à l'école soient aussi prises en compte au domicile des enfants[46].

94. Les fruits et les légumes doivent être présentés comme des aliments attractifs et goûteux. En outre, les gouvernements doivent envisager de distribuer gratuitement des fruits et légumes dans les écoles, notamment dans celles situées dans les zones défavorisées, s'assurer que les aliments vendus en milieu scolaire (magasins dans l'enceinte scolaire, cantines et distributeurs d'aliments) sont bons pour la santé, et interdire la vente et la promotion d'aliments antidiététiques en milieu scolaire.

2.3.3.2. Activité physique obligatoire et financement de la promotion du sport à l'école

95. Le développement de l'activité physique à l'école est le type d'intervention le plus fréquemment décrit comme le plus efficace pour réduire la prévalence de l'obésité infantile en Europe[47].

96. Dans leurs réponses au questionnaire, le Canada, Malte et la Suède font état d'initiatives pour développer l'activité physique et promouvoir la pratique des sports à l'intérieur et à l'extérieur de l'école chez les enfants et les jeunes.

97. Les Etats membres devraient prendre des mesures pour mettre en œuvre la Recommandation Rec(2003)6 du Comité des Ministres aux Etats membres sur l'amélioration de l'éducation physique et du sport pour les enfants et les jeunes dans tous les pays européens. En particulier, les Etats devraient réfléchir aux moyens d'améliorer l'éducation physique et les activités sportives pour tous les enfants et les jeunes, y compris les enfants et les jeunes handicapés; ils devraient aussi examiner, notamment par un travail d'enquête, si, à la lumière des résultats des récentes études internationales, il est nécessaire à l'échelon national:

– de redéfinir le but et la fonction de l'éducation physique et du sport à l'intérieur du programme scolaire;

– d'examiner le besoin d'améliorer la qualité de l'éducation physique et des activités sportives proposées aux enfants et aux jeunes à l'école, et allouer le temps nécessaire, par exemple trois heures d'éducation physique par enfant par semaine, à la réalisation des objectifs établis en ce domaine;

– de promouvoir la norme idéale d'une heure d'activité physique par jour pour tous les enfants et les jeunes, en y incluant l'éducation physique et les activités sportives dans le contexte scolaire et les activités sportives de loisirs en dehors de l'école;

– d'examiner les domaines suivants: le programme d'enseignement, le statut de l'éducation physique comme matière d'enseignement, les ressources financières disponibles, les conditions d'accès aux équipements existants et leur état, les questions d'égalité entre les sexes et les questions liées au handicap;

– de prendre des mesures, à la lumière des résultats de cet examen, pour améliorer la motivation et le statut des enseignants d'éducation physique afin d'attirer et de maintenir les jeunes dans la profession;

– d'améliorer la qualité de la formation initiale et continue des enseignants d'éducation physique et de sport, afin d'accroître le nombre d'enseignants d'éducation physique convenablement formés dans les pays européens et, le cas échéant, de réviser et d'améliorer les programmes de formation;

---

45. Voir la note 14.

46. Réponse de l'Association laitière européenne au Livre vert de la Commission européenne «Promouvoir une alimentation saine et l'activité physique: une dimension européenne pour la prévention des surcharges pondérales, de l'obésité et des maladies chroniques» (COM(2005)637 final), 15 mars 2006, p. 5.

47. Santé et alimentation, Eurobaromètre spécial, Commission européenne, novembre 2006, p. 52.

– de lancer des campagnes de promotion d'un style de vie plus actif pour les enfants et les jeunes, en prenant des mesures pour améliorer les équipements de loisirs et les programmes d'activités sportives au niveau local.

98. Les initiatives en ce domaine devraient cependant tenir dûment compte de la situation de chaque enfant. Il est en effet difficile de demander à un enfant atteint d'obésité grave de commencer à participer à des activités sportives. Le risque de crise cardiaque existe si l'organisme est incapable de supporter l'effort physique.

99. Les gouvernements, en outre, devraient aider les services d'éducation locaux à mettre en place des programmes de promotion des modes de transport actifs pour aller à l'école, comme la marche et le vélo.

2.3.3.3. Suivi médical à l'école

100. Bien que certaines études montrent que le fait de manger n'est pas toujours lié à la faim et peut répondre à d'autres besoins, manques ou désirs, la consommation alimentaire et l'exercice physique sont les deux principaux domaines dans lesquels il est possible d'agir. Toutes les mesures prises à cet égard doivent évidemment donner lieu à un suivi médical adéquat. La mise en place d'examens pédiatriques réguliers adaptés et d'autres formes de suivi médical à l'école faciliterait la prévention de l'obésité et du diabète de type 2.

2.3.4. Au niveau des collectivités locales

101. Dans tous les Etats membres du Conseil de l'Europe, les politiques de l'enfance et de la jeunesse devraient soutenir l'inclusion et la participation des enfants et des jeunes à la conception des mesures de prévention de l'obésité et du diabète de type 2. La participation entière des enfants et des jeunes à la vie de la société, y compris ceux qui sont atteints d'obésité/surpoids ou du diabète de type 2, devrait devenir une priorité de l'action des pouvoirs publics.

102. L'éducation à la prévention de l'obésité et du diabète de type 2 doit, dans le contexte actuel, se poursuivre tout au long de la vie[48]. Les communautés locales et les autorités publiques locales devraient promouvoir et faciliter l'accès des enfants et des jeunes aux équipements sportifs et aux lieux publics servant aux activités physiques. Ces lieux devraient être des lieux sûrs pour les enfants et les jeunes, et contribuer à leur pleine intégration dans la société. De plus, les autorités publiques devraient faciliter tout particulièrement l'accès des catégories les plus pauvres de la population aux équipements sportifs, ceux-ci étant parfois réservés aux catégories à haut revenu.

2.4. Promotion d'un environnement sain

103. L'obésité infanto-juvénile montre à mon avis clairement l'influence déterminante de l'environnement et l'échec des stratégies de prévention classiques fondées sur la promotion de la santé. Les sociétés modernes sont des environnements «obésogènes»: elles favorisent la surconsommation alimentaire et la diffusion de modes de vie sédentaires qui accroissent le risque d'obésité.

104. Un environnement bénéfique pour la santé qui favorise l'activité physique et propose un choix d'aliments sains à moindre coût faciliterait énormément la baisse de l'obésité infanto-juvénile. Les responsables politiques doivent explorer les mécanismes susceptibles d'avoir un impact sur les principaux facteurs qui influent sur la consommation et le niveau d'activité des personnes. Les modifications du cadre environnant comptent particulièrement dans le cas des enfants qui sont moins aptes à choisir leur propre mode de vie.

105. Les collectivités locales ont potentiellement un rôle essentiel à jouer dans la création d'un environnement et de conditions favorables à l'activité physique, à une vie active et à une alimentation saine, et elles devraient bénéficier d'un soutien dans leurs efforts pour modifier la situation actuelle[49].

48. «Optimal child growth and critical periods for the prevention of childhood obesity», exposé de Margherita Caroli, Département de la prévention et de la santé publique, AUSL BR1, Brindisi (Italie), au Life Skills Workshop, 17 février 2006.

49. Charte européenne sur la lutte contre l'obésité, OMS, 16 novembre 2006, EUR/06/5062700/8.

2.4.1. Environnement bâti

106. Toutefois, de même que l'environnement alimentaire, l'environnement urbain contribue à renforcer significativement l'épidémie d'obésité; les gouvernements doivent prendre des mesures et des initiatives qui permettront d'aménager un environnement naturel et bâti favorable à la santé. Ces mesures doivent comprendre des systèmes d'urbanisme et de transports améliorés, et notamment renforcer la sécurité de certaines zones urbaines, afin de soutenir les modes de transport actifs comme la marche et le vélo. Elles sont particulièrement importantes pour les zones à faible revenu dans lesquelles l'activité physique est rarement mise en avant. Dans cette perspective, il ne faut pas négliger l'importance des espaces verts.

107. Dans l'intérêt particulier des enfants et des jeunes, les responsables politiques doivent envisager de prendre des mesures permettant d'améliorer la mise en place d'installations sportives et récréatives dans les écoles et les espaces communautaires. S'il convient de consacrer une large place au sport dans le programme scolaire pour encourager l'activité physique, il importe tout autant de soutenir des activités extrascolaires et non formelles. Par ailleurs, il convient d'élaborer des programmes permettant d'aller à l'école à pied ou en vélo.

108. Les Etats membres devraient promouvoir la mise en œuvre de la Recommandation CM/Rec(2009)8 du Comité des Ministres sur «Parvenir à la pleine participation grâce à la conception universelle»[50] et des articles pertinents de la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées, afin d'assurer que l'environnement bâti est pleinement accessible à tous, y compris les enfants atteints d'obésité grave, de manière à favoriser leur participation aux activités culturelles, sportives et de loisirs.

2.4.2. Mobilité urbaine

109. La politique des transports a la capacité d'améliorer la santé en encourageant les déplacements actifs pour les familles, et surtout pour les jeunes. Malheureusement, l'environnement urbain n'est pas toujours propice à ce choix, avec des flux de circulation rapides, des voies cyclables ou piétonnières insuffisantes, et une pollution atmosphérique qui n'incite pas à choisir des solutions de transport actif comme la marche à pied ou le vélo[51].

110. Les gouvernements devraient, à mon avis, prendre des mesures pour améliorer l'environnement urbain aux fins de changer les comportements qui tendent à l'immobilisation, en faisant des modes de transport durables le choix le plus attractif, le plus sain, le plus sûr et plus intelligent. Les gouvernements doivent également prendre des mesures «douces», par exemple des programmes destinés à modifier les comportements relatifs au transport, qui visent à travailler sur la perception des gens, à leur fournir des informations appropriées, et à surmonter les obstacles qui entravent le passage à des choix plus «judicieux» et durables en matière de transport. Le réaménagement des zones d'habitation constitue un moyen efficace de faciliter la transition vers d'autres modes de transport.

111. La tarification routière peut également jouer un rôle important dans une politique de transport urbain durable, en incitant le citadin à changer son mode de déplacement et la fréquence de ses déplacements, et à utiliser les transports en commun.

3. Traitement

3.1. Intervention précoce et gestion de l'obésité et du diabète de type 2

112. Le système de santé a un rôle extrêmement important à jouer à l'égard des personnes à haut risque et de celles déjà atteintes de surpoids ou d'obésité, notamment au moyen de la conception et de la promotion de mesures de prévention et de la fourniture de diagnostic, de dépistage et de traitement[52].

---

50. La «conception universelle» (*Universal Design*) est une stratégie qui vise à concevoir et à élaborer différents environnements, produits, communications, technologies de l'information et services qui soient, autant que faire se peut et de la manière la plus indépendante et naturelle possible, accessibles, compréhensibles et utilisables par tous, de préférence sans devoir recourir à des solutions nécessitant une adaptation ou une conception spéciale; voir aussi le rapport «Parvenir à la pleine participation grâce à la conception universelle».

51. Plusieurs pays rapportent des initiatives nationales de promotion du vélo, par exemple la résolution adoptée le 7 juillet 2004 par le Gouvernement de la République tchèque qui définit une «Stratégie nationale de développement du transport par vélo en République tchèque».

52. Charte européenne sur la lutte contre l'obésité, OMS, 16 novembre 2006, EUR/06/5062700/8.

113. Il est évident que les enfants ne doivent pas être soumis à des traitements médicamenteux intensifs, ni à des pratiques chirurgicales comme l'introduction d'anneaux gastriques ou la chirurgie de pontage gastrique. De telles pratiques peuvent mettre en danger la vie d'un enfant. Il est donc essentiel de prévenir l'obésité, en veillant à empêcher qu'un enfant ou un jeune n'atteigne le stade où l'application de mesures aussi radicales devient nécessaire. Une intervention et un traitement précoces de l'obésité et du diabète de type 2 sont en effet décisifs.

114. Je soutiens fortement la position de l'OMS sur le rôle des services de santé dans la prévention et le traitement de l'obésité, telle qu'exprimée dans la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, et dans le récent rapport sur les stratégies de prévention de l'obésité infantile dans la population[53].

115. Les contacts réguliers avec le personnel des services de santé pourraient inclure des conseils pratiques aux patients et aux familles sur les avantages d'une alimentation saine et d'un niveau plus élevé d'activité physique, associés à des mesures de soutien pour aider les patients à adopter et maintenir des comportements sains. Les gouvernements devraient réfléchir à la mise en place d'incitations pour développer des services de prévention de ce type et identifier les moments opportuns aux fins de la prévention dans le cadre des services cliniques existants, notamment en améliorant les mesures financières visant à encourager et permettre aux professionnels de santé de consacrer plus de temps à la prévention.

116. Les prestataires de soins de santé, en particulier de soins de santé primaires, mais aussi d'autres services (comme les services sociaux) ont un rôle important à jouer. En posant régulièrement des questions sur les habitudes alimentaires essentielles et l'activité physique des personnes qu'ils rencontrent, en leur fournissant une information simple et en les aidant à acquérir l'aptitude à modifier leur comportement, sur la base d'une approche prenant en compte le déroulement de la vie, ils peuvent atteindre une grande partie de la population et de telles interventions sont d'un bon rapport coût/efficacité. La formation des professionnels de santé, la diffusion de lignes directrices adaptées et la mise en place de dispositifs d'incitation constituent des éléments implicites essentiels à la mise en œuvre de telles interventions[54].

3.2. Réhabilitation des enfants et des jeunes atteints d'obésité et de diabète de type 2

117. La conception des programmes de réhabilitation doit prendre en compte les besoins et les intérêts des enfants. Il importe de veiller à ce que les enfants trouvent du plaisir à ce qu'ils font. Trop souvent, ce type de programmes ne tient pas compte de ce facteur. La participation des enfants à l'élaboration de ces programmes représente par conséquent un important facteur de réussite.

118. Certains pays font état de pratiques de réhabilitation dans lesquelles les enfants sont placés dans un centre de réhabilitation où ils apprennent à cuisiner et à modifier leur style de vie. Malheureusement, lorsque ces enfants rentrent chez eux, les anciennes habitudes reprennent souvent le dessus. Un soutien adapté et un suivi à domicile sont donc essentiels à la réussite du traitement.

3.3. Améliorer la capacité des Etats membres à rechercher et trouver des solutions

119. Des mesures spécifiques doivent être prises pour renforcer la capacité des Etats membres à rechercher et trouver des solutions, notamment en améliorant de façon notable la collecte et l'analyse des données. J'ai constaté avec surprise que 16 des 28 pays qui ont répondu au questionnaire ne recueillent pas de statistiques sur les enfants atteints du diabète de type 2, par exemple.

120. Les Etats membres devraient donc instaurer des dispositifs leur permettant de collecter des données sur les enfants atteints du diabète de type 2. Les pays où de tels dispositifs existent devraient être invités à partager leur expérience et à fournir des conseils sur les moyens de surmonter les obstacles en ce domaine. Les pays qui rencontrent des difficultés pour recueillir les données devraient pouvoir obtenir l'aide et les conseils dont ils ont besoin. Les organisations internationales spécialisées devraient apporter un soutien adéquat aux initiatives de recherche visant à enrayer le développement de l'épidémie d'obésité et de diabète de type 2.

---

53. *Population-based prevention strategies for childhood obesity, Report of the WHO Forum and Technical meeting*, OMS, 2009.

54. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, OMS, point 45, p. 9.

4. Conclusions et recommandations

121. L'Assemblée devrait recommander aux Etats membres de prendre un certain nombre de mesures, telles qu'énumérées dans les projets de résolution et de recommandation, pour promouvoir des habitudes alimentaires saines, un style de vie sain et un environnement sain, afin de protéger les enfants de l'obésité et du diabète de type 2.

Annexe – Questionnaire sur la prévention de l'obésité et du diabète de type 2 et la promotion d'habitudes alimentaires saines chez les enfants et les jeunes

Questions posées aux Etats membres:

1. Dans votre pays, comment sont indiquées les informations nutritionnelles relatives aux aliments sur les étiquettes?

2. Pensez-vous que l'étiquetage des denrées alimentaires pourrait être plus clair afin d'aider les consommateurs à comprendre si les choix qu'ils font sont sains et nutritifs (par exemple, apports journaliers recommandés (AJR) ou systèmes de feux de signalisation)?

3. Quelle est la position de votre pays sur les graisses trans synthétiques? Etes-vous en pourparlers avec les industries alimentaires pour essayer de les éliminer?

4. Combien (et quel pourcentage) de jeunes[55] de votre pays sont obèses ou en surpoids?

5. Combien (et quel pourcentage) de jeunes de votre pays sont atteints de diabète de type 2?

6. Votre pays a-t-il connu une augmentation des diabètes de type 2 chez l'enfant au cours des dix dernières années, et, si oui, l'augmentation de l'obésité chez l'enfant est-elle reconnue comme un facteur contributif sérieux? Disposez-vous de statistiques pour appuyer ce constat?

7. Quelles mesures visibles votre gouvernement prend-il pour essayer de contrôler l'obésité chez l'enfant? Y a-t-il des preuves d'une amélioration due aux programmes gouvernementaux?

8. Quelles sont, dans votre pays, les réglementations publicitaires relatives aux aliments et boissons qui ne sont pas sains? Par exemple, une publicité à la télévision a-t-elle été interdite lors de la diffusion de programmes pour enfants?

9. Quelle est la position de votre pays concernant l'allaitement? Si celui-ci est activement encouragé, est-ce parce qu'il est reconnu comme ayant un effet bénéfique sur le poids des enfants plus tard dans la vie?

10. Existe-t-il une organisation dans votre pays qui recueille et recense les informations sur le poids et la taille des enfants d'âge scolaire? Si ces informations sont communiquées aux parents, ont-elles (ou pensez-vous qu'elles auraient) un effet positif sur les niveaux de l'obésité?

11. Pensez-vous que les «tactiques choc» en général (comme mettre des images de poumons atteints du cancer sur les paquets de cigarettes pour empêcher les gens de fumer) soient les plus efficaces pour prévenir l'obésité, ou pensez-vous que des mesures moins agressives sont plus appropriées sur cette question délicate?

12. Qu'est-ce qui est fait dans votre pays pour informer les gens à propos du diabète de type 2 et des mesures de prévention éventuelles?

13. Dans votre pays, la restauration scolaire est-elle contrôlée et, si tel est le cas, a-t-on réussi à rendre les repas servis aux enfants plus sains et plus nutritifs?

14. En moyenne, combien y a-t-il d'heures d'éducation physique obligatoire par semaine à l'école?

15. Quelles sont les subventions octroyées par le gouvernement pour la promotion du sport à l'école?

55. Jusqu'à l'âge de 18 ans.