

# Prévalence et tendances mondiales

[ebook.ecog-obesity.eu/fr/epidemiologie-prevention-europe/prevalence-et-tendances-mondiales](http://ebook.ecog-obesity.eu/fr/epidemiologie-prevention-europe/prevalence-et-tendances-mondiales)



**Tim Lobstein**

Fédération mondiale contre l'obésité  
(World Obesity Federation)  
(ex Association internationale pour l'étude de l'obésité, IASO)  
Londres, Grande Bretagne.  
tlobstein@worldobesity.org

## Introduction

Bien que différentes méthodes et stratégies soient utilisées pour mesurer l'obésité et le surpoids chez les enfants, toutes les études disponibles convergent et montrent une augmentation substantielle et rapide du nombre d'enfants atteints dans la plupart des régions du monde. La prévalence de l'obésité de l'enfant a doublé voire triplé entre la fin des années 70 et la fin du siècle dernier dans les pays à l'économie la plus développée, [1]. Elle est plus élevée dans les familles aux revenus les plus faibles et dans certains groupes ethniques minoritaires. L'obésité de l'enfant a aussi augmenté rapidement depuis les années 90 dans les pays à l'économie moins développée, en particulier dans les zones urbaines et chez les familles les plus aisées [2].

## Définition du surpoids et de l'obésité utilisée lors des enquêtes

Chez les jeunes enfants l'utilisation du poids pour la taille plutôt que de l'indice de corpulence (IMC) pour décrire le statut nutritionnel est courante. Ces méthodes font référence à l'usage de définitions classiques pour définir un poids insuffisant ou un ralentissement de la croissance (stunting) : le poids pour l'âge, la taille pour l'âge et le poids pour la taille sont comparés aux courbes de croissance standard issue de populations de référence.

Depuis quelques années l'IMC a été utilisé pour mesurer de façon valable quoiqu'indirecte l'adiposité chez les adultes. Il est de plus en plus accepté comme mesure de la masse grasse (MG) chez les enfants et des adolescents lors d'enquêtes [1] [3]. Différentes stratégies ont été développées pour sélectionner le seuil d'IMC approprié aux différents âges de façon à prendre en compte les fluctuations de l'IMC durant la croissance normale. Différentes références de l'IMC pour l'âge ont été développées, celles utilisées par le National Centre for Health Statistics des Etats-Unis, par le Department of Health de Grande Bretagne, ou développées par d'autres centres d'expertise nationaux. Ces courbes de référence nationale fournissent différents seuils de définition du surpoids et de l'obésité chez les enfants, par sexe et à différents âges.

Il faut souligner que ces courbes de référence pour définir le surpoids et l'obésité sont utiles pour comparer différentes populations et différents groupes et pour en suivre l'évolution. Un examen précis est nécessaire pour l'évaluation clinique d'un enfant et pour suivre sa croissance. Il faut par exemple vérifier qu'un IMC élevé ne reflète pas une masse musculaire importante ou un ralentissement de la croissance staturale.

Les difficultés rencontrées pour comparer des études utilisant différentes courbes nationales de référence ont mené à la création d'un groupe d'expertise sous l'égide de l'International Obesity Task Force (IOTF) qui a proposé un ensemble de seuils d'IMC basé sur des données agrégées recueillies au Brésil, en Grande-Bretagne, à Hong Kong, à Singapour, aux Pays-Bas et aux États-Unis. Le groupe d'experts est tombé d'accord sur le fait que le surpoids et l'obésité seraient définis chez les enfants par la courbe du percentile d'IMC passant par les seuils d'IMC 25 et 30 à l'âge de 18 ans. Ces résultats, les seuils spécifiques à chaque âge et aux deux sexes, chez les enfants, ont été publiés en 2000 [4]. Une version plus détaillée de cette stratégie qui a étendu les seuils jusqu'aux IMC 35 et 40 à 18 ans, à des intervalles d'un mois, de l'âge de deux ans à 18 ans, a été publiée en 2012 [5].

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui avait recommandé une série de seuils basés sur une population de référence issue des États-Unis a récemment modifié ses recommandations. Les données nord-américaines reposaient sur une grande proportion d'enfants à l'allaitement artificiel dont les profils de croissance diffèrent des enfants allaités au sein. Il était par conséquent probable que l'importance du surpoids était sous-estimée chez les enfants les plus jeunes. L'OMS a ensuite publié une série de courbes de croissance de nourrissons en bonne santé nourris au sein et d'enfants âgés de 0 à 5 ans. Une méthode

mathématique statistique a permis de dériver les courbes de référence des enfants de 5 à 19 ans [6]. Ces standards et courbes de référence de l'OMS sont discutés en détail par M. De Onis dans le chapitre correspondant de ce livre électronique.

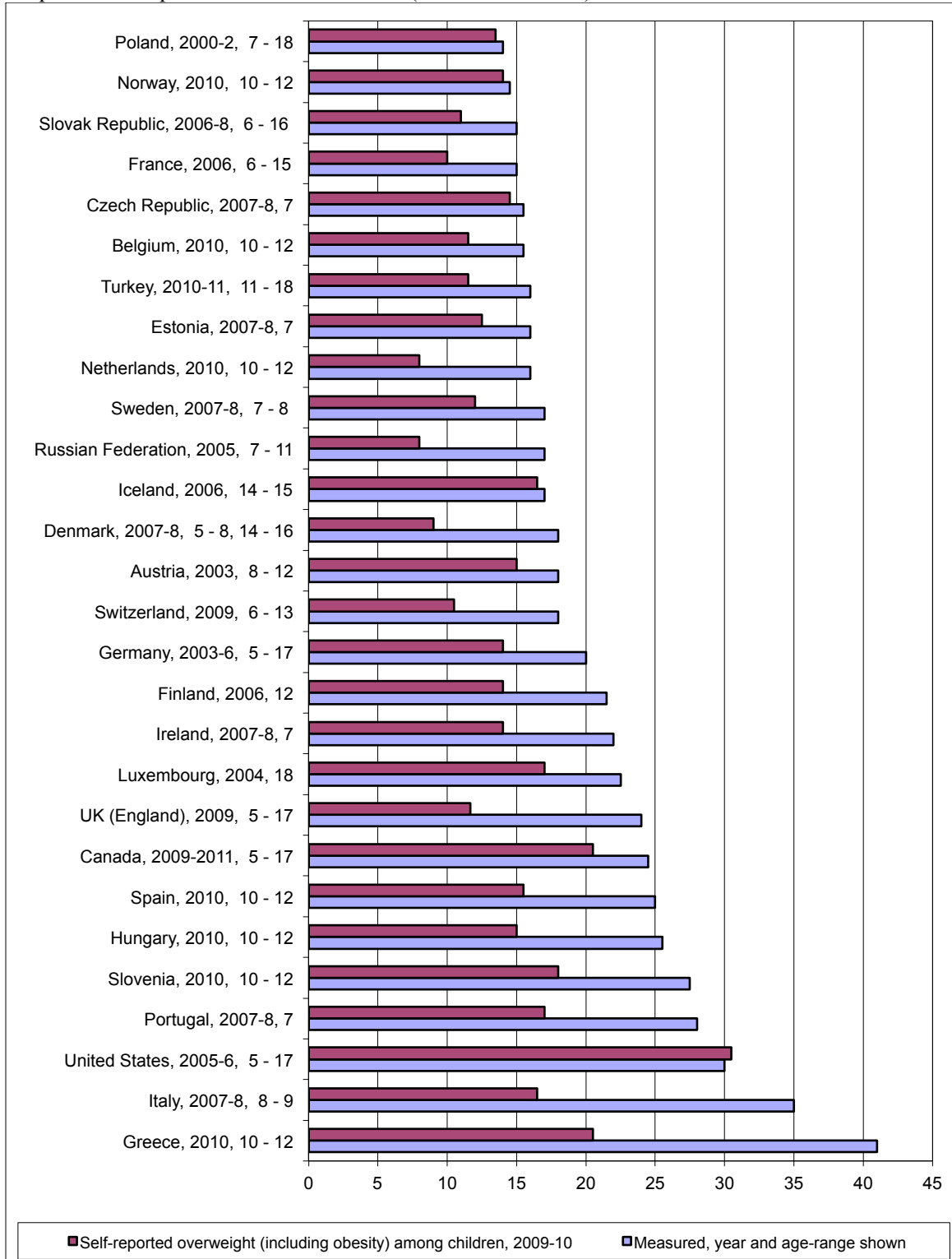
Ces différentes approches impliquent de prendre des précautions lorsque l'on fait référence à une dérive des prévalences de surpoids et d'obésité. Les prévalences obtenues avec différentes méthodes ou en fonction de différents seuils ne devraient pas être comparées directement. Par ailleurs le choix des seuils peut différer : certains rapports expriment la prévalence de l'ensemble surpoids et obésité incluse alors que d'autres se limitent à celle du surpoids, obésité exclue. Le lecteur doit aussi faire attention car les prévalences rapportées en utilisant les courbes des États-Unis se réfèrent parfois aux enfants « à risque de surpoids » et « en surpoids », soit les deux tiers supérieurs de l'excès de poids, ou parfois au « surpoids » et à « l'obésité ».

De plus, la méthodologie des enquêtes doit être lue attentivement. L'une des principales sources d'erreurs et d'inexactitudes est l'utilisation de mesures de poids et taille reportées par le patient ou par les parents au lieu de mesures prises par des professionnels de santé. Les différences peuvent être importantes : la figure 1 compare les prévalences de surpoids (en utilisant la définition de l'IOTF) sur la base de données rapportées et des mesures directes.

Dans ce chapitre sauf précision contraire, les prévalences sont basées sur les poids et taille mesurés et le surpoids et l'obésité définis par la classification internationale de l'IOTF.

**Fig 1: Comparaison des mesures de surpoids effectuées et reportées par les sujets dans un groupe de pays sélectionnés**

Surpoids défini par les critères de l'IOTF (incluant l'obésité).



Source: OCDE 2013 [26]

## Les prévalences mondiales

Les premières estimations à l'échelon mondial du surpoids et de l'obésité, chez les enfants d'âge scolaire, datent de 2004. Le constat était alors le suivant : environ 10 % des enfants d'âge scolaire entre (5 à 17 ans) étaient en surpoids et environ le quart d'entre eux soit 2 à 3 % obèses [1].

Cette moyenne globale recouvre une grande variété de taux de prévalence entre les régions et les pays : la prévalence du surpoids en Afrique et en Asie est en moyenne inférieure à 5 % et supérieure à 20 % en Amérique et en Europe. Des estimations plus récentes montrent peu de changement d'ensemble, toutefois alors que les prévalences du surpoids atteignent un plateau voire déclinent légèrement dans les pays aux revenus élevés, elles ont augmenté de façon significative dans les pays émergents (cf. tableau 1).

**Tableau 1 : Estimation de la prévalence de l'excès de poids chez les enfants d'âge scolaire dans différentes régions du monde dans la période 2010-2013.**

Pourcentage des enfants de 5 à 17 ans inclus

Régions définies selon l'OMS

Surpoids et obésité selon les définitions de l'IOTF

Region*	Obésité		Surpoids (obésité incluse)	
	Garçon	Fille	Garçon	Fille
Amériques	9.6	9.3	27.9	26.3
Europe et ex-URSS	4.6	4.2	20.4	19.4
Moyen-Orient et Afrique du Nord	6.4	6.7	17.0	18.8
Asie du Sud-Est (Inde incluse)	2.5	0.5	12.6	7.1
Extrême-Orient (Chine incluse)	2.0	1.2	8.0	6.2
Afrique subsaharienne	1.0	1.1	3.8	5.7
Estimation globale	3.8	3.0	14.0	12.1

Source: IASO 2013 [9]

## Les Amériques

Des données complètes et comparables, nationales, représentatives de l'évolution de la prévalence de l'obésité sont disponibles aux États-Unis où des enquêtes ont été entreprises depuis les années 60. Les données des années 2009-2010 montrent que 34 % des enfants âgés de 5 à 17 ans étaient Ince en surpoids (incluant l'obésité) [7]. Au Canada 26 % des enfants les plus jeunes et 29 % des enfants plus âgés étaient en surpoids en 2004 soit le double de la prévalence observée 25 ans plus tôt [8].

Les états d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud font face à une augmentation rapide des taux d'obésité [9]. Au Mexique, une enquête conduite chez les enfants de 11 à 14 ans en 1998-1999 a trouvé que 33 % des garçons et des filles étaient en surpoids ou obèses (sur la base des définitions des États-Unis). Les taux étaient supérieurs chez les familles les plus aisées et dans les zones urbaines. La prévalence du surpoids chez les écoliers du Brésil était de 14 % en 1997 (à comparer à seulement 4 % en 1974). Au Chili en 2000, la prévalence du surpoids de 26 % chez les écoliers, atteignait 30 % en Argentine en 2005.

## Europe

En Europe, les prévalences les plus élevées d'obésité infantile se trouvent dans plusieurs pays du sud de ce continent. L'initiative de surveillance de l'obésité infantile (Child Obesity Surveillance Initiative, COSI)

qui a introduit une méthodologie de surveillance uniforme dans plusieurs pays européens montre une prévalence du surpoids incluant l'obésité, chez les enfants de 7 à 8 ans, allant de 15 % en Norvège à 36 % en Italie [10].

**Tableau 2 : Obésité de l'enfant en Europe en 2009-2010**

Enfants âgés de 7 à 8 ans, critères de l'IOTF

	Obésité		Surpoids (obésité incluse)	
	Garçon	Fille	Garçon	Fille
Norvège	3.0	4.0	13.5	17.4
Belgique	3.9	4.9	14.5	18.4
Lettonie	4.5	3.1	15.3	15.1
Rép. Tchèque	3.8	4.0	15.8	14.7
Sweden Suède	2.5	3.5	16.0	17.8
Lituanie	5.1	5.1	16.1	16.2
Bulgarie	6.6	9.0	20.1	24.2
Irlande	6.3	5.6	21.1	22.8
Slovénie	7.8	6.7	24.7	23.8
Portugal	7.9	9.3	26.8	28.5
Italie	13.6	11.8	37.2	34.7

Source: Wijnhoven et al 2012 [10]

Un gradient nord-sud net en Europe a été identifié dans cette étude ci comme dans d'autres. Les raisons en sont peu claires. Des facteurs génétiques pourraient y contribuer, toutefois tous les pays de cette région ont fait face à une augmentation notable de la prévalence dans les décennies passées ce qui implique que tous les enfants sont exposés à ce risque à des degrés variables. Le niveau de revenus familial pourrait être un élément important, peut-être via la part de revenus liés à l'alimentation qui sous tend la nutrition maternelle pendant la grossesse, le fait d'être nourri au sein ou biberon et la qualité de l'alimentation durant l'enfance. Le degré d'inégalité sociale pourrait aussi jouer un rôle (voir infra).

#### **Afrique du Nord, Méditerranée orientale et Moyen-Orient**

Plusieurs pays de cette région ont des taux élevés d'obésité de l'enfant. Le tableau ci-dessous (tableau 3) est issu de données de poids et de taille rapportées par les parents dans l'étude mondiale de la santé des enfants (Global School -based Student Health Survey) des adolescents de 13 à 15 ans [11].

**Tableau 3 : Surpoids et obésité de l'enfant dans un groupe de pays d'Afrique du Nord de Méditerranée orientale et du Moyen-Orient en 2007-2012 (mesures rapportées par les sujets).**

Enfants âgés de 13 à 15 ans, critères de l'OMS

	Obésité	Surpoids (obésité incluse)
Pakistan 2009	1	6.5
Yemen 2008	4.4	11.8
Soudan 2012	3.6	11.4
Maroc 2010	2.5	14.1
Djibouti 2007	4.6	16.3
Jordanie 2007	5	21.2
Syrie 2010	5.8	21.7
Palestine 2010	6.1	22.4
Liban 2011	6.7	24.1

Irak 2012	7.9	25.3
Libye 2007	8.2	26
Egypte 2011	7	32.5
UAE 2010	14.4	38.4
Koweït 2011	22.7	51.4

Source: Global School-based Student Health Survey [11]

Le problème n'est pas limité aux adolescents. Dans une étude effectuée sur près de 20 000 enfants en Arabie Saoudite en 2005, 12 % des enfants de 5 ans étaient en surpoids, 27 % à 10 ans, niveau qui se maintenait au cours de l'adolescence. En Iran dans la province de Birjand, 18 % des les enfants à l'école maternelle, âgés de 2 à 4,9 ans étaient en surpoids ou obèses [12]. À l'âge de 10 ans, 39 % des garçons au Koweït étaient en surpoids ou obèses [13] alors qu'au Maroc ce taux est inférieur à 9% [14].

## Asie et Pacifique

Les prévalences chez les enfants d'âge préscolaire et les écoliers sont beaucoup plus élevées dans les pays au développement économique le plus avancé. La prévalence du surpoids (incluant l'obésité) qui a doublé de 11 à 21 % entre 1985 et 1995, atteint 27 % en 2007-2008 chez les enfants et les adolescents australiens âgés de 7 à 15 ans [15].

### **Tableau 4 : Prévalence du surpoids des enfants dans un groupe de pays d'Asie et d'Australie entre 2007 et 2012.**

Surpoids défini par les critères de l'IOTF

	<b>Année d'étude</b>	<b>Agés</b>	<b>Garçons</b>	<b>Filles</b>
Sri Lanka	2003	10 - 15	1.7	2.7
Chine	2009	6 - 12	15.5	14.5
Ile Maurice	2006	9 - 10	15.8	18.9
Inde	2007/8	2 - 17	20.6	18.3
Singapour	1993	10	25.5	17.6
Taiwan	2001	6 - 18	26.8	16.6
Australie	2007	2 - 16	22	24
Nouvelle Zélande	2007	5 - 14	28.2	28.8

Source: IASO [9]

En Chine continentale, dont la population représente un cinquième de la population mondiale, la prévalence de l'obésité a augmenté rapidement chez les adultes et les enfants durant les vingt dernières années. Une méta-analyse, basée sur une association de données de surpoids, estime que celui ci atteignait 2 % des enfants chinois au début des années 80 et a grimpé jusqu'à 21 % dans les années 2006 2010. La prévalence qui tendait à être supérieure chez les garçons, était plus élevée chez les enfants vivant en zone urbaine [16].

## Afrique subsaharienne

Très peu d'études en provenance des pays africains fournissent des données de prévalence de l'obésité de l'enfant : la plupart des programmes de nutrition de santé publique concerne la malnutrition et la sécurité

alimentaire. La prévalence de l'obésité de l'enfant reste très basse dans ces régions quoiqu'il semble qu'elle augmente dans plusieurs pays. En Afrique du Sud, l'obésité de l'enfant augmente : la prévalence du surpoids (incluant l'obésité) chez les adolescents et jeunes adultes de 13 à 19 ans, inférieure à 20 % en 2002, a atteint près de 26 % en 2008. Les femmes sont beaucoup plus souvent en surpoids (36 %) que les garçons (14 %) [17].

## Tendances séculaires et différences démographiques

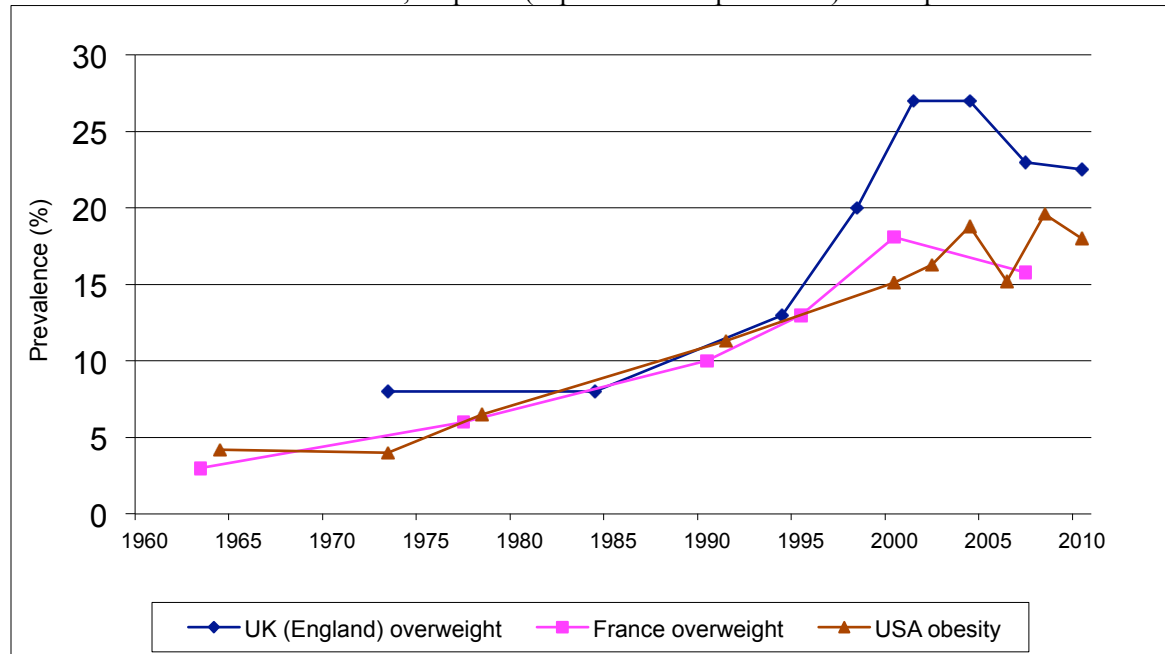
Comme souligné plus haut, les trois dernières décennies ont vu une augmentation sans précédent de la prévalence de l'obésité de l'enfant. L'Amérique du Nord et certains pays d'Europe ont connu une augmentation annuelle de prévalence. Toutefois des études récentes suggèrent un ralentissement de ces tendances et la survenue d'un plateau de prévalence vers 2005 [9].

Figure 2 : *Tendances aux États-Unis en Angleterre et en France montrant un plateau apparent de surpoids et d'obésité à partir de 2005*

Angleterre : enfants de 5 à 17 ans, surpoids (incluant l'obésité) défini par les critères de l'IOTF

France : enfants de 5 à 17 ans surpoids (supérieur 85<sup>ème</sup> percentile) défini par les critères nationaux français

États-Unis : enfants de 6 à 11 ans, surpoids (supérieur 95<sup>ème</sup> percentile) défini par les critères du CDC

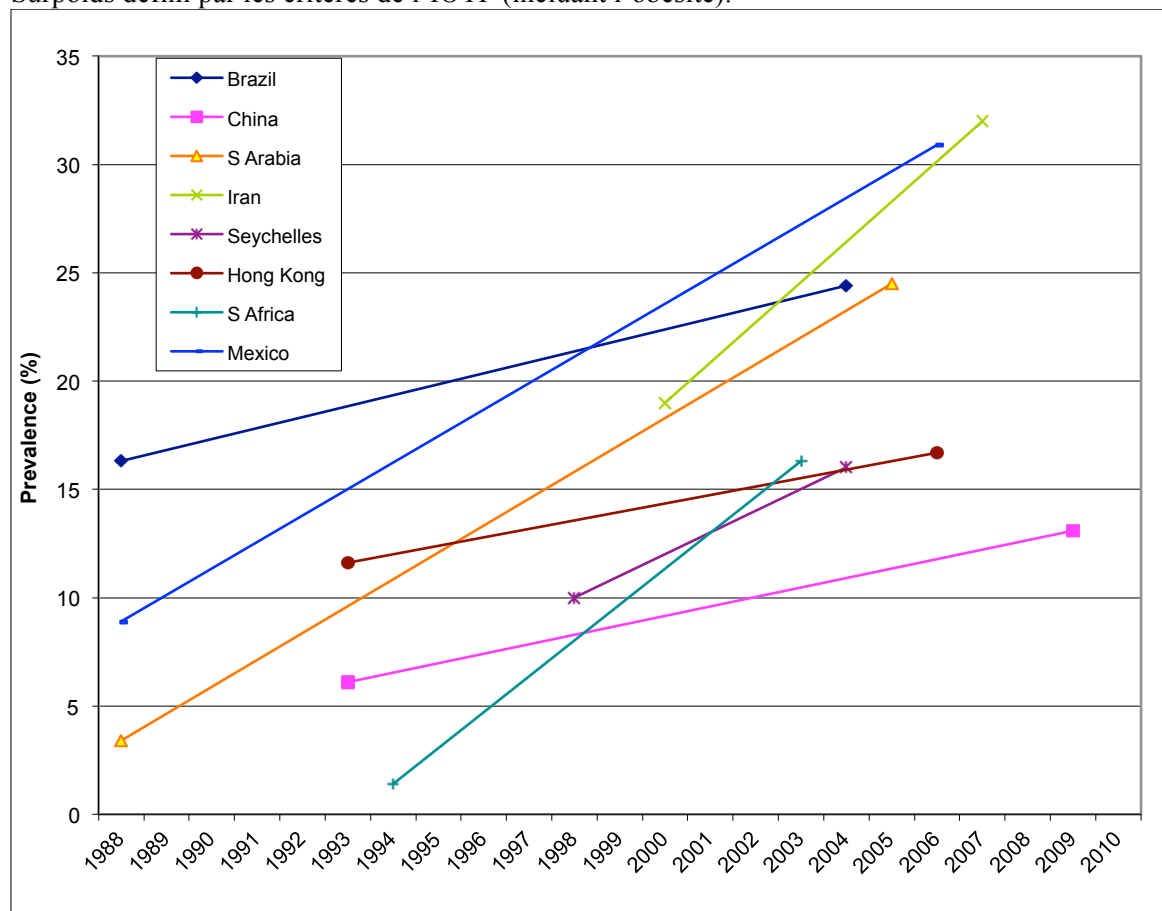


Des données provenant d'autres régions, par exemple l'Amérique latine, indiquent que ces pays font face à des rythmes d'augmentation supérieurs à ceux qui ont prévalu en Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord [9].



**Figure 3 : tendances de la prévalence du surpoids dans huit pays émergent à niveau de revenus bas et moyens**

Surpoids défini par les critères de l'IOTF (incluant l'obésité).



Source:

IASO

[9]

Il est frappant de constater que dans certains pays l'augmentation reste modérée. Ainsi, la Chine (cf. supra) n'a connu qu'une augmentation modérée du surpoids parmi des enfants vivant en zone rurale et une augmentation beaucoup plus franche chez les enfants des zones urbaines. Un déclin de la prévalence du surpoids des enfants observés en Russie dans les années 90, période de crise économique majeure dans ce pays [2].

## Facteurs ethniques et raciaux

Aux États-Unis, les études des 30 dernières années montrent que le degré de prévalence de l'obésité diffère significativement chez les enfants en fonction de leurs groupes ethniques. Les enfants d'origine hispanique et afro-antillaise sont plus susceptibles d'être en surpoids que ceux d'origine européenne : en 2008 17 % des garçons d'origine européenne âgée de 12 à 19 ans étaient obèses (définition par les seuils des États-Unis) contre 20 % chez les enfants d'origine afro-antillaise et 27 % chez ceux d'origine mexicaine. Chez les filles, les chiffres différaient avec 15 %, 29 % et 17 % d'obèses respectivement [18]. En Grande-Bretagne, les filles d'origine afro-antillaise ont de risque de surpoids que les filles de la population générale. Il en va de même pour les garçons d'origine indienne et pakistanaise. Une étude portant sur 2000 adolescents âgés de 11 à 14 ans, menée à Londres, a trouvé des niveaux élevés de surpoids et d'obésité dans tous les groupes ethniques examinés, les maxima étant atteints chez les garçons

d'origine indienne (36 % de surpoids) et chez les filles d'origine originaire d'Afrique Noire (40 % de surpoids) [19]. Ces différences ne semblaient pas liées à des différences économiques puisqu'aucune association n'a été identifiée entre l'IMC et les paramètres reflétant le statut socio-économique. Toutefois, ce groupe dans l'ensemble était de niveau économique plus faible que la population générale de Grande-Bretagne.

## **Facteurs socio-économiques**

L'analyse des différences dans la répartition du surpoids et de l'obésité chez les enfants originaires de différentes classes sociales (définis par le niveau de revenu familial ou le niveau d'éducation du membre de la famille qui a un revenu ou l'indice local de pauvreté) montre que le modèle est complexe.

Dans les pays encore sous développés dans le domaine économique ou en cours de développement, le surpoids et l'obésité tendent à être plus élevée dans les familles dont les revenus sont les plus importants ou le niveau d'éducation le plus élevé. Au Brésil, en 2005, 38 % des enfants âgés de 11 ans étaient en surpoids ou obèses dans les familles aux revenus les plus élevés (définition de l'OMS) contre 26 % chez les enfants de familles à revenu moyen et 20 % chez les familles les plus pauvres [20]. En Chine une association similaire existe entre le surpoids des enfants, les revenus familiaux et le niveau d'éducation [21]. Une revue portant sur de nombreux pays en voie de développement a identifié les facteurs de risque d'obésité suivants : « statut économique élevé, résidence dans de grandes métropoles, sexe féminin, manque d'information et connaissances erronées en nutrition, publicité par des compagnies agroalimentaires internationales, stress scolaire croissant et moyens insuffisants pour effectuer une activité physique » [22].

À l'opposé, dans beaucoup de pays à l'économie développée, dans les pays industrialisés, la prévalence de l'obésité du surpoids est plus élevée chez les enfants des catégories socio-économiques inférieures. Aux États-Unis, la prévalence de l'obésité infantile dans les familles dont le chef n'a pas atteint le niveau du baccalauréat est de deux à trois fois plus élevée que dans celles où il a obtenu diplôme universitaire [23]. L'étude des tendances séculaires montre que dans plusieurs pays ces différences entre les classes sociales tendent à augmenter [24].

Une nuance supplémentaire doit être apportée dans la relation entre surpoids et statut économique dans les pays riches. Les pays dont les inégalités sociales (mesurées par la différence entre les revenus familiaux les plus élevés les plus bas) sont les plus importantes, atteignent aussi des niveaux supérieurs d'obésité chez l'enfant, quelle que soit la richesse nationale moyenne évaluée par le produit intérieur brut [25].

## **References**

1. Lobstein T, Baur L, Uauy R. IASO International Obesity TaskForce. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev* 2004; 5 (Suppl. 1): 4-104.
2. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes* 2006;1: 11-25.
3. Dietz WH, Robinson TN. Use of the body mass index (BMI) as a measure of overweight in children and adolescents. *J Pediatr* 1998; 132:191-193.
4. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320:1240-1245.
5. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012;7:284-94.

6. World Health Organization. Growth reference data for 5-19 years. Geneva: WHO, 2007. (Accessed 25 January 2014, at <http://www.who.int/growthref/>.)
7. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2011*. Hyattsville, MD: NCHS, 2012. Supplemental table 69. (Accessed 25 January 2014, at <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2011/069.pdf>.)
8. Shields M. Overweight and obesity among children and youth. *Health Rep* 2006;17:27-42.
9. International Association for the Study of Obesity. Online database of national prevalence data from published national surveys. London: IASO, 2014. (Accessed 25 January 2014, at [http://www.iaso.org/site\\_media/library/resource\\_images/Global\\_Childhood\\_Overweight\\_October\\_2013.pdf](http://www.iaso.org/site_media/library/resource_images/Global_Childhood_Overweight_October_2013.pdf).) See also Wang Y, Lobstein T (op cit).
10. Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6-9-year-old children. *Pediatr Obes* 2013;8:79-97.
11. World Health Organization. Global school-based student health survey. Online database. Geneva: WHO, 2014. (Accessed 25 January 2014, at <http://www.who.int/chp/gshs/en/>.)
12. Fatemeh T, Mohammad-Mehdi HT, Toba K, Afsaneh N, Sharifzadeh G, Student Research committee. Prevalence of overweight and obesity in preschool children (2-5 year-olds) in Birjand, Iran. *BMC Res Notes*. 2012;25:529.
13. Abdelalim A, Ajaj N, Al-Tmimy A et al. Childhood obesity and academic achievement among male students in public primary schools in Kuwait. *Med Princ Pract* 2012;21:14-9.
14. Cherkaoui Dekkaki I, Mouane N, Ettair S, Meskini T, Bouklouze A, Barkat A. Prevalence of obesity and overweight in children: a study in government primary schools in Rabat, Morocco. *Arch Med Res* 2011;42:703-8.
15. Australian Institute of Health and Welfare. Analysis of the National Health Survey. Online data tables. Canberra: AIHW, 2013. (Accessed 25 January 2014, <http://www.aihw.gov.au/overweight-and-obesity/prevalence/#children>.)
16. Yu Z, Han S, Chu J, Xu Z, Zhu C, Guo X. Trends in overweight and obesity among children and adolescents in China from 1981 to 2010: a meta-analysis. *PLoS One* 2012;7:e51949.
17. Reddy SP, Resnicow K, James S et al. Rapid increases in overweight and obesity among South African adolescents: comparison of data from the South African National Youth Risk Behaviour Survey in 2002 and 2008. *Am J Public Health* 2012;102:262-8.
18. Ogden C, Carroll M. Prevalence of Obesity Among Children and Adolescents: United States, Trends 1963-1965 Through 2007-2008. NCHS Health E-Stat. Hyattsville, MD: NCHS, 2014. (Accessed 25 January 2014, at [http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity\\_child\\_07\\_08/obesity\\_child\\_07\\_08.htm#table2](http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_child_07_08/obesity_child_07_08.htm#table2).)
19. Taylor SJ, Viner R, Booy R et al. Ethnicity, socio-economic status, overweight and underweight in East London adolescents. *Ethn Health* 2005;10:113-28.
20. Matijasevich A, Victora CG, Golding J et al. Socioeconomic position and overweight among adolescents: data from birth cohort studies in Brazil and the UK. *BMC Public Health* 2009;9:105.
21. Ji CY, Chen TJ; Working Group on Obesity in China (WGOC). Empirical changes in the prevalence of overweight and obesity among Chinese students from 1985 to 2010 and corresponding preventive strategies. *Biomed Environ Sci* 2013;26:1-12.
22. Gupta N, Goel K, Shah P, Misra A. Childhood obesity in developing countries: epidemiology, determinants, and prevention. *Endocr Rev* 2012;33:48-70.
23. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2011*. Hyattsville, MD: NCHS, 2012. Figure 25. (Accessed 25 January 2014, at [www.cdc.gov/nchs/data/hus/2011/069.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2011/069.pdf).)
24. Robertson A, Lobstein T, Knai C. *Obesity and socio-economic groups in Europe: Evidence review and implications for action*. Report under contract SANCO/2005/C4-NUTRITION-03. Brussels: European Commission, 2007. (Accessed 25 January 2014, at [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/ev20081028\\_rep\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev20081028_rep_en.pdf).)
25. Knai C, Lobstein T, Darmon N, Rutter H, McKee M. Socioeconomic patterning of childhood overweight status in Europe. *Int J Environ Res Public Health* 2012;9:1472-89.

26. Organization for Economic Cooperation and Development. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2013. Figure 2.2.1. (See also online data tables, accessed 25 January 2014, at <http://dx.doi.org/10.1787/888932916477>.)

~ Les auteurs ~

## Tim Lobstein



Fédération mondiale contre l'obésité  
(World Obesity Federation)  
(ex Association internationale pour l'étude de l'obésité, IASO)  
Londres, Grande Bretagne.  
tlobstein@worldobesity.org

~ Comment utiliser cet article ~

Vous êtes autorisé(e) à utiliser, partager et copier cet article en le citant comme suit :

*Lobstein T (2017). Prévalence et tendances mondiales. Dans M.L. Frelut (Ed.), Le livre électronique (eBook) de l'ECOG sur l'obésité des enfants et des adolescents. Téléchargé sur [ebook.ecog-obesity.eu](http://ebook.ecog-obesity.eu).*

Assurez-vous également de donner de créditer de façon appropriée ce contenu lors de son utilisation. Visitez [ebook.ecog-obesity.eu/fr/conditions-utilisation/sommaire/](http://ebook.ecog-obesity.eu/fr/conditions-utilisation/sommaire/) pour plus d'informations.

~ Mot final ~

Merci pour votre intérêt dans cet article. Si vous pensez que cela que quelqu'un d'autre peut être intéressé n'hésitez pas à le partager ! Enfin rendez-vous sur [ebook.ecog-obesity.eu](http://ebook.ecog-obesity.eu) pour découvrir d'autres articles.