

Indicateur n° 2-1 : Prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant.

Finalité : l'obésité expose les adultes à l'hypertension artérielle, au diabète de type II et à ses complications, ainsi qu'aux maladies cardiovasculaires et à divers types de cancers. Chez l'enfant, l'obésité sévère est associée à des troubles orthopédiques, métaboliques et endocriniens, à des conséquences psychiques liées aux phénomènes de stigmatisation, et à une probabilité élevée de persistance à l'âge adulte. Le programme national nutrition santé 2006-2010 retient donc un objectif d'interruption de la croissance de l'obésité et du surpoids chez les enfants.

Résultats :

		Année de l'enquête	Excès pondéral a+b	Surpoids a	Obésité b	Objectif LSP
Prévalence de l'obésité et du surpoids chez...	les enfants de 5-6 ans	1999-2000	14,4	10,5	3,9	Stabili- sation voire réduction
	les élèves de CM2*	2001-2002	19,9	15,8	4,1	
		2004-2005	19,7	16,0	3,7	
les élèves de 3ème	2003-2004	16,8	12,4	4,4		

Champ: France entière, normes IOTF. Sources: DREES-DESCO-DGS-InVS, enquêtes en milieu scolaire.

* Il est à noter qu'en 2000-2001, pour l'enquête auprès des élèves de CM2, le taux de participation de la région parisienne était inférieur à 60 % en raison de l'absence de l'académie de Créteil. La non participation de cette académie entraîne une imprécision importante et un risque de biais sur la ZEAT Région parisienne, en particulier sur les zones d'éducation prioritaire, et rend délicate l'interprétation des chiffres au niveau national.

Les enquêtes réalisées en milieu scolaire montrent que 17 % des adolescents scolarisés en classe de troisième et 20 % des enfants en CM2 ont un excès pondéral. L'obésité à proprement parler (selon les normes internationales IOTF pour les enfants) est moins fréquente que chez les adultes (16,9 % en 2007 d'après les données de l'enquête ENNS), et concerne 4 % des adolescents et des élèves de CM2.

Si la surcharge pondérale des élèves de CM2 est restée globalement stable entre 2002 et 2005, les inégalités se sont creusées. Au cours de cette période, la proportion d'enfants obèses a diminué de façon plus ou moins importante dans toutes les catégories socioprofessionnelles, excepté pour les enfants d'ouvriers où elle est passée de 5,1 % à 6,1 %. La baisse la plus importante a concerné les enfants de cadres, pour lesquels la prévalence de l'obésité a été divisée par deux. En trois ans, les écarts de prévalence de la surcharge pondérale entre enfants de cadres et d'ouvriers se sont creusés, en particulier pour l'obésité (0,6 % et 6,1 % en 2005 contre 1,3 % et 5,1 % en 2002).

Si on compare la génération d'élèves de troisième enquêtée en 2003-2004 à celle enquêtée trois ans auparavant, on constate une stabilité de la prévalence globale du surpoids hors région parisienne - cf. ci-dessous, *Précisions méthodologiques* - (16,5 % en 2000 et 16,2 % en 2003). Il en va de même pour l'obésité, les variations observées n'étant pas significatives (3,8 % en 2000 et 4,3 % en 2003). On constate chez les adolescents scolarisés en classe de troisième durant l'année 2003-2004 une surcharge pondérale et une prévalence de l'obésité en augmentation par rapport aux informations relatives à leur poids et leur taille indiquées sur leurs carnets de santé quand ils étaient âgés de six ans. Près d'un tiers de ces adolescents en surpoids (hors obésité) étaient déjà en surpoids à l'âge de six ans. A contrario, près de la moitié des élèves en surpoids à six ans ont retrouvé un poids normal en classe de troisième.

A six ans, l'excès pondéral est un peu moins fréquent que chez les élèves de CM2 ou de troisième. L'enquête réalisée en 1999-2000 auprès des enfants de 5-6 ans montre que 14 % des enfants examinés présentent une surcharge pondérale : 4 % sont obèses et 10 % en surpoids. A cet âge, les filles sont plus fréquemment en surpoids (12,2 %) ou obèses (4,3 %) que les garçons (respectivement 8,7 % et 3,6 %). Les chiffres relevés en

1999-2000 sont plus élevés que ceux relevés au même âge pour les enfants scolarisés en grande section de maternelle, huit ans plus tôt. La proportion d'enfants en surcharge pondérale au moment de l'enquête apparaît nettement plus élevée dans les familles dans lesquelles le père est ouvrier. Le risque de présenter un excès de poids y est deux fois plus important que pour les enfants de cadre, celui de souffrir d'obésité dix fois plus élevé. Ces disparités sociales se retrouvent, à des niveaux différents, quelle que soit la classe des élèves (elles restent très fortes à l'âge adulte). Ces données reflètent notamment des différences de modes de vie et de consommation alimentaire selon le milieu social : habitudes alimentaires, sédentarité, temps excessif passé devant la télévision, manque d'activité physique.

Construction de l'indicateur : pour trois classes d'âge, enfants de 5-6 ans, élèves de CM2, et élèves de troisième, les indicateurs retenus sont la proportion d'enfants obèses et la proportion d'enfants en surpoids mais non obèses. Un troisième indicateur, la proportion d'enfants en excès pondéral, est la somme des enfants en surpoids et des enfants obèses.

Selon les définitions épidémiologiques internationales du surpoids et de l'obésité de l'enfant : le poids et la taille des adolescents ont été mesurés le jour de l'examen. L'indicateur utilisé dans les tableaux ci-dessous pour évaluer la corpulence est l'indice de masse corporelle (IMC) qui correspond au rapport entre le poids (en kg) et le carré de la taille (en mètres).

Contrairement aux adultes pour lesquels il existe une valeur seuil unique de l'IMC pour définir le surpoids (25) et une pour l'obésité (30), chez l'enfant les seuils évoluent avec l'âge et le sexe du fait des variations de la corpulence survenant au cours de la croissance. Les seuils retenus dans cette étude pour établir le surpoids et l'obésité sont ceux des tables de références établies pour les enfants par un groupe de travail réuni sous l'égide de l'OMS : l'International Obesity Task Force (IOTF). Ces seuils de référence internationaux ont été définis pour chaque sexe et à chaque âge entre 2 et 18 ans. Ils ont été élaborés récemment à des fins de comparabilité internationale et sont maintenant communément utilisés par les épidémiologistes. Ils ont été mis en correspondance avec les seuils utilisés pour les adultes, rejoignant à 18 ans les seuils internationaux d'IMC diagnostiquant le surpoids des adultes (IMC égal à 25 pour le surpoids, et à 30 pour l'obésité). L'IOTF définit ainsi pour chaque sexe et à chaque âge une valeur seuil de surpoids (centile IOTF C-25) et une pour l'obésité (centile IOTF C-30).

Selon les seuils IOTF, l'enfant est en excès pondéral ou « surpoids (obésité comprise) » lorsque sa valeur d'IMC est supérieure à la valeur seuil donnée par la table IOTF C-25 pour son sexe et à son âge, et il est « obèse » si son IMC est supérieur au seuil IOTF C-30. Les valeurs d'IMC comprises entre les seuils C-25 et C-30 sont nommées « surpoids » conformément à la nomenclature internationale.

Précisions méthodologiques : cet indicateur est fourni par la Drees. Il s'appuie sur des données issues du cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire organisé conjointement par la Drees et la DGS du Ministère chargé de la santé, la DESCO et la DEPP du Ministère chargé de l'éducation, et l'institut de veille sanitaire (InVS). Ce cycle est constitué d'une série d'enquêtes menées par les médecins et infirmiers de l'Éducation nationale alternativement auprès des élèves de trois classes d'âges : les enfants scolarisés en grande section de maternelle, en CM2 ou en troisième (générale, technologique, insertion ou Segpa).

Il est à noter qu'en 2000-2001, pour l'enquête auprès des élèves de CM2, le taux de participation de la région parisienne était inférieur à 60 % en raison de l'absence de l'académie de Créteil. La non participation de cette académie entraîne une imprécision importante et un risque de biais sur la ZEAT Région parisienne, en particulier sur les zones d'éducation prioritaire, et rend délicate l'interprétation des chiffres au niveau national. Les comparaisons sont donc faites à champ constant en excluant la région parisienne.

Pour plus de détails sur les commentaires de cette fiche, se reporter aux publications Études et résultats n°155, n°250, n°283, n°313, n°573 et n°632 de la DREES et au rapport de suivi des indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique 2006, 2007 et 2008 (<http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2008/santepop2008.htm>).