

**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 (PNNS) retient donc un objectif d'interruption de la croissance de l'obésité et du surpoids chez les enfants. La loi de santé publique de 2004 a repris cet objectif prioritaire du PNNS.

*Résultats* : la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les jeunes évolue comme suit :

		Année de l'enquête	Surcharge pondérale a+b	Surpoids a	Obésité b	Objectif LSP
Prévalence de l'obésité et du surpoids chez...	les enfants de grande section de maternelle	1999-2000	14,4	10,5	3,9	Stabilisation voire réduction
		2005-2006	12,2	9,1	3,1	
	les élèves de CM2	2001-2002	19,9	15,8	4,1	
		2004-2005	19,7	16,0	3,7	
	les élèves de 3 <sup>ème</sup> *	2000-2001	16,5	12,7	3,8	
		2003-2004	16,2	12,4	4,3	

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

\* données à champ constant excluant la région parisienne (cf. paragraphe précisions méthodologiques).

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) est moins fréquente que chez les adultes (16,9 % en 2006 - 2007 d'après les données de l'enquête ENNS), et concerne 4 % des adolescents et des élèves de CM2. En grande section de maternelle, l'excès pondéral est moins fréquent que chez les élèves de CM2 ou de troisième. L'enquête réalisée en 2005-2006 auprès des enfants de 5-6 ans montre que 12,2 % des enfants examinés présentent une surcharge pondérale : 3,1 % sont obèses et 9,1 % en surpoids. A cet âge, les filles sont plus fréquemment en surpoids (10,6 %) que les garçons (7,6 %) alors que les prévalences d'obésité sont proches (3,3 % et 2,9 % respectivement).

Si globalement, la prévalence du surpoids et de l'obésité s'est stabilisée, voire a légèrement reculé chez les plus jeunes, les évolutions diffèrent sensiblement selon la catégorie sociale. Ces disparités 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. Ainsi la prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de CM2 dont le père est « cadre ou de profession intellectuelle supérieure » a diminué entre 2001 - 2002 (12,8 %, dont 1,3 % d'obèses) et 2004 - 2005 (7,4 %, dont 0,6 % d'obèses). À l'inverse, chez les enfants dont le père est « ouvrier », la prévalence de la surcharge pondérale est restée stable (23,3 % en 2001 - 2002 et 24,5 % en 2004 - 2005) et la prévalence de l'obésité a augmenté, passant de 5,1 % à 6,1 % pour la même période. L'écart entre les cadres et les ouvriers s'est accru : les ouvriers comptent ainsi dix fois plus d'enfants obèses que les cadres, contre quatre fois plus en 2002. Pour les élèves de grande section de maternelle, pour lesquels les informations sur la profession du père n'étaient pas disponibles en 1999 - 2000, l'évolution des disparités a été approchée en comparant les élèves scolarisés en ZEP (zone d'éducation prioritaire) aux autres : alors que la prévalence de l'obésité est restée stable en ZEP entre 1999 - 2000 et 2005 - 2006 (de 5,5 % à 5,0 %), elle a significativement diminué, passant de 3,7 % à 2,8 % hors ZEP.

Pour la surcharge pondérale, les proportions sont respectivement passées de 17,3 % à 16,1 % en ZEP contre 13,9 % à 11,6 % hors ZEP.

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.

Construction de l'indicateur : pour trois classes d'âge - enfants de grande section de maternelle, 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 surcharge pondérale, 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 la surcharge pondérale ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) et une pour l'obésité ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), 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 correspondent au « 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, n° 632 et n° 737 de la DREES et aux rapports de suivi des indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique (Rapport DGS/DREES, Août 2005 : objectif n° 12) 2006, 2007, 2008, 2009 - 2010 et 2011.