



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Etat des lieux des connaissances parentales sur le surpoids et
l'obésité infantiles dans le Nord-Pas-de-Calais.**

Présenté et soutenu publiquement le 13 octobre 2016 à 16 heures

Au pôle formation

Par Sarah TRIBOUILLOY GUEYRAUD

Jury

Président : Madame le Professeur Monique ROMON

Assesseurs : Monsieur le Professeur Alain MARTINOT

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Professeur Nicolas KALACH

Directeur de thèse : Madame le Docteur Pascale GRONNIER

Avertissement :

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Abréviations :

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

NPdC : Nord-Pas-de-Calais.

IMC : Indice de Masse Corporelle.

IOTF: International Obesity Task Force.

HAS : Haute Autorité de Santé.

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Cm : centimètre.

Kg : kilogramme.

HPST : hôpital, patients, santé, territoire

SFMG : Société Française de Médecine Générale

PNNS: Plan Nationale Nutrition santé.

ENNS : Etude Nationale Nutrition Santé.

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations et des Statistiques

AFPA : Association Française de Pédiatrie.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

UNAF : Union Nationale des Associations Familiales.

PMI : Protection Maternelle et Infantile.

Sommaire

I.	INTRODUCTION	10
II.	METHODE	13
A.	Objectifs de l'étude :	14
B.	Description de l'étude :	14
C.	Lieu et période de l'étude :	14
D.	Population étudiée :	14
E.	Recueil des données :	15
F.	Méthode statistique :	15
G.	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés :	15
III.	RESULTATS	16
A.	Nombre de questionnaires :	17
B.	Données concernant les enfants :	17
C.	Corpulence parentale :	18
D.	Lien entre la corpulence parentale et celle des enfants :	20
E.	Situation familiale :	20
F.	Profession des parents :	21
G.	Habitudes de vie des enfants :	22
1.	Activité extrascolaire :	22
2.	Nombre d'heures devant les écrans :	23
3.	Nombre de repas :	25
4.	Préparation des repas en famille :	26
H.	Corpulence et psychisme de l'enfant :	27
I.	Connaissances parentales sur l'obésité :	29
1.	Connaissances nutritionnelles :	29
2.	Connaissance de l'IMC :	30
3.	Le surpoids ou l'obésité sont-ils considérés comme une maladie grave ?	31
4.	Le surpoids ou l'obésité s'arrangent-ils lorsque l'enfant grandit ?	31
5.	Complications de l'obésité infantile :	31
J.	Représentation du poids de l'enfant :	33
K.	Les sources d'information et souhait de prise en charge parentale :	34
1.	Les sources d'information selon les parents :	34
2.	Prise en charge souhaitée par les parents :	35

IV.	DISCUSSION	36
A.	Nombre de questionnaires et lieux de recueil :.....	37
B.	Prévalence de l'obésité.....	37
1.	Prévalence de l'obésité infantile :.....	37
2.	Prévalence de l'obésité adulte :.....	38
C.	Facteurs de risques de surcharge pondérale :	38
1.	L'environnement familial :.....	38
2.	Cette problématique familiale est aussi génétique :.....	44
D.	Qualité de vie des enfants :.....	45
E.	Connaissances parentales :.....	46
1.	Connaissances nutritionnelles :.....	46
2.	Connaissances de l'IMC et de la maladie :	47
3.	Complications de l'obésité :	48
F.	Représentation parentale de la corpulence des enfants :.....	49
G.	Prise en charge de la maladie :.....	49
H.	Faiblesses de l'étude :	52
V.	CONCLUSION	53
VI.	ANNEXES.....	55
A.	Références bibliographiques :.....	56
B.	Annexe 1: courbe de corpulence des filles :.....	62
C.	Annexe 2 : courbe de corpulence des garçons :.....	63
D.	Annexe 3 : courrier à l'attention des médecins :.....	64
E.	Annexe 4 : affiche à l'attention de parents :	65
F.	Annexe 5 : questionnaire adressé aux parents :	66

I. INTRODUCTION

Le surpoids et l'obésité infantiles représentent un problème majeur de santé publique. Ils sont devenus, au fil des années, plus fréquents qu'inhabituels. Les projections européennes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estiment que 33 % des enfants de onze ans présentent une surcharge pondérale. La prévalence de l'obésité adulte, en France, est de 15% ; dans le Nord-Pas-de-Calais elle atteint 21.3%. La France, à travers les mesures gouvernementales prises depuis quelques années, a stabilisé la prévalence de l'obésité. (1) Le repérage et la prise en charge de cette pathologie constituent un enjeu primordial en Médecine Générale dite de premier recours.

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'OMS comme « une accumulation anormale ou excessive de graisses qui peut nuire à la santé. » (2)

Afin de caractériser l'obésité, le médecin utilise l'indice de masse corporelle (IMC) ou indice de Quetelet. Il se définit par le rapport du poids, exprimé en kilogrammes, sur la taille au carré, exprimée en mètre. Chez l'enfant, l'IMC s'interprète en fonction de l'âge et du sexe sur des courbes de corpulences. Ces courbes sont issues des références françaises auxquelles sont ajoutées celles de l'International Obesity Task Force (IOTF). La corpulence de l'enfant est qualifiée de normale lorsque l'IMC se situe entre le 3^{ème} et le 97^{ème} percentile. Au-delà du 97^{ème} percentile, se définit le surpoids de l'enfant incluant l'obésité. L'obésité se détermine par un IMC au-delà de l'IOTF-30. (3) (cf. annexe 1 et 2)

La surveillance de la corpulence de l'enfant se fait par l'étude du rebond d'adiposité survenant normalement à l'âge de six ans. La corpulence varie physiologiquement au cours de la croissance et du développement de l'enfant : elle augmente la première année de vie puis diminue jusque six ans et croît à nouveau ensuite jusqu'à la fin de la croissance. Plusieurs études ont montré que la précocité du rebond d'adiposité est corrélée à un risque important de développer une obésité à l'âge adulte.(4)

Les recommandations actuelles envers les professionnels de santé préconisent de surveiller la corpulence chez tous les enfants quelque soit leur âge, leur corpulence apparente, et leur motif de consultation. Il est recommandé de prendre ces mesures de la naissance jusqu'à l'âge de deux ans, au moins trois fois par an, puis au moins de façon biannuelle. Il est du rôle de chaque médecin qui suit

un enfant, (généraliste et pédiatre) d'observer la dynamique de la courbe de corpulence et de compléter ces mesures en cas de signes d'alertes (rebond d'adiposité précoce, ascension rapide de la courbe ou changement de couloir). En effet cette surveillance peut être établie à partir du relevé de simples mesures que sont la taille et le poids en pratique courante. (5)

La Haute Autorité de Santé (HAS) a défini des objectifs de prise en charge pour les praticiens. Il existe également des centres spécialisés pour la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité. Ils ont été mis en place grâce aux différents plans de lutte contre l'obésité.(6)

A travers ce travail nous nous sommes placés du côté des parents. Il apparaissait intéressant de leur demander leur avis car ils sont des acteurs clés de la santé de leur enfant. Ils conditionnent les habitudes de vie et de nutrition de leurs enfants. Il semblait tout aussi important d'étudier leurs connaissances sur la maladie dans une région très marquée par le surpoids et l'obésité. Quel retour peut-on attendre après les campagnes de lutte contre cette maladie lancée par les gouvernements ?

Une première approche avec des parents, dont les enfants étaient hospitalisés pour des problèmes de poids, a été réalisée. Il s'agissait de deux entretiens individuels où les parents étaient invités à parler de la situation de leur enfant. Les parents ont évoqué la maladie, leur connaissance et leurs attentes vis-à-vis des professionnels de santé ainsi que les facteurs externes qui avaient pu influencer la prise de poids de leur enfant.

A la suite de ces entretiens, un questionnaire a été réalisé afin de recueillir un témoignage plus vaste de la population. Le choix de l'adresser à tous les parents a été fait afin d'évaluer la sensibilité parentale vis-à-vis de l'obésité quelle que soit la situation pondérale de leur enfant. Le questionnaire a permis de recueillir des données à un instant donné mais il ne prenait pas en compte l'évolution de la corpulence de l'enfant.

II. METHODE

A. Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de l'étude était de réaliser un état des lieux des connaissances parentales sur le surpoids et l'obésité infantiles dans notre région du Nord-Pas-de-Calais. Les objectifs secondaires étaient :

- de faire le point sur les habitudes de vie des enfants,
- d'évaluer le ressenti parental sur la maladie,
- de connaître les attentes des parents vis-à-vis de la prise en charge,

le but final étant d'optimiser la prise en charge de l'enfant en situation de surpoids ou d'obésité.

B. Description de l'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective et observationnelle.

Elle a été menée à l'aide d'un questionnaire anonyme comportant une série de questions allant de la corpulence de l'enfant à celle des parents, en passant par leur mode de vie, leurs activités, leurs connaissances sur la maladie et leurs attentes.

C. Lieu et période de l'étude :

Le recueil des données a été effectué sur une période de trois mois, entre le 15 juin et le 15 septembre 2015 dans différentes salles d'attente des cabinets de médecine générale, de pédiatrie et de consultations pédiatriques hospitalières, dans la région Nord-Pas-de-Calais.

D. Population étudiée :

L'étude concernait tous les enfants âgés de 2 à 17 ans quelque soit le motif initial de consultation et le type de prise en charge.

E. [Recueil des données :](#)

Les questionnaires ont été envoyés aux médecins avec un courrier leur demandant de participer à l'étude en laissant le questionnaire à l'attention des parents dans leur salle d'attente.

Le questionnaire était anonyme et à la disposition des parents dans les salles d'attente des médecins généralistes et des pédiatres. Une affiche explicative les invitait à y répondre pendant l'attente de la consultation de leur enfant.

Un pédiatre de ville a accepté de participer à l'étude, ainsi que dix médecins généralistes et le service de consultation de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, à Lille.

F. [Méthode statistique :](#)

Les données ont été retranscrites dans un tableau Excel. Un calcul de médiane et de moyenne a été réalisé. Le logiciel utilisé était le logiciel SPSS(18) PASW statistics 18. Des tests de khi2 ont été réalisés. Les réponses étaient significatives pour $p < 0.05$.

G. [Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés :](#)

L'enregistrement des données auprès de la CNIL a été demandé au moyen d'un formulaire rempli en ligne.

III. RESULTATS

A. Nombre de questionnaires :

Trente médecins (exerçant en ville et à la campagne dans le Nord-Pas-de-Calais) ont été contactés pour diffuser le questionnaire. Onze médecins ont accepté de déposer des questionnaires dans leur salle d'attente (dix médecins généralistes et un pédiatre libéral), 110 questionnaires ont été déposés à l'attention des parents. Quarante questionnaires ont été déposés dans les salles d'attente de consultations de pédiatrie hospitalière. Au total 150 questionnaires ont été distribués via les professionnels de santé. Quatre vingt douze questionnaires ont été remplis par les parents. (Quatre questionnaires n'ont pas été analysés car l'âge de l'enfant était insuffisant ou par manque de données concernant l'enfant.) **Quatre-vingt huit questionnaires valides ont été recueillis.**

Soixante deux questionnaires ont été recueillis en médecine générale, soit 70,5% des questionnaires, 26 questionnaires l'ont été dans les salles d'attente des pédiatres de ville et à l'hôpital soit 29,5%.

B. Données concernant les enfants :

L'âge variait de 2 à 17 ans. L'âge moyen des enfants était de 8 ans.

Il y avait 51 filles soit 58% et 37 garçons soit 42%. Le sexe ratio était de 0.7.

Figure 1 : Tableau de répartition des enfants : IMC moyen selon l'âge moyen :

percentile	5	10	25	50	75	90	95
Age	2	3	4	8	12	15	16
Poids (kg)	12	13	17.3	26	44	65	74
Taille(cm)	87	92	106	130	151	164	169
IMC	16	15	15	17	20	23	29

Interprétation : la médiane est à 8 ans. Le poids moyen des enfants de 8 ans est de 26 kilogrammes, leur taille moyenne de 130 centimètres et leur IMC de **17.21% des enfants sont en surcharge pondérale** : 6 enfants sont obèses (6,8%)

et 12 enfants sont en surpoids (13,6%). 6 enfants (7%) sont en insuffisance pondérale.

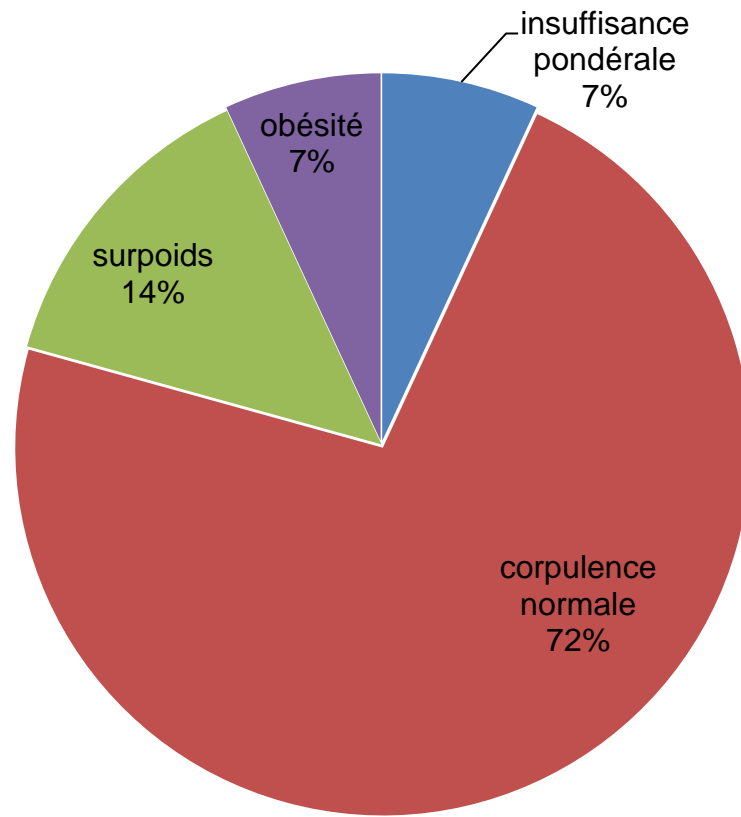


Figure 2 : Diagramme de la corpulence infantile selon l'IMC

C. Corpulence parentale :

Chez les hommes : La taille moyenne des hommes étaient de 178 centimètres (176,5 ; 179,9) avec un intervalle de confiance à 95%. Leur poids moyen était de 83 kilogrammes (80,4 ; 87,2) avec un intervalle de confiance à 95%. Leur IMC moyen était de 26.2 (25,1 ; 27,2) avec un intervalle de confiance à 95%. La médiane de l'IMC était à 25. **52% des hommes étaient en surcharge pondérale.**

Chez les femmes : La taille moyenne des femmes était de 163cm, (159,6 ; 167,5) avec un intervalle de confiance à 95%. Leur poids moyen était de 67.9 kg (65,2 ; 70,7) avec un intervalle de confiance à 95%. Leur IMC moyen était à 25 (23,9 ; 26,1) avec un intervalle de confiance à 95%. La médiane de l'IMC féminine était à 24. **42% des femmes interrogées étaient en surcharge pondérale.**

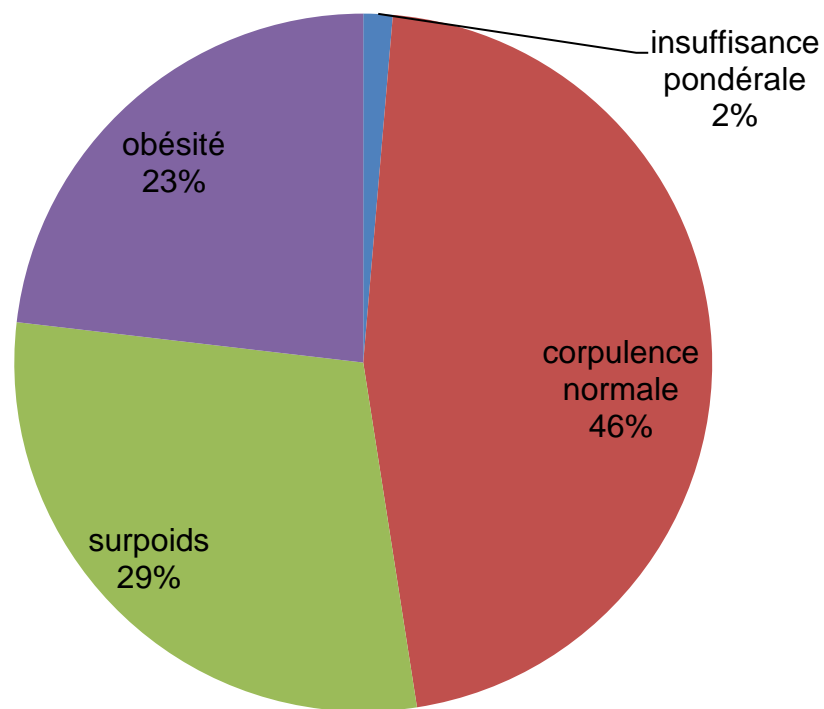


Figure 3 : diagramme de la corpulence masculine

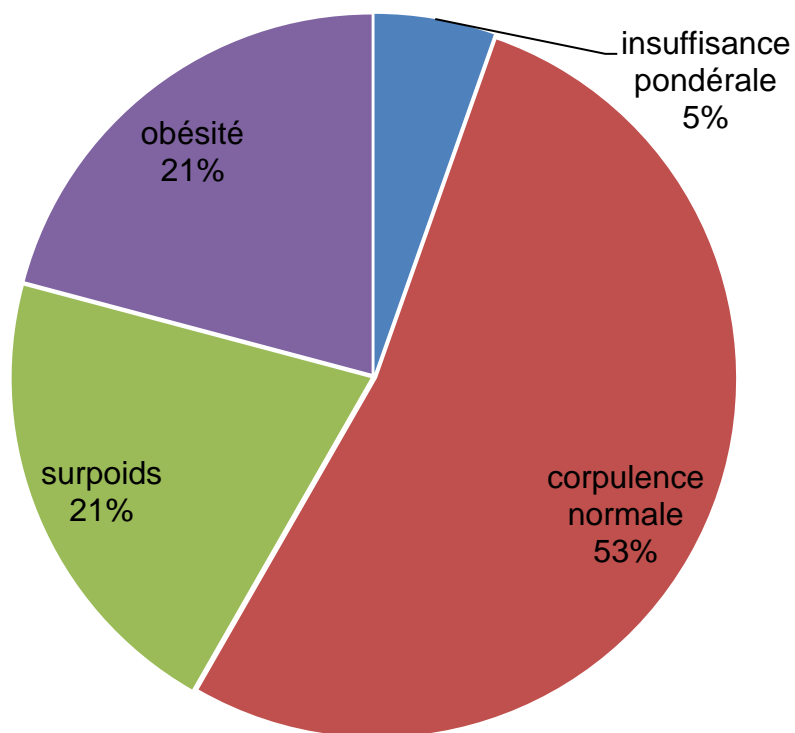


Figure 4 : diagramme de la corpulence féminine

D. Lien entre la corpulence parentale et celle des enfants :

Un test du Khi2 a été réalisé afin d'établir un lien entre l'existence d'une surcharge pondérale infantile avec celle des parents. Deux catégories ont été créées : catégories surpoids/ obésité et corpulence normale/ insuffisance pondérale.

Chez le père : Le test du Khi2 retrouvait un p égal à 0,047. Il existait donc un lien significatif entre la surcharge pondérale du père et celle de l'enfant.

Chez la mère : Le test du Khi2 retrouvait un p égal à 0,002. Il existait un lien significatif entre surcharge pondérale maternelle et infantile.

Les enfants en surcharge pondérale avaient au moins un de leur parent en surcharge pondérale.

E. Situation familiale :

Le nombre d'enfants par famille variait de un à sept : 23% des familles avaient un enfant, 44% des familles interrogées déclaraient avoir deux enfants et 33% avaient trois enfants ou plus. Les parents consultaient pour leur aîné dans 58% des cas, pour le second dans 16% des cas. **76% des parents étaient en couple.**

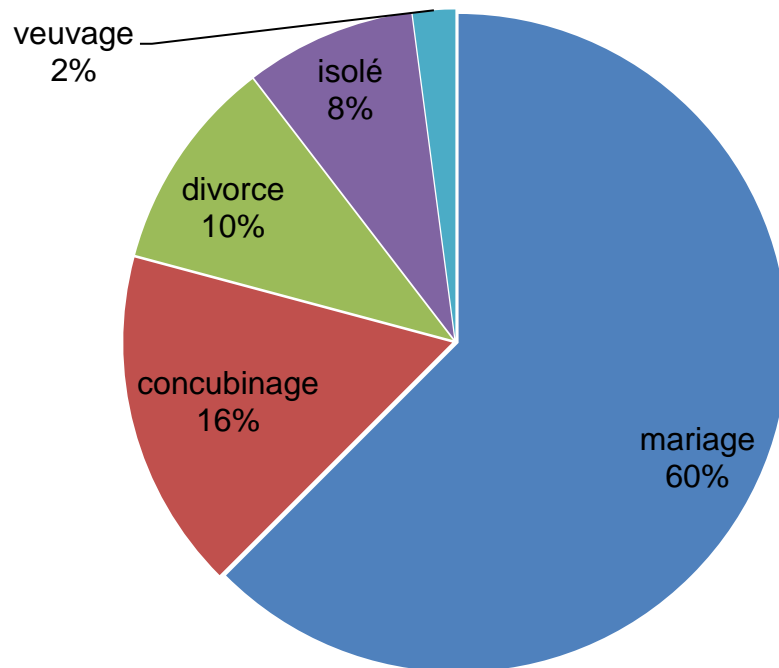


Figure 5 : diagramme de la situation familiale

F. Profession des parents :

Quatre vingt un pour cent des hommes ont déclaré être actifs (confère figure 6) et 79,5% des femmes exerçaient une activité professionnelle (confère figure7).

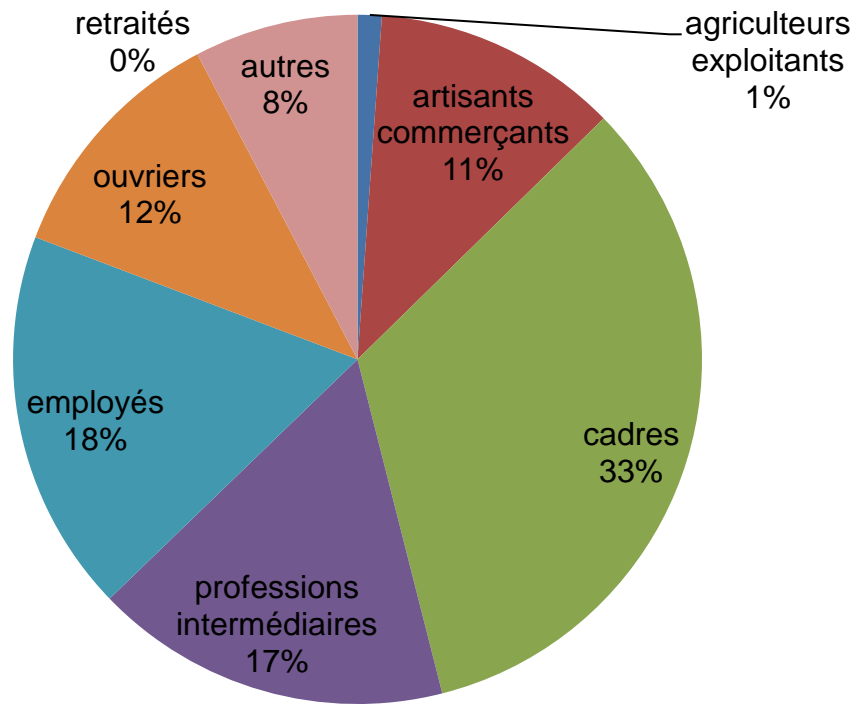


Figure 6 : diagramme des catégories socioprofessionnelles masculines

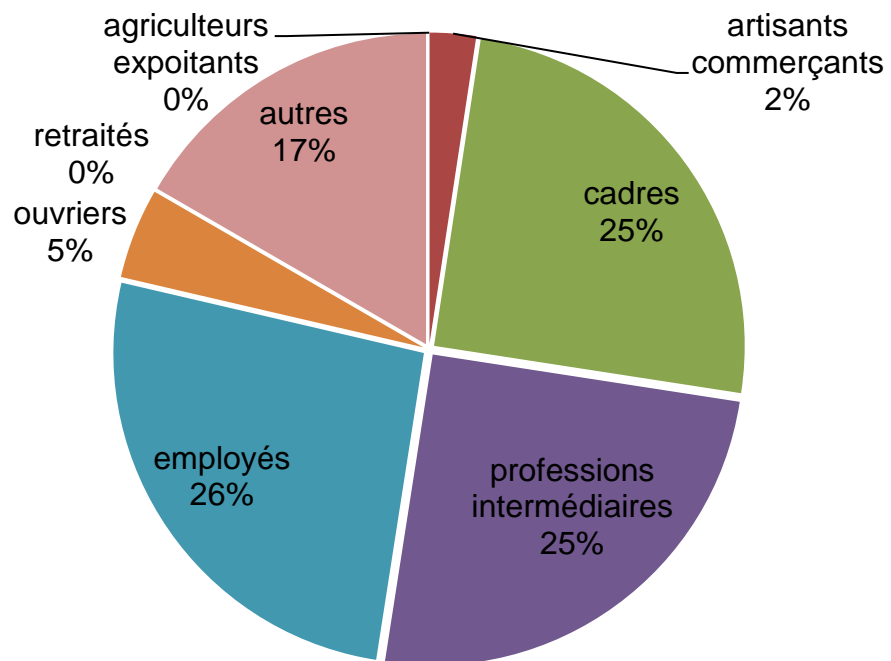


Figure 7 : diagramme des catégories socioprofessionnelles féminines

G. Habitudes de vie des enfants :

1. Activité extrascolaire :

Cinquante sept enfants pratiquaient une activité extrascolaire soit 64,7%. Parmi ces enfants, 54 faisaient du sport soit 94,7%. 61% des parents ont déclaré que leur enfant pratiquait une activité sportive. Ils étaient 45 enfants soit 83,3% à pratiquer une à deux fois par semaine.

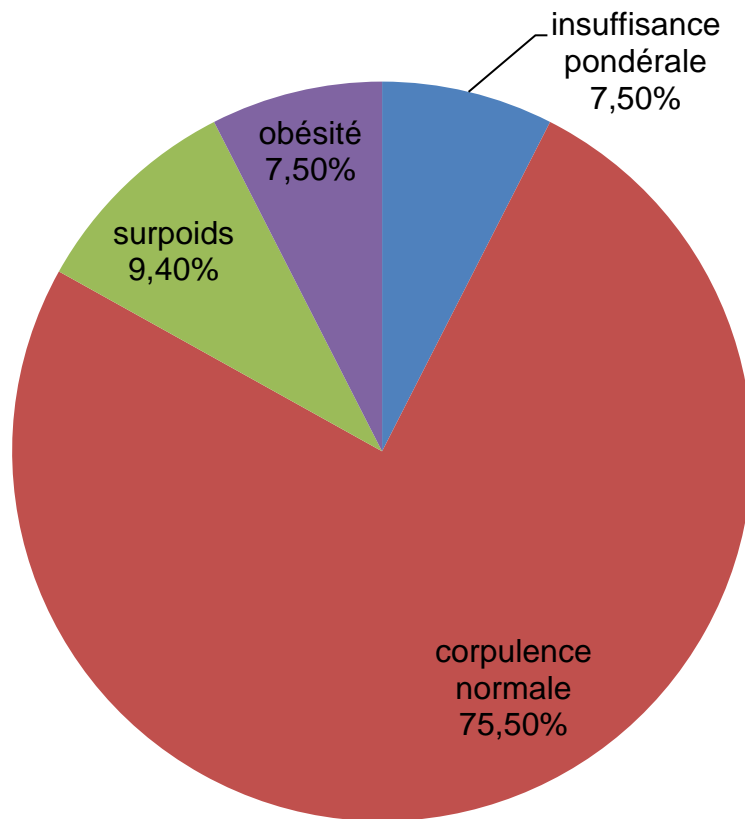


Figure 8 : diagramme de répartition des enfants exerçant une activité physique en fonction de leur corpulence.

Le test du khi2 retrouvait un p égal à 0,36. Il n'était pas retrouvé de lien significatif entre la pratique d'une activité physique et la corpulence de l'enfant. **Mais 75,5% des enfants qui pratiquaient une activité physique régulière avaient une corpulence normale.**

2. Nombre d'heures devant les écrans :

Les parents ont déclaré que leurs **enfants passaient en moyenne 8 heures par semaine devant les écrans : (6,52 ; 9,57) avec un intervalle de confiance à 95%**. Le temps hebdomadaire variant de 0 à 35 heures.

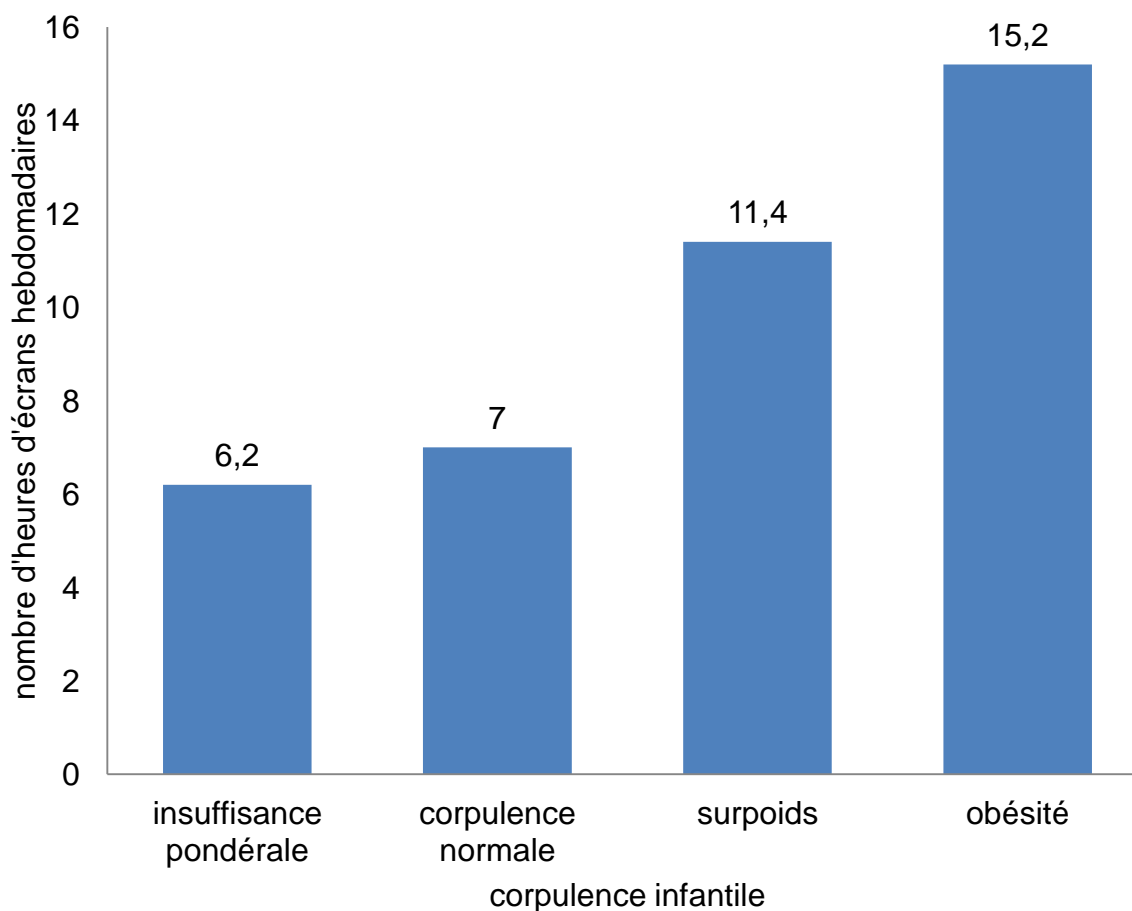


Figure 9 : Histogramme du nombre d'heures d'écrans hebdomadaires en fonction de la corpulence infantile

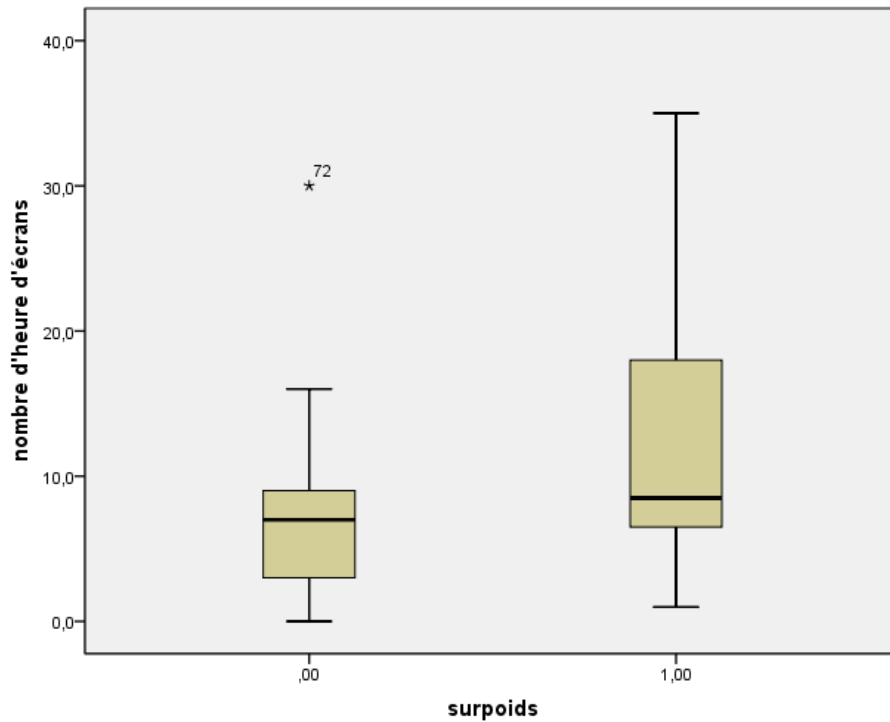


Figure 10 : Nombre d'heures d'écrans hebdomadaires et corpulence infantile. Regroupement des catégories corpulence normale et insuffisance pondérale en comparaison avec surpoids/obésité.

Un regroupement en deux catégories a été réalisé : le premier groupe comprenait les enfants en insuffisance pondérale et ceux de corpulence normale et le second groupe ceux en surpoids et obèses. Dans le premier groupe, le temps moyen que les enfants consacraient aux écrans était de 6,9 heures par semaine et de 12,6 heures dans le second groupe. Il n'était pas retrouvé de lien significatif entre le temps d'écrans hebdomadaire et la corpulence infantile.

3. Nombre de repas :

a) Repas pris en famille le soir :

Le nombre de repas hebdomadaires était de 6,4 pour les enfants de corpulence normale (6,03 ; 6,8) avec un intervalle de confiance à 95%. Les enfants en surcharge pondérale prenaient en moyenne 6,5 repas par semaine en famille selon les déclarations parentales (5,77 ; 7,23) avec un intervalle de confiance à 95%.

b) Repas pris en collectivité :

Les parents ont déclaré que leurs enfants prenaient en moyenne 2,5 repas à l'école chaque semaine.

c) Repas pris devant les écrans :

Les enfants prenaient en moyenne 2,5 repas devant les écrans pour le groupe d'enfants en insuffisance pondérale et de corpulence normale (1,7 ; 3,2) avec IC à 95%. Le groupe d'enfants en surcharge pondérale prenait en moyenne 1,9 repas devant les écrans par semaine (0,5 ; 3,3) avec un IC à 95%. La valeur de p était égale à 0.75 ; il n'y a pas de lien significatif entre la prévalence de la surcharge pondérale et le nombre de repas pris devant les écrans.

d) Collations ou goûters en dehors des repas :

Soixante dix huit parents ont déclaré que leur enfant consommait une collation ou un goûter par jour soit 88,6% des enfants. 10,2% d'entre eux n'en prenaient pas et 1% n'ont pas répondu. Parmi les enfants qui prenaient une collation, ils étaient 59 à en prendre une fois par jour soit 76,6% et 20,8% à en prendre deux ou plus par jour.

4. Préparation des repas en famille :

Il n'était pas mis en évidence de lien significatif entre la participation aux repas et la corpulence infantile. Le test du khi2 retrouvait un p égal à 0,057. **Mais 85,7% des parents dont les enfants avaient une corpulence normale ou étaient en insuffisance pondérale** ont déclaré que leurs enfants participaient régulièrement à la préparation des repas contre 14,3% des enfants en surcharge pondérale.

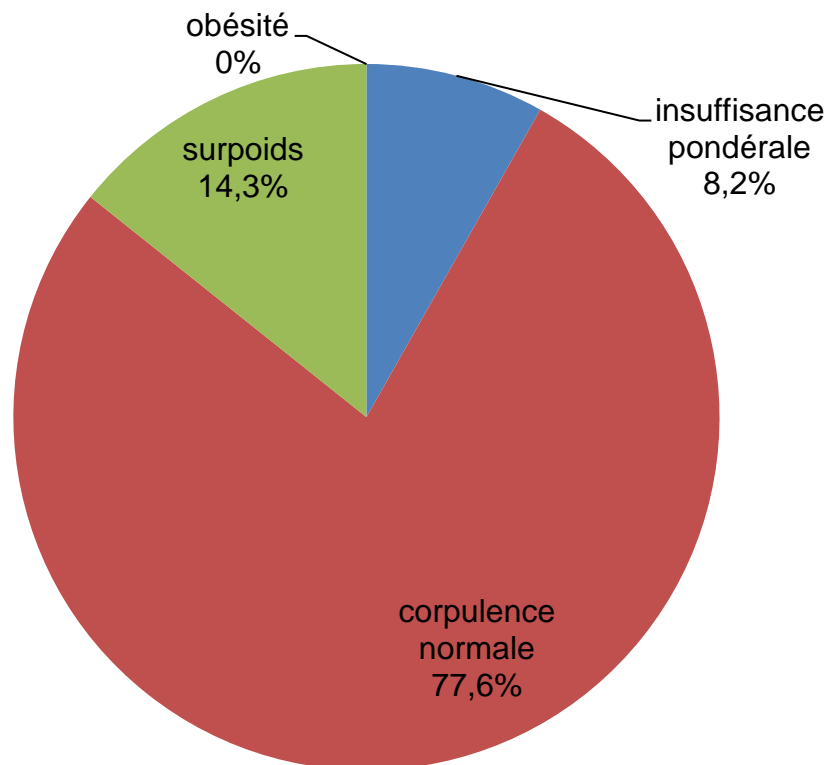


Figure 11 : Diagramme de répartition entre la corpulence infantile et la préparation des repas en famille

H. Corpulence et psychisme de l'enfant :

Quinze parents ont estimé que la corpulence de leur enfant pouvait avoir un retentissement sur leur vie scolaire soit 17% des parents interrogés. Ils précisait que leur enfant pouvait se sentir : « mal à l'aise dans son corps », subir « des moqueries des copains », être « harcelé » ou « la risée des copains » ou se sentir « trop petit », « ne supporte plus son corps », « s'intègre difficilement au groupe », « est rejeté par les autres » ou encore « se sent mieux ».

Six parents ont estimé que la corpulence de leur enfant pouvait avoir un retentissement sur ses activités extrascolaires, soit 6,8% des parents interrogés. Ils parlaient de : « retentissement sur l'agilité », « d'exposition aux autres » et « le choix du sport ».

Seize parents interrogés, soit 18,2% ont pensé que la corpulence de leur enfant influençait ses relations aux autres. Ils ont évoqué des : « moqueries », « critiques d'ados », « image positive », « malaise », « barrière physique », « complexe », « regard des autres ».

Treize parents interrogés, soit 14,7% ont répondu que leur enfant évoquait des difficultés concernant l'image de son corps, se trouvant : « un peu rond », « moche », « souhaite grandir », « se sent trop grosse », « mal dans sa peau », « la rondeur de son ventre » et son « problème de taille ».

Douze parents, soit 13,6% des parents ont déclaré que leur enfant subissait des remarques de son entourage ou de ses camarades. Ils évoquaient « la moquerie », « la dévalorisation », « la comparaison » ou encore « les insultes ».

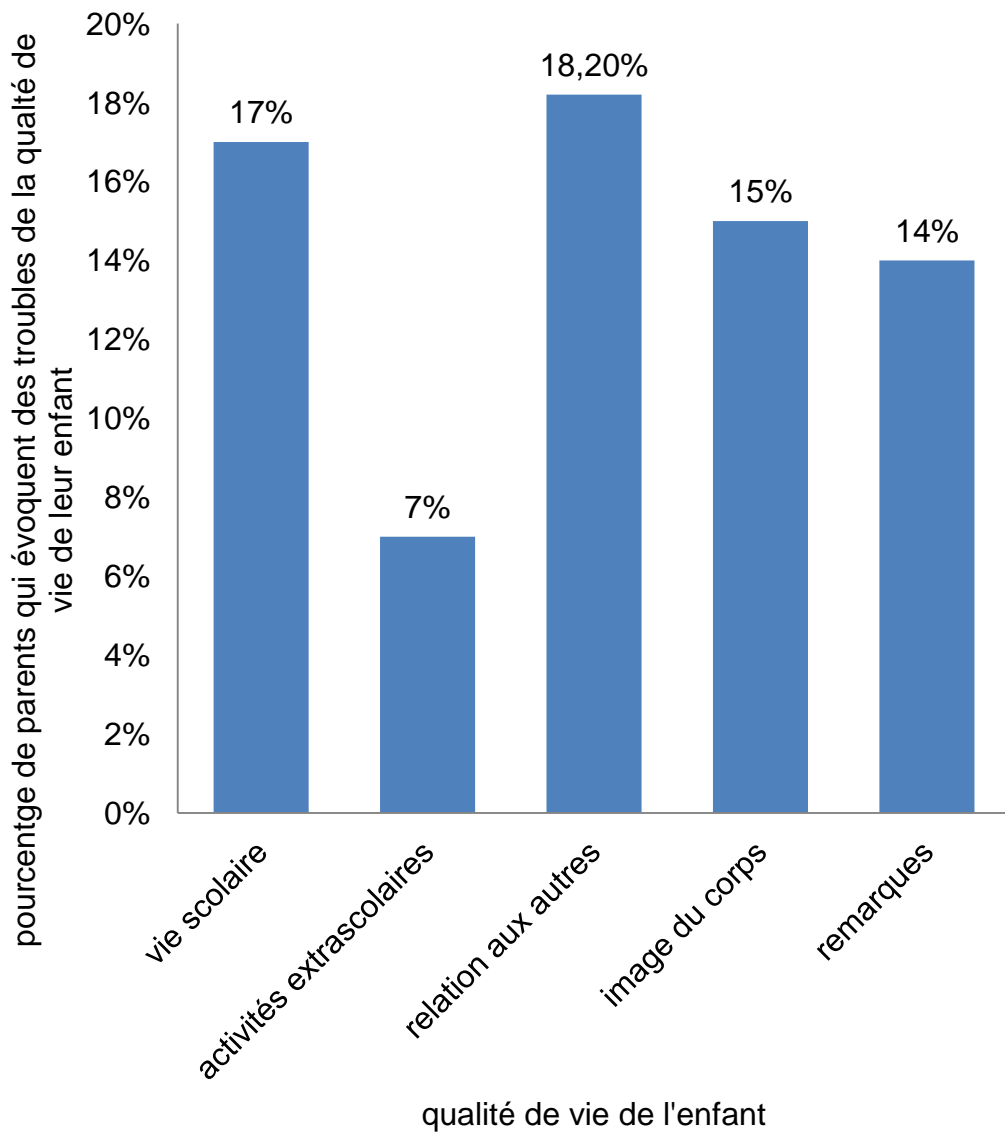


Figure 12 : Histogramme du ressenti des parents sur la qualité de vie de leur enfant en fonction de leur corpulence.

I. Connaissances parentales sur l'obésité :

1. Connaissances nutritionnelles :

Le lien entre connaissances nutritionnelles et surcharge pondérale a été recherché. Deux groupes ont été créés : le premier groupe regroupait les enfants en insuffisance pondérale avec ceux de corpulence normale et le second groupe les enfants en surpoids ou obèses. La valeur de p était égale à 0,08. Il n'existait pas de différence significative entre l'auto-évaluation des connaissances parentales en nutrition et la corpulence de leur enfant.

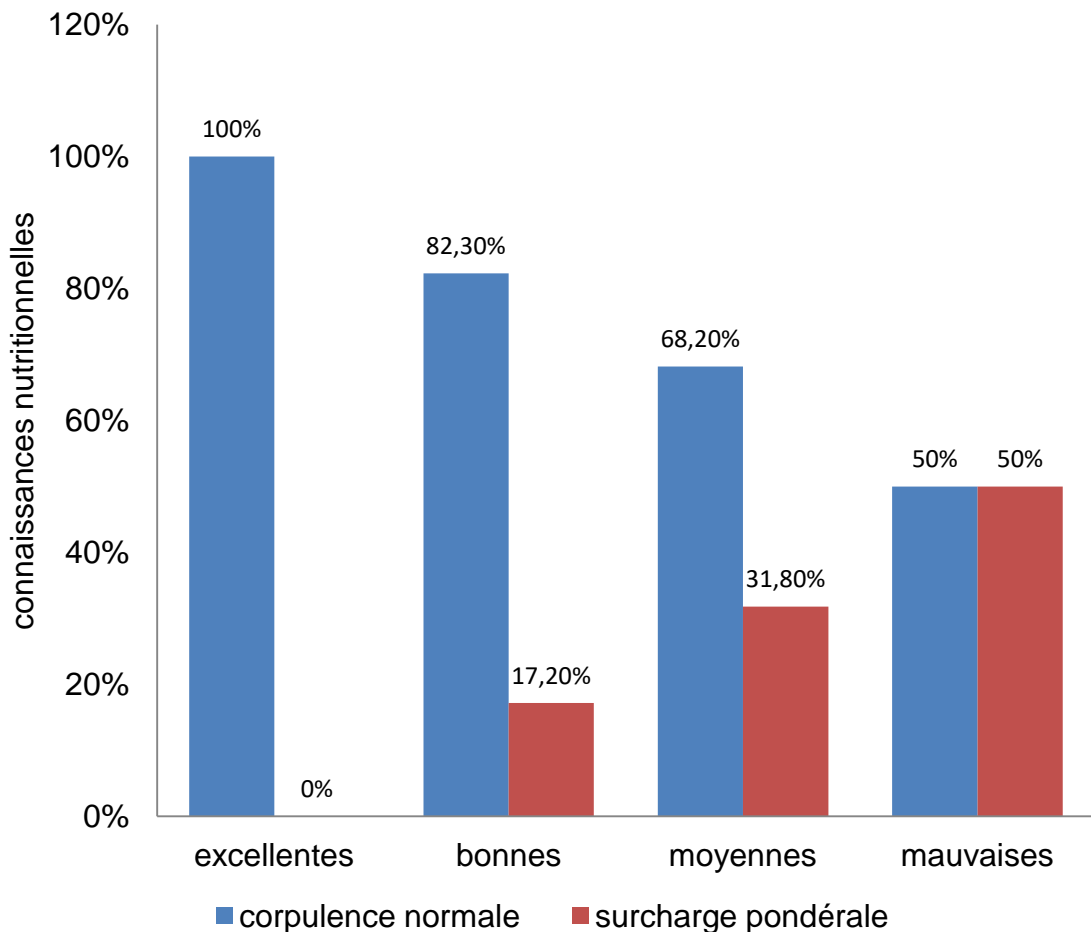


Figure 13 : histogramme des connaissances nutritionnelles parentales en fonction de la corpulence infantile

2. Connaissance de l'IMC :

Cinquante quatre parents interrogés ont déclaré connaître l'IMC et en ont donné une bonne réponse soit 61,4% des parents. Parmi ces derniers 46 parents soit 85,2% d'entre eux avaient des enfants de corpulence normale et 8 parents, soit 14,8%, des enfants qui étaient en surcharge pondérale. La valeur de p était égale à 0,07 : Il n'y avait pas de lien entre la surcharge pondérale de l'enfant et la connaissance de l'IMC.

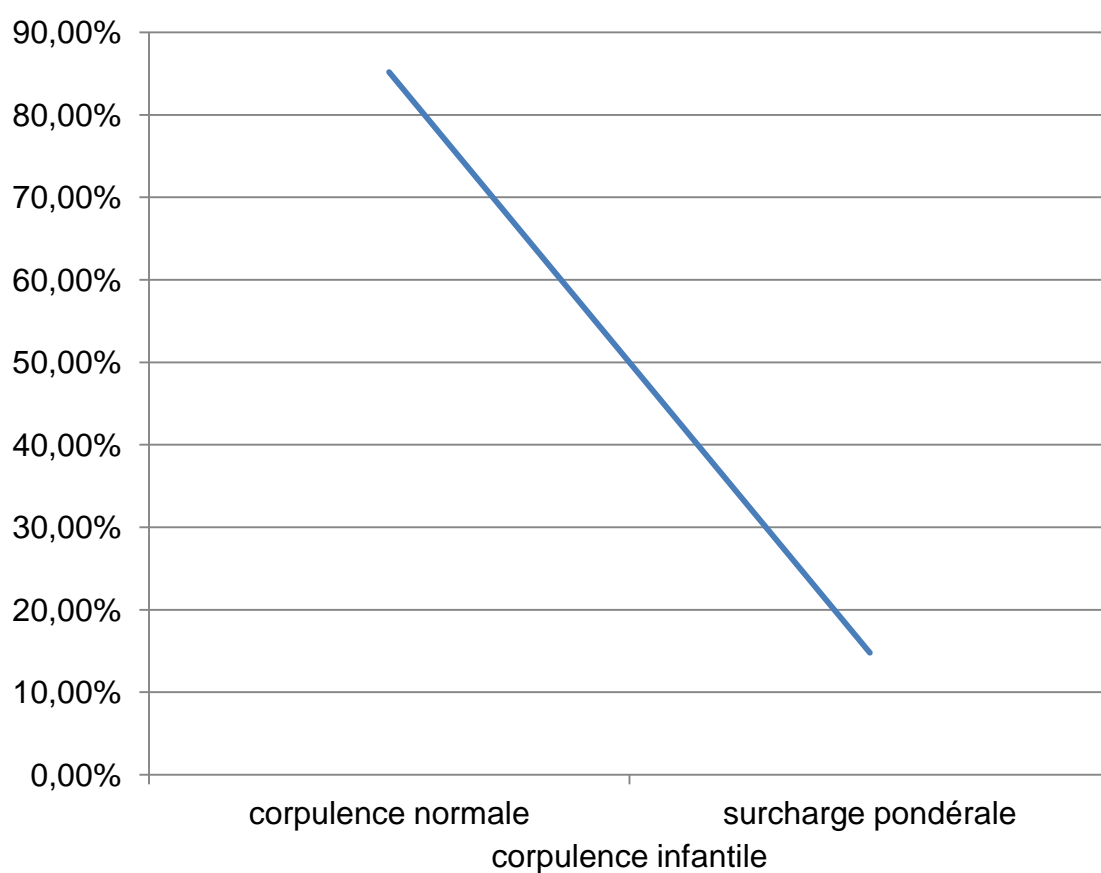


Figure 14: Courbe de répartition de la connaissance de l'IMC en fonction de la corpulence infantile

3. [Le surpoids ou l'obésité sont-ils considérés comme une maladie grave ?](#)

Soixante dix huit pour cent des parents considéraient l'obésité ou le surpoids comme une maladie grave. Il n'était pas noté de différence significative quant à la réponse donnée par les parents et l'existence d'une surcharge pondérale chez leur enfant : la valeur de p était égale à 0,5.

Soixante dix neuf pour cent des parents dont les enfants avaient une corpulence normale ont considéré l'obésité comme une maladie grave versus 72,2% des parents dont l'enfant présentait une surcharge pondérale.

4. [Le surpoids ou l'obésité s'arrangent-ils lorsque l'enfant grandit ?](#)

Soixante dix huit pour cent des parents ne pensaient pas que le surpoids ou l'obésité s'arrange lorsque l'enfant grandit. Il n'y avait pas de différence significative entre les réponses selon la corpulence des enfants. La valeur de p était égale à 0,5. Si l'enfant était en surcharge pondérale, 27,8% des parents ont déclaré que le problème s'arrange avec la croissance de l'enfant versus 20,6 % lorsque l'enfant était de corpulence normale.

5. [Complications de l'obésité infantile :](#)

Les parents étaient 65 soit 75,6% à déclarer connaître des complications du surpoids ou de l'obésité chez les enfants. Un regroupement en cinq catégories a été effectué :

- Dans le groupe des complications cardiovasculaires, les parents ont cité : « hypertension artérielle », « problème de cœur ».
- Dans les complications métaboliques les parents ont cité « le diabète » et « le cholestérol ».
- Dans le groupe complications mécaniques les parents ont cité : « les problèmes articulaires », « les problèmes respiratoires ».

- Dans le groupe « autres » : on retrouvait par exemple « la stérilité » ou « l'accident vasculaire cérébral » ou encore « le risque de devenir obèse à l'âge adulte ».

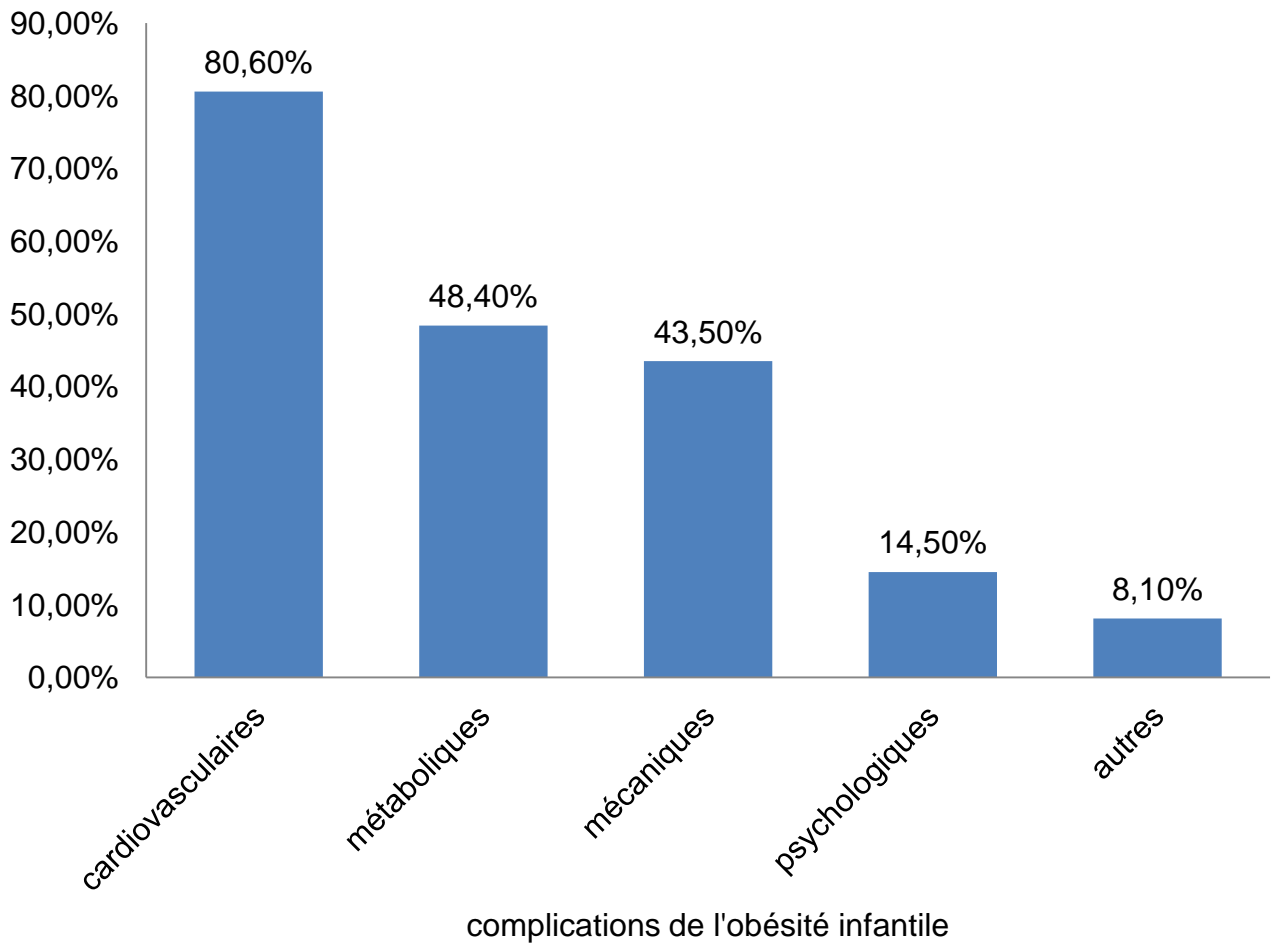


Figure 15 : Histogramme des complications du surpoids et de l'obésité infantiles citées par les parents.

J. Représentation du poids de l'enfant :

Quatorze pour cent des parents ont déclaré leur enfant plus gros qu'il ne l'était et 18.6% des parents l'ont évalué plus mince ; **67,4% des parents interrogés avaient une bonne représentation de la corpulence de leur enfant.**

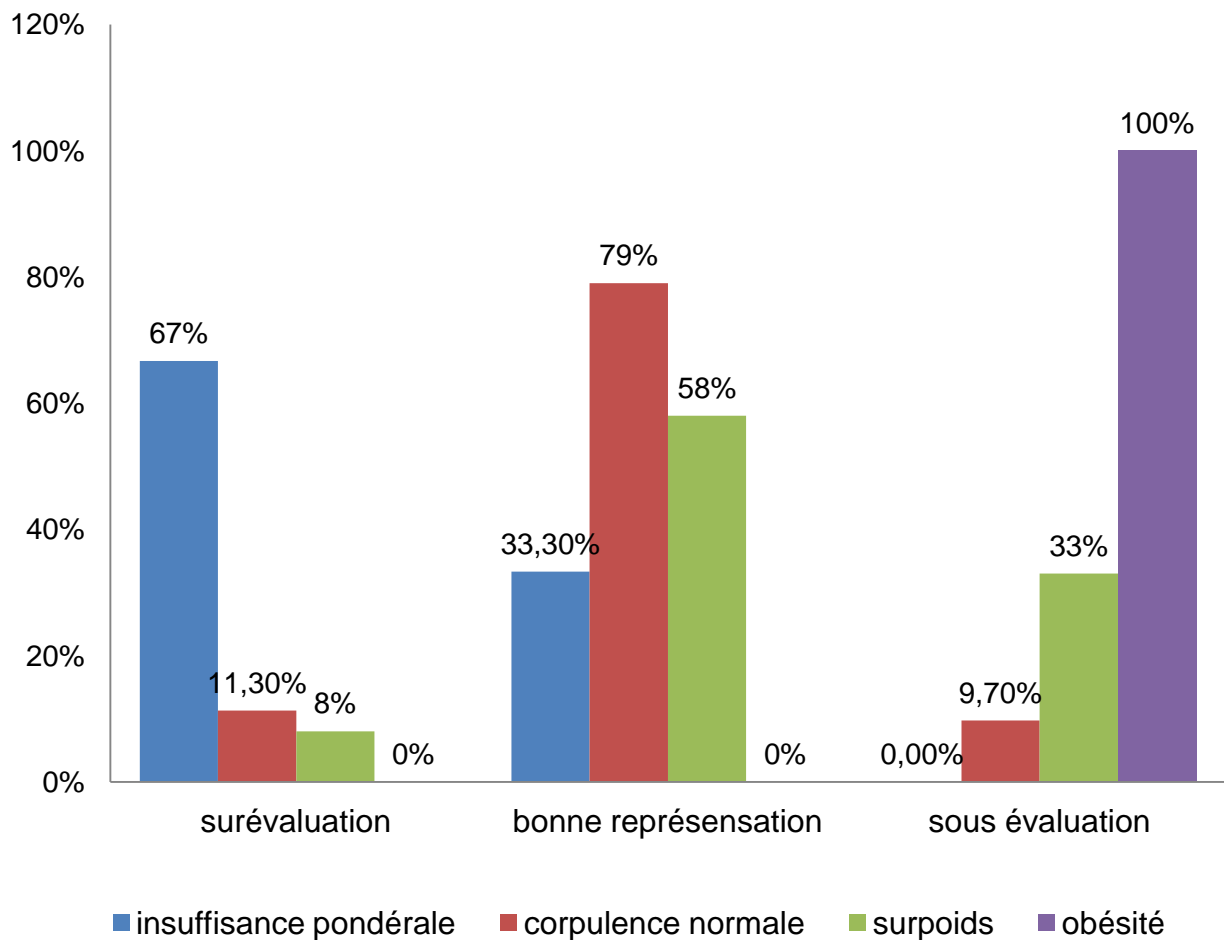


Figure 16 : histogramme de la représentation de la corpulence infantile par les parents

K. Les sources d'information et souhait de prise en charge parentale :

1. Les sources d'information selon les parents :

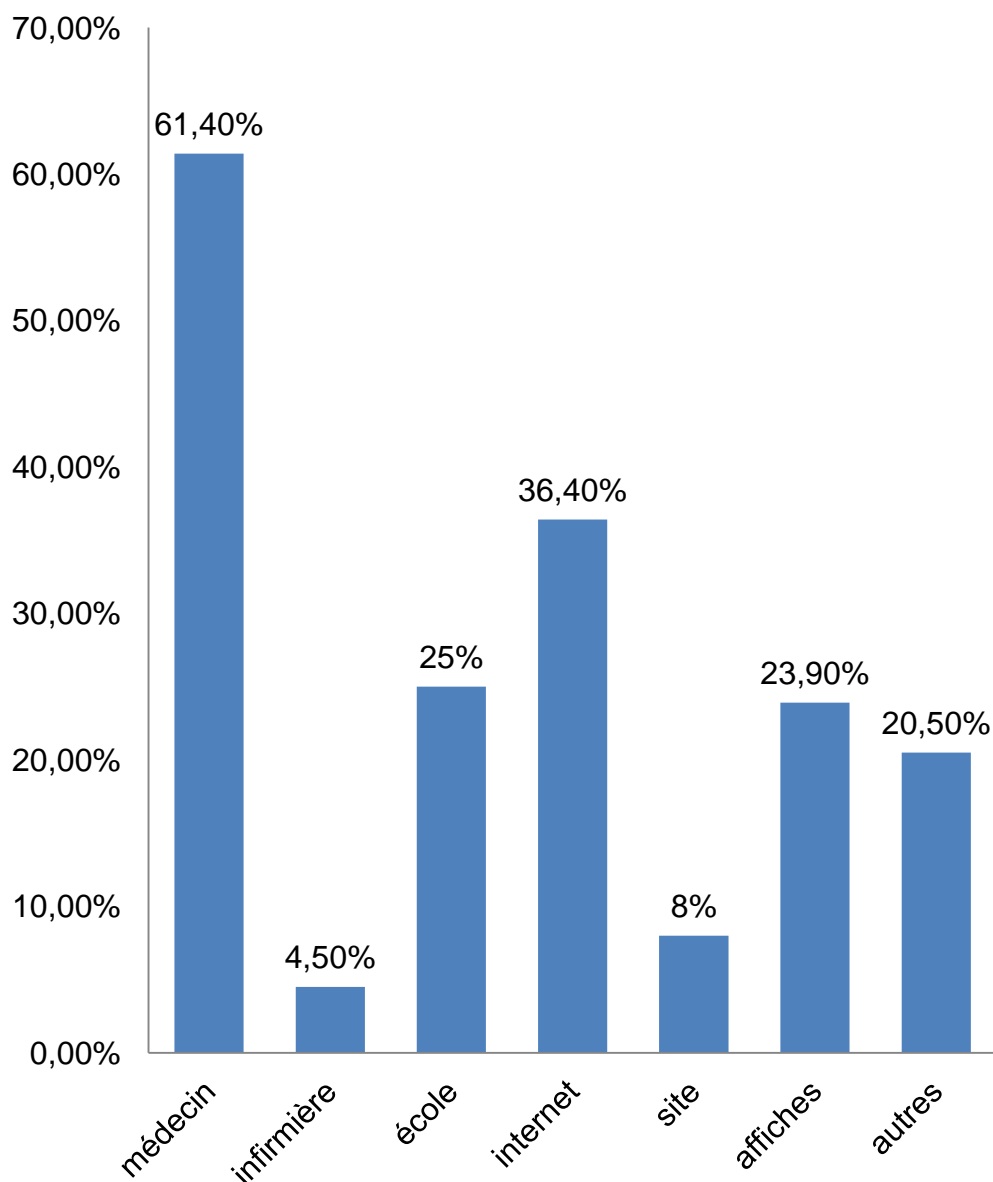


Figure 17 : Histogramme des sources d'informations citées par les parents

Dans la catégorie « autres » : les parents ont cité « la télévision », « l'infirmière scolaire », ou encore « la famille ».

2. Prise en charge souhaitée par les parents :

Les parents citaient en moyenne deux intervenants pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantiles.

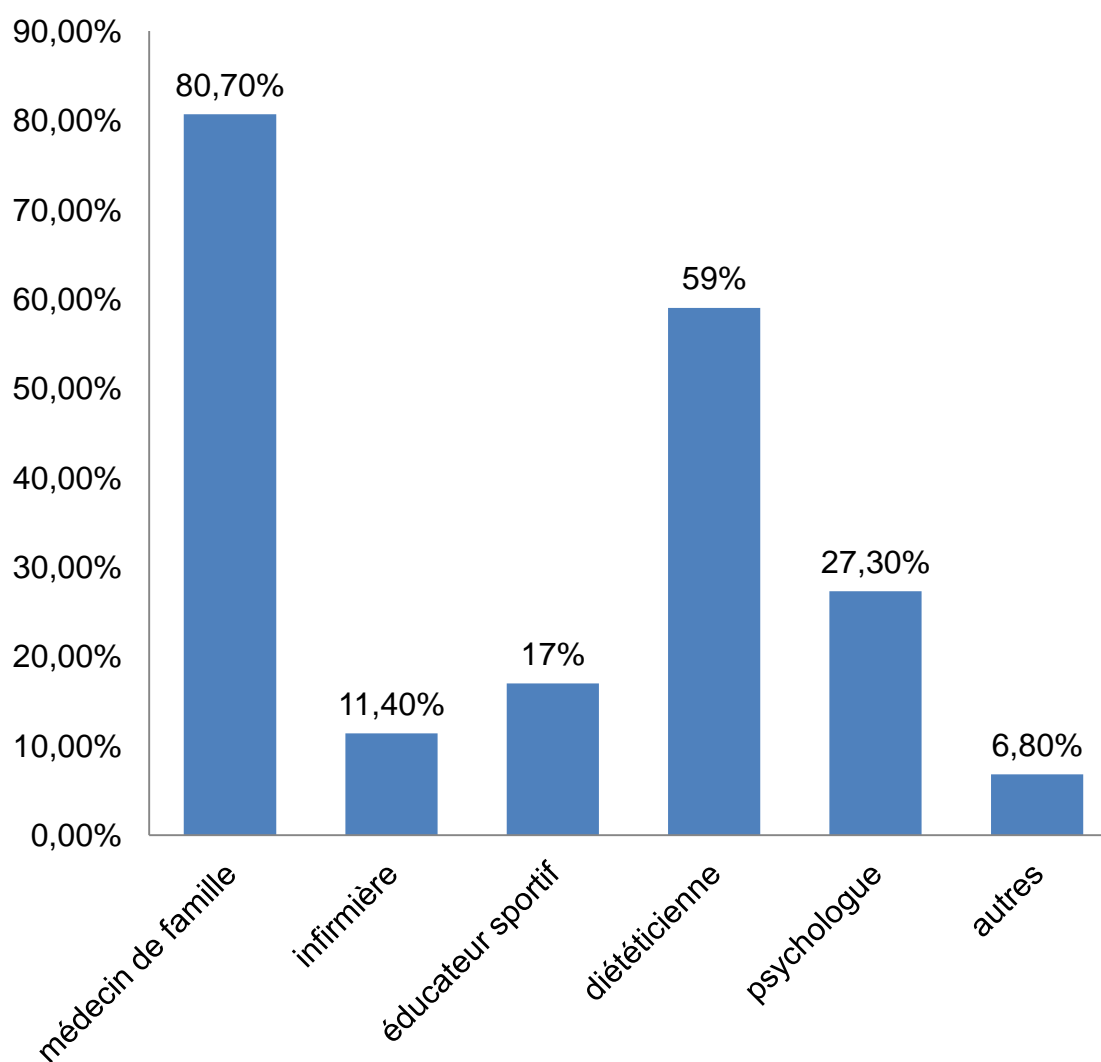


Figure 18: Histogramme des souhaits parentaux de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantiles.

Dans la catégorie « autres » « le pédiatre » et « l'infirmière scolaire » ont été cités.

IV. DISCUSSION

A. Nombre de questionnaires et lieux de recueil :

Le médecin généraliste et le pédiatre ont un rôle essentiel à jouer dans le dépistage et la prévention de l'obésité de l'enfant. En effet, 88% des enfants qui consultent en médecine générale le font pour un suivi régulier. De plus, le suivi des enfants de moins de trois ans est assuré uniquement par le médecin généraliste dans 40% des cas, (dans 5 % des cas par le pédiatre et 55% des enfants ont un suivi conjoint). (7) Dans notre étude 70% des questionnaires ont été recueillis en médecine générale.

Selon l'article L4130.1 de la loi HPST, le médecin généraliste de premier recours a pour mission de « contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. » (8)

B. Prévalence de l'obésité

1. Prévalence de l'obésité infantile :

La prévalence du surpoids et de l'obésité infantiles au niveau national est estimée à 18% chez les enfants de 3 à 17 ans dont 3.5% représentent une obésité (selon les références IOTF). Un enfant sur cinq est donc en surcharge pondérale. (1 ; 9 ; 10)

A travers notre étude 21% des enfants étaient en surcharge pondérale (13,6% en surpoids et 6,8% obèses). La prévalence est légèrement supérieure, cependant le Nord et le Pas-de-Calais sont marqués par une prévalence de l'obésité adulte plus élevée que dans d'autres régions. De plus une partie des questionnaires a été recueillie dans les salles d'attente de pédiatrie hospitalière où il existe des consultations dédiées à l'obésité infantile.

Les objectifs du plan de santé publique préconisent une réduction de 20% de la prévalence de l'obésité adulte et une stabilisation de son augmentation chez les enfants. (1) L'environnement familial doit ainsi être sensibilisé : différents plans sont

recommandés comme l'éducation à la nutrition ou la promotion de l'activité physique régulière. Pour les professionnels de santé, cibler les enfants à haut risque d'obésité, est primordial lorsque, un parent est obèse, afin d'être dans une démarche de prévention. En effet, l'étude a montré un lien significatif entre surcharge pondérale infantile et parentale. L'objectif étant de faire adapter à la famille des comportements d'équilibre alimentaire et ce avant qu'un gain pondéral ne soit présent.

2. Prévalence de l'obésité adulte :

Dans notre étude il existe une forte prévalence de l'obésité puisque *52% des hommes étaient en surcharge pondérale et 23% obèses.* Dans la région il est retrouvé 21.3% d'obèses contre 15% au niveau national ; le NPdC est la région où la prévalence de l'obésité adulte est la plus marquée. (1 ; 9 ; 11 ; 12) *Chez les femmes 42% d'entre elles étaient en surcharge pondérale et 21% obèses.*

Selon l'ENNS de 2006, la progression de l'obésité adulte est estimée à 4% par an, avec une prévalence qui pourrait atteindre les 30% en 2020. (1 ; 13)

De plus les données ont été recueillies sur un mode déclaratif qui peut conduire à sous estimer la prévalence de l'obésité. (12)

C. Facteurs de risques de surcharge pondérale :

1. L'environnement familial :

La sphère familiale est représentative des facteurs environnementaux, sociaux, culturels et génétiques qui peuvent conditionner une obésité. De nombreuses études montrent l'importance du facteur environnemental comme facteur de risque au développement de l'obésité. Dans la sphère familiale les habitudes de vie sont similaires : le problème des mauvaises habitudes alimentaires peut concerner tous les membres de la famille, tout comme la sédentarité majeure ainsi que la faible pratique de l'activité physique.

a) Le niveau socio-économique :

A travers notre étude la proportion de parents *cadres était importante puisqu'ils représentaient un tiers des actifs masculins*. Le faible effectif n'a pas permis de rechercher de lien entre le statut professionnel des parents et la prévalence de l'obésité. Pourtant de multiples études mettent en avant les inégalités sociales comme facteur de risque d'obésité. (14) Selon l'OMS le milieu social est un élément important puisque 10% des enfants dont l'un des parents est cadre sont en surcharge pondérale contre 25% des enfants d'ouvriers. (12 ; 15) Des freins à la prise en charge de l'obésité infantile de type socioculturels, économiques et psychosociaux peuvent exister au sein de la famille de l'enfant. (16).

b) L'alimentation :

Les croyances culturelles personnelles de l'alimentation et la structure familiale conditionnent la façon de se nourrir. Les habitudes alimentaires de l'enfant se construisent au sein de la famille. Elles sont fondamentales et vont conditionner son futur équilibre nutritionnel. (17) Plusieurs études montrent que tout commence très tôt, dans l'enfance. Les goûts alimentaires semblent se conditionner au moment même de la diversification. Les répétitions d'aliments, si possible sains, vont donc influencer le choix alimentaire que fera l'enfant. (18) Le repas partagé en famille est aussi une étape de la socialisation de l'enfant. Prendre ses repas en famille fait partie des facteurs protecteurs contre la surcharge pondérale. (19) L'alimentation saine peut être plus facilement promue par les parents autour d'un repas partagé. Le type de repas, les portions consommées ou la valeur nutritive des aliments sont influencés par les repas pris en famille. Des études établissent également des liens entre désordres alimentaires chez les adolescents avec le temps passé à table et la fréquence des repas pris en famille. (20)

Il est important pour les parents de savoir que les bonnes habitudes alimentaires vont se répercuter à l'âge adulte. Les parents ont un rôle éducatif dans l'alimentation. (18) De même les bonnes habitudes doivent limiter les consommations d'aliments riches en calories et en boissons sucrées pour que l'enfant ne les consomme que de façon occasionnelle. L'accessibilité aux aliments, ou leur

disponibilité à la maison vont constituer une variable importante. La façon de se nourrir évolue, les familles consomment plus de plats « tout préparés » à plus forte valeur énergétique. Les habitudes nutritionnelles ont évolué au fil des années mais peu de familles suivent les recommandations nutritionnelles. Les bénéfices de consommation régulière de fruits et légumes ont été démontrés, cependant seulement 40% de la population suit les recommandations. (12) Plus de la moitié des enfants ne consomment que 3,5 fruits et légumes par jour selon l'ENNS (21).

La participation des enfants à la préparation des repas est une variable importante puisqu'elle transforme de manière positive leur façon de se nourrir. Une étude canadienne révèle qu'impliquer les écoliers dans la préparation des repas, leur permet d'avoir une alimentation plus diversifiée. Plus les enfants participent aux préparatifs, meilleure est leur perception de l'alimentation saine. (22) A travers notre étude *85% des enfants de corpulence normale participaient régulièrement à la préparation des repas contre 14% des enfants en surcharge pondérale.* Dans notre étude *les enfants prenaient quasi quotidiennement leurs repas en famille le soir, ce qui constitue plutôt un facteur protecteur.* Cependant *près de la moitié de ces repas étaient pris devant les écrans.* Selon les données de l'Insee un quart des adultes regardent la télévision en mangeant le soir, et 20% des couples avec enfant dînent devant la télévision. (23) L'étude « vivons en forme » révélait que 42% des enfants grignotaient devant la télévision alors que seulement 22% des parents interrogés le déclaraient, montrant ainsi une discordance des réponses parents-enfants sur les comportements à risque. (24)

Les parents doivent donc être les garants d'une éducation alimentaire et d'un équilibre nutritionnel afin d'apprendre à leur enfant à bien se nourrir. A travers notre étude *la moitié des parents dont les enfants étaient en surcharge pondérale considérait qu'ils avaient de mauvaises connaissances nutritionnelles.* Ces parents devraient donc pouvoir bénéficier d'une éducation nutritionnelle.

Chaque individu a une sensibilité comportementale, vis-à-vis de l'alimentation. Les enfants en surpoids grignotent plus que les autres alors qu'ils n'ont pas faim. En effet ces derniers vont considérer la nourriture comme « un outil de renforcement » ; de même la vitesse pour manger croît parallèlement avec l'IMC et entraîne une plus grande quantité d'aliments ingérés sur un même repas. Les traits héréditaires à l'appétit semblent donc variables au sein d'une société. (25)

c) *La sédentarité :*

La sédentarité représente un véritable problème de santé publique mondial. Selon l'OMS 31% des adultes manquent d'activité physique régulière (28% pour les hommes et même 34% pour les femmes). 3.2 millions de morts par an seraient la conséquence du manque d'activité physique. Les raisons principales sont le manque d'activité physique pour les loisirs et l'augmentation des comportements sédentaires au cours des activités professionnelles et domestiques ainsi qu'une utilisation plus importante des transports passifs. La sédentarité est devenue le quatrième facteur de risque mondial de décès par maladie non transmissible derrière l'hypertension artérielle, le tabac et le diabète. Elle provoque 10% de morts en Europe. (26)

La sédentarité est un facteur de risque majeur qui peut conduire vers la surcharge pondérale pour l'adulte mais aussi pour l'enfant. Regarder la télévision plus de huit heures par semaine constitue un risque de développer une surcharge pondérale pour l'enfant. L'étude de Witaker et al montre l'impact de la durée passée devant les écrans. Ce risque tend à diminuer lorsque la durée passe sous le seuil des deux heures par jour. (27)

Une étude française récente, fondée sur l'accélérométrie, a évalué à 7 heures par jour le temps moyen de sédentarité, soit 52,8% du temps d'enregistrement quotidien. La sédentarité représenterait environ la moitié du temps éveillé de l'adulte. (28)

En France, selon le dernier rapport de la DRESS, 30 à 50% des enfants passent plus de trois heures quotidiennement devant la télévision. Les chiffres varient en fonction de l'âge de l'enfant. Les enfants de 3 à 6 ans regardent environ 30 minutes d'écrans par jour ; pendant la moitié de ce temps l'enfant est seul devant l'écran. (29) Les écrans rendent les enfants sédentaires mais ont aussi d'autres conséquences sur le psychisme de l'enfant. Les études montrent des différences de temps consacré aux écrans selon la structure familiale : les ouvriers et les employés regardent plus les écrans par rapport aux cadres ou professions libérales. De plus le nombre de télévisions a augmenté au sein des foyers. (12 ; 30) La dimension familiale de la consommation de la télévision comme loisir partagé diminue au profit d'un temps seul devant les écrans. Dans l'étude « vivons en forme » la moitié des enfants déclaraient avoir un écran dans leur chambre. (24)

Les enfants sont donc plus sédentaires que l'on ne le pense. Rappelons qu'avant deux ans les écrans devraient être prohibés. Les recommandations sont peu suivies et les écrans apparaissent comme une alternative à l'occupation des enfants. Il conviendrait, selon certains auteurs, de réduire le temps d'exposition des enfants en limitant leur utilisation dans les centres éducatifs tels que les écoles.⁽¹²⁾ L'association française de pédiatrie ambulatoire (afpa) révèle que 44% des parents prêtent leur Smartphone à leur enfant de moins de trois ans afin de le distraire ou de le consoler. C'est une pratique que l'on peut constater dans les salles d'attentes. Les écrans ont envahi le quotidien. Il ne semble plus d'usage de laisser les enfants s'ennuyer puisqu'un enfant sur deux utilise un écran interactif (tablette ou Smartphone) alors qu'il a moins de trois ans. (29)

Les parents ont déclaré que les enfants passaient en moyenne 8 heures par semaine devant les écrans soit une heure par jour ce qui semble, au vu des données de la littérature, plutôt faible. Il apparaît licite de s'interroger sur la perception de la quantité d'écrans consommée par les enfants pour les parents. De plus il n'est pas noté comment se répartit cette consommation d'écrans : répartition uniforme sur la semaine ou condensée sur les jours de repos des enfants au domicile ? Par ailleurs, les parents peuvent sous estimer le temps que leur enfants consacrent aux écrans. (24)

Il convient donc de sensibiliser les parents aux conséquences des écrans sur les enfants. Le temps consacré aux écrans augmente le temps passé devant la publicité. Des mesures gouvernementales ont été prises afin d'identifier les aliments à fort pouvoir énergétique pour en limiter leur consommation. Certaines études montrent que les publicités, qui comportent un message préventif, ont tendance à véhiculer des messages plutôt inverses. En 2007, selon l'Inpes 87% des français interrogés connaissaient le slogan « évite de manger trop gras, trop salé, trop sucré ». Cependant, l'UFC que choisir montrait que 68% des adultes, qui avaient visionné une publicité avec le slogan pour un produit fortement sucré, estimaient que ce dernier avait un bon équilibre nutritionnel. (31) L'étiquetage des aliments, selon un code couleur, qui indique leur valeur nutritive aux consommateurs se met peu à peu en place. Le nutri-score basé sur un code couleur paraît être assez simple et facile à interpréter ; il est proposé par les nutritionnistes du PNNS ; il est en expérimentation dans quelques supermarchés depuis peu. (32)

d) *Activité physique des enfants :*

Les modes de déplacements ont changé au fil des siècles, mais la marche et le vélo peuvent être mis en avant comme sources d'activités physiques qui s'intègrent facilement dans le quotidien. De plus la proximité des écoles primaires avec le domicile familial pourrait inciter les familles à effectuer leur déplacement ainsi. C'est de moins en moins le cas en Europe, puisqu'un tiers des déplacements s'effectue en voiture lorsque la distance est inférieure à trois kilomètres (et plus de la moitié lorsque la distance est de 5 kilomètres). (33)

Une étude danoise a montré que la concentration des enfants augmente lorsque les déplacements du domicile vers l'école sont effectués à vélo ou à pieds : le réveil de l'esprit après le réveil du corps. (34)

L'inactivité est définie par moins de 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine soit moins de 30 minutes de marche quotidienne. (Elle diffère de la sédentarité qui montre que plus on est assis plus le risque de mortalité augmente). En France, 45 % de la population globale pratique une activité physique régulière selon les recommandations (48% des hommes et 41% des femmes). En ce qui concerne les enfants, ils devraient pratiquer 60 minutes d'activité intense par jour. En moyenne les 10-11 ans en font 25 minutes par jour, ce qui est inférieur aux recommandations. (12 ; 35)

L'absence d'activité physique est un facteur de risque de développer une obésité chez l'enfant. Selon le ministère de la jeunesse et des sports deux tiers des enfants pratiquent une activité sportive. (34 ; 36) Dans notre étude, *65% des enfants faisaient régulièrement du sport et 75% des enfants, qui pratiquaient régulièrement une activité sportive, avaient une corpulence normale.*

Le principal moteur de l'activité physique est le plaisir. Les déterminants de la pratique sont nombreux, à la fois personnels (l'état de santé, la pratique antérieure, l'envie), mais aussi socioculturels (la pratique d'une activité sportive chez les parents, les habitudes de vie à l'extérieur, l'accès aux structures sportives...) L'activité physique améliore la condition physique, notamment par l'augmentation de la dépense énergétique. (37) La prescription de l'activité physique est désormais possible pour le praticien (38). Il devra redonner envie à l'enfant en surcharge

pondérale de pratiquer une activité physique régulière, plutôt d'intensité modérée. L'objectif serait alors de trouver du plaisir dans cette pratique et de la pérenniser dans le temps, puisque le niveau d'activité physique pendant l'enfance semble être un déterminant d'une vie active future. (39)

L'augmentation de la prévalence de l'obésité s'explique par l'évolution de la société : l'activité physique de chacun diminue car l'homme dispose des machines qui font à sa place ; les rythmes alimentaires ne sont plus biologiques mais sont devenus plaisir et répondent aux sollicitations externes. Tout ceci contribuant à une dérégulation de notre système. Certaines sociétés peuvent s'adapter à ces changements, certaines familles y parviennent, d'autres beaucoup moins avec une obésité de père en fils.

2. Cette problématique familiale est aussi génétique :

Différentes études nous montrent l'origine de cette obésité familiale avec la recherche de facteurs génétiques : certaines familles auraient un terrain génétique plus propice à l'obésité. (14)

Les différents facteurs de prédisposition génétique sont :

- L'héritabilité : c'est la prédisposition génétique à l'obésité.
 - L'épigénétique : l'influence de l'environnement modifie l'expression des gènes. Les polluants, les pesticides, les perturbateurs endocriniens récemment incriminés dans le risque de surpoids en sont un exemple.
 - La métagénétique : c'est le lien entre le microbiote intestinal et l'obésité.
- (14)

Grâce aux différents progrès de ces dernières années dans la compréhension génétique de l'obésité et de ses complications métaboliques, il a été établi que différentes formes d'obésité peuvent se concentrer au sein d'une même famille. Les ressemblances familiales s'expliquent par le gène (le nombre impliqué dans l'obésité est de plus en plus important).

Une étude canadienne qui porte sur les modes de vie et les habitudes alimentaires va dans le même sens en montrant que la croissance de l'obésité s'explique par le mode de vie avec l'accroissement des apports lipidiques et la sédentarité ; cependant les gènes de l'individu créent des différences d'adaptation à cet environnement « obésogène ». La population à risque peut alors être mieux ciblée par la connaissance de ces gènes. (40)

D'autres études établissent le lien familial de l'obésité qui peut exister entre frère et sœur. Le risque de devenir obèse est multiplié par cinq lorsque le frère ou la sœur souffre d'obésité, cependant ce risque semble plus lié à l'environnement familial dans lequel les enfants grandissent que lié à la génétique. (41)

L'obésité résulte donc d'un dysfonctionnement entre des facteurs génétiques et environnementaux. C'est leur association qui conduit à la surcharge pondérale, et cibler les facteurs de risque peut permettre de ne pas considérer l'obésité au sein d'une famille comme une fatalité pour chacun de ses membres et notamment pour les enfants. La combinaison d'un environnement favorable à l'obésité avec la prédisposition génétique entraîne le développement de cette dernière. Il faut lutter sur le contrôle environnemental pour que l'obésité ne devienne pas une fatalité.

D. Qualité de vie des enfants :

De multiples facteurs renseignent sur la qualité de vie des enfants : la catégorie socioprofessionnelle des parents, le tabagisme maternel pendant la grossesse, l'heure du coucher des enfants, l'absence de petit-déjeuner, ou encore le temps devant les écrans. Le temps de sommeil, l'attention des parents, l'éducation, l'activité physique, sont un ensemble de principes qu'il convient de corriger pour lutter contre l'obésité. (42)

La qualité de vie est une donnée parfois difficile à évaluer. *Moins de 20% des parents estimaient que la corpulence de leur enfant puisse avoir un lien avec sa qualité de vie.* Les résultats de l'étude ont été complétés par les parents et ne révèlent donc que la perception que ces derniers peuvent avoir du ressenti ou de la qualité de vie de leur enfant.

Les facteurs psychologiques vont influencer la qualité de vie de l'enfant en surpoids. Des liens entre trouble psychologique et obésité infantile ont été établis. L'enfance est définie comme une période de construction psychique pendant laquelle l'obésité peut révéler un trouble psychique sous-jacent mais également être à l'origine de troubles psychologiques secondaires. De plus l'interprétation peut être différente selon le sexe et l'âge de l'enfant, ainsi que la communication présente ou non dans la famille. (43)

L'obésité en tant que trouble chronique apparaît comme un facteur de risque de compromettre la qualité de vie mais aussi le fonctionnement psychosocial des patients. Une stigmatisation du sujet obèse s'observe au sein de nos sociétés et contribue à une perturbation de l'estime de soi. (44)

La qualité de vie de l'enfant est compromise par ses perturbations psychiques et ses désordres alimentaires ; l'enfant en surcharge pondérale peut ne pas ressentir la faim ou la satiété. La faim ou la prise alimentaire devient une réponse aux messages sociaux ou affectifs. L'alimentation est déconnectée du réel, elle résulte de l'ennui, de l'inactivité ou encore de la frustration... Certains auteurs parlent alors de syndrome d'hyperphagie ou « binge eating ». (43) Les conséquences psychosociales pour l'enfant sont nombreuses, les adolescents en surpoids sont plus à risque de troubles anxieux ou de dépressions. La pratique d'entretien motivationnel par le praticien peut permettre d'améliorer l'image de soi de l'enfant et renforcer l'envie de poursuivre les changements de comportements vers un mode de vie plus sain. (45)

E. Connaissances parentales :

1. Connaissances nutritionnelles :

La représentation de l'équilibre alimentaire a bien évolué. Au fil des années, de nombreuses campagnes ont été mises en place par le ministère de la santé. Les adultes peuvent acquérir des connaissances en alimentation et notamment des repères nutritionnels plus élaborés. De plus, avoir de bonnes connaissances nutritionnelles influence le comportement alimentaire. L'étude des repères du PNNS

nous montre que la connaissance globale, évaluée entre 2002 et 2008, a progressé : un plus grand nombre de personnes a connaissance du PNNS et de ses repères. Par exemple, le repère sur l'activité physique est connu par près de 65% des individus. Le grignotage a diminué, cependant la consommation de boissons sucrées a quant à elle plutôt progressée. Le premier obstacle pour une consommation plus saine, cité par les parents est un problème budgétaire. Les français s'estiment satisfaits de l'information nutritionnelle transmise par les pouvoirs publics. Selon le baromètre santé nutrition de 2008 (INPES) le niveau des connaissances est corrélé au niveau de diplômes ou de revenus du foyer. (20 ; 46) Cet élément est également présent dans notre étude au vu du profil type du cadre moyen qui prédomine avec de bonnes connaissances. Moins de 20% des enfants consomment au moins 5 fruits et légumes quotidiennement comme le préconise le PNNS. (12 ; 46)

Les régions de l'Est et du Nord de la France sont par ailleurs caractérisées par des apports alimentaires moins favorables aux vues des traditions régionales de consommation ainsi que des facteurs sociaux-économiques moins propices.

2. Connaissances de l'IMC et de la maladie :

L'Indice de masse corporelle ou indice de Quetelet est défini par le rapport entre le poids exprimé en kilogrammes divisé par la taille exprimée en mètre au carré. Il permet d'évaluer la corpulence de l'enfant au moyen de courbes en fonction du sexe et de l'âge de l'enfant. (1 ; 3)

Soixante deux pour cent des parents en ont donné une bonne définition. Ceci peut s'expliquer par le fait que, selon une enquête de l'Unaf, plus de la moitié des parents déclaraient remplir eux même les grilles de corpulence (IMC) dans le carnet de santé de leur enfant. (47)

Près de 80% des parents considéraient le surpoids ou l'obésité infantile comme une maladie grave qui ne s'arrange pas lorsque l'enfant grandit.

Les parents ont donc globalement des bonnes connaissances sur le surpoids et l'obésité infantiles.

3. Complications de l'obésité :

Les complications de l'obésité infantile sont multiples. Elles peuvent être : respiratoires (dyspnée d'effort, syndrome d'apnée du sommeil, asthme), orthopédiques (lombalgie plus fréquente, fracture) hépatiques, digestives ou encore neurologiques, lipidiques et glucidiques (diabète, syndrome métabolique).(48)

Les complications commencent à être connues : *les parents étaient 75% à en citer. Selon les parents interrogés leur principale source d'information était les professionnels de santé.*

Les complications cardiovasculaires étaient les plus fréquemment citées. Même si les parents connaissent les risques de cette maladie et ses conséquences sur le devenir de leur enfant et sur sa santé, les troubles psychologiques sont relativement peu mis en avant. Les parents évoquent souvent les complications respiratoires car ils semblent mieux les percevoir. Cependant notons que les complications citées s'apparentent plus à celles de l'adulte.

Le site améli.fr est accessible au grand public et fait un rappel de toutes les complications de l'obésité infantile. (49)Les complications de l'obésité sont importantes car elles vont moduler la prise en charge thérapeutique, notamment s'il existe un syndrome métabolique, ou encore un diabète.

Les complications à long terme sont aussi importantes car le risque principal est la persistance de cette surcharge pondérale à l'âge adulte : 20 à 50% des enfants obèses le resteront à l'âge adulte et de 50 à 70% des adolescents. La morbi-mortalité augmente par le biais des complications cardio-vasculaires. (4)

Une étude suisse sur les connaissances parentales du surpoids de l'enfant révélait que les parents avaient conscience de la prévalence du surpoids ou de l'obésité infantile, de ses facteurs de risques et des complications de la maladie. Les facteurs de risque étaient connus par 90% des parents, les complications vasculaires étaient citées par deux tiers des parents. (50)

F. Représentation parentale de la corpulence des enfants :

Soixante sept pour cent des parents avaient une bonne représentation de la corpulence de leur enfant. Cependant les parents d'enfants en surcharge pondérale avaient tendance à moins bien évaluer leur corpulence. L'augmentation de la prévalence de l'obésité dans la population générale et plus particulièrement dans notre région, déplace la représentation inconsciente du poids normal. L'étude de Pellicand montre que près d'un tiers des mères ne remarquaient pas le surpoids de leur propre enfant. Les parents ont tendance à connaître leur propre surpoids mais ont du mal à évaluer celui de leur enfant. (18) Un enfant sera qualifié de bien portant alors qu'il présente une réelle surcharge pondérale. Les parents ont tendance à ne pas reconnaître l'obésité de leur enfant (51).

De plus la corpulence de la mère influence également la perception de la corpulence de son enfant. Le niveau d'éducation est aussi en lien avec cette perception et croit avec elle. (17 ; 52)

Ces données soulèvent la question de la norme de la corpulence qui se définit dans l'inconscient collectif. Le praticien devra sensibiliser les parents d'enfants en surcharge pondérale aux risques de la maladie, en ciblant les familles à risque. Ce sont alors des familles vers qui une démarche d'éducation nutritionnelle semble nécessaire. (51)

G. Prise en charge de la maladie :

Le médecin de famille est une source d'information pour de nombreux parents. Il est cité comme la principale source d'information devant internet et les médias. Les parents considèrent que les médecins ont un rôle d'éducation de la santé et de promotion de la vie saine. Les messages plus généraux qui sont véhiculés par les médias s'intègrent moins facilement dans une démarche de prise en charge individuelle centrée sur le patient.

Il conviendrait de valoriser les milieux environnementaux externes à la sphère familiale comme l'école. (53) Une intervention auprès de la famille est primordiale mais pas toujours réalisable, et doit s'inscrire dans la durée. L'enfant doit être

autonomisé rapidement dans son parcours de soin pour valoriser sa propre prise en charge en créant des outils adaptés à l'âge de l'enfant tout en étant ludiques. (54)

Les programmes en réseau permettent d'améliorer les habitudes alimentaires lorsque la prise en charge ambulatoire se révèle être un échec ; des diminutions de la valeur de l'IMC, permettant aux enfants d'avoir une meilleure qualité de vie, ont été observées dans certaines études. (55)

Plusieurs études réalisées auprès des médecins généralistes ont étudié leurs pratiques concernant la prévention et le dépistage des enfants en surcharge pondérale. Les médecins ont globalement conscience du problème mais leurs pratiques doivent être améliorées. Ils soulignent par ailleurs le besoin de travailler en réseau pour une meilleure prise en charge sur le long terme. (56) Les médecins décrivent souvent les difficultés liées à la prise en charge complexe de la relation à trois qui doit s'effectuer entre le médecin, l'enfant et les parents. Ils préconisent une simplification des pratiques, des formations et des consultations de médecine générale dédiées à la prise en charge des maladies chroniques comme l'obésité. L'information des familles en amont de celle dispensée par le médecin, semble tout aussi importante. Les médecins décrivent un problème de manque de motivation du patient et des difficultés de prise en charge sur une pathologie chronique. (57)

Une étude de la SFMG sur la nutrition montre que les questions relatives à l'alimentation sont de plus en plus fréquentes en consultation de médecine générale. Pourtant les médecins déclarent manquer de temps. Un tiers d'entre eux n'a pas de consultation dédiée et ne fait pas d'éducation à la santé. (58 ; 59)

Des guides à l'attention des professionnels de santé existent afin de les aider dans l'accompagnement des patients en situation de surcharge pondérale. L'HAS a édité des recommandations de prise en charge ainsi qu'un guide élaboré par le PNNS. Ce dernier comprend un rappel des définitions ainsi que les courbes de corpulence et les disques de calcul de l'IMC (3 ; 60 ; 61). Un espace en ligne est même dédié : le site du PNNS « manger-bouger.fr rubrique pro ». (9)

Les praticiens peuvent également orienter leurs patients sur des sites spécifiques qui délivrent des conseils aux patients comme : manger-bouger.fr (62)

De nouvelles mesures gouvernementales impliquant le médecin traitant sont mises en place. Le médecin traitant aura la possibilité de « prescrire des consultations diététiques, des bilans d'activité physique et des consultations psychologiques » prises en charge dans des centres ou maisons de santé spécifiques. Quatre départements ont ainsi été sélectionnés afin de mettre en place ces nouvelles mesures, dont le Nord et le Pas-de-Calais. (38)

H. Faiblesses de l'étude :

Biais de représentativité :

- La taille de l'échantillon est faible et ne permet pas de réaliser tous les tests statistiques, comme le lien entre la corpulence des enfants et la connaissance de la maladie.
- Les familles ayant répondu aux questionnaires vivaient en couple dans 76% des cas, les hommes et les femmes étaient actifs dans 80% des cas. Or le NPdC est marqué par un taux de chômage et de situation de précarité importants. L'échantillon est moyennement représentatif de la population générale et régionale.

Biais de sélection :

- Les questionnaires ont été déposés dans les salles d'attente de consultation pédiatrique hospitalière où il existe des consultations dédiées à l'obésité.
- Les parents ont répondu sur la base du volontariat. Ils devaient consulter leur médecin, or une partie de la population n'a pas accès aux soins.
- Ensuite ils devaient être capable de comprendre le questionnaire et de le remplir (barrière de langage et de lecture).
- Enfin ils devaient accepter de le remplir seuls : les parents pouvaient ne pas souhaiter répondre aux questions sur leur corpulence en se sentant stigmatisés par leur problème de poids ou celui de leur enfant. Les non-répondants sont fréquents chez les parents d'enfants en surpoids qui ne se sentent pas concernés par la problématique.

Biais de mesures :

- Les réponses ont été données sur la base du volontariat et sur un mode déclaratif, pouvant conduire à sous estimer la corpulence.
- De plus les parents peuvent sous évaluer les activités de leur enfant.

Une approche dans d'autres structures de soins, comme les centres de PMI, pourrait permettre de cibler une population plus vaste. De même, le recueil des données pourrait être réalisé dans les écoles afin d'avoir un panel plus représentatif.

V. CONCLUSION

L'obésité infantile est une maladie complexe et multifactorielle. Elle résulte d'un déséquilibre entre apports énergétiques massifs (alimentation trop riche) et dépenses trop faibles (sédentarité croissante). Les facteurs de risque, de développer une surcharge pondérale, sont connus des professionnels de santé et des parents qui semblent sensibilisés au problème. La dynamique familiale est une variable importante car il existe un lien entre la surcharge infantile et celle des parents. Malgré une connaissance de la maladie, de ses facteurs de risques ou encore de ses complications, la prévalence de l'obésité infantile reste marquée dans notre région, et même dans des milieux sociaux non défavorisés. Le mode de vie et la culture régionale peuvent être une explication.

La prise en charge idéale est donc pluridisciplinaire, intégrant le médecin généraliste ou le pédiatre qui jouent un rôle de coordinateur de soin. Ceci fait pleinement partie des missions qui lui sont confiées mais qui ne sont pas toujours aisées à mettre en place seul. Le médecin peut sensibiliser toute la famille aux facteurs environnementaux de la maladie, par de multiples propositions qu'il faudra pérenniser dans le temps. La première étape consiste à maintenir une lutte contre ces facteurs de risque, en incitant par exemple, les enfants à maintenir une activité physique, et en luttant contre la sédentarité qui représente un véritable fléau. Par ailleurs, il convient d'améliorer les connaissances nutritionnelles des familles. Les familles ont besoin d'être informées, de manière individuelle par les professionnels de santé mais aussi de façon plus globale, grâce aux campagnes nationales. Un travail éducatif de la population en aval semble, donc, tout aussi important et des mesures de promotion de la vie saine pourraient s'envisager dans les écoles.

La prise en charge idéale est donc multidisciplinaire, pour une maladie multifactorielle et complexe dont de nombreuses pistes restent à explorer, car l'obésité est un problème à la fois médical mais aussi sociétal.

VI. ANNEXES

A. Références bibliographiques :

- (1) Programme Régional de Santé Nord-Pas-de-Calais. Programme régional de lutte contre l'obésité 2014-2018. Programme obésité en région Nord-Pas-de-Calais.
- (2) Organisation Mondiale de la santé (OMS). Bureau régionale de l'Europe. Une nouvelle analyse révèle des taux alarmants de surpoids chez les enfants. Communiqué de presse Copenhague et Athènes février 2014. Conférence sur la nutrition et l'activité physique de l'enfance à un âge avancé.
- (3) Evaluer et suivre la corpulence des enfants. Brochure et disques. INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la santé. ministère du travail, de l'emploi et de la santé, INPES 2011.PNNS.
- (4) H. Thibault et all. Stratégies de prévention de l'obésité chez l'enfant. Pédiatrie au quotidien. Archives de pédiatrie 10 (2003). 1100-1108.
- (5) H.Thibault et all. Pourquoi et comment utiliser les nouvelles courbes de corpulences pour les enfants ?Archives de pédiatrie 2010 ; 17 :1709-1715.
- (6) Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Haute autorité de Santé (HAS). Recommandation pour la pratique clinique. Septembre 2011.[www.has-santé.fr/surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent](http://www.has-santé.fr/surpoids-et-obésité-de-l'enfant-et-de-l'adolescent).
- (7) C. Franc et all. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. centre de recherche médecine, science, santé et société (CERMES). études et résultats n 588. (août 2007 modifié en 2010) état de santé et recours aux soins. (Résumé) www.drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-prise-en-charge-des-enfants-en-medecine-generale.
- (8) www.legifrance.fr article L4130-1 modifié par la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016- art.8 du code de la santé publique (loi HPST).Soins de premiers recours du médecin généraliste.
- (9) Nutrition et obésité. ressources pour les professionnels de santé. www.mangerbouger.fr/pro/sante/s-informer-19/nutrition.../nutrition-et-obesite.html. consulté en ligne en février 2016.
- (10) S. Lioret and all. Prévalence de l'obésité infantile en France : aspects démographiques, géographiques et socioéconomiques, d'après l'enquête INCA = INCA study: Prevalence of childhood obesity. Cahiers de nutrition et de diététique.2001, vol. 36, n°6, pp. 405-411 (39 réf.) (résumé).
- (11) Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité.Obépi. Roche 2012. www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.

- (12) T. Prost and all. L'état de santé de la population en France. Rapport 2015. Dress. drees.social-sante.gouv.fr/IMG/PDF
- (13) Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen) (2007) Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Institut de veille sanitaire, université de Paris-XIII.
- (14) V. Negre. Dépister précocement le surpoids pour éviter l'obésité. La revue du praticien. Obésité et surpoids de l'enfant. Dépistage, populations cibles et facteurs de risque de l'obésité de l'enfant. etudiants.larevuedupraticien.fr/sites/default/files/actua/RDP_2015_10_1264.pdf
- (15) Et si les inégalités sociales de santé à l'école expliquaient tout ? Le généraliste.fr consulté en ligne le 15/05/2015. article du 13/10/2013.
- (16) P. Robinet. obstacle au traitement de l'obésité infantile : enquête auprès des familles défavorisées. Human health and pathology.2012. HAL Dumas-00684209.
- (17) Schwartz MB, Puhl R childhood obesity: a societal problem to solve. Obesity reviews (2003) 4(1): 57-71.
- (18) J. Pelicand and all. Quelles sont les représentations de l'alimentation et de l'obésité chez les parents et les enfants ? implication et influence dans les stratégies éducatives. UCL RESO unité d'éducation pour la santé. Ecole de santé public-centre « recherche en système de santé ». oct. 2005.
- (19) Sarah E. Anderson, Robert C. Whitaker. Household Routines and Obesity in US Preschool-Aged Children. Pediatrics. March 2010. Vol125/ issue3.
- (20) D. Neumark-Sztainer et al. Family meal patterns associated with sociodemographic characteristic and improved dietary intake among adolescents. Journal of the Academy of nutrition and dietetics. 2003; 103: 317-322.
- (21) S. Hercberg. Impact du programme national nutrition santé (PNNS) sur le statut nutritionnel des français. épidémiologie cout et organisation des soins. Médecine des maladies métaboliques. Mars 2009. Vol3 n°2.
- (22) M. Perez «Contre l'obésité infantile faite cuisiner les petits. » Juillet 2012. Résumé. public health nutrition.
- (23) T. de Saint Pol. Laboratoire de sociologie quantitative. Insee première n°1417.octobre 2012. Insee.fr le temps de l'alimentation en France.
- (24) G. Boulic and all. Questionnaire d'évaluation des habitudes de vie d'enfants de CE2 CM1 : concordance des réponses parents enfants. Nutrition clinique et métabolisme vol28 déc. 2014. Pages 192.

- (25) Lucy Cooke, Ph.D. L'appétit et le poids des enfants. Health Behaviour Research Centre, University College London, Royaume-Uni. Avril 2012. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants/ obésité infantile.
- (26) Who int OMS stratégie mondiale pour l'alimentation l'exercice physique la santé. www.who.int/dietphysicalactivity/strategy.
- (27) Whitaker et al. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. N Engl J Med 1997; 337 : 869-873 in "recueil Documentaire, prévention de l'obésité de l'enfant, n°11, novembre 2004, UCI-RESO"
- (28) Jean-Michel Oppert. Médecin nutritionniste. Sédentarité : Rester assis = quels risques pour la santé ? Hôpital Pitié-Salpêtrière (Paris 13). fonds français alimentation et santé. alimentation-sante.org/wp-content/uploads/2014.
- (29) Curter. A chaque âge son écrans : les recommandations des pédiatres .Le généraliste.fr.le quotidien santé article du 08.09.2016. afpa : association française de pédiatrie ambulatoire.
- (30) Insee, enquête emploi du temps 2009-2010. (résumé) www.insee.fr > Accueil > Thèmes > Conditions ... > Vie politique.
- (31) S. Suneron and all. Lutte contre l'obésité : repenser les stratégies préventives en matière d'information et d'éducation. Centre d'analyse stratégique. La note de veille. Mars 2010.n°166.
- (32) Des étiquettes pour lutter contre l'obésité. Carnet santé. Famille et éducation. N°513. Sept oct. 2016. Issn 1249-2329. Pages 71.
- (33) Sédentarité quel impact pour le poids « écrans et santé »./././Ministère de la jeunesse et des sports sante.gouv.fr/activite_physique_de_l'enfant
- (34) N. Egelund. Lien entre qualité de l'alimentation, exercices et capacités de concentration. Université de Aarhus « alternative à la voiture : carfree » mss experiment 2012.
- (35) OMS. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Activité physique pour les jeunes. Recommandations pour les jeunes âgés de 5 à 17 ans. www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/fr
- (36) M. Duclos. sport santé activité physique sédentarité :de quoi parle ton ? Ministère en charge des sports [sport. Gouv .fr](http://sport.gouv.fr)

- (37) G. Czaplicki and all. Pratiques parentales, activités physiques et consommation de fruits et légumes chez les jeunes de 9 à 17 ans. Science et sports. February 2013 vol 28(1) : 36-45.
- (38) Le généraliste.fr quatre départements vont expérimenter un nouveau suivi de l'obésité infantile. consulté le 14/09/2016 : Arrêté au journal officiel du 13 septembre 2016. Relatif à la loi n°2015-1702 du 21/12/2015 de la loi de financement de la sécurité sociale arrêté du 10/08/2016 sur les zones géographiques.
- (39) H. Thibault and all. Activité physique et obésité de l'enfant. PNNS. bases pour une prescription adaptée. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Social-sante.gouv.fr/.../Synthese_PNNS_Activite_physique_et_obesite_de_l_enfant.
- (40) L. Perusse. Base génétique de l'obésité familiale au Québec. Médecine science revue vol19.oct.2003. 937-42.
- (41) l'obésité, une histoire de famille plus que d'hérédité – American Journal of Preventive Medicine.11/07/2014.
- (42) R. Fantin and all. Disentangling the respective roles of the early environment and parental BMI on BMI change across childhood: A counterfactual analysis using the Millennium Cohort Study. Prev Med, édition en ligne du 27 mai 2016. Environnement social associé à la masse corporelle des enfants. Inserm 21 juin 2016.
- (43) Max Budowski et all. Obésité infantile et troubles psychologiques.La revue du praticien de médecine générale. Tom 21. N°788/789. Novembre 2007.
- (44) C. Berdah. Obésité et troubles psychopathologiques. Revue psychiatrique vol 168 n°3 : 184-190. Avril 2010.
- (45) P Nieman and all. Les aspects psychosociaux de l'obésité chez les enfants et les adolescents.Société canadienne de pédiatrie. Comité d'une vie active et saine de la médecine sportive. Pediatric child health 2012 ; 17 (3) : 207-8 Mars 2012.
- (46) H. Escalon and all. Association entre la connaissance des recommandations du programme national nutrition santé et les comportements en matière d'alimentation et d'activité physique. Revue d'épidémiologie et de santé publique vol 61. Février 2013. Pages 37-47.
- (47) Enquête de l'UNAF sur le ressenti des parents concernant la question de l'obésité infantile. www.unaf.fr/IMG/pdf/Enquete_obesite_pediatrique.

- (48) V. Boehm. Complications somatiques de l'obésité chez l'enfant selon l'importance de la surcharge pondérale. 2015
- (49) Les complications de l'obésité de l'enfant : www.ameli-sante.fr › Surpoids de l'enfant.
- (50) A. Burnand and all. Représentation et connaissances parentales du surpoids de l'enfant. Unil, Université de Lausanne. Juillet 2012 (résumé).
- (51) Obésité infantile : des parents bien trop indulgents. british Journal of Général Practice. Avril 2015.
- (52) B. Berkhout et all. Influence de la prise en charge de mères obèses sur leurs attitudes éducatives vis-à-vis des comportements obésogènes des enfants. Obésité 2015.10 :21-27
- (53) Mahler and all. L'excès pondérale et l'obésité chez l'enfant ; beaucoup de questions, quelques réponses. Expériences d'un programme transdisciplinaire basé dans les écoles genevoises. Service de santé de la jeunesse, Genève. *Pediatrica*. Vol 20. N°3. 2009 : 62-64.
- (54) L. Sachot. Prise en charge de l'obésité infantile : création d'un outil pédagogique et de suivi adapté à l'âge. Thèse de médecine. Université de Nantes. 2013
- (55) E. Codeville. Bilan à 18 mois de la prise en charge d'enfants obèses par le programme pluridisciplinaire du réseau santé Diablhainaut. Juin 2014. Thèse.
- (56) S.Dutrieu. prévention et dépistage du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent : le rôle clé du médecin généraliste : étude de pratique auprès des médecins généralistes de la Nièvre. Thèse de médecine. faculté de Limoge. Mai 2016.
- (57) P. Fayemendy and all. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'améliorations possibles. Cahier nutrition diététique.2014 11.001.10.1016
- (58) O.Kkendel. Nutrition : quelles réalités en médecine générale ? édito de la société française de médecine générale.
- (59) C. Lahns and all. Education alimentaire des patients adultes obèses ou en surpoids par les médecins généralistes : une étude quantitative auprès des médecins généralistes des quartiers prioritaires du douaisis. (résumé) 22/08/2015.

- (60) Has : surpoids et obésité de l'enfant synthèse des recommandations. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1100689/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-synthese-de-la-recommandation.
- (61) Inpes : utiliser le disque d'indice de masse corporelle en pratique clinique. inpes.santepubliquefrance.fr/cfesbases/catalogue/pdf/imc/docimcenf.
- (62) Manger- bouger.fr. le site de l'inpes.

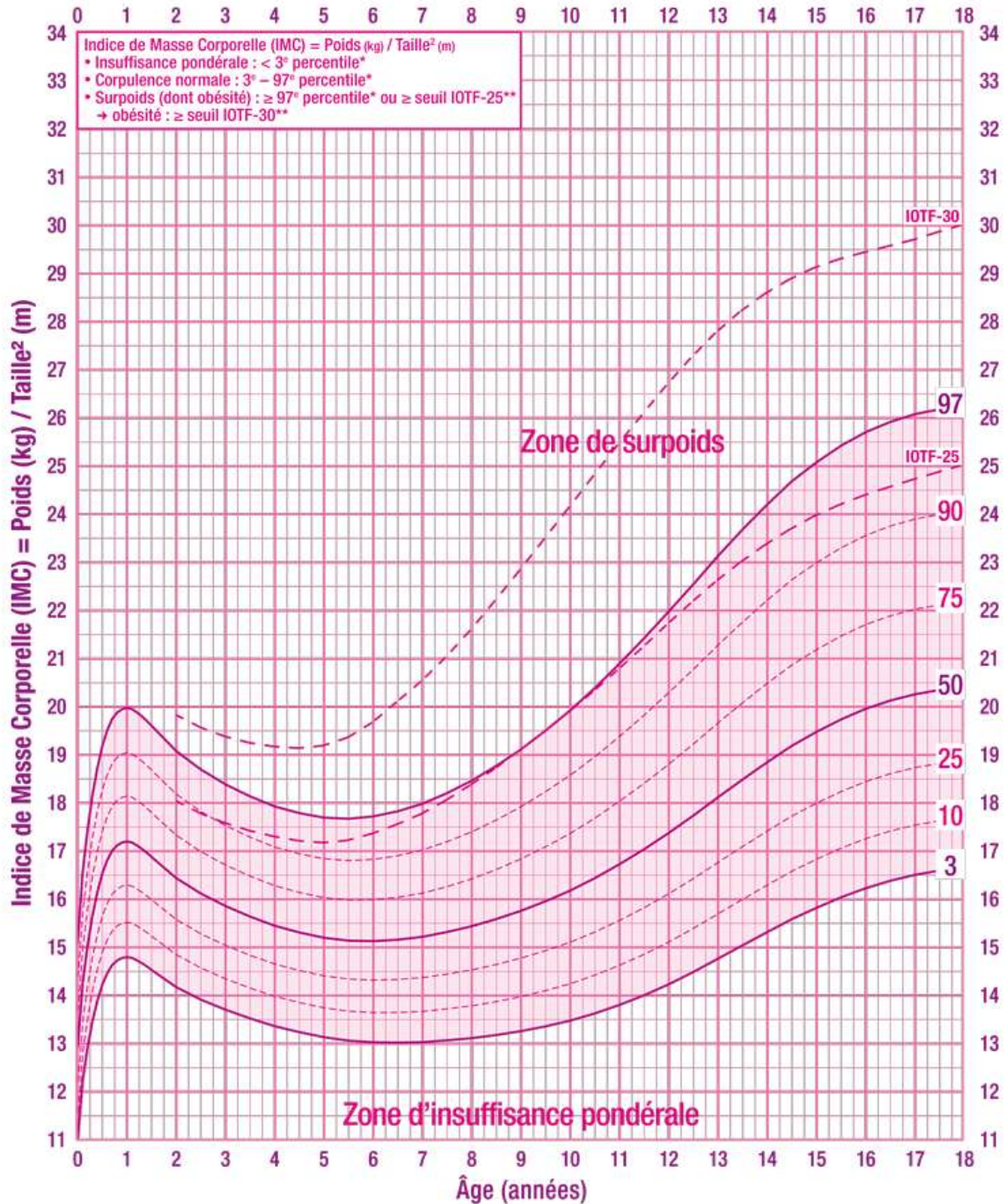
B. Annexe 1: courbe de corpulence des filles :



Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.
L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

* Références françaises: Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.

** Références internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1240-3.



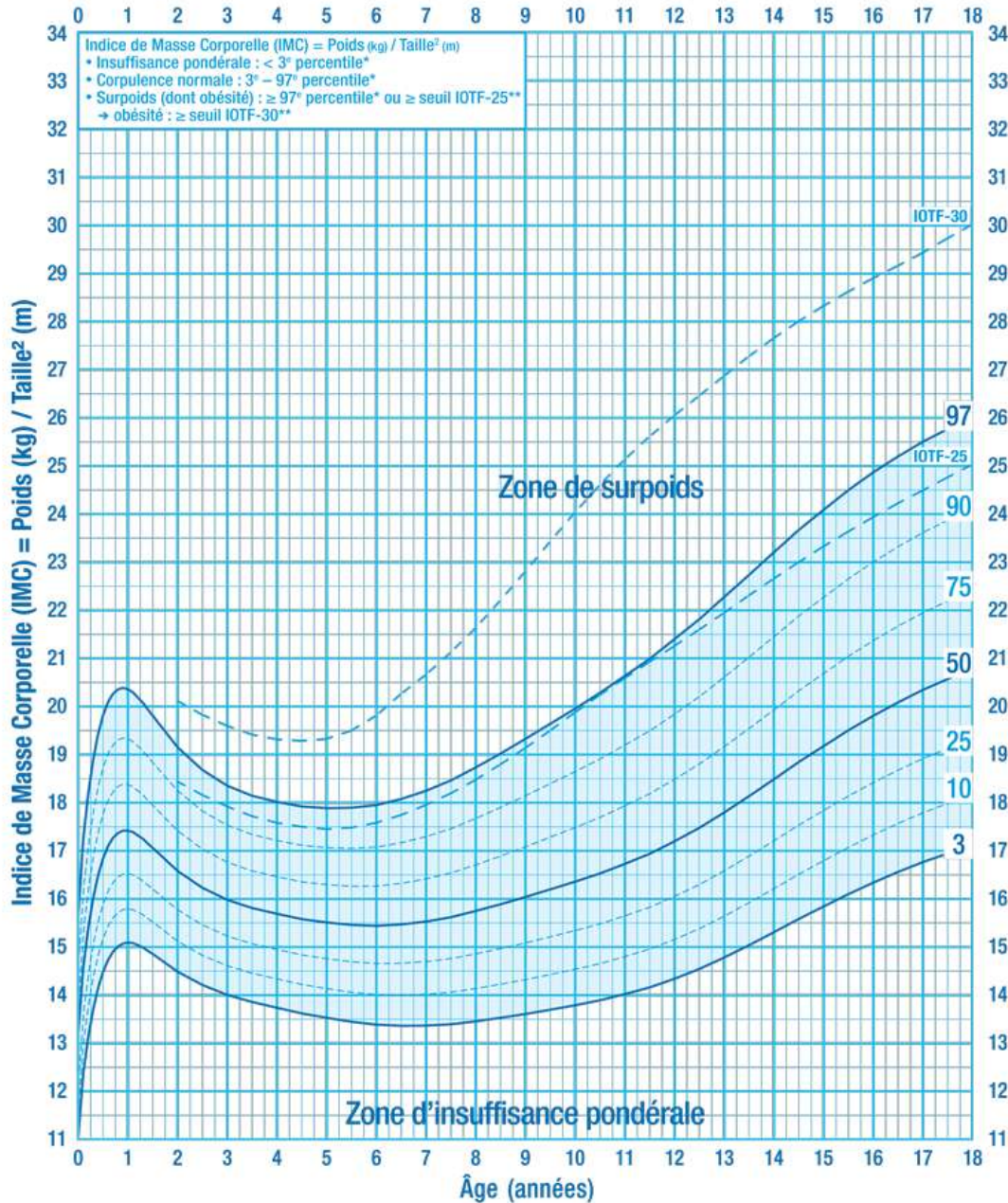
C. Annexe 2 : courbe de corpulence des garçons :



Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement. L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

* Références françaises: Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.
 ** Références internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1-6.



D. [Annexe 3 : courrier à l'attention des médecins :](#)

Cher confrère,

Je me permets de vous demander de participer à la diffusion d'un questionnaire dans le cadre d'un travail de thèse de Médecine Générale.

Le questionnaire serait à déposer dans vos salles d'attente à l'attention des parents consultant pour leurs enfants.

Ces derniers peuvent profiter de ce temps pour le remplir.

Je mets à disposition une enveloppe affranchie afin de me faire parvenir les questionnaires remplis.

Ce travail a pour objectif de réaliser un état des lieux des connaissances des parents sur le surpoids et l'obésité. Il est anonyme. Il ne juge pas le travail des médecins.

Vous remerciant de votre participation.

Sarah TRIBOUILLOY GUEYRAUD

E. [Annexe 4 : affiche à l'attention de parents :](#)

Vous venez en consultation pour votre enfant :

Merci de prendre quelques minutes pour répondre à un questionnaire

Il est réalisé dans la cadre d'une thèse de médecine générale.

L'objectif de ce travail est de réaliser un état des lieux des connaissances des parents sur les problématiques liées au poids.

Ce questionnaire est entièrement anonyme.

Si vous souhaitez avoir un retour sur ce travail vous pouvez laisser vos coordonnées (mail).

Merci du temps que vous accorderez à ce questionnaire.

Sarah TRIBOUILLOY GUEYRAUD

Sur ses activités extra scolaires ?

OUI NON

Si oui précisez

Sur ses relations aux autres ?

OUI NON

Si oui précisez

Votre enfant évoque-t-il des difficultés concernant l'image de son corps ?

OUI NON

Si oui précisez

Pensez vous que votre enfant se sente dévalorisé ou subit-il des remarques de ses camarades ou de son entourage ?

OUI NON

Si oui précisez

9) connaissances :

Comment évaluez-vous vos connaissances nutritionnelles ?

Excellentes bonnes moyennes mauvaises

Connaissez-vous l'IMC (ou le BMI) ? OUI NON

SI OUI précisez

10) représentations corporelles

Comment vous représentez vous le poids de votre enfant ?

En dessous du poids normal pour la taille Dans la moyenne
Légèrement au dessus en surpoids très au dessus

11) le surpoids ou l'obésité sont-ils considérés comme une maladie grave ?

OUI NON

12) le surpoids ou l'obésité s'arrangent-ils spontanément lorsque l'enfant grandit ?

OUI NON

13) Connaissez-vous les complications liées au surpoids et/ou à l'obésité chez l'enfant ?

OUI NON

Si oui pouvez vous citer des complications ou des risques à long ou court terme ?

14) quelles sont vos sources d'informations ?

Médecin infirmière école internet
Site dédié au poids/ nutrition campagne d'affichage autre (précisez)

15) selon vous, qui devrait vous informer et vous accompagner (si besoin) dans la prise en charge du surpoids de votre enfant ??

Médecin de famille infirmière éducateur sportif
nutritionniste/diététicienne Psychologue autre (précisez)

Auteur : Sarah TRIBOUILLOY GUEYRAUD.

Titre de la Thèse : Etat des lieux des connaissances parentales sur le surpoids et l'obésité infantiles dans le Nord-Pas-de-Calais.

Thèse, Médecine, Lille, 2016.

Cadre de classement : Médecine Générale.

Mots-clés : obésité, surpoids, enfants, pédiatrie, Nord-Pas-de-Calais, parents, nutrition.

Résumé :

Introduction : Le surpoids et l'obésité infantiles représentent un problème majeur de santé publique. Les parents sont des acteurs clés de la santé de leur enfant ; ils ont donc un rôle à jouer dans l'obésité infantile.

Méthode : Un questionnaire, à l'attention des parents, a été déposé dans les salles d'attente de consultation de médecine générale et pédiatrique, afin de réaliser une étude descriptive, rétrospective et observationnelle. L'objectif principal était de réaliser un état des lieux des connaissances parentales sur le surpoids et l'obésité infantiles, dans le Nord-Pas-de-Calais, et de faire le point sur les habitudes de vie des familles. Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel SPSS.

Résultats : 88 questionnaires ont été recueillis. 21% des enfants étaient en surcharge pondérale (14% en surpoids et 7% obèses). 52% des pères et 42% des mères présentaient une surcharge pondérale. Il existait un lien significatif ($p < 0.05$) entre la surcharge pondérale infantile et parentale. Les parents ont déclaré que 61% des enfants pratiquaient régulièrement une activité physique. Leurs enfants passaient en moyenne 8 heures hebdomadaires devant les écrans. 61% des parents ont donné une bonne définition de l'IMC. 78% d'entre eux considéraient l'obésité comme une maladie grave qui ne s'arrange pas lorsque l'enfant grandit. 76% des parents connaissaient des complications de la maladie. 67% d'entre eux avaient une bonne représentation de la corpulence de leur enfant. 61% des parents ont déclaré que leur médecin était leur principale source d'information.

Conclusion : L'obésité infantile est une maladie complexe et multifactorielle. Les parents ont globalement connaissance de la maladie et de ses complications, cependant la prévalence de l'obésité infantile reste élevée dans le Nord-Pas-de-Calais. La dynamique familiale est importante et une éducation en matière de nutrition semble nécessaire.

Composition du jury : Présidente : Madame le Professeur Monique ROMON

Assesseurs : Monsieur le Professeur Alain MARTINOT
Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE
Monsieur le Professeur Nicolas KALACH

Directrice de thèse : Madame le Docteur Pascale GRONNIER.