

ETUDE

Masse corporelle des jeunes enfants de 3,5 à 4,5 ans dans les Bouches-du-Rhône de 2017 à 2020

Journée CSO 26 novembre 2022
Présenté par Dr Epstein



1



2



3

- 1 : Dr O.Bernard, Dr B.Roth
- 2 : Pr R.Reynaud, Pr S.Gentile, V.Pauly
- 3 : Dr V.Nègre, Pr Rachel Reynaud

CONTEXTE



Obésité = Pandémie



Enjeu de santé publique : « *l'obésité des enfants constitue l'un des plus grands défis pour la santé publique au 21^{ème} siècle* » OMS, 2018



Facteurs favorisants = précarité et rebond d'adiposité précoce



Prévalence surpoids/obésité dans la petite enfance et rebond d'adiposité précoce peu documentés en France

OBJECTIFS ET MÉTHODE



Prévalence

- surpoids
- obésité
- rebond d'adiposité précoce



Étude transversale
descriptive analytique

Sexe, DDN, Poids, Taille
Nom, statut et CP de l'école
Rebond d'adiposité précoce

Sur 3 années scolaires
2017 à 2020

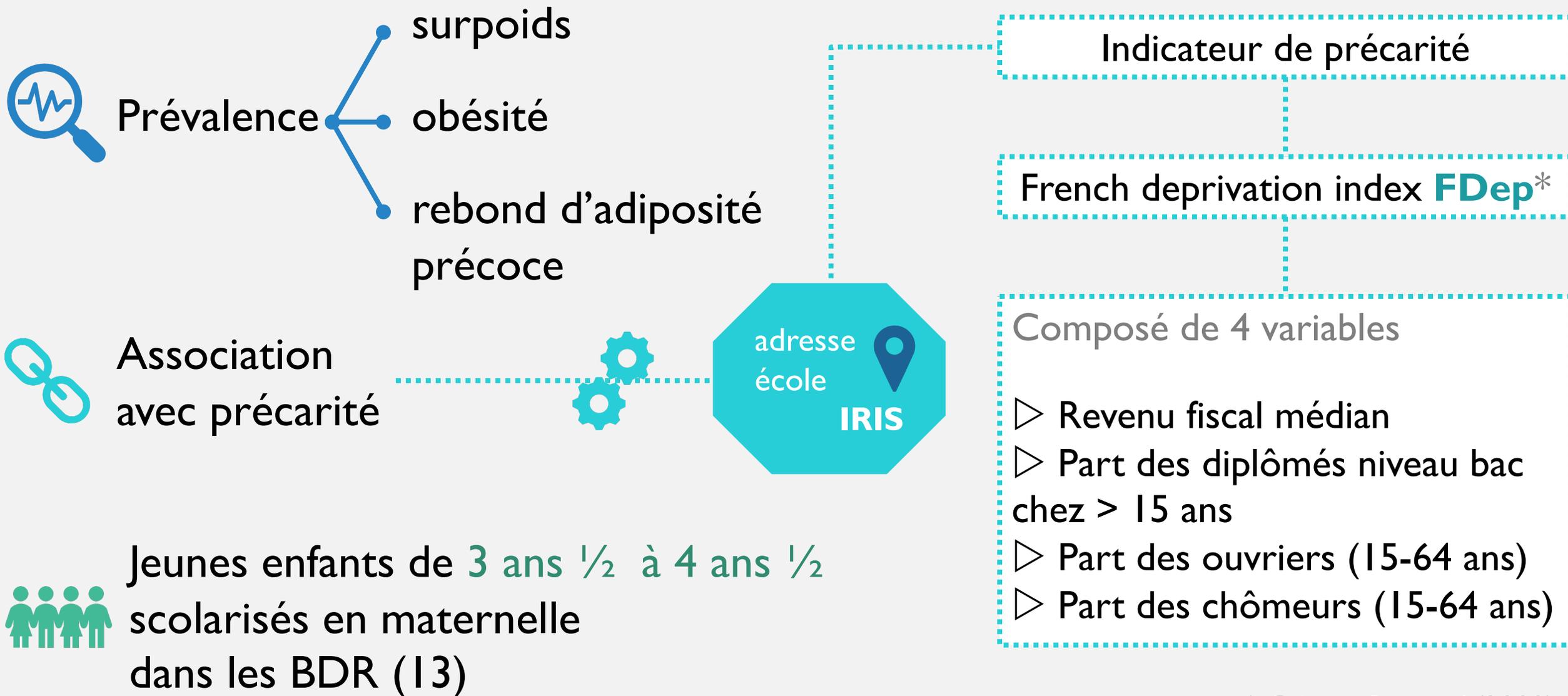
Dans le cadre de EVALMATER
examen obligatoire réalisé par
la PMI à l'école

Association
avec précarité

Jeunes enfants de 3 ans ½ à 4 ans ½
scolarisés en maternelle
dans les BDR (13)



OBJECTIFS ET MÉTHODE



* Grégoire Rey et al (2009)

OBJECTIFS ET MÉTHODE



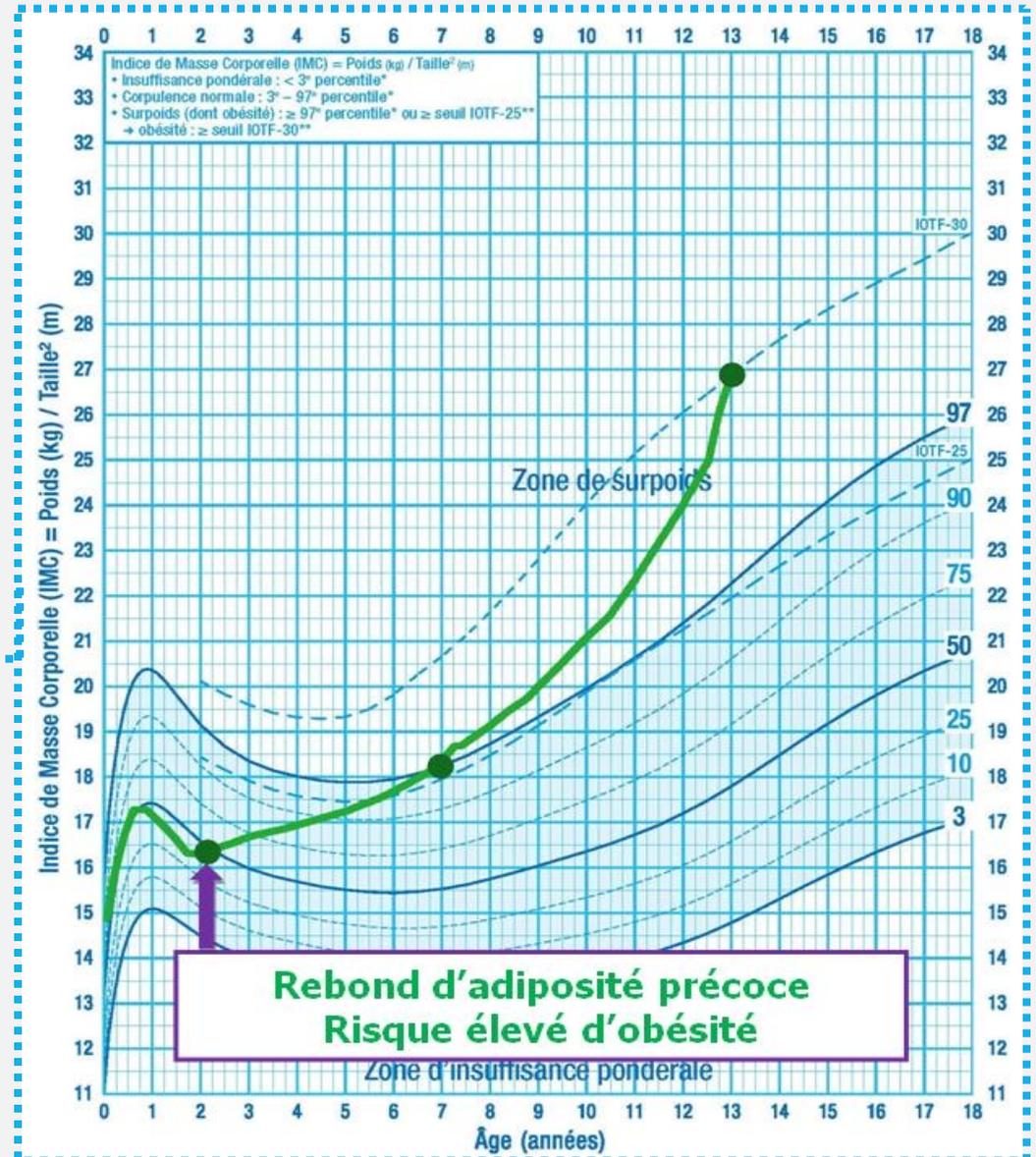
Prévalence

surpoids

obésité

rebond d'adiposité
précoce

Pour cette étude
Rebond d'adiposité précoce = ascension
de la courbe d'IMC de plus de 2 couloirs
entre 1 et 4,5 ans



RÉSULTATS

Effectif total
19 295 enfants



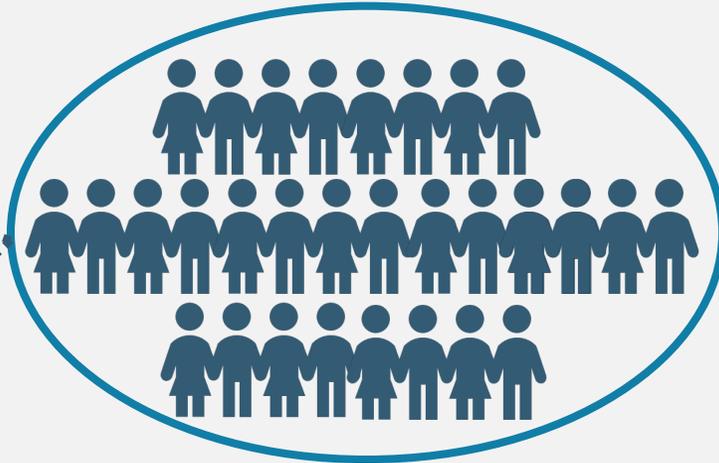
Filles

48,5 %



Garçons

51,5 %



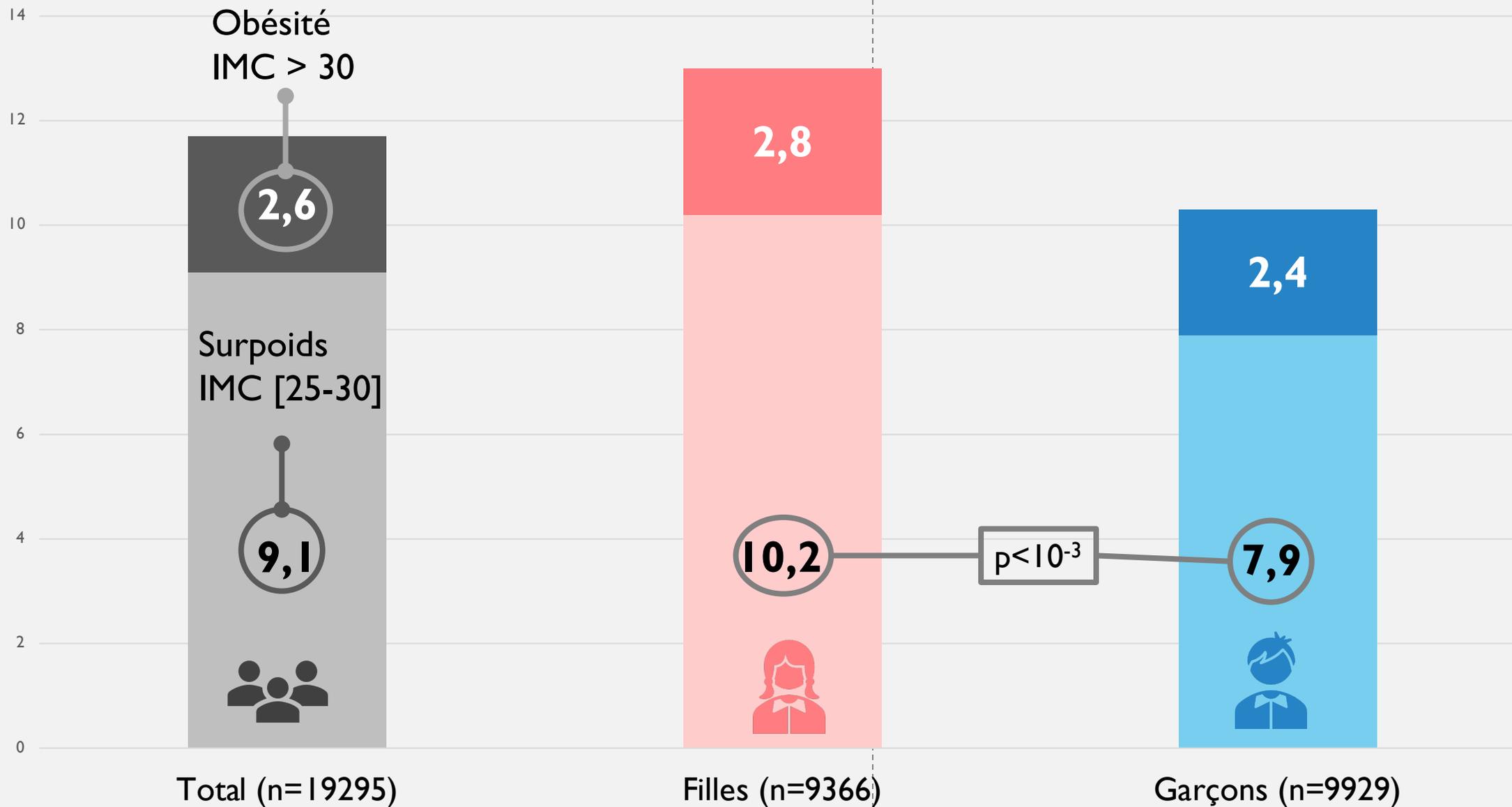
667

écoles

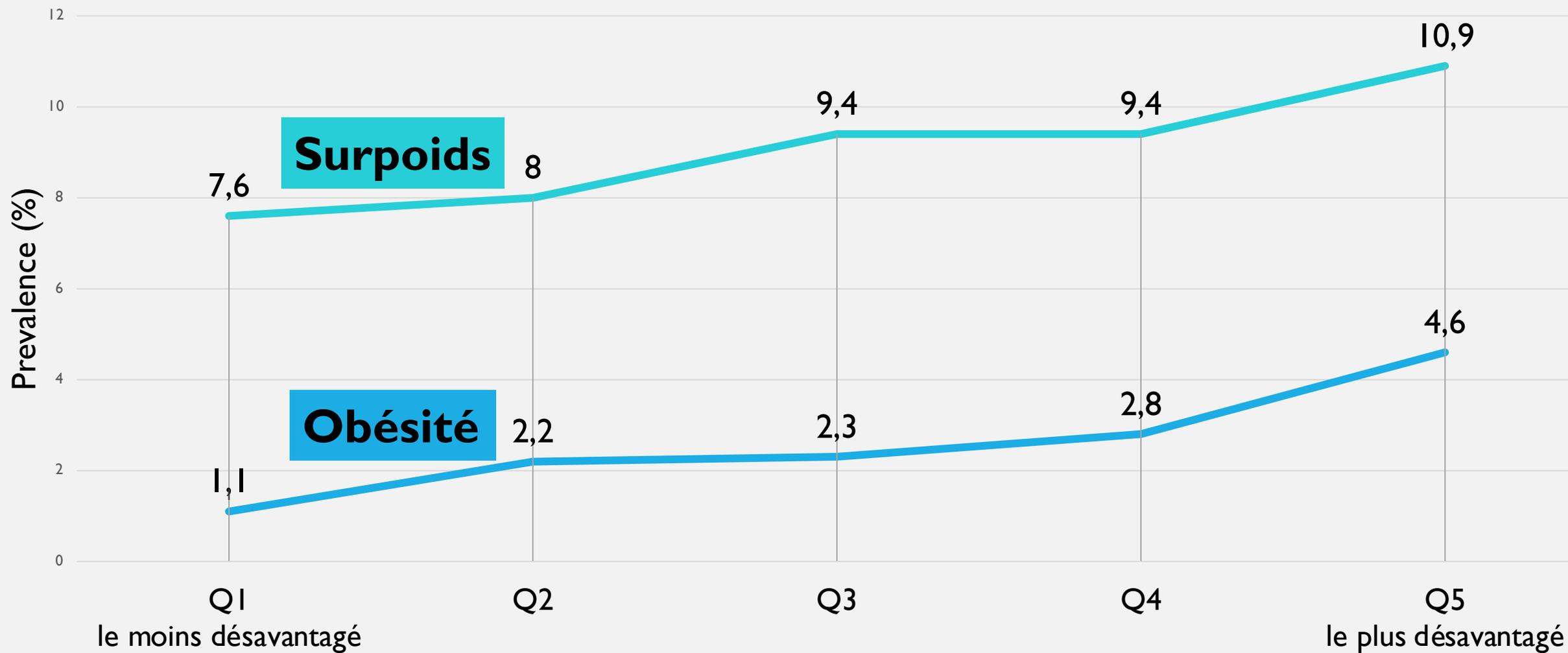


maternelles

RÉSULTATS : PRÉVALENCE (%)



RÉSULTATS : PRÉCARITÉ



- Précarité +

RÉSULTATS : ANALYSE MULTINIVEAU MULTIFACTORIELLE

Surpoids et obésité

IMC > IOTF-25

| | OR | IC95% | | p |
|--------------------------|-------------|-------|------|-------------------|
| Genre | | | | |
| Filles vs garçons | 1,31 | 1,20 | 1,43 | <10 ⁻³ |
| Classe d'âge | | | | |
| 4-4,5 ans vs 3,5-4 ans | 1,11 | 1,01 | 1,23 | <0.05 |
| Statut de l'école | | | | |
| Privé vs publique | 0,89 | 0,73 | 1,08 | NS |
| FDep quintile | | | | <10 ⁻³ |
| Q1 (désavantage -) | Ref | - | - | |
| Q2 | 1,23 | 1,02 | 1,48 | <0.05 |
| Q3 | 1,42 | 1,18 | 1,70 | <10 ⁻³ |
| Q4 | 1,47 | 1,23 | 1,76 | <10 ⁻³ |
| Q5 (désavantage +) | 1,97 | 1,65 | 2,35 | <10 ⁻³ |



RÉSULTATS : ANALYSE MULTINIVEAU MULTIFACTORIELLE

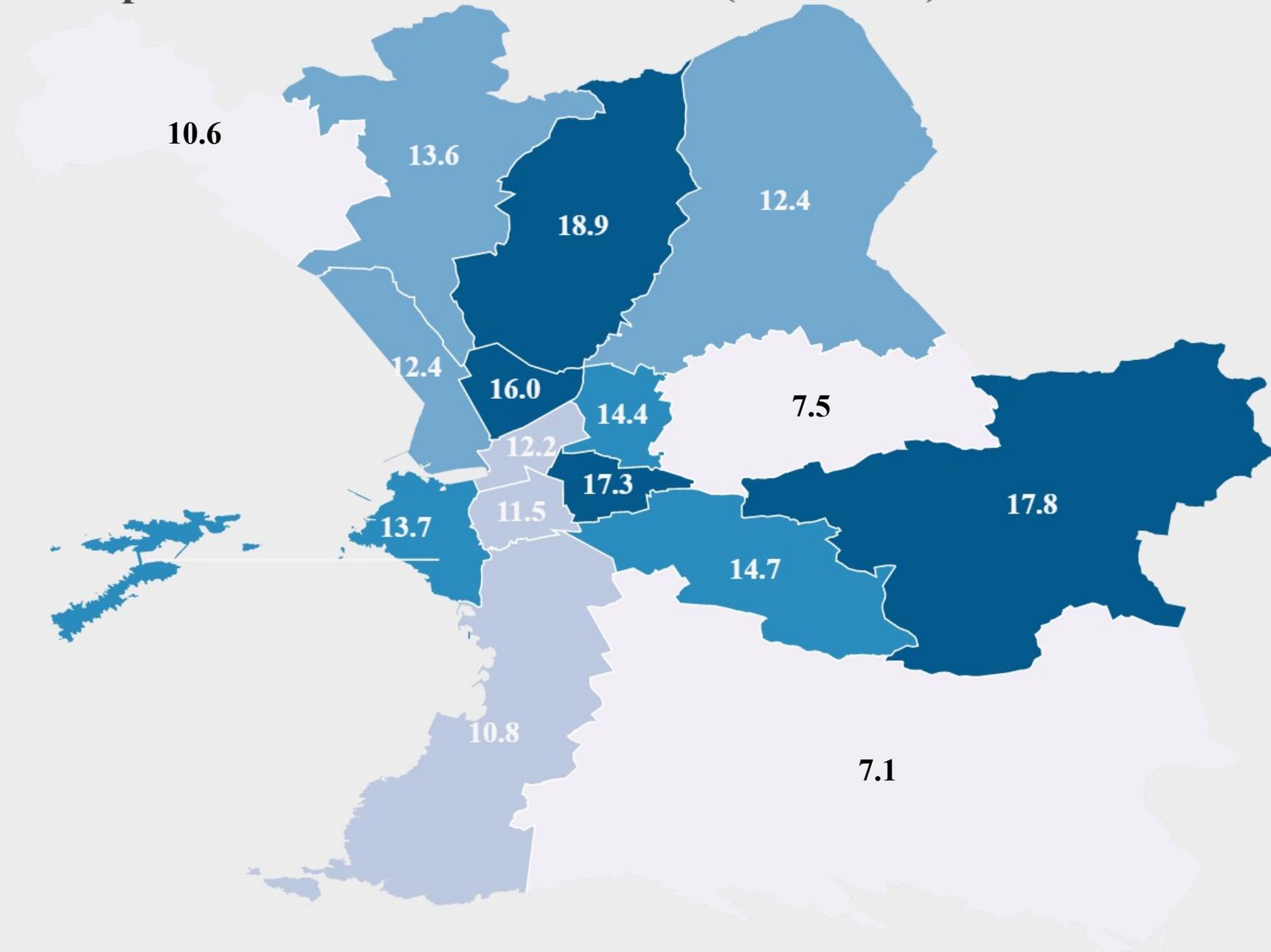
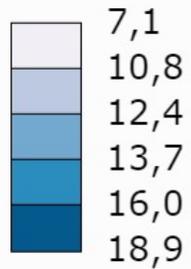
Obésité

IMC > IOTF-30

| | OR | IC 95% | p |
|--------------------------|-------------|-------------------|----------------------------|
| Genre | | | |
| Filles vs garçons | 1,18 | 0,98 ; 1,41 | NS |
| Classe d'âge | | | |
| 4-4.5 ans. vs 3.5-4 ans | 1,34 | 1,11 ; 1,62 | <0.05 |
| Statut de l'école | | | |
| Privé vs public | 0,78 | 0,52 ; 1,16 | NS |
| FDep quintile | | | |
| Q1 (désavantage -) | Ref | - | - |
| Q2 | 2,03 | 1,36 ; 3,02 | <10⁻³ |
| Q3 | 2,08 | 1,40 ; 3,09 | <10⁻³ |
| Q4 | 2,50 | 1,70 ; 3,69 | <10⁻³ |
| Q5 (désavantage +) | 4,32 | 2,98; 6,25 | <10⁻³ |

Prévalence du surpoids et de l'obésité à Marseille (2017-2020)

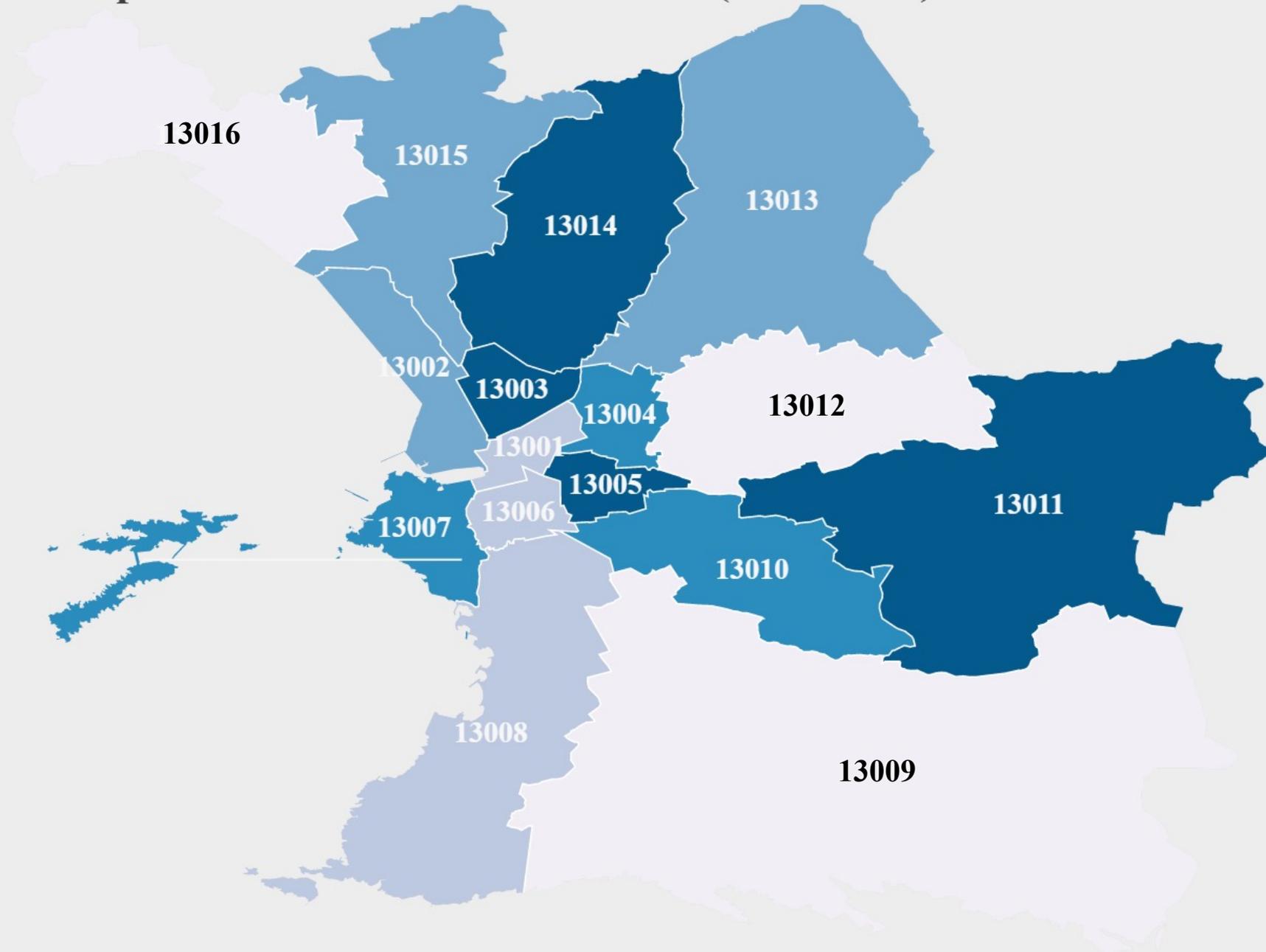
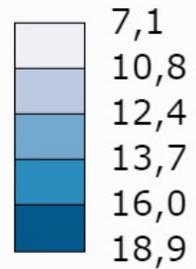
surpoids et obésité
(IMC > IOTF-25)



**Prévalence
moyenne du
surpoids et de
l'obésité à
Marseille = 13,5 %**

Prévalence du surpoids et de l'obésité à Marseille (2017-2020)

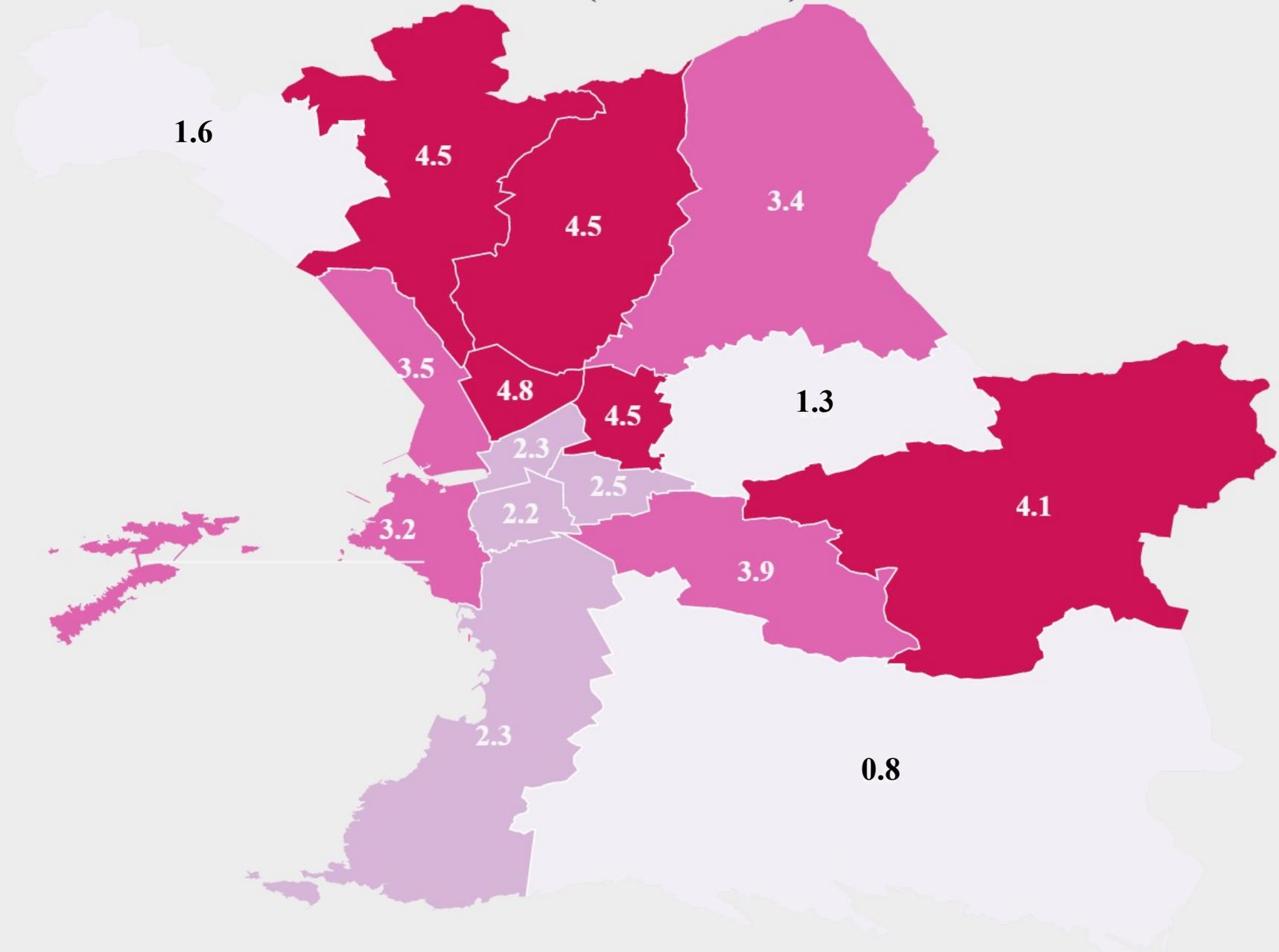
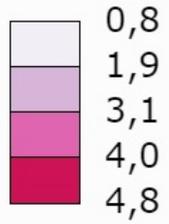
surpoids et obésité
($IMC > IOTF-25$)



Prévalence
moyenne du
surpoids et de
l'obésité à
Marseille = 13,5 %

Prévalence de l'obésité à Marseille (2017-2020)

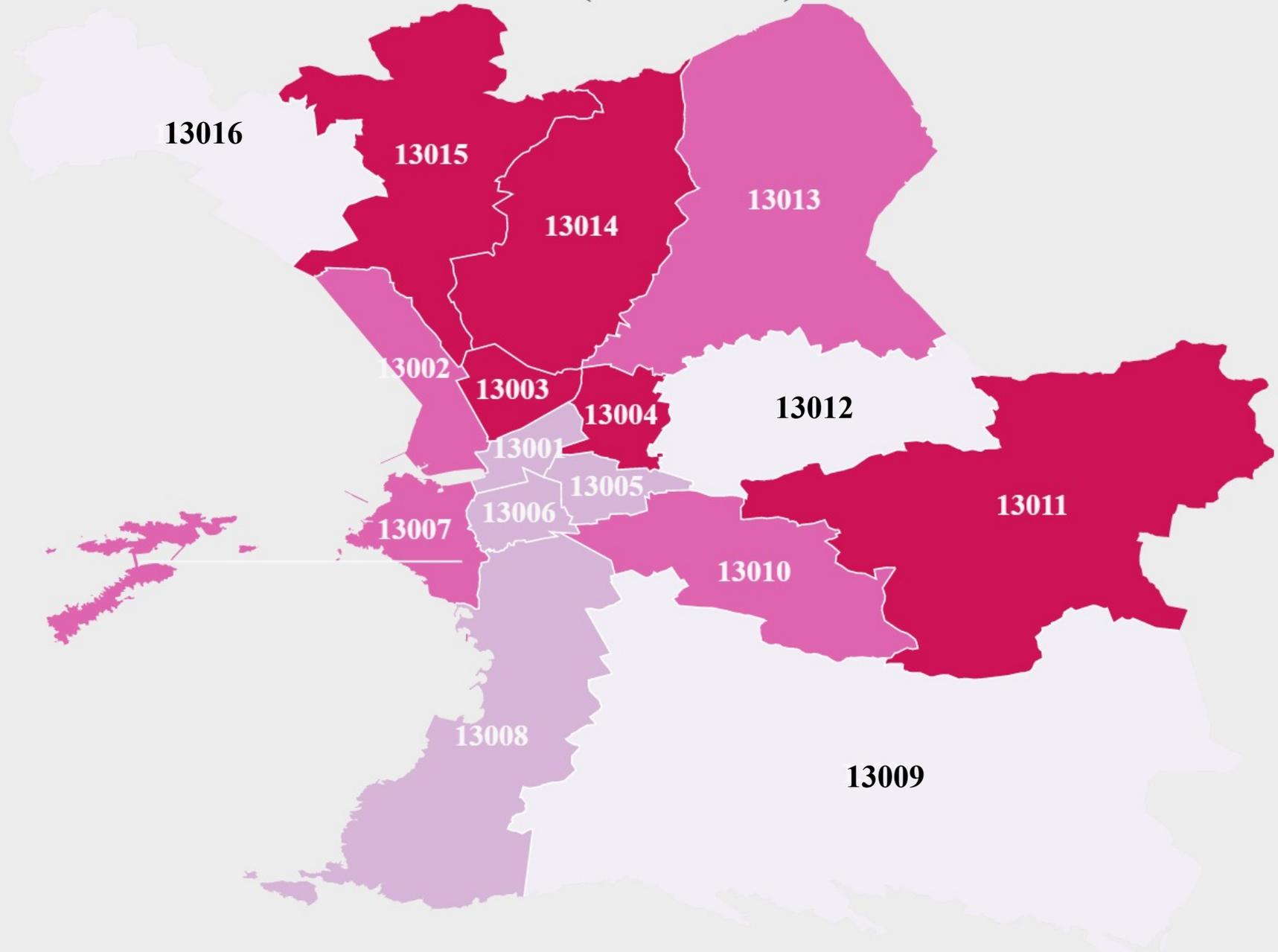
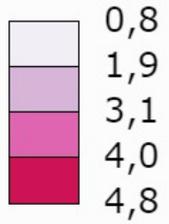
obésité (IMC>IOTF-30)



Prévalence moyenne de obésité à Marseille = 3,3 %

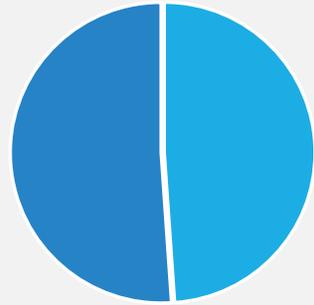
Prévalence de l'obésité à Marseille (2017-2020)

obésité (IMC>IOTF-30)



Prévalence
moyenne de
obésité à
Marseille = 3,3 %

RÉSULTATS : REBOND D'ADIPOSITÉ PRÉCOCE



Recueilli pour **51,2%**
des enfants (n=9872)

22% des enfants présentaient un
**rebond d'adiposité
précoce**



23,7%



19,5%



$p < 10^{-3}$

RÉSULTATS : REBOND D'ADIPOSITÉ PRÉCOCE

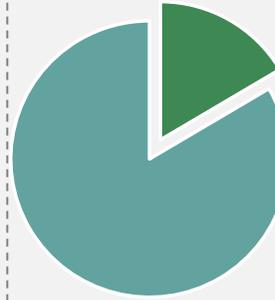


Parmi les enfants ayant un IMC normal, **17%** (n=1402) ont présenté un rebond d'adiposité précoce

Bien que leur **IMC soit normal** au regard de la courbe de corpulence

la **cinétique** d'évolution de cet IMC est défavorable

risque de développer un surpoids ou une obésité future important



Parmi les enfants obèses, **16,2%** (n=44) n'ont pas présenté de trajectoire descendante depuis la 1^{ère} ascension dans la courbe d'IMC

Pour ces enfants qui n'ont même pas eu le temps d'avoir un rebond précoce

nous ne sommes plus en situation de dépistage
mais de **prise en charge qu'il faut initier précocement**

Obésité sévère ++

DISCUSSION



Résultats cohérents avec la littérature
(département, région et France) (1-4)



Stabilisation surpoids et obésité
pédiatrique depuis 20 ans (1-6)



Persistance des « inégalités sociales
de santé », **dès 3 ans ½** !



À prendre en compte dans les
politiques de santé en matière de
prévention

Universalisme proportionné (7,8)



Fréquence importante des rebonds
d'adiposité précoces



y compris chez les enfants avec un
IMC normal



Tracer les courbes ++

MERCI POUR VOTRE ATTENTION



BIBLIOGRAPHIE

1. Verger P. Caractéristiques sociales individuelles, contexte résidentiel et prévalence des problèmes de poids dans la petite enfance: une analyse multiniveau. Rev D'Épidémiologie Santé Publique 2007
2. DREES. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. Etudes Result 2015
3. Santé Publique France UP 13. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. 2017:43.
4. ARS PACA, Service Etudes et Evaluations. L'Indice de Masse Corporelle des enfants de grande section de maternelle en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2012. Santé Obs Info Stat 2014
5. Garrido-Miguel, .Prevalence of Overweight and Obesity among European Preschool Children:A Systematic Review and Meta-Regression by Food Group Consumption. Nutrients 2019;11:1698.
6. NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. Lancet Lond Engl 2017;390:2627–42.
7. Direction générale de la santé, Institut national de la santé et de la recherche médicale (France), Centre d'expertise collective. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Paris: INSERM, Instituts thématiques; 2014.
8. WHO Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, editors. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health; 2008