

PRÉFECTURE
D'ILE-DE-FRANCE

RÉGION
D'ILE-DE-FRANCE

Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Ile-de-France

Surpoids et obésité

en Ile-de-France

Analyse à partir des données de l'enquête décennale santé de
l'Insee 2002-2003

Mai 2006

Etude réalisée par le Dr Catherine VINCELET, chargée d'études à l'ORS d'Ile-de-France,
Julien GALLI, chargé de mission statisticien à l'URCAM d'Ile-de-France
et le Dr Isabelle GREMY, directrice à l'ORS d'Ile-de-France.

Composition du comité d'exploitation régional de l'enquête décennale santé 2002-2003

INSEE : Brigitte Belloc, Clotilde Debout, Laurence Jaluzot, Laure Omalek.

DRASS : Marie-Claire L'Helgoualch, Sylvie Druelle, Laurent Fauvet

ORS : Isabelle Grémy, Catherine Vincelet, Philippe Pépin

URCAM : Dominique Cherasse, Julien Galli

CRAMIF : Jean-Yves Martinez

Sommaire

Introduction	5
Objectifs	9
Matériel et méthode	11
L'enquête décennale santé	13
Appariement avec les données de consommation médicale enregistrées par l'Assurance Maladie	17
Définitions du surpoids et de l'obésité	21
Prévalence du surpoids et de l'obésité selon l'âge et le sexe chez les Franciliens	25
Surpoids et obésité chez les Franciliens	27
Surpoids et obésité chez les enfants et adolescents	31
Prévalence de l'insuffisance pondérale et de la dénutrition	33
Surpoids et obésité chez les enfants et adolescents franciliens selon l'environnement familial	35
Les problèmes de poids de la famille	37
L'environnement socio-professionnel parental	39
Les habitudes de vie parentales	41
Analyse multivariée des déterminants du surpoids et de l'obésité chez l'enfant	43
Caractéristiques socio-démographiques associées au surpoids et à l'obésité chez les adultes franciliens	45
L'environnement familial	47
L'environnement socio-professionnel	49
Analyse multivariée des déterminants socio-démographiques du surpoids et de l'obésité	55
Habitudes de vie, surpoids et obésité chez les adultes franciliens	57
Alimentation	59
Activité physique	65
Conséquences du surpoids et de l'obésité sur l'état de santé des adultes franciliens	69
Perception de l'état de santé	71
Individus présentant une maladie chronique	73
Limitations dans les activités	73
Dépendance des personnes de 60 ans et plus	75
Consommation médicale selon la corpulence	77
Recours au système de santé à partir des données de l'enquête décennale	79
L'appariement avec les données SNIIR AM	81
Surpoids et obésité en Ile-de-France et en province	85
Synthèse	91
Références	105
Annexes	111

Introduction

Dans le cadre de l'exploitation de l'échantillon régional Ile-de-France de l'enquête décennale santé 2002-2003 de l'Insee, un groupe de travail pluri-institutionnel (Insee, Drass, Urcam, Cram, Arh et Ors) s'est mis en place. L'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Ile-de-France ont proposé une exploitation des données régionales concernant l'obésité et ses conséquences en matière de recours aux soins.

La lutte contre l'obésité représente l'un des enjeux majeurs de santé publique des prochaines décennies. Les conséquences de la maladie sont désormais bien connues (1) : complications métaboliques (diabète, hypertension artérielle, dyslipidémies), complications mécaniques (articulaires, respiratoires), complications inflammatoires, conséquences psychologiques (méséstime de soi, dépression) et sociales (discrimination, stigmatisation, perte de chance).

En outre, si le XX^{ème} siècle a été marqué par une augmentation constante de l'espérance de vie, une étude américaine alerte sur sa réduction potentielle au cours du XXI^{ème} siècle, compte tenu de l'augmentation de la prévalence de l'obésité et de sa survenue de plus en plus précoce dès l'enfance (2). La réduction de la durée de vie des personnes présentant une obésité sévère est estimée entre 5 et 20 ans (3).

L'Ile-de-France est la région la plus riche de France mais il existe des disparités socio-économiques importantes géographiquement marquées (4). Elle se caractérise par l'importance de sa jeunesse : en 2002, plus du quart de la population francilienne était âgé de moins de 20 ans. Mais, la population vieillit, même si le rythme est moindre en Ile-de-France qu'en province. Ainsi les personnes âgées de plus de 60 ans représentent dans la région une part de plus en plus importante de la population (16,1% en 2002).

La situation en matière d'obésité et de surpoids est particulièrement préoccupante en Ile-de-France, avec une augmentation récente et importante de la prévalence, surtout perceptible chez les jeunes et au sein des zones d'éducation prioritaires, reflet des inégalités sociales de santé (5).

Objectifs

Dans ce contexte, les données recueillies lors de l'enquête décennale santé permettent une analyse de l'obésité et des caractéristiques de la population concernée au niveau de la région Ile-de-France.

Les objectifs plus spécifiques du travail réalisé sont de :

- mesurer la prévalence du surpoids et de l'obésité aux différents âges de la vie
- décrire les caractéristiques socio-démographiques des individus concernés
- connaître les habitudes de vie associées au surpoids et à l'obésité
- mesurer les conséquences du surpoids et de l'obésité sur l'état de santé
- déterminer les consommations médicales et les spécificités du recours aux soins des personnes en surpoids et en obésité
- situer la région Ile-de-France comparativement au reste de la France en matière de surpoids et d'obésité

Matériel et méthode

Tableau 1 : Structure de la population d'enquête en Ile-de-France en effectifs bruts (entre parenthèses : population francilienne - données RP1999, Insee)

	Hommes			Femmes			Ensemble		
	Effectif	%	(%RP)	Effectif	%	(%RP)	Effectif	%	(%RP)
Moins de 2 ans	120	2,6	(1,8)	133	2,8	(2,5)	253	2,7	(2,2)
2 à 9 ans	521	11,5	(11,3)	524	10,9	(9,1)	1 045	11,2	(10,2)
10 à 19 ans	662	14,6	(13,6)	641	13,3	(12,3)	1 303	13,9	(12,9)
20 à 29 ans	645	14,2	(15,3)	640	13,3	(14,9)	1 285	13,7	(15,1)
30 à 39 ans	728	16,0	(16,6)	769	15,9	(16,2)	1 497	16,0	(16,4)
40 à 49 ans	652	14,4	(14,8)	721	14,9	(14,6)	1 373	14,7	(14,7)
50 à 59 ans	607	13,4	(12,4)	606	12,6	(11,5)	1 213	12,9	(11,9)
60 à 69 ans	320	7,0	(7,5)	353	7,3	(7,9)	673	7,2	(7,7)
70 ans et plus	287	6,3	(6,8)	441	9,1	(10,9)	728	7,8	(8,9)
Ensemble	4 542	100,0	(100,0)	4 828	100,0	(100,0)	9 370	100,0	(100,0)

Tableau 2 : Structure de la population d'enquête en France en effectifs bruts (entre parenthèses : données population France métropolitaine – données RP 1999, Insee)

	Hommes			Femmes			Ensemble		
	Effectif	%	(%RP)	Effectif	%	(%RP)	Effectif	%	(%RP)
Moins de 2 ans	502	2,5	(1,5)	501	2,4	(2,3)	1 003	2,5	(1,9)
2 à 9 ans	2 160	10,9	(10,4)	2 068	9,8	(8,4)	4 228	10,3	(9,4)
10 à 19 ans	2 903	14,6	(14,0)	2 727	13,0	(12,6)	5 630	13,8	(13,3)
20 à 29 ans	2 390	12,0	(14,0)	2 409	11,5	(13,0)	4 799	11,7	(13,5)
30 à 39 ans	2 785	14,0	(15,0)	3 017	14,4	(14,3)	5 802	14,2	(14,7)
40 à 49 ans	2 885	14,5	(14,7)	3 072	14,6	(14,2)	5 957	14,6	(14,5)
50 à 59 ans	2 655	13,4	(11,8)	2 700	12,9	(11,2)	5 355	13,1	(11,5)
60 à 69 ans	1 746	8,8	(9,1)	1 981	9,4	(9,6)	3 727	9,1	(9,4)
70 ans et plus	1 833	9,2	(9,5)	2 531	12,0	(14,3)	4 364	10,7	(12,0)
Ensemble	19 859	100,0	(100,0)	21 006	100,0	(100,0)	40 865	100,0	(100,0)

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

L'enquête décennale santé

Les enquêtes Santé de l'Insee, ont pour but de repérer sur un an les consommations médicales et l'état de santé des individus. Elles cherchent notamment à décrire les comportements individuels dans le domaine de la santé et des soins médicaux. Elles permettent à partir d'une même source de croiser de nombreuses caractéristiques socio-démographiques des individus avec leur état de santé.

La première enquête a été mise en place en 1960. Depuis, elles se sont déroulées à un rythme décennal : 1969-1970, 1980-1981, 1991-1992. La dernière enquête a débuté en octobre 2002 et s'est terminée en octobre 2003. La mise en œuvre a été assurée par les services Conditions de vie des ménages de l'Insee. Elle a bénéficié d'une extension régionale dans cinq régions : Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Champagne-Ardenne, Ile-de-France, et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Le but de ces extensions est de disposer d'un échantillon représentatif au niveau régional.

L'enquête 2002-2003 s'est étalée sur un an, en cinq vagues. Chaque vague s'est déroulée en trois visites de l'enquêteur. L'enquête est organisée de telle sorte que les adultes concernés soient présents à chaque visite, le questionnement de chaque adulte étant strictement individuel. Entre les visites, les ménages remplissent le carnet de soins et conservent les emballages des médicaments achetés et les ordonnances.

L'échantillon national se compose de 16 848 ménages et de 40 865 individus. En Ile-de-France, l'échantillon comporte 3 819 ménages et 9 370 individus. Les tableaux 1 et 2 présentent les structures par tranche d'âge de 10 ans et par sexe des échantillons de départ au niveau francilien et national, en effectifs bruts. Les pourcentages calculés à partir des données du recensement de 1999 figurent entre parenthèses.

Tableau 3 : Structure de la population d'enquête en Ile-de-France ayant participé à trois visites (effectifs bruts)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 2 ans	95	2,5	122	3,0	217	2,8
2 à 9 ans	444	11,8	444	10,9	888	11,3
10 à 19 ans	573	15,2	543	13,3	1 116	14,2
20 à 29 ans	512	13,6	519	12,7	1 031	13,1
30 à 39 ans	593	15,8	662	16,2	1 255	16,0
40 à 49 ans	538	14,3	624	15,3	1 162	14,8
50 à 59 ans	506	13,5	521	12,8	1 027	13,1
60 à 69 ans	263	7,0	295	7,2	558	7,1
70 ans et plus	236	6,3	354	8,7	590	7,5
Ensemble	3 760	100,0	4 084	100,0	7 844	100,0

Tableau 4 : Structure de la population d'enquête en France entière ayant participé à trois visites (effectifs bruts)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 2 ans	438	2,6	456	2,5	894	2,6
2 à 9 ans	1 923	11,4	1 852	10,2	3 775	10,8
10 à 19 ans	2 533	15,1	2 348	12,9	4 881	13,9
20 à 29 ans	1 896	11,3	2 012	11,0	3 908	11,1
30 à 39 ans	2 318	13,8	2 677	14,7	4 995	14,2
40 à 49 ans	2 455	14,6	2 740	15,0	5 195	14,8
50 à 59 ans	2 253	13,4	2 358	12,9	4 611	13,1
60 à 69 ans	1 486	8,8	1 715	9,4	3 201	9,1
70 ans et plus	1 534	9,1	2 079	11,4	3 613	10,3
Ensemble	16 836	100,0	18 237	100,0	35 073	100,0

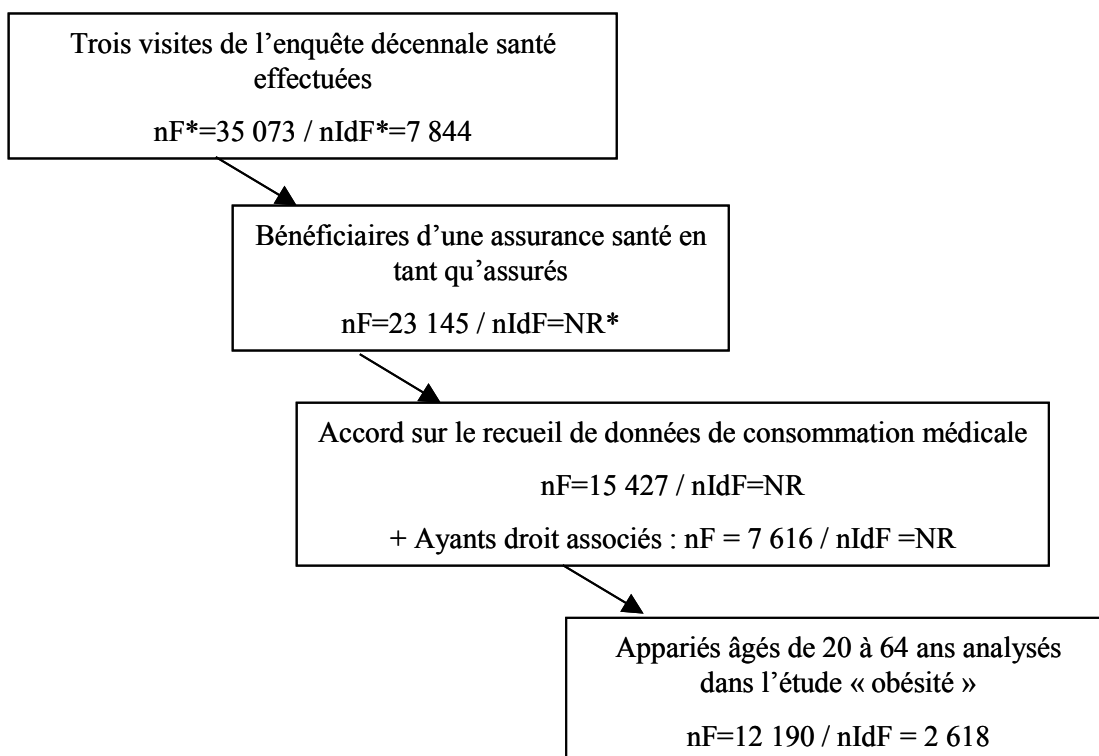
Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Les résultats présentés dans ce rapport ne concernent pas la totalité des personnes de l'échantillon initial. En effet, certains thèmes n'ont été abordés que pour une partie de la population. D'autre part, certaines informations ont été recueillies lors des deuxième et troisième visites et ont pu échapper à la collecte du fait de l'abandon de certaines personnes. Les données socio-démographiques ainsi que le questionnaire sur l'état de santé et la notion de maladie chronique ont été collectés lors de la première visite ; les données de biométrie (poids et taille) ont été enregistrées lors de la deuxième visite ; les données sur l'alimentation, l'activité physique, les déficiences et les incapacités ont été recueillies lors de la troisième visite.

La base de données comporte donc un total de 35 073 individus pour la France entière dont 7 844 en Ile-de-France. La structure par classes d'âge et sexe de ces échantillons est présentée dans les tableaux 3 et 4. Le taux de participation aux trois visites par rapport à l'échantillon francilien ayant accepté de répondre à la première visite s'élève à 84%. On constate que la répartition par sexe et âge est très similaire entre l'échantillon initial et l'échantillon des personnes ayant bénéficié des trois visites. Compte-tenu des définitions de l'obésité (présentées dans la suite du chapitre), les enfants de moins de 2 ans sont ultérieurement exclus des analyses présentées.

Les analyses ont été réalisées sur une population redressée. Elles ont été effectuées avec le logiciel statistique Stata (version 8.2) qui permet de prendre en compte les plans de sondage complexes.

Figure 1 : Des données recueillies à l'issue des trois visites de l'enquête décennale à l'exploitation « obésité » effectuée après appariement avec les données de l'assurance maladie : évolution des effectifs nationaux et franciliens



•nF : effectifs France; nIdF : effectifs Ile-de-France, NR : non renseigné

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 / SNIIR AM; exploitation Urcam Ile-de-France

Appariement avec les données de consommation médicale enregistrées par l'Assurance Maladie

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a réalisé un appariement des données de l'enquête décennale santé de l'Insee avec les données de dépenses de santé disponibles au sein des fichiers du SNIIR AM (Système National d'Information inter-régime de l'Assurance Maladie). Cet appariement est rendu possible par les numéros de Sécurité Sociale fournis par les personnes enquêtées.

Cette méthode offre la possibilité d'associer des variables « déclarées » et collectées uniquement par enquête, à des données de consommation et de recours aux soins « complètes » présentes dans les bases de remboursement.

Sur les 35 073 individus ayant effectué les trois visites de l'enquête santé, 23 145 bénéficient d'une couverture sociale en tant qu'assurés (Figure 1). Parmi ces assurés, 15 427 ont accepté que des données de consommation médicale les concernant soient recueillies auprès de l'assurance maladie. A ces personnes sont associés 7 616 ayants droit.

Après cryptage des identifiants par l'INSEE et dans le respect de l'anonymisation de l'enquête, cette démarche a permis de recueillir la consommation de soins de plus de 20 000 individus et de confronter les données relatives à leur consommation avec les données déclarées auprès des enquêteurs.

Dans le cadre spécifique de la réflexion sur l'obésité, la CNAMTS a réalisé l'appariement de 12 190 adultes de 20 à 64 ans pour la France entière dont 2 618 en Ile-de-France.

Tableau 5 : Comparaison entre la population de l'enquête de 20 à 64 ans et son sous-ensemble de personnes appariées

Enquête santé

	Pas d'excès de poids	Surpoids	Obésité
Genre (n=21 232)			
Hommes	53,2%	36,7%	10,1%
Femmes	68,3%	21,5%	10,3%
Profession (n=17 790)			
Manœuvre ou ouvrier spécialisé	56,6%	28,9%	14,5%
Ouvrier qualifié	51,2%	36,2%	12,7%
Agent de maîtrise dirigeant des ouvriers	49,8%	38,9%	11,3%
Agent de maîtrise dirigeant des techniciens	57,7%	34,1%	8,1%
Technicien, dessinateur, VRP (non cadre)	61,3%	32,0%	6,7%
Instit., infirmier, cat.B fct publique	69,7%	21,6%	8,7%
Ingénieur ou cadre	63,2%	30,5%	6,3%
Prof., cat. A fct publique	68,4%	25,8%	5,8%
Employés, aide soignant, cat. C fct publique	63,9%	25,7%	10,4%
Autres	67,3%	23,0%	9,7%

Individus appariés

	Pas d'excès de poids	Surpoids	Obésité
Genre (n=13 500)			
Hommes	50,8%	38,3%	10,9%
Femmes	67,4%	21,8%	10,8%
Profession (n=11 667)			
Manœuvre ou ouvrier spécialisé	55,3%	28,8%	15,9%
Ouvrier qualifié	49,2%	37,5%	13,4%
Agent de maîtrise dirigeant des ouvriers	47,3%	39,7%	13,0%
Agent de maîtrise dirigeant des techniciens	55,9%	35,1%	9,0%
Technicien, dessinateur, VRP (non cadre)	59,3%	32,8%	7,9%
Instit., infirmier, cat.B fct publique	69,0%	21,7%	9,3%
Ingénieur ou cadre	62,4%	31,3%	6,3%
Prof., cat. A fct publique	67,3%	27,2%	5,6%
Employés, aide soignant, cat. C fct publique	62,8%	25,9%	11,3%
Autres	65,4%	23,6%	11,1%

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 / SNIIR-AM ; exploitation Urcam Ile-de-France.

Cependant, si les résultats de l'enquête Insee sont issus d'un échantillon représentatif permettant une estimation nationale et francilienne des différents indicateurs, il convient de vérifier et d'analyser si la population appariée a une structure identique à la population plus large interrogée lors de l'enquête et dont les données de poids et de taille sont issues. Les comparaisons de moyennes et les tests d'égalité effectués par la CNAMTS montrent en effet que les deux populations présentent des différences. La population appariée n'offre donc pas les mêmes critères de représentativité que la population visitée par les enquêteurs de l'Insee.

La lecture des résultats présentés doit donc être prudente. Si la répartition de la corpulence par sexe peut-être considérée comme identique entre les deux populations, ce n'est pas le cas pour la répartition par corpulence et position professionnelle, occupation ou niveau d'études (Tableau 5).

Les données appariées n'ont pas fait l'objet d'un redressement. Afin d'optimiser les résultats, l'analyse porte sur une population plus restreinte (20-64 ans) excluant ainsi des populations fortement consommatrices de soins. Afin de tenir compte de l'augmentation de la consommation de soins avec l'âge des personnes, une standardisation des résultats de consommations par l'âge est effectuée.

La consommation médicale des enfants n'est pas analysée, la population appariée présentant de fortes disparités par rapport à la population de l'enquête.

Tableau 6 : Définitions du surpoids et de l'obésité à partir de l'âge de 18 ans

Classification	IMC
Surpoids	$\geq 25,0 - <30$
Obésité	
Grade I	$\geq 30 - <35$
Grade II	$\geq 35 - <40$
Grade III	≥ 40

Définitions du surpoids et de l'obésité

Les données de biométrie (poids actuel et taille) ont été enregistrées sur déclaration des individus, en présence de l'enquêteur. Elles ont été recueillies lors de la deuxième visite de l'enquête décennale santé.

Les taux de prévalence du surpoids et de l'obésité sont déterminés à partir de l'indice de masse corporelle (IMC), que l'on calcule en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille en mètres.

Chez les adultes, un IMC égal ou supérieur à 25 et inférieur à 30 indique que le sujet est en surpoids et qu'il court un risque accru d'être atteint de problèmes de santé. Un IMC de 30 ou plus signifie que le sujet est en obésité et qu'il présente un risque élevé ou très élevé de développer des problèmes de santé. Au sein de l'obésité, trois grades sont définis : I ou modérée, II ou sévère et III ou massive (Tableau 6).

Dans l'analyse nous parlons de surpoids pour un IMC compris entre 25 et moins de 30 et d'obésité pour un IMC supérieur ou égal à 30. Les termes d'excès pondéral ou de surcharge pondérale utilisés dans cette analyse englobent le surpoids et l'obésité (ils comprennent donc tout IMC à partir de 25).

Exemple : Un adulte mesurant 1m80 est considéré en surpoids lorsque son poids est compris entre 81kg et 98kg (IMC compris entre 25 et 30). Au-delà d'un poids de 98kg, cette même personne est obèse (IMC supérieur à 30). Pour cette même taille, toute personne pesant au moins 81kg est considérée en excès de poids.

L'étude présentée porte sur la thématique du surpoids et de l'obésité. Néanmoins, dans le chapitre sur la prévalence, les données concernant les poids insuffisants sont présentées. L'IMC est l'un des éléments du diagnostic de dénutrition à partir d'une valeur inférieure à 18,5. Entre 18,5 et 17, il s'agit d'une insuffisance pondérale. En deçà (IMC < 17), la dénutrition est plus sévère.

Tableau 7 : Définition Internationale du surpoids et de l'obésité entre l'âge de 2 ans et l'âge de 18 ans

Age (en années)	IMC du surpoids *		IMC de l'obésité*	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
2	18,25	17,90	19,95	19,80
3	17,80	17,50	19,50	19,30
4	17,55	17,25	19,30	19,10
5	17,45	17,15	19,40	19,25
6	17,65	17,40	20,00	19,90
7	18,05	17,90	20,85	20,75
8	18,60	18,50	21,90	21,90
9	19,30	19,30	23,10	23,15
10	20,00	20,10	24,30	24,45
11	20,75	20,95	25,35	25,75
12	21,40	21,90	26,20	26,95
13	22,10	22,80	27,00	28,00
14	22,80	23,50	27,80	28,75
15	23,45	24,05	28,45	29,20
16	24,05	24,45	29,00	29,50
17	24,60	24,75	29,55	29,75

* Seuils établis d'après l'International Obesity Task Force (Cole et Coll., 2000) (6).

Définition chez l'enfant et l'adolescent

L'IMC des enfants et des adolescents jusqu'à 18 ans se calcule au moyen de la même formule. Cependant, les seuils de surpoids et d'obésité varient selon l'âge et le sexe de l'enfant. Les valeurs de références utilisées dans ce travail reposent sur les données de l'International Obesity Task Force (6). A partir d'une population de référence constituée de données recueillies dans six pays ayant des données nationales représentatives, des courbes de centiles ont été établies séparément pour les filles et les garçons, à partir de l'âge de 2 ans. Les seuils définissant le surpoids et l'obésité, pour chaque âge et en tenant compte du sexe, sont estimés à partir des courbes de centiles de l'IMC atteignant les valeurs 25 et 30 kg/m² à 18 ans (soit les définitions du surpoids et de l'obésité à l'âge adulte). Cole présente les valeurs par tranche d'âge de 6 mois. Afin de disposer de seuils par tranche d'âge d'un an, nous avons calculé la moyenne des deux valeurs présentées dans l'article de Cole par tranche de 6 mois, selon une méthodologie identique à celle de l'étude Obépi 2000 (6) (Tableau 7).

Dans l'article de Cole, la valeur définissant le surpoids chez un garçon de 2 ans est de 18,4 et de 18,1 à 2 ans et demi. Dans l'analyse, la valeur pour le surpoids à 2 ans pour un garçon a été fixée à 18,25 [(18,4 + 18,1)/2].

Exemple : Un garçon âgé de 7 ans et mesurant 1m27 sera en surpoids si son poids dépasse 29,2 kg, et en obésité à partir de 33,7 kg.

Cette définition internationale permet en outre de présenter en continuité les données pédiatriques et adultes.

En France, des courbes d'IMC ont été établies à partir de valeurs de référence légèrement différentes. Celles-ci sont notamment utilisées en pratique pédiatrique quotidienne et dans les outils développés dans le cadre du Programme National Nutrition Santé. La présentation des définitions et l'exploitation des données selon ces normes sont présentées en annexe 3.

Prévalence du surpoids et de l'obésité selon l'âge et le sexe chez les Franciliens

Toutes générations et sexes confondus, un Francilien sur trois est en excès de poids.

A l'exception des enfants de moins de dix ans, la prévalence de la surcharge pondérale est toujours supérieure chez les hommes. Cependant, lorsque les femmes sont en excès de poids, elles sont plus souvent en obésité. Parmi les personnes de 18 ans et plus, l'obésité concerne 10,1% des femmes et 7,9% des hommes.

Chez les 2-17 ans, la prévalence de l'excès de poids est de 16,4%, dont 5% d'enfants présentant une obésité.

Figure 2 : Prévalence de l'obésité et du surpoids à partir de l'âge de 2 ans chez les hommes franciliens (%)

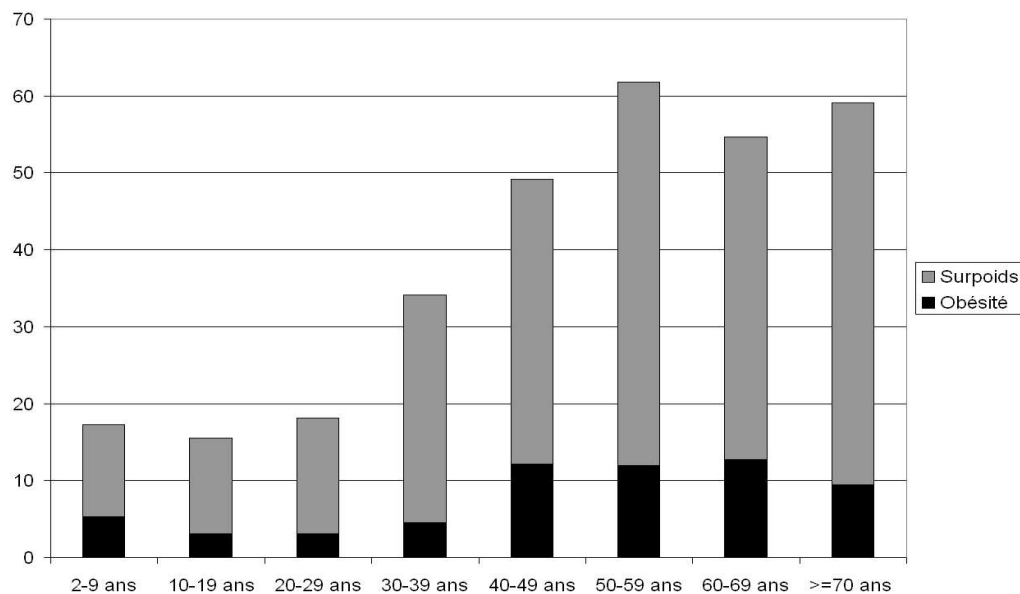
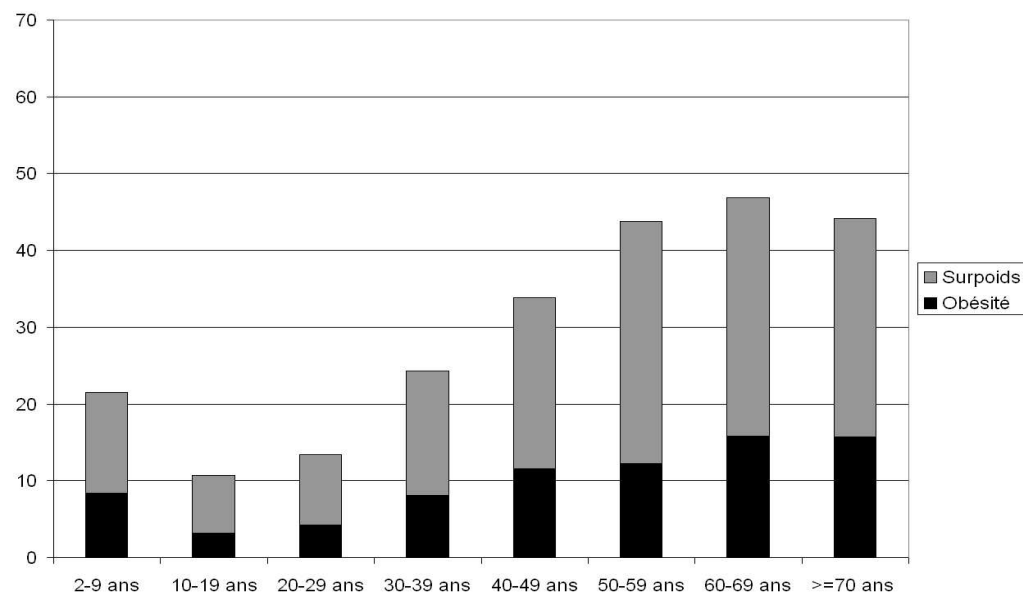


Figure 3 : Prévalence de l'obésité et du surpoids à partir de l'âge de 2 ans chez les femmes franciliennes (%)



Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Surpoids et obésité chez les Franciliens

Toutes générations et sexes confondus, 23,9% [22,9% - 24,9%] de la population francilienne présente un surpoids et 8,2% [7,6% – 8,9%] une obésité. Au total, un Francilien sur trois est concerné par un excès de poids (surpoids + obésité).

Chez les individus de 18 ans et plus, la prévalence de l'excès de poids est de 36,4% [35,1% - 37,7%]. La médiane de l'IMC se situe à 23,6 kg/m².

La répartition du surpoids et de l'obésité diffère selon le sexe...

Les hommes présentent davantage une surcharge pondérale, mais lorsque les femmes sont en excès de poids, elles sont davantage en obésité.

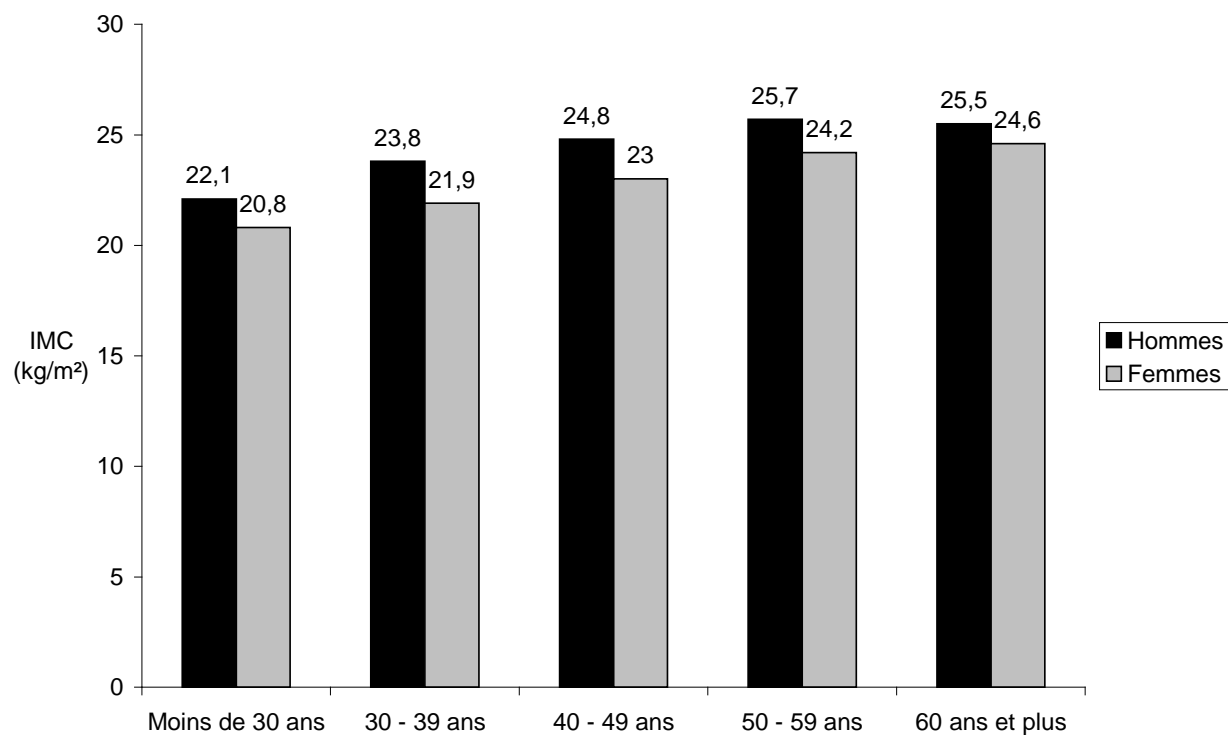
Ainsi sur l'ensemble de l'échantillon enfant et adulte, les hommes présentent un excès de poids dans 36,0% des cas contre 28,4% chez les femmes ($p < 10^{-4}$). Chez les hommes, la prévalence du surpoids est 1,5 fois plus importante que chez les femmes : 29,0% contre 19,1% ($p < 10^{-4}$). A l'inverse, l'obésité concerne davantage les femmes : 9,3% contre 7,0% ($p = 0,001$).

Parmi les individus âgés de 18 ans et plus, la médiane de l'IMC des hommes est de 24,3 kg/m² et celle des femmes de 22,7 kg/m². A partir de cet âge, trois stades de gravité sont définis selon l'importance de l'obésité. Parmi les femmes, 10,1% présentent une obésité : 7,7% en grade I, 1,8% en grade II et 0,6% en grade III. Les hommes sont quant à eux 7,9% en obésité : 6,6% en grade I, 1,0% en grade II et 0,3% en grade III. Une plus forte proportion de femmes que d'hommes se trouve donc dans les catégories les plus graves où le risque de développer des problèmes de santé est considéré comme extrêmement élevé.

... et ce à la plupart des âges

A l'exception des enfants âgés de moins de 10 ans, la prévalence de l'excès de poids est toujours supérieure chez les hommes que chez les femmes, avec un écart entre les deux sexes qui s'accroît entre 40 et 60 ans. Chez les 40-49 ans, un homme sur deux est en surpoids, alors qu'une femme sur trois est dans ce cas (Figure 2 et Figure 3).

Figure 4 : Médiane de l'IMC , selon le sexe et l'âge , chez les Franciliens de 18 ans et plus



Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Pour l'obésité, les différences observées sont plutôt en défaveur des femmes, mais d'importance variable selon les différentes tranches d'âge (Figure 3). La différence en défaveur des femmes est significative chez les 30-39 ans ($p=0,01$) et chez les plus de 70 ans ($p=0,03$). Entre 40 et 59 ans, quel que soit le sexe, environ 12% des individus présentent une obésité.

Chez les hommes, la prévalence de l'obésité, après une augmentation majeure entre les classes d'âge 30-39 ans et 40-49 ans, se stabilise jusque 70 ans, âge à partir duquel il est observé un pourcentage plus faible d'hommes obèses (Figure 2).

L'IMC médian augmente donc avec l'âge (Figure 4). Chez les hommes, il passe de 22,1 kg/m² chez les moins de 30 ans à 25,7 kg/m² chez les 50-59 ans. A partir de cette classe d'âge, l'IMC médian se stabilise chez les hommes. Cette évolution fait passer un homme mesurant 1m80 de 72 kg à 83 kg.

Chez les femmes, l'augmentation de l'IMC est plus progressive et la médiane passe de 20,8 kg/m² chez les moins de 30 ans à 24,6 kg/m² chez les plus de 60 ans. Ceci correspond pour une femme mesurant 1m60 à une évolution du poids de 53 kg à 63kg.

Figure 5 : Prévalence de l'obésité et du surpoids entre 2 et 17 ans chez les garçons franciliens, d'après la définition IOTF (%)

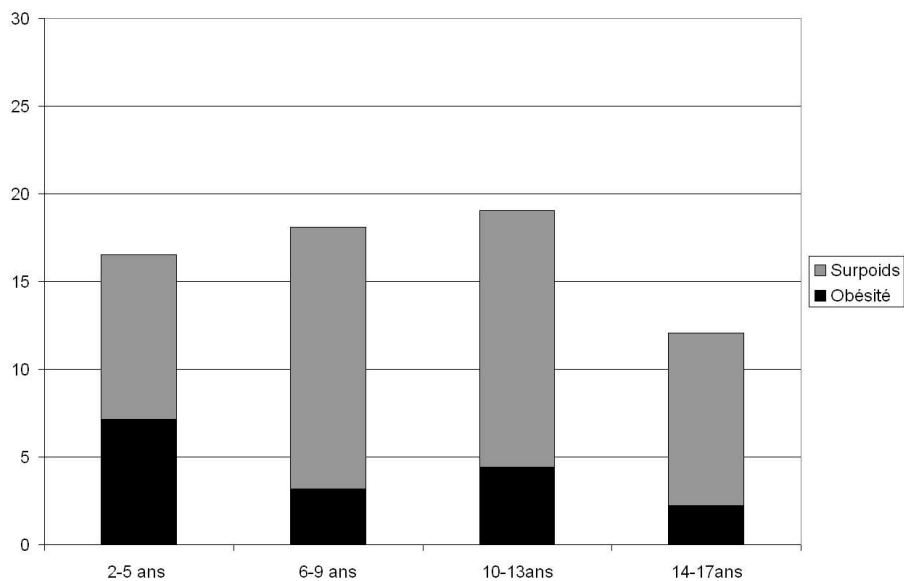
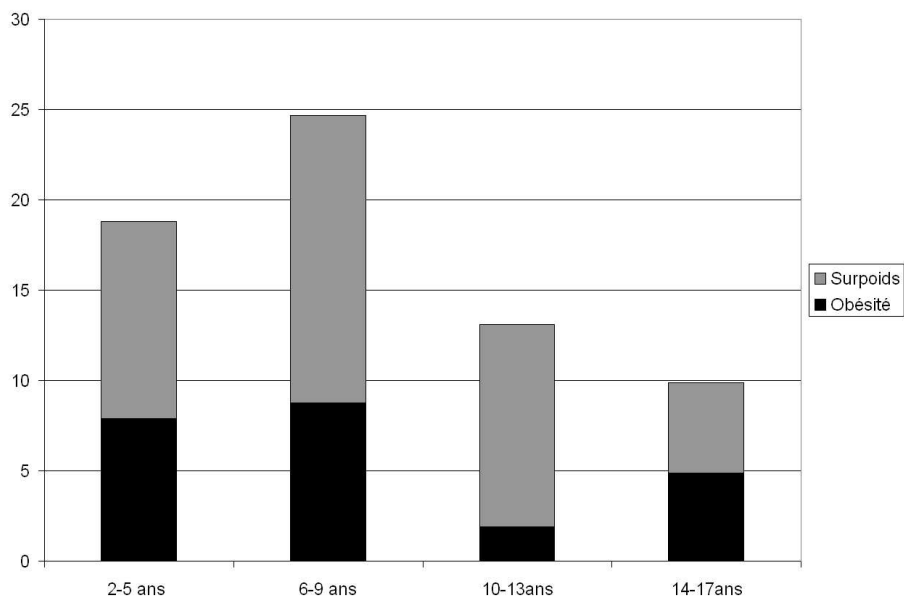


Figure 6 : Prévalence de l'obésité et du surpoids entre 2 et 17 ans chez les filles franciliennes, d'après la définition IOTF (%)



Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Surpoids et obésité chez les enfants et adolescents

Plus d'un individu sur dix est concerné par un surpoids dès le plus jeune âge, avec chez les petites filles une tendance à une fréquence de l'obésité particulièrement élevée

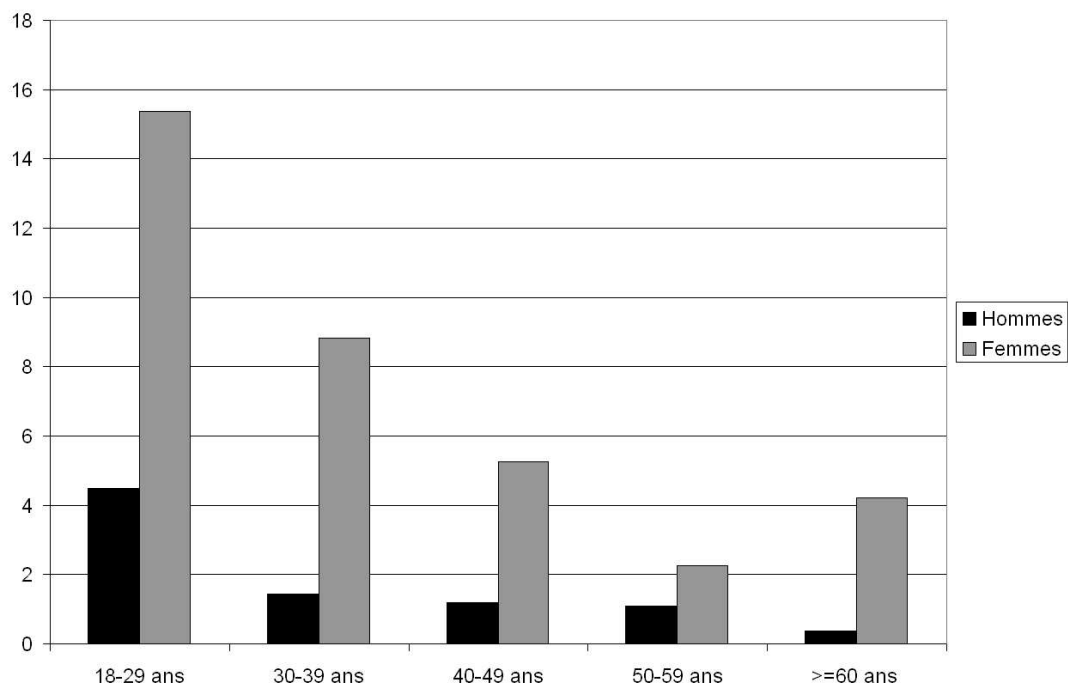
L'analyse par tranche d'âge et par sexe montre que la prévalence de l'excès de poids la plus faible est observée chez les filles entre 10 et 19 ans (de l'ordre de 10%) (Figure 3). La classe d'âge la plus jeune (de 2 à 9 ans) se caractérise par une prévalence du surpoids et de l'obésité plus importante, avec une différence qui tend à être plus marquée chez les filles. A cet âge, 21,5% [17,8% - 25,7%] d'entre elles présentent un excès de poids. Elles sont 8,3% [5,9% - 11,3%] en obésité. Chez les garçons du même âge, ces prévalences sont respectivement de 17,3% [14,0% - 21,2%] et 5,2% [3,4% - 7,8%] (Figure 2). Néanmoins, ces différences observées ne sont pas statistiquement significatives.

Une analyse par classes d'âge plus fines (Figure 5 et Figure 6) montre que la prévalence maximale de l'excès de poids est observée entre 6 et 9 ans chez les filles et entre 10 et 13 ans chez les garçons. Au-delà de ces âges, on observe une diminution des prévalences jusqu'à la fin de la croissance.

Globalement, la prévalence de l'excès de poids chez l'enfant et l'adolescent en Ile-de-France, selon la définition IOTF, est de 16,4% [14,7% - 18,2%]. L'obésité concerne 5,0% [4,0% - 6,1%] de l'ensemble des 2-17 ans. Des prévalences plus élevées sont observées chez les 2-5 ans dans les deux sexes et chez les filles de 6-9 ans.

Les écarts de prévalence aux différents âges doivent être interprétés en prenant en compte l'évolution de l'IMC tout au long de la croissance. La courbe d'IMC physiologique augmente au cours de la première année de vie, puis décroît jusqu'à l'âge de 6 ans, avant d'augmenter à nouveau. La remontée de la courbe a lieu en moyenne à l'âge de 6 ans. Pour la tranche d'âge des 7-10 ans, selon M-F Rolland-Cachera, la prévalence observée peut être due à une avance de maturation des enfants mesurés actuellement, par rapport aux données de référence utilisées (6). Ainsi, pour des enfants de 7 ans ayant un stade de maturation équivalent à un enfant de 8 ans, le seuil définissant l'obésité est trop bas, et peut entraîner une prévalence à 7 ans trop élevée. Chez les enfants de la classe d'âge des 2-5 ans, l'existence d'une obésité correspond vraisemblablement à la survenue précoce d'un rebond d'adiposité (remontée de la courbe d'IMC survenant avant l'âge de 6 ans).

Figure 7 : Prévalence des insuffisances pondérales à partir de l'âge de 18 ans (%)



Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Prévalence de l'insuffisance pondérale et de la dénutrition

Les jeunes filles particulièrement vulnérables

Parmi les individus âgés de 18 ans et plus, la prévalence globale de l'insuffisance pondérale et de la dénutrition (IMC < 18,5) est de 1,9% [1,4% - 2,5%] chez les hommes et de 7,4% [6,5% - 8,5%] chez les femmes. L'analyse par tranche d'âge montre que la prévalence est particulièrement importante chez les femmes jeunes : elles sont 15,4% [12,7% - 18,5%] dans ce cas entre l'âge de 18 et 29 ans et 8,8% [6,8% - 11,3%] entre 30 et 39 ans (Figure 7). Des dénutritions importantes (IMC <17) sont observées pour ces deux tranches d'âge chez respectivement 2,5% [1,5% - 4,2%] et 1,3% [0,06% - 2,9%] des femmes.

Si la prévalence de l'insuffisance pondérale et de la dénutrition diminue tout au long de la vie, celle-ci tend à augmenter chez les femmes au-delà de 60 ans (4,2% [2,9% - 6,2%]). A cet âge, la prévalence de la dénutrition sévère est de 1,9%.

Surpoids et obésité chez les enfants et adolescents franciliens selon l'environnement familial

L'environnement familial influence fortement l'obésité de l'enfant.

L'analyse met en avant l'influence de la surcharge pondérale parentale, montre l'augmentation du risque d'excès de poids chez l'enfant lorsque le niveau d'études parental décroît, et s'intéresse aux habitudes de vie parentales, en particulier à la pratique d'une activité physique régulière par les parents et à son retentissement sur la corpulence de l'enfant.

Figure 8 : Prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les jeunes de moins de 18 ans, selon la catégorie de corpulence des parents (%)

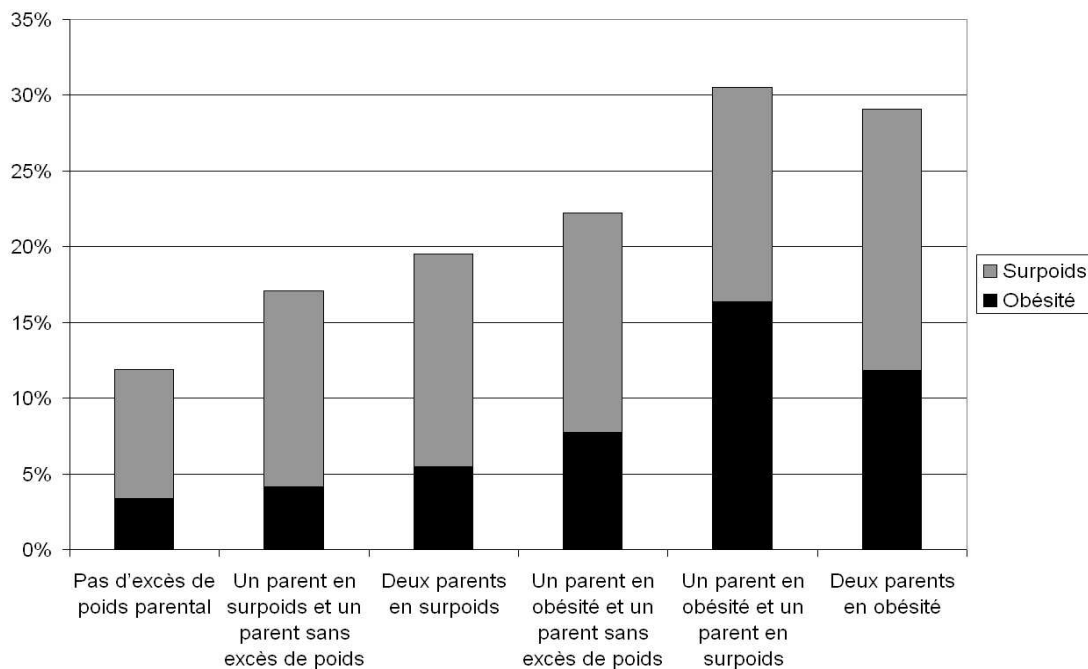
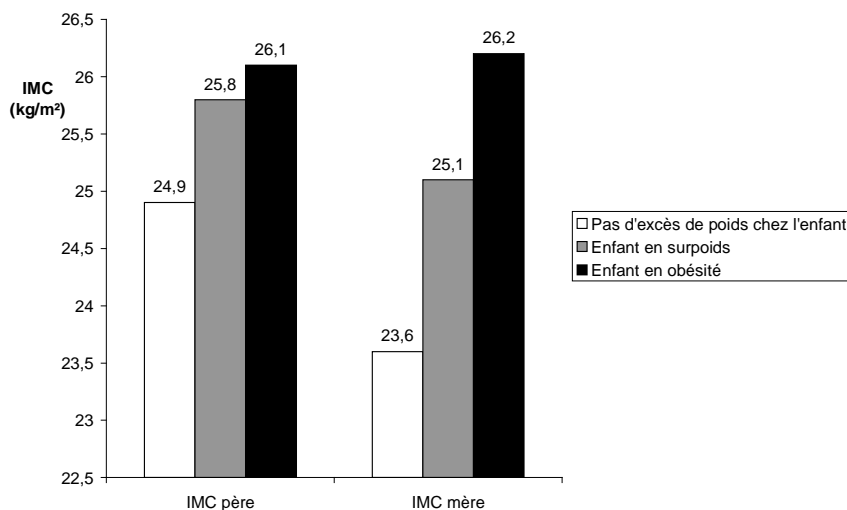


Figure 9 : IMC moyen (kg/m²) du père et de la mère selon la corpulence de l'enfant



Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Les problèmes de poids de la famille

Une forte association entre la surcharge pondérale parentale et celle de l'enfant

Le surpoids et l'obésité des enfants sont très liés à la corpulence parentale. Ainsi, lorsque aucune surcharge pondérale parentale n'est mise en évidence, les enfants sont seulement 3,3% à présenter une obésité et 8,6% un surpoids. Lorsque les deux parents présentent une obésité, ces pourcentages s'élèvent respectivement à 11,8% et 17,3%.

La prévalence de l'excès pondéral augmente progressivement avec le nombre de parents concernés par une surcharge pondérale et le degré de l'atteinte parentale (Figure 8). La prévalence est maximale lorsque les deux parents sont en surcharge pondérale dont au moins un en obésité. Environ 30% des enfants sont alors en excès de poids dont plus de 10% en obésité. Cette situation parentale représente néanmoins une faible part de l'échantillon : 5,4% des enfants ont un parent en obésité et un parent en surpoids et 1,3% des enfants ont leurs deux parents en obésité. Pour 44,2% des enfants, il n'existe pas de surcharge pondérale parentale connue.

L'augmentation de la moyenne de l'IMC parental selon la corpulence de l'enfant est observée pour les deux parents, mais est plus marquée chez les mères dont la moyenne d'IMC passe de 23,6 pour le groupe des enfants sans excès de poids à 26,1 pour le groupe des enfants en obésité (Figure 9).

Pour cette analyse, un rapprochement entre les enfants et leurs parents a été effectué (enfant de la personne de référence du ménage avec la personne de référence et sa conjointe). Un total de 1 785 Franciliens de moins de 18 ans dont la corpulence est connue sont étudiés.

L'homme « de référence » est considéré comme le père de l'enfant et la femme « de référence » comme la mère de l'enfant. Certaines analyses ont été effectuées sur des caractéristiques synthétisant les données paternelle et maternelle. Or, pour certains enfants, l'information n'est disponible que pour l'un des deux parents. Dans ce cas, il a été décidé, par défaut, de classer la personne concernée par l'absence de donnée, comme ne présentant pas le phénomène (par exemple : un parent sans excès de poids et un parent de corpulence inconnue = famille sans excès de poids).

La définition IOTF est utilisée pour définir le surpoids et l'obésité de l'enfant.

Tableau 8 : Prévalence du surpoids et de l'obésité de l'enfant selon le niveau d'études parental (%)

	Niveau d'études des pères				p*
	Aucun ou niveau primaire n=239	Niveau secondaire n=608	Niveau bac n=184	Niveau supérieur au bac n=536	
Obésité	8,8	5,2	5,0	2,3	
Surpoids	16,7	12,7	10,9	7,5	
Pas d'excès	74,5	82,1	84,1	90,2	S***
	Niveau d'études des mères				p*
	Aucun ou niveau primaire n=235	Niveau secondaire n=639	Niveau bac n=279	Niveau supérieur au bac n=603	
Obésité	9,6	5,6	6,0	1,9	
Surpoids	14,7	12,1	11,1	9,1	
Pas d'excès	75,7	82,3	82,9	89,0	S***

* χ^2 sur les effectifs pondérés. S*** : $p \leq 0,001$

Tableau 9 : Prévalence du surpoids et de l'obésité de l'enfant selon la profession parentale (%)

	Profession des pères				p*
	Ouvrier, Agent de maîtrise n= 548	Employé n= 224	Technicien, Instituteur, Infirmier n= 121	Ingénieur, Cadre, Prof. Artistiques n= 470	
Obésité	6,6	6,3	6,2	1,8	
Surpoids	13,8	11,5	8,7	9,9	
Pas d'excès	79,6	82,3	85,1	88,3	S***
	Profession des mères				p*
	Ouvrier, Agent de maîtrise n= 216	Employé n= 617	Technicien, Instituteur, Infirmier n= 130	Ingénieur, Cadre, Prof. Artistiques n= 492	
Obésité	4,3	5,7	5,4	1,6	
Surpoids	11,4	12,8	5,8	9,7	
Pas d'excès	84,3	81,5	88,8	88,6	S***

* χ^2 sur les effectifs pondérés. S*** : $p \leq 0,001$

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

L'environnement socio-professionnel parental

Le risque d'excès de poids chez l'enfant augmente lorsque le niveau d'études parental décroît...

La prévalence de l'excès de poids chez les enfants est très fortement associée au niveau de diplôme de leurs parents (Tableau 8). Ainsi, entre les niveaux d'études parentaux extrêmes (aucun ou primaire et supérieur au bac), la prévalence observée de l'excès de poids varie d'environ 25% à 10%. Une situation intermédiaire est observée pour les enfants de parents de niveaux d'études secondaire ou bac.

... avec une prévalence de l'obésité particulièrement élevée pour les bas niveaux d'éducation parentaux

Pour l'obésité, la prévalence la plus élevée concerne les enfants dont la mère présente le plus faible niveau d'études (près de 10% d'enfants obèses), alors que la prévalence la plus basse est observée chez les enfants dont la mère a un niveau supérieur au bac (moins de 2% d'enfants obèses). Entre ces deux situations extrêmes concernant les mères, la prévalence de l'obésité de l'enfant est donc multipliée par 5. Si l'on s'intéresse aux niveaux d'éducation extrêmes des pères, la prévalence est multipliée par 4.

En étudiant l'obésité de l'enfant au regard des professions parentales, il est également retrouvé un faible pourcentage d'enfant en obésité si l'un des parents est «ingénieur, cadre... » : moins de 2% d'enfants obèses alors que pour les autres catégories ce taux varie de 4 à 6% (Tableau 9).

Tableau 10 : Prévalence du surpoids et de l'obésité de l'enfant en fonction de l'équilibre alimentaire parental déclaré (%)

	Equilibre alimentaire du père			p*	Equilibre alimentaire de la mère			p*
	Bien n=506	Plutôt n=724	Pas très ou pas du tout n=233		Bien n=634	Plutôt n=858	Pas très ou pas du tout n=235	
Obésité	2,8	6,2	5,6		3,4	5,2	7,5	
Surpoids	9,9	12,7	12,0		11,2	10,4	14,8	
Pas d'excès	87,3	81,1	82,4	S*	85,4	84,4	77,9	S*

* χ^2 sur les effectifs pondérés. S* : $p \leq 0,05$.

Tableau 11 : Prévalence du surpoids et de l'obésité de l'enfant en fonction de l'activité physique sportive familiale (%)

	Activité physique familiale				p*
	Aucune n=880	1 parent (père) n=297	1 parent (mère) n=300	2 parents n=303	
Obésité	8,1	3,1	1,0	0,9	
Surpoids	14,0	7,8	9,1	8,7	
Pas d'excès	77,9	89,1	89,9	90,4	S***

* χ^2 sur les effectifs pondérés. S*** : $p \leq 0,001$

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Les habitudes de vie parentales

Le mauvais équilibre alimentaire parental associé à l'excès de poids de l'enfant

Les prévalences d'excès de poids les plus basses sont observées chez les enfants dont le père estime avoir une alimentation bien équilibrée, et chez ceux dont la mère estime avoir une alimentation bien ou plutôt équilibrée (Tableau 10).

Concernant l'obésité, il semble exister une augmentation progressive des prévalences selon les trois degrés de perception de l'équilibre alimentaire par les mères, avec un taux d'obésité chez l'enfant atteignant 7,5% lorsque celles-ci déclarent avoir une alimentation pas très ou pas du tout équilibrée. Les enfants dont le père déclare avoir une alimentation bien équilibrée présentent également une moindre fréquence de l'obésité.

L'équilibre alimentaire est étudié ici par la perception que les parents ont de leur propre alimentation. Cette variable est donc à interpréter avec une extrême prudence, compte-tenu des limites entre perception et équilibre alimentaire réel (9). Parmi les données plus objectives recueillies sur les consommations quotidiennes, il est mis en évidence un taux supérieur d'enfants en excès de poids lorsque le père est un consommateur quotidien de boissons sucrées : 6,9% d'enfants en obésité et 16,8% en surpoids contre des taux respectivement à 4,6% et 10,8% en cas de moindre fréquence de consommation ($p=0,01$).

Des écarts plus marqués en fonction de l'activité physique parentale

Pour environ un enfant sur deux, aucune activité physique sportive parentale n'est enregistrée. Dans cette situation, le risque d'excès pondéral chez l'enfant est majeur, avec 14% des enfants en surpoids et surtout 8% des enfants en obésité (Tableau 11).

En cas d'activité physique sportive déclarée par au moins l'un des deux parents, les pourcentages d'enfants en excès de poids sont divisés par presque deux. L'obésité passe sous le seuil des 1% lorsque la mère ou les deux parents pratiquent ce type d'activité.

Tableau 12 : Déterminants du surpoids et l'obésité de l'enfant (modèles de régression logistique)

	Surpoids versus absence de surcharge n = 1 696		Obésité versus absence de surcharge n = 1 577	
	OR ajusté	IC à 95%	OR ajusté	IC à 95%
Sexe de l'enfant				
Garçon	1		1	
Fille	0,83	0,6 – 1,1	1,4	0,9 – 2,3
Age de l'enfant				
14-17 ans	1		1	
10-13 ans	1,9 **	1,2 – 3,0	1,0	0,4 – 2,2
6-9 ans	2,6 ***	1,6 – 4,1	2,2 *	1,0 – 4,6
2-5 ans	1,7 *	1,0 – 2,9	3,4 **	1,6 – 7,2
Niveau d'études des parents ‡				
Niveau supérieur au bac des deux parents	1		1	
Niveau supérieur au bac d'un seul parent	1,3	0,8 – 2,5	2,0	0,6 – 6,5
Situations « intermédiaires »	1,6 *	1,0 – 2,6	3,5 *	1,3 – 9,9
Au moins un parent de niveau d'études le plus bas (sans niveau supérieur au bac)	1,9 **	1,2 – 3,3	5,9 ***	2 – 17,3
Activité physique sportive parentale				
Activité physique régulière des deux parents	1		1	
Activité physique régulière d'un seul parent	0,9	0,5 – 1,5	1,8	0,5 – 6,5
Aucune activité physique parentale régulière	1,4	0,9 – 2,3	6,0 **	1,8 – 19,3
Surcharge pondérale des parents				
Absence de surcharge pondérale parentale	1	1	1	
Excès pondéral d'au moins un parent (hors modalité suivante)	1,5 *	1,1 – 2,1	1,1	0,6 – 1,9
Excès pondéral des deux parents dont au moins un en obésité	1,9 *	1,1 – 3,5	4,1 ***	2,1 – 8,3
Perception de l'équilibre alimentaire par les parents				
Alimentation des deux parents bien équilibrée	1		1	
Alimentation d'au moins un parent « Pas très ou pas du tout équilibrée »	1,0	0,6 – 1,6	1,7	0,8 – 3,5
Autre situation	1,0	0,7 – 1,5	1,3	0,7 – 2,6

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

‡ Le niveau d'études parental a été codé en quatre catégories : les deux parents de niveau supérieur au bac (catégorie de référence), un seul parent de niveau supérieur au bac, au moins un parent du niveau le plus bas (sans parent de niveau supérieur au bac) et les autres situations intermédiaires avec des parents de niveau secondaire ou bac.

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Lecture : par rapport aux enfants dont les deux parents pratiquent une activité physique régulière, la probabilité qu'un enfant présente une obésité est significativement plus importante lorsque ces deux parents ne pratiquent aucune activité de ce type, après prise en compte des différentes variables introduites dans le modèle.

Analyse multivariée des déterminants du surpoids et de l'obésité chez l'enfant

Compte-tenu de la forte corrélation entre les données « père » et « mère », l'analyse multivariée des déterminants de l'obésité et du surpoids a été effectuée en synthétisant les caractéristiques des deux parents sous forme de variables explicatives familiales (Tableau 12).

Les enfants les plus jeunes présentent un risque d'obésité et de surpoids significativement plus élevé que les adolescents. L'excès de risque particulièrement important pour l'obésité chez les 2-5 ans mérite d'être souligné compte-tenu de la valeur prédictive d'un rebond d'adiposité précoce sur une obésité ultérieure.

Le milieu socio-économique dans lequel grandit l'enfant est une nouvelle fois mis en avant, avec un effet protecteur du niveau d'études élevé des deux parents. Lorsqu'un seul des parents est de niveau d'études supérieur, le risque d'obésité ou de surpoids pour l'enfant n'est pas significativement augmenté. Un excès de risque est mis en évidence pour toutes les autres situations, avec un risque d'obésité particulièrement augmenté lorsqu'au moins un des parents est du niveau d'études le plus faible (OR = 5,9).

Le fait qu'aucun parent ne déclare exercer régulièrement une activité physique sportive est associé à un risque très accru d'obésité (OR = 6). Pour le surpoids, si la tendance va dans le même sens, cette relation n'est pas significative.

La notion d'excès pondéral chez les deux parents, dont au moins un en obésité, fait également courir un risque plus élevé d'obésité ou de surpoids chez l'enfant. Une relation est par ailleurs retrouvée entre surpoids de l'enfant et surpoids des parents.

L'alimentation, telle qu'elle a été étudiée au travers des données de perception de leur équilibre alimentaire par les parents, n'est pas associée à l'excès de poids chez l'enfant. Néanmoins, il convient de rappeler que le recueil ne comportait pas de données concernant les comportements individuels de l'enfant.

Caractéristiques socio-démographiques associées au surpoids et à l'obésité chez les adultes franciliens

Vie en couple chez l'homme et maternité chez la femme sont associées à des prévalences plus élevées d'excès pondéral.

Le lien entre inégalités sociales et excès de poids, plus marqué pour la population féminine, est souligné. Ainsi, chez les femmes le risque de surpoids est multiplié par 2,7 entre les niveaux d'éducation primaire et supérieur au bac, et le risque d'obésité par 4,3. Chez les hommes, ces risques sont multipliés par 1,5 et 2. Les prévalences les plus faibles sont observées chez les étudiants de 18-29 ans.

Tableau 13 : Prévalence de l'excès de poids et de l'obésité selon la vie en couple (%)

Excès de poids	Vie en couple des hommes			Vie en couple des femmes		
	Oui n=1 870	Non n=874	p*	Oui n=1 933	Non n=1 141	p*
18-29 ans	21,1	16,3	NS	15,9	10,0	S*
30-39 ans	35,3	30,5	NS	26,7	16,7	S*
40-49 ans	52,2	38,0	S**	33,6	34,5	NS
50-59 ans	62,5	58,8	NS	44,7	41,5	NS
≥ 60 ans	57,0	56,0	NS	42,7	47,5	NS
Ensemble	47,8	29,8	S***	32,8	29,6	NS
	[45,4 – 50,1]	[26,7-33,0]		[30,6 – 35,0]	[26,8 – 32,4]	
Obésité						
18-29 ans	3,7	2,4	NS	4,2	3,5	NS
30-39 ans	5,4	1,7	NS	8,9	5,2	NS
40-49 ans	13,2	8,0	NS	10,1	14,6	NS
50-59 ans	12,0	11,2	NS	12,3	11,6	NS
≥ 60 ans	12,3	6,3	NS	13,1	17,9	NS
Ensemble	9,7	4,2	S***	9,8	10,7	NS
	[8,5 – 11,2]	[3,0 – 5,8]		[8,5 – 11,3]	[8,9 – 12,7]	

* χ^2 sur les effectifs pondérés. NS : écart non significatif, S* : $p \leq 0,05$, S** : $p \leq 0,01$, S*** : $p \leq 0,001$

Tableau 14 : Prévalence de l'excès de poids et de l'obésité selon la maternité chez les femmes (%)

Excès de poids	Maternité		p*
	Oui n=892	Non n=2 182	
18-29 ans	24,4	9,7	S***
30-39 ans	26,5	18,1	S*
40-49 ans	35,5	24,5	NS
50-59 ans	44,6	35,1	NS
≥ 60 ans	48,4	25,3	S***
Ensemble	38,3	15,4	S***
	[36,2 – 40,5]	[13,1 – 18,1]	
Obésité			
18-29 ans	6,6	3,1	NS
30-39 ans	9,0	5,4	NS
40-49 ans	11,9	9,2	NS
50-59 ans	11,8	15,0	NS
≥ 60 ans	16,9	7,6	S*
Ensemble	12,3	5,1	S***
	[10,9 – 13,9]	[3,8 – 6,9]	

* χ^2 sur les effectifs pondérés. NS : écart non significatif, S* : $p \leq 0,05$, S** : $p \leq 0,01$, S*** : $p \leq 0,001$

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

L'environnement familial

Les hommes vivant en couple semblent plus souvent en excès de poids

Tous âges confondus, les hommes vivant en couple sont plus fréquemment en excès de poids, voire en obésité. Cependant, en regardant par classes d'âge, si la tendance est à des prévalences plus élevées pour les hommes vivant en couple, seuls ceux de 40-49 ans dans cette situation présentent un excès de poids significativement supérieur à ceux ne vivant pas en couple (Tableau 13).

Chez les femmes, la relation entre le fait de vivre en couple et l'excès de poids n'est pas retrouvée. Néanmoins, pour les classes d'âge les plus jeunes, une différence semble exister. Ainsi, de 30 à 39 ans, les femmes vivant en couple présentent un excès de poids pour 27% d'entre elles, alors qu'elle ne le sont que dans 17% des cas lorsqu'elles ne vivent pas en couple. Pour les classes d'âge 40-49 ans et plus de 60 ans, la tendance s'inverse pour l'obésité, avec des prévalences supérieures en l'absence de vie de couple (différences non statistiquement significatives).

L'étude du statut matrimonial légal donne des résultats de même ordre. Par exemple, chez les hommes âgés de 40 à 49 ans, 38% sont en excès de poids lorsqu'ils sont célibataires, 53% lorsqu'ils sont mariés et 52% lorsqu'ils sont divorcés. Les femmes âgées de 18 à 29 ans sont en excès de poids pour 9% d'entre elles lorsqu'elles sont célibataires et 26% si elles sont mariées.

Chez les femmes, la maternité majore le risque de surpoids et d'obésité

Chez les femmes, la maternité, définie par le fait d'avoir donné naissance à au moins un enfant, influe sur le poids (Tableau 14). On trouve en effet près de 2,5 fois plus de femmes en surpoids et en obésité chez les femmes ayant été mères que chez les femmes sans enfant. L'analyse par classes d'âge est significative pour l'excès de poids chez les femmes âgées de 18 à 39 ans et pour l'excès de poids et l'obésité pour les femmes de plus de 60 ans.

Tableau 15 : Prévalence de l'excès de poids et de l'obésité selon le niveau d'études (%)

Excès de poids	Niveau d'études des hommes				p*
	Aucun ou niveau primaire n=469	Niveau secondaire n=838	Niveau bac n=466	Niveau supérieur au bac n=971	
18-29 ans	22,9	16,7	18,3	16,6	NS
30-39 ans	36,4	38,2	32,3	29,6	NS
40-49 ans	51,2	53,9	46,0	43,7	NS
50-59 ans	70,4	56,5	60,6	58,2	NS
≥ 60 ans	62,1	58,0	47,3	49,1	NS
Ensemble	56,5	42,6	33,1	35,7	S****
	[51,8 – 61,0]	[39,2 – 46,0]	[28,9 – 37,7]	[32,6 – 38,8]	
Obésité					
18-29 ans	2,3	3,8	1,0	3,6	NS
30-39 ans	5,6	5,6	2,8	3,5	NS
40-49 ans	9,5	16,7	14,0	6,8	S*
50-59 ans	9,9	14,5	17,6	9,3	NS
≥ 60 ans	15,5	10,6	4,2	5,4	S**
Ensemble	10,9	9,7	5,7	5,3	S****
	[8,4 – 14,1]	[7,9 – 11,8]	[3,8 – 8,3]	[4,0 – 6,9]	
Excès de poids	Niveau d'études des femmes				p*
	Aucun ou niveau primaire n=579	Niveau secondaire n=902	Niveau bac n=538	Niveau supérieur au bac n=1 055	
18-29 ans	29,2	17,3	13,6	7,7	S**
30-39 ans	40,7	33,9	20,5	13,3	S****
40-49 ans	45,5	40,7	20,9	23,9	S****
50-59 ans	60,3	45,8	25,1	29,8	S****
≥ 60 ans	55,1	39,0	39,0	23,7	S****
Ensemble	52,4	35,8	21,4	16,8	S****
	[48,2 – 56,5]	[32,7 – 39,1]	[18,1 – 25,2]	[14,6 – 19,2]	
Obésité					
18-29 ans	-	6,1	2,9	3,6	NS
30-39 ans	13,1	14,7	6,2	1,7	S****
40-49 ans	22,9	11,3	8,4	5,9	S****
50-59 ans	15,9	13,8	8,1	7,6	NS
≥ 60 ans	21,0	10,5	13,3	6,3	S**
Ensemble	18,5	11,5	6,7	4,3	S****
	[15,5 – 22,0]	[9,6 – 13,8]	[4,7 – 9,4]	[3,3 – 5,7]	

• χ^2 sur les effectifs pondérés, entre les différentes niveaux d'éducation. NS : écart non significatif, S* : $p \leq 0,05$, S** : $p \leq 0,01$, S**** : $p \leq 0,001$.

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

L'environnement socio-professionnel

Un excès de poids plus fréquent lorsque le niveau d'études est bas

Quel que soit le sexe des individus, l'excès de poids et l'obésité sont plus importants chez les personnes de faible niveau d'études (Tableau 15).

Entre les niveaux extrêmes (aucun ou primaire et supérieur au bac), le risque de présenter un surpoids est multiplié par 1,5 chez les hommes et 2,7 chez les femmes. Cet écart selon le niveau d'études est plus marqué pour l'obésité avec un risque multiplié par 2 chez les hommes et par 4,3 chez les femmes.

A tout âge, les différences sont plus marquées chez les femmes

Chez les hommes, après prise en compte de l'âge, si la tendance va dans le sens de prévalences plus faibles d'excès de poids chez les personnes de niveau d'études supérieur au bac, peu de différences demeurent significatives.

Chez les femmes les écarts sont beaucoup plus marqués, ceci quel que soit l'âge. Ainsi, chez les femmes du niveau d'études le plus faible, la prévalence de l'excès de poids est élevée chez les moins de 30 ans : environ 30% des femmes sont concernées. Pour cette même classe d'âge, les femmes de niveau d'études supérieur au bac sont seulement 7,7% en excès de poids. Pour les femmes de niveau d'études élevé, l'augmentation de la prévalence de l'excès de poids est plus marquée au-delà de l'âge de 40 ans. Chez les femmes de niveaux d'éducation inférieurs, l'excès de poids se manifeste plus précocement.

Tableau 16 : Prévalence de l'excès de poids et de l'obésité selon la profession (%)

Excès de poids	Profession des hommes				p*
	Ouvrier, Agent de maîtrise n=747	Employé n=429	Technicien, Instituteur, Infirmier n=234	Ingénieur, Cadre, Prof. Artistiques n=805	
18-29 ans	19,2	24,9	25,5	13,5	NS
30-39 ans	37,8	37,1	34,8	27,5	NS
40-49 ans	51,9	47,1	48,4	44,8	NS
50-59 ans	64,2	61,1	52,1	60,5	NS
≥ 60 ans	64,9	55,3	45,7	50,0	S*
Ensemble	48,3	40,5	40,1	40,7	S**
	[44,6 – 51,9]	[35,8 – 45,3]	[33,8 – 46,7]	[37,3 – 44,3]	
Obésité					
18-29 ans	1,0	3,0	4,9	6,8	NS
30-39 ans	4,0	6,4	4,2	3,0	NS
40-49 ans	12,0	11,6	18,2	9,7	NS
50-59 ans	14,3	11,4	4,5	10,1	NS
≥ 60 ans	19,6	12,6	13,0	3,6	S***
Ensemble	10,3	7,6	8,6	6,5	NS
	[8,3 – 12,6]	[5,5 – 10,5]	[5,5 – 13,1]	[4,9 – 8,5]	
Excès de poids	Profession des femmes				p*
	Ouvrière, Agent de maîtrise n=444	Employée n=1 189	Technicienne, Institutrice, Infirmière n=284	Ingénieur, Cadre, Prof. Artistiques n=582	
18-29 ans	15,8	18,2	28,7	7,6	S*
30-39 ans	26,3	30,0	23,4	7,8	S***
40-49 ans	33,7	39,8	30,6	22,4	S*
50-59 ans	48,0	52,3	26,4	30,3	S***
≥ 60 ans	48,4	51,3	30,9	28,1	S***
Ensemble	38,0	38,0	27,8	19,4	S***
	[33,4 – 42,8]	[35,1 – 40,9]	[22,8 – 33,4]	[16,3 – 22,9]	
Obésité					
18-29 ans	6,3	4,7	14,9	3,4	NS
30-39 ans	7,8	11,3	4,3	1,0	S***
40-49 ans	11,6	13,6	6,9	6,7	NS
50-59 ans	17,1	12,7	8,0	8,7	NS
≥ 60 ans	21,6	19,4	8,0	4,4	S***
Ensemble	14,6	12,6	7,8	4,7	S***
	[11,5 – 18,4]	[10,7 – 14,7]	[5,1 – 11,8]	[3,3 – 6,7]	

• χ^2 sur les effectifs pondérés, entre les différentes catégories socio-professionnelles. NS : écart non significatif, S* : $p \leq 0,05$, S** : $p \leq 0,01$, S*** : $p \leq 0,001$.

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Des différences en fonction du statut socio-professionnel également plus marquées chez les femmes

Plus le statut socio-professionnel est élevé, moins les individus sont touchés par des problèmes de poids (Tableau 16).

Chez les femmes, les différences observées selon la profession sont importantes, avec un taux de surcharge pondérale de 38% dans les catégories « ouvrière, agent de maîtrise » et « employée », de 27,8% dans la catégorie « technicienne, institutrice, infirmière » et 19,4% pour les « ingénieur, cadre et professions artistiques ». Quel que soit l'âge, les fréquences observées de femmes en excès de poids diffèrent de manière significative en faveur des catégories les plus favorisées.

Chez les hommes, les écarts sont moindres. Dans la catégorie « ouvrier, agent de maîtrise » la prévalence de l'excès de poids s'élève à 48,3%. Dans les autres catégories, elle est de l'ordre de 40%.

Tableau 17 : Prévalence de l'excès de poids et de l'obésité selon l'activité (étudiants exclus) (%)

Excès de poids	Activité des hommes				Activité des femmes			
	Travail n=1 797	Chômage n=192	Inactif n=553	p*	Travail n=1 693	Chômage n=162	Inactif n=988	p*
18-29 ans	17,8	21,7	33,9	NS	13,6	29,2	28,0	S**
30-39 ans	33,4	41,1	42,3	NS	21,8	25,4	34,1	S*
40-49 ans	49,5	48,2	38,2	NS	32,9	25,4	40,6	NS
50-59 ans	60,5	60,4	70,8	NS	38,3	56,3	53,5	S**
≥ 60 ans	43,0	-	58,1	NS	39,8	55,2	45,4	NS
Ensemble	40,0	39,4	57,8	S***	26,9	35,3	44,0	S***
	[37,8 – 42,4]	[32,5 – 46,8]	[53,5–62,0]		[24,8–29,2]	[27,9 – 43,4]	[40,8–47,3]	
Obésité								
18-29 ans	3,3	4,4	-	NS	5,8	6,7	2,6	NS
30-39 ans	4,2	6,3	10,2	NS	6,7	3,2	15,9	S**
40-49 ans	11,8	13,9	16,9	NS	10,6	6,0	17,2	NS
50-59 ans	10,9	12,6	17,3	NS	8,3	18,0	19,8	S**
≥ 60 ans	-	-	11,9	-	15,2	19,3	15,6	NS
Ensemble	7,2	8,5	12,1	S**	8,1	9,1	15,8	S***
	[6,1 – 8,6]	[5,4 – 13,3]	[9,5 – 15,1]		[6,8 – 9,6]	[5,4 – 14,9]	[13,5–18,4]	

• χ^2 sur les effectifs pondérés, entre les différentes activités. NS : écart non significatif, S* : $p \leq 0,05$, S** : $p \leq 0,01$, S*** : $p \leq 0,001$.

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

L'excès de poids plus important en cas d'inactivité professionnelle

Le pourcentage de personnes en surpoids ou obèses est plus important chez les personnes inactives (comprenant les personnes au foyer, retraitées...). Cependant, la prise en compte de l'âge ne laisse persister les différences que chez les femmes et pour certaines classes d'âge (Tableau 17).

Compte-tenu du faible effectif dans la catégorie « chômeur » les différences sont à interpréter avec prudence. Il semble que le pourcentage de femmes âgées de 18 à 29 ans en excès de poids soit particulièrement élevé chez les femmes au chômage (29% contre 14% chez les femmes actives du même âge). Des différences allant dans le même sens ne sont observées que chez les femmes âgées de 50 à 59 ans. Concernant l'obésité, l'écart entre les femmes inactives et celles travaillant est particulièrement prononcé pour les 30-39 ans, avec respectivement 15,9% et 6,7% de femmes touchées.

Peu d'obésité chez les étudiants

Les étudiants de la classe d'âge des 18-29 ans présentent des taux de surpoids et d'obésité respectivement de 12,2% et 1,4% soit des taux inférieurs aux autres catégories d'activité pour cette classe d'âge. Chez les étudiantes, le taux d'obésité est très faible (inférieur à 1%), quant au surpoids, il concerne moins de 5% de ces jeunes filles.

Tableau 18 : Déterminants socio-démographiques du surpoids et de l'obésité chez les hommes et les femmes (modèles de régression logistique)

	Hommes				Femmes			
	Surpoids versus absence de surcharge n = 2 519		Obésité versus absence de surcharge n = 1 807		Surpoids versus absence de surcharge n = 2 777		Obésité versus absence de surcharge n = 2 434	
	OR ajusté	IC à 95%	OR ajusté	IC à 95%	OR ajusté	IC à 95%	OR ajusté	IC à 95%
Age								
18 - 29 ans	1		1		1		1	
30 - 39 ans	2,2 ***	1,6 - 3,1	1,3	0,7 - 2,6	1,2	0,8 - 1,9	1,1	0,6 - 2,0
40 - 49 ans	3,4 ***	2,4 - 4,8	4,4 ***	2,3 - 8,2	1,7 *	1,1 - 2,6	1,5	0,9 - 2,6
50 - 59 ans	5,7 ***	4,0 - 8,0	5,1 ***	2,6 - 9,8	2,4 ***	1,6 - 3,8	1,6	0,9 - 2,9
≥ 60 ans	3,3 ***	2,0 - 5,6	2,2 *	1 - 4,9	1,9 *	1,1 - 3,0	1,2	0,6 - 2,1
Niveau d'études								
Supérieur au bac	1		1		1		1	
Bac	1,1	0,8 - 1,5	1,2	0,7 - 2,1	1,3	0,9 - 1,8	1,7 *	1,0 - 2,7
Secondaire	1,2	0,9 - 1,4	1,8 **	1,2 - 2,7	2,0 ***	1,6 - 2,6	2,7 ***	1,8 - 3,9
Aucun ou primaire	1,5 **	1,1 - 1,9	1,8 **	1,2 - 2,8	2,9 ***	2,2 - 3,9	4,5 ***	3,0 - 6,7
Activité								
Actif	1		1		1		1	
Chômage	1,0	0,7 - 1,5	1,3	0,7 - 2,2	1,5	1,0 - 2,3	1,2	0,6 - 2,2
Etudiant	0,8	0,5 - 1,4	0,5	0,2 - 2,0	0,5 *	0,2 - 1,0	0,1 **	0,2 - 0,5
Divers inactifs	1,4	0,9 - 2,2	2,1 **	1,2 - 3,8	1,2	0,9 - 1,6	1,7 **	1,1 - 2,4
Vie de couple								
Non	1		1		1		1	
Oui	1,2	0,9 - 1,5	1,9 **	1,2 - 2,8	1,0	0,8 - 1,2	0,7 *	0,5 - 1,0
Maternité								
Non					1		1	
Oui					1,7 ***	1,2 - 2,3	1,6 *	1,1 - 2,4

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Lecture : par rapport aux hommes de niveaux d'éducation supérieurs au bac, la probabilité qu'un homme présente une obésité est significativement plus importante lorsque qu'il est de niveau « secondaire » ou « aucun ou primaire », après prise en compte des différentes variables introduites dans le modèle.

Analyse multivariée des déterminants socio-démographiques du surpoids et de l'obésité

Le niveau d'études apparaît comme facteur déterminant

Compte-tenu des différences entre les deux sexes, l'analyse par régression a été effectuée séparément pour les hommes et les femmes (Tableau 18). Les régressions présentées permettent de raisonner, une fois contrôlé l'effet de l'âge et des autres variables introduites dans le modèle.

Après ajustement, les prévalences du surpoids chez les femmes et de l'obésité chez les hommes sont significativement plus élevées à partir de 40-49 ans. Chez les hommes, l'augmentation du surpoids est significative dès les 30-39 ans. Pour l'obésité chez les femmes, bien que la tendance soit à une augmentation des odds-ratio jusqu'à 60 ans, l'effet de l'âge n'est pas significatif au seuil de 5% dans le modèle de régression.

Concernant le niveau d'études, quel que soit le sexe, les personnes du niveau le plus faible ont un risque de surpoids et d'obésité très augmenté. Cette relation est plus nette pour les femmes que pour les hommes. Pour des niveaux d'études intermédiaires, les femmes sont également plus vulnérables avec un risque accru d'obésité celles de niveau secondaire ou bac comparées à celles de niveau d'études supérieur au bac. Il convient de souligner le caractère inhabituel de cette variation, l'écart « hommes – femmes » dans les inégalités sociales de santé étant habituellement en défaveur des hommes.

La situation d'inactivité professionnelle est significativement associée à l'obésité chez les hommes et les femmes. Chez ces dernières, le statut d'étudiante est associé à une moindre fréquence, tant de l'obésité que du surpoids.

Chez les femmes, la maternité induit un risque accru de surpoids et d'obésité. Il semble que la vie en couple ait un effet protecteur sur l'obésité chez les femmes, alors que chez les hommes vivant en couple, il est observé une augmentation significative du risque pour l'obésité.

Habitudes de vie, surpoids et obésité chez les adultes franciliens

Les personnes obèses déclarent moins fréquemment avoir une alimentation équilibrée. Entre les personnes en surpoids et celles sans excès pondéral, il n'est pas mis en évidence de différence sur la perception de l'équilibre alimentaire.

Si la réalisation d'un régime amaigrissant est très liée à la corpulence, les femmes déclarent davantage effectuer ce type de régime. Cependant, le recours à un médecin pour leur prescription est plus élevé chez les hommes.

La pratique régulière d'une activité sportive est plus fréquente en l'absence d'excès de poids, avec des écarts selon la corpulence plus marqués chez les femmes à partir de 30 ans. Les femmes obèses mettent en avant des difficultés physiques comme motif de non pratique sportive.

Figure 10 : Perception de l'équilibre alimentaire selon la corpulence par sexe

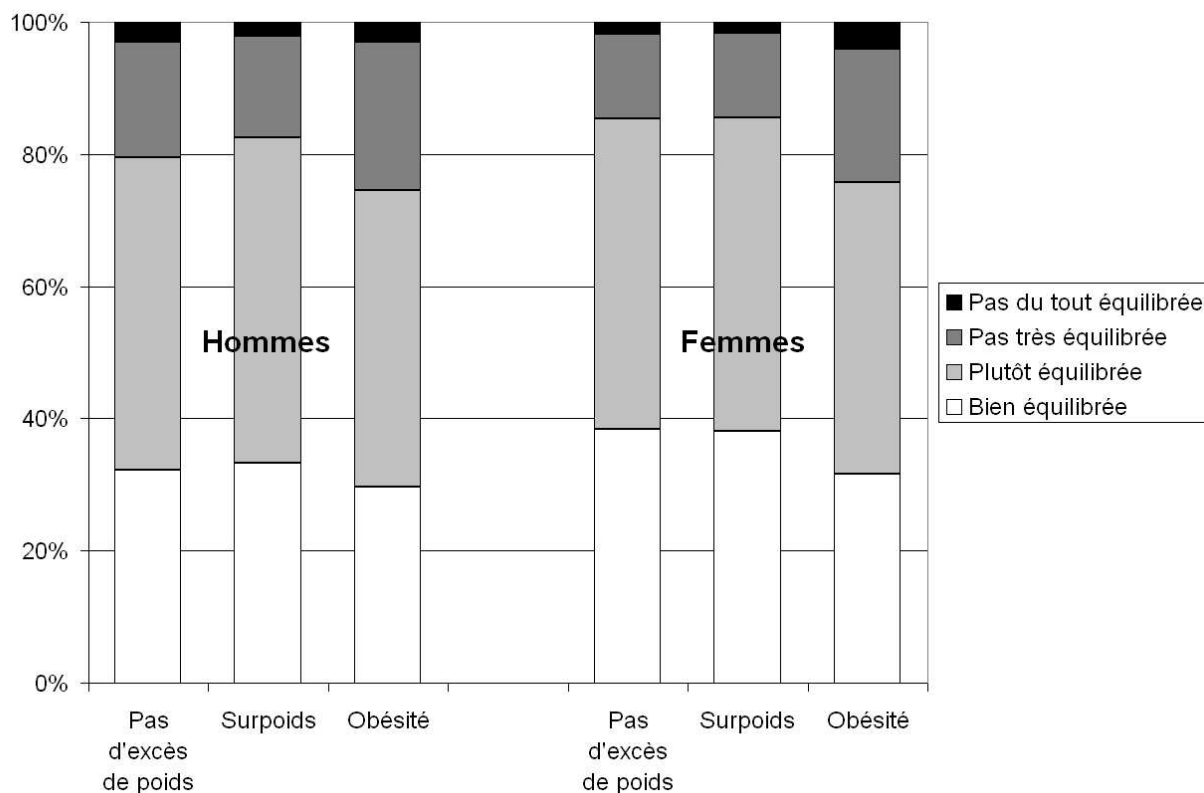


Tableau 19 : Perception d'une alimentation pas du tout ou pas très équilibrée selon la corpulence par classes d'âge et par sexe (%)

	Corpulence des hommes			p1* p2**	Corpulence des femmes			p1* p2**
	Pas d'excès de poids n= 1 573	Surpoids n= 926	Obésité n= 222		Pas d'excès de poids n= 2 123	Surpoids n= 628	Obésité n= 291	
18-29 ans	33,0	35,2	20,1	NS NS	22,2	16,4	23,1	NS NS
30-39 ans	18,6	25,8	40,2	NS S**	14,5	18,2	25,0	NS S*
40-49 ans	12,5	17,2	27,5	NS S**	12,6	13,2	32,4	NS S***
50-59 ans	14,1	15,1	27,0	NS S*	11,9	11,8	29,8	NS S***
≥ 60 ans	7,5	5,4	15,1	NS NS	7,7	14,7	16,7	S** S***
Ensemble	20,5	17,5	25,4	NS NS	14,6	14,4	24,3	NS S***
	[18,5-22,7]	[15,1-20,2]	[20,1-31,6]		[13,1-16,3]	[11,8-17,5]	[19,6-29,7]	

* p1 : χ^2 sur les effectifs pondérés, entre les individus sans excès de poids et les individus en surpoids.

** p2 : χ^2 sur les effectifs pondérés, entre les individus sans excès de poids et les individus en obésité.

NS : écart non significatif, S* : $p \leq 0,05$, S** : $p \leq 0,01$, S*** : $p \leq 0,001$.

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Alimentation

Les personnes obèses déclarent moins fréquemment avoir une alimentation équilibrée

Environ un quart des hommes et des femmes présentant une obésité déclarent avoir une alimentation pas très ou pas du tout équilibrée (Figure 10). En présence d'un surpoids, il n'est pas observé de différence significative dans la perception de l'équilibre alimentaire par rapport aux personnes ne présentant pas d'excès de poids : environ 20% des hommes et un peu moins de 15% des femmes répondent avoir une alimentation pas très ou pas du tout équilibrée.

Une alimentation déséquilibrée chez les jeunes quelle que soit la corpulence

L'équilibre alimentaire est perçu différemment selon l'âge des sujets (Tableau 19). L'alimentation est plus souvent considérée mal équilibrée par les générations les plus jeunes. Cependant à cet âge, la perception de l'équilibre alimentaire ne diffère pas selon la corpulence.

A partir de la classe d'âge des 30-39 ans, les personnes obèses déclarent plus souvent une alimentation moins équilibrée que les personnes ne présentant pas d'excès de poids. Les comparaisons entre les personnes en surpoids et celles sans surpoids ne mettent pas en évidence de différences significatives (à l'exception des femmes de plus de 60 ans).

Après ajustement sur le sexe, l'âge et le niveau d'études, la perception d'une alimentation non équilibrée reste significativement plus élevée chez les personnes en obésité, alors qu'il n'est pas mis en évidence de différence entre les personnes en surpoids et celles sans surcharge pondérale (Tableau 20).

Par rapport à un niveau d'études supérieur au bac, un niveau d'études bac ou secondaire est associé indépendamment des autres facteurs étudiés à une moins bonne perception de l'équilibre alimentaire.

Tableau 20 : Déterminants d'une perception de l'alimentation pas du tout ou pas très équilibrée (n=5 763) (analyse par régression logistique)

	OR ajusté	IC à 95%
Sexe		
Homme	1	
Femme	0,8 ***	0,7 – 0,9
Corpulence selon l'IMC		
Absence de surcharge pondérale	1	
Surpoids	1,2	0,9 – 1,4
Obésité	2,1 ***	1,7 – 2,7
Classe d'âge		
18-29 ans	1	
30 - 39 ans	0,6 ***	0,5 – 0,7
40 - 49 ans	0,4 ***	0,3 – 0,5
50 – 59 ans	0,4 ***	0,3 – 0,5
≥ 60 ans	0,2 ***	0,2 – 0,3
Niveau d'études		
Supérieur au bac	1	
Bac	1,3 *	1,0 – 1,6
Secondaire	1,5 ***	1,2 – 1,8
Aucun diplôme ou primaire	1,2	0,9 – 1,5

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

Tableau 21 : Déterminants de la réalisation d'un régime amaigrissant (n=5 516) (analyse par régression logistique)

	OR ajusté	IC à 95%
Sexe		
Homme	1	
Femme	4,8 ***	3,6 – 6,6
Corpulence selon l'IMC		
Absence de surcharge pondérale	1	
Surpoids	4,0 ***	2,9 – 5,5
Obésité	7,8 ***	5,5 – 11,0
Classe d'âge		
18-29 ans	1	
30 - 39 ans	0,9	0,6 – 1,3
40 - 49 ans	0,9	0,6 – 1,3
50 – 59 ans	0,9	0,6 – 1,3
≥ 60 ans	0,4 ***	0,2 – 0,6
Niveau d'études		
Supérieur au bac	1	
Bac	0,7 *	0,5 - 1
Secondaire	0,8	0,6 – 1,1
Aucun diplôme ou primaire	0,5 ***	0,3 – 0,7

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Lecture : par rapport aux personnes sans surcharge pondérale, la probabilité qu'un individu réalise un régime amaigrissant est significativement plus importante lorsque qu'il présente une obésité, après prise en compte des différentes variables introduites dans le modèle.

Davantage de régimes amaigrissants déclarés par les femmes

Quel que soit leur âge, les femmes déclarent davantage pratiquer, au moment de l'enquête, un régime amaigrissant que les hommes. La notion de régime actuel est d'autant plus fréquente que le degré de surcharge pondérale augmente. Ainsi, 20% [15,6% – 25,3%] des femmes en obésité déclarent effectuer ce type de régime contre 14% [11,4% - 17,2%] pour celles en surpoids et 5,1% [4,2% - 6,1%] pour celles sans surcharge pondérale.

Les hommes sont seulement 9,5% [6,1% - 14,5%] à déclarer faire un régime amaigrissant en cas d'obésité, 3,5% [2,4% - 4,9%] en cas de surpoids et moins de 1% en absence de surcharge pondérale [0,4% – 1,5%].

L'analyse par régression logistique de la pratique d'un régime amaigrissant montre qu'indépendamment de la corpulence, les personnes ayant un niveau supérieur au bac réalisent plus souvent un régime amaigrissant (Tableau 21). L'écart est particulièrement marqué avec les personnes du niveau d'études le plus faible.

Des régimes peu prescrits par des médecins

Environ le tiers des régimes effectués par des personnes en surcharge pondérale a été prescrit par un médecin. Ce recours au professionnel de santé semble plus fréquent chez les hommes (44,9%) que chez les femmes (28,5%) ($p=0,04$).

Figure 11 : Choix ou évitements alimentaires pour préoccupation de santé selon la corpulence par sexe (%)

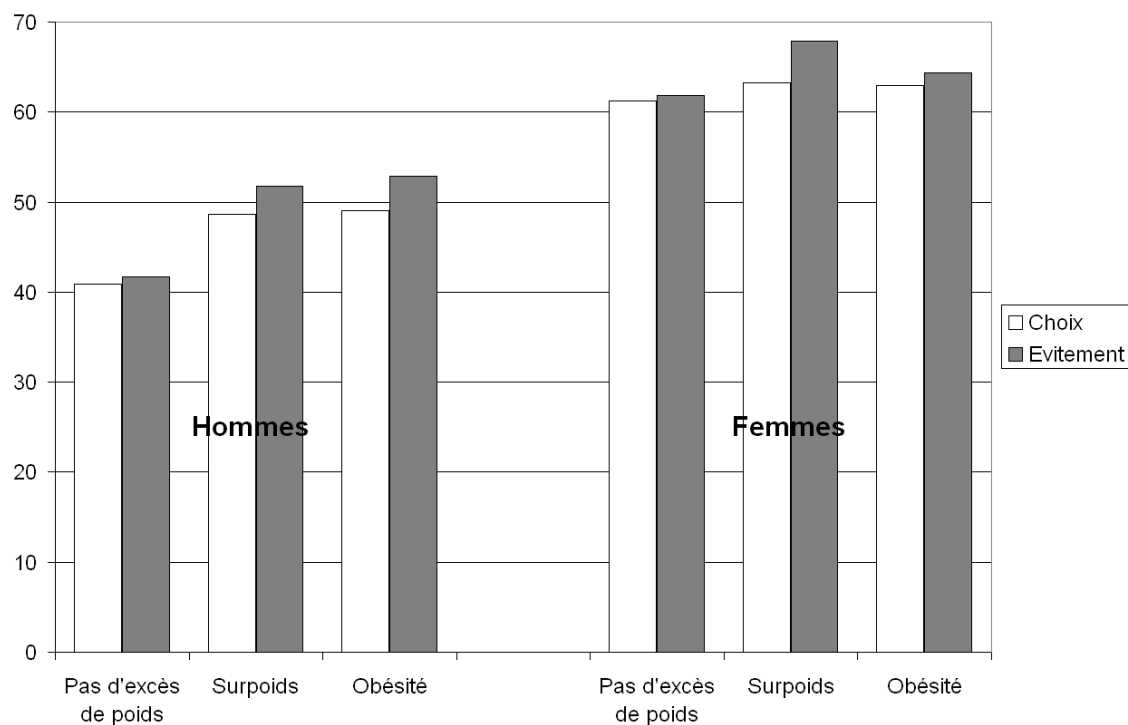


Tableau 22 : Consommations alimentaires significativement différentes entre individus obèses et non obèses

Type d'aliment	Population concernée	Pourcentage de consommateurs « tous les jours ou presque »		p*
		Obèses	Non obèses	
Fruits	Hommes 50-59 ans	58,3	71,5	S*
Légumes	Femmes 30-39 ans	48,3	66,4	S**
Féculents	Hommes 40-49 ans	51,7	64,7	S*
Viande	Hommes 40-49 ans	82,9	67,5	S**
	Hommes ≥ 60 ans	83,1	64,9	S**
Sodas, colas...	Hommes 18-29 ans	10,7	43,0	S**
	Femmes 18-29 ans	3,3	20,3	S*

** χ^2 sur les effectifs pondérés, entre les individus non obèses et les individus en obésité. NS : écart non significatif, S* : $p \leq 0,05$, S** : $p \leq 0,01$, S*** : $p \leq 0,001$.

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Une sélection plus importante des aliments en préoccupation avec leur santé par les femmes, mais plus influencée par les problèmes de poids chez les hommes

Les femmes déclarent dans 61,8% des cas choisir certains aliments car elles se préoccupent de leur santé. Elles sont 63,3% à éviter certains aliments pour les mêmes raisons. Chez les hommes, ces deux taux sont respectivement de 44,1% et 46%. Chez les femmes, il n'est pas observé de différence dans le choix d'aliments avec la corpulence, et la différence dans l'évitement de certains d'entre eux est modérée (Figure 11). Chez les hommes, que ce soit en choix positif ou négatif, les sélections alimentaires pour préoccupation de santé sont plus importantes chez les hommes en surpoids ou en obésité comparées aux hommes sans excès pondéral.

Des différences de consommations alimentaires confirmant le mauvais équilibre

L'analyse par sexe et par tranche d'âge montre, malgré les effectifs parfois limités, quelques différences sur les consommations quotidiennes de certains aliments entre les individus obèses et non obèses (Tableau 22). Ainsi, les hommes obèses âgés de 50 à 59 ans sont de plus faibles consommateurs de fruits, ceux de 40 à 49 ans consomment moins de féculents mais plus de viande ; les femmes obèses âgées de 30 à 39 ans consomment moins de fruits.

Des consommations de boissons sucrées très importantes chez les jeunes non obèses

La consommation « tous les jours ou presque » de boissons type sodas ou cocas non allégés en sucre est globalement plus importante chez les hommes (18,5% contre 8,8% chez les femmes). Cette consommation est influencée par l'âge avec une surconsommation très importante chez les moins de 30 ans : 42% chez les hommes et 19,7% des femmes. Dans cette classe d'âge, l'analyse selon la corpulence montre une moindre consommation déclarée tous les jours ou presque en cas d'obésité, et ce, pour les deux sexes. Cette consommation ne diffère pas entre les personnes en surpoids et les personnes sans surcharge pondérale, quel que soit le sexe. La faible consommation de ces boissons en cas d'obésité peut être le reflet d'un changement de comportement sur ce type de produit. Une sous-déclaration mérite aussi d'être envisagée.

Il convient cependant de souligner les limites de cette étude en terme de consommation alimentaire. En effet, les modalités de réponses prévoyaient la notion de consommation « tous les jours ou presque ». Aucune information détaillée sur la fréquence journalière et les quantités n'a été recueillie. D'autre part, le rythme des repas et la notion de grignotage n'ont pas fait l'objet de questions spécifiques dans le cadre de cette enquête.

Tableau 23 : Pratique d'un sport ou d'une activité physique selon la corpulence par classe d'âge et par sexe (%)

	Corpulence des hommes			p1* p2**	Corpulence des femmes			p1* p2**
	Pas d'excès de poids n= 1 573	Surpoids n= 926	Obésité n= 222		Pas d'excès de poids n= 2 123	Surpoids n= 628	Obésité n= 291	
18-29 ans	59,2	47,3	61,8	S* NS	41,9	34,9	37,3	NS NS
30-39 ans	47,9	32,8	34,1	S** NS	38,2	19,6	14,1	S*** S**
40-49 ans	44,9	43,7	28,0	NS S**	42,8	33,3	14,8	NS S***
50-59 ans	43,8	35,4	30,0	NS NS	44,7	32,4	23,8	S** S**
≥ 60 ans	44,3	37,3	20,6	NS S**	41,2	24,0	13,4	S*** S***
Ensemble	50,3	38,2	30,3	S*** S***	41,4	28,1	17,7	S*** S***
	[47,7 – 52,8]	[35,1 – 41,5]	[24,5 – 36,9]		[39,3 – 43,6]	[24,7- 31,8]	[13,5–22,8]	

* p1 : χ^2 sur les effectifs pondérés, entre les individus sans excès de poids et les individus en surpoids.

** p2 : χ^2 sur les effectifs pondérés, entre les individus sans excès de poids et les individus en obésité.

NS : écart non significatif, S* : $p \leq 0,05$, S** : $p \leq 0,01$, S*** : $p \leq 0,001$.

Tableau 24 : Déterminants de l'absence de pratique d'une activité physique (n=5 763) (analyse par régression logistique)

	OR ajusté	IC à 95%
Sexe		
Homme	1	
Femme	1,5 ***	1,3 – 1,7
Corpulence selon l'IMC		
Absence de surcharge pondérale	1	
Surpoids	1,5 ***	1,3 – 1,7
Obésité	2,3 ***	1,8 – 2,9
Classe d'âge		
18-29 ans	1	
30 - 39 ans	1,4 ***	1,2 – 1,7
40 - 49 ans	1,1	0,9 – 1,3
50 – 59 ans	1,0	0,9 – 1,3
≥ 60 ans	1,0	0,8 – 1,2
Niveau d'études		
Supérieur au bac	1	
Bac	1,3 **	1,1 – 1,5
Secondaire	1,8 ***	1,5 – 2,0
Aucun diplôme ou primaire	3,1 ***	2,6 – 3,7

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Lecture : par rapport aux personnes sans surcharge pondérale, la probabilité qu'un individu ne pratique pas d'activité sportive est significativement plus importante lorsqu'il présente une obésité, après prise en compte des différentes variables introduites dans le modèle.

Activité physique

Une association entre pratique sportive et corpulence, plus marquée chez les femmes à partir de 30 ans

Tous sexes confondus, la pratique régulière d'un sport ou d'une activité physique est plus fréquente en l'absence d'excès de poids (45,3%) qu'en cas de surpoids (34,2%) ou d'obésité (23%).

Globalement, moins de femmes que d'hommes pratiquent régulièrement une activité physique (36,2% contre 44,6%, $p < 10^{-4}$). Pour les deux sexes, l'augmentation de la corpulence est significativement associée à un pourcentage moindre de personnes sportives.

L'analyse par âge ne montre pas de différence significative dans la pratique sportive en fonction de la corpulence chez les femmes de moins de 30 ans (Tableau 23). Au-delà de cet âge, le pourcentage de personnes pratiquant régulièrement une activité physique est inférieur chez les sujets obèses par rapport aux personnes sans excès de poids, avec des écarts plus marqués chez les femmes. Les femmes en surpoids ont également une moindre pratique de l'exercice physique que celles sans excès de poids. Entre les hommes en surpoids et ceux sans surpoids, les différences sont moindres.

Déterminants de la pratique d'une activité sportive

Après ajustement sur le sexe, l'âge et le niveau d'études, la pratique d'une activité sportive demeure significativement moindre chez les personnes en surpoids ou en obésité (Tableau 24). Les personnes âgées de 30-39 ans semblent moins enclines à ce type d'activité. D'autre part, avec la baisse du niveau d'études, la pratique d'une activité sportive diminue considérablement, indépendamment des autres facteurs pris en compte.

Figure 12 : Motifs de non pratique régulière d'un sport ou d'une activité physique selon la corpulence par sexe

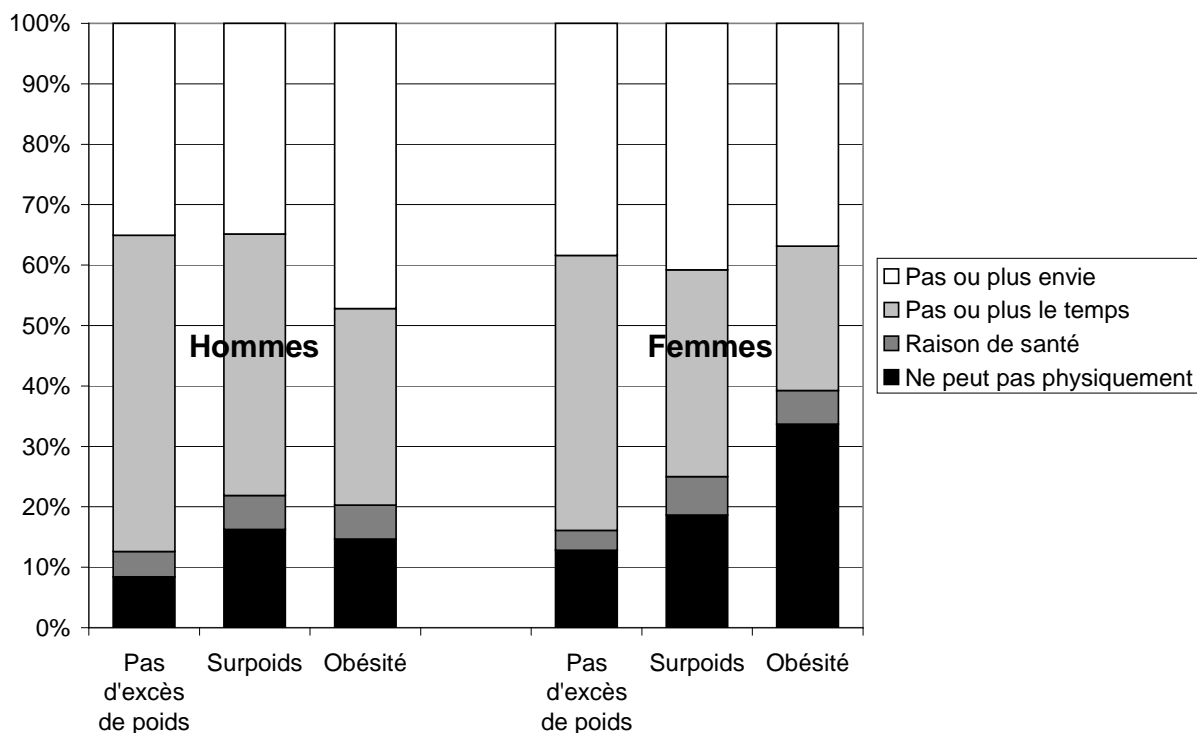


Tableau 25 : Femmes mettant en avant l'empêchement physique comme motif de non pratique sportive selon les classes d'âge (%)

	Pas d'excès de poids n= 1 215	Surpoids n= 439	Obésité n= 240	P
18-29 ans	2,1	2,8	0	NS
30-39 ans	2,9	5,9	5,6	NS
40-49 ans	4,6	8,5	20,8	S***
50-59 ans	10,8	11,5	34,7	S***
≥ 60 ans	52,0	43,9	59,2	NS
Ensemble	12,8	18,6	33,6	S***
	[10,9 – 15,0]	[15,0 – 22,9]	[27,6 – 40,7]	

NS : écart non significatif, S*** : p≤0,001.

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Les femmes obèses mettent en avant des difficultés physiques comme motif de non pratique sportive

Les motifs évoqués pour ne pas pratiquer un sport diffèrent selon le degré d'obésité (Figure 12).

En l'absence d'excès de poids, le manque de temps est mis en avant par plus d'un homme sur deux (52%) et par 45,5% des femmes. Le manque d'envie arrive en deuxième position : il est cité par 35,1% des hommes et 38,4% des femmes. Les hommes sans excès de poids déclarent ne pas pratiquer d'activité physique car ils ne le peuvent pas physiquement dans 8,4% des cas, les femmes dans 12,8% des cas.

Avec le surpoids et l'obésité, la proportion de personnes déclarant ne pas pratiquer de sport en raison du manque de temps diminue : respectivement 43,3% et 32,6% chez les hommes, 34,2% et 23,9% chez les femmes. En cas d'obésité les hommes mettent en avant le manque d'envie (47,2%). Ce même motif est évoqué par 36,9% des femmes obèses, mais le fait de ne pas pouvoir physiquement suit de près (motif cité dans 33,6% des cas). Chez les femmes obèses, les différences observées dans la répartition des motifs de non pratique sportive sont particulièrement marqués entre 40 et 59 ans. L'empêchement physique à l'activité sportive entre 40 et 49 ans est ainsi cité par 20,8% des femmes en obésité contre 4,6% des femmes sans excès de poids (Tableau 25).

Conséquences du surpoids et de l'obésité sur l'état de santé des adultes franciliens

Une moins bonne perception de l'état de santé est observée avec l'augmentation de la corpulence, avec des écarts plus marqués chez les femmes.

La proportion de personnes déclarant une maladie chronique augmente plus précocement en cas d'obésité. Ainsi, 42% des femmes de 50-59 ans sans excès pondéral déclarent une maladie chronique alors que les femmes obèses sont 71% dans ce cas.

Les limitations d'activité pour raison de santé semblent plus marquées chez les femmes présentant une obésité.

Figure 13 : Perception de l'état de santé selon la corpulence par sexe

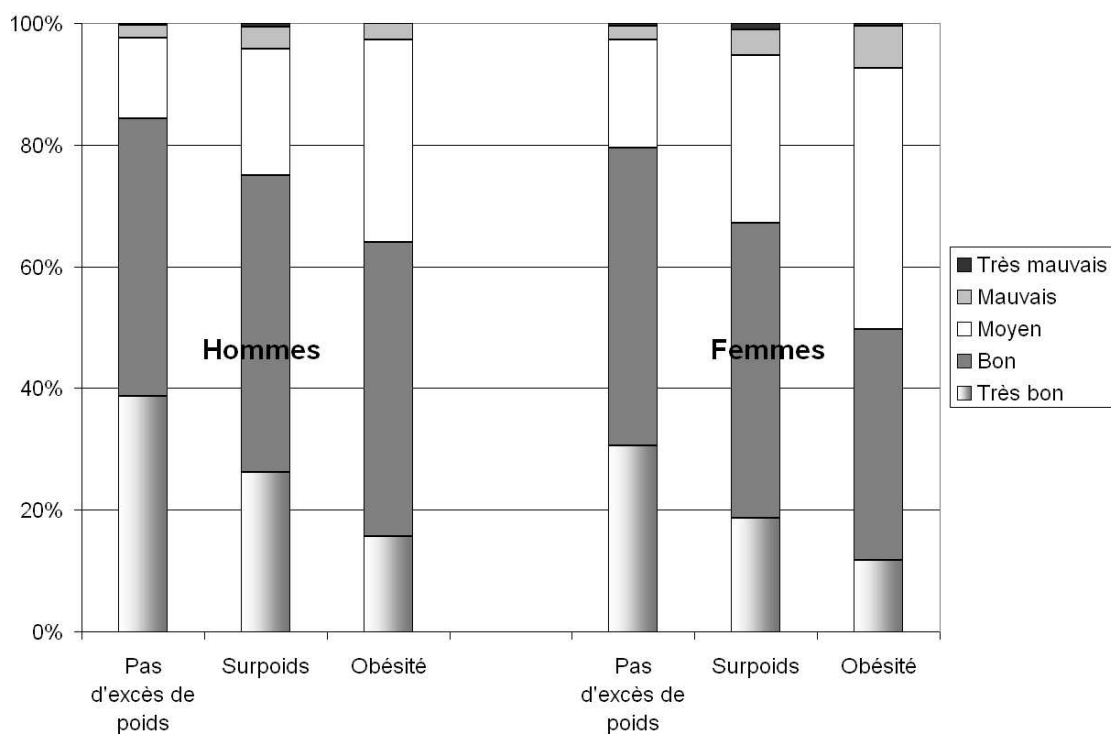


Tableau 26 : Pourcentage d'individus se considérant en bonne ou très bonne santé selon la corpulence par classes d'âge et par sexe (%)

	Corpulence des hommes			p1*	p2**	Corpulence des femmes			p1*	p2**
	Absence d'excès de poids n= 1 570	Surpoids n= 927	Obésité n= 222			Absence d'excès de poids n= 2 122	Surpoids n= 627	Obésité n= 290		
18-29 ans	92,1	90,5	89,1	NS	NS	90,7	84,6	75,4	NS	S*
30-39 ans	87,5	86,6	88,0	NS	NS	88,3	78,6	76,7	S*	S*
40-49 ans	84,0	80,4	70,5	NS	S*	78,4	73,28	60,7	NS	S**
50-59 ans	77,7	71,0	63,1	NS	S*	75,8	71,4	44,3	NS	S***
≥ 60 ans	63,6	57,9	36,4	NS	S***	55,2	49,5	27,4	NS	S***
Ensemble	84,3	75,0	63,9	S***	S***	79,6	67,2	49,7	S***	S***
	[82,3 – 86,0]	[71,9 – 77,8]	[57, –70,1]			[77,7 – 81,3]	[63,2- 71,0]	[43,8 – 55,7]		

* p1 : χ^2 sur les effectifs pondérés, entre les individus sans excès de poids et les individus en surpoids.

** p2 : χ^2 sur les effectifs pondérés, entre les individus sans excès de poids et les individus en obésité.

NS : écart non significatif, S* : $p \leq 0,05$, S** : $p \leq 0,01$, S*** : $p \leq 0,001$.

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Perception de l'état de santé

Une perception « moyenne » de leur état de santé par les personnes obèses

Globalement les Franciliens considèrent être en bonne ou très bonne santé pour 76,6% d'entre eux [75,5% - 77,8%]. Avec l'augmentation de la corpulence des individus, une dégradation dans la perception de l'état de santé est observée, avec une forte augmentation de la proportion de personnes se trouvant en état de santé moyen et mauvais.

Les femmes ont, quelle que soit leur corpulence, une perception plus négative de leur état de santé

L'analyse par sexe montre des femmes moins positives sur leur état de santé que les hommes (Figure 13). Elles sont 74,0% à considérer leur état de santé bon ou très bon alors que les hommes sont 79,5% dans ce cas. D'autre part, la perception de l'état de santé se dégrade avec l'avancée dans l'âge.

Un retentissement plus tardif de l'obésité sur la perception de leur état de santé par les hommes

L'analyse par sexe et tranche d'âge de la perception de l'état de santé selon la corpulence montre des différences selon le sexe (Tableau 26). La corpulence des hommes jeunes ne semble pas influencer leur perception de leur état de santé. Une tendance à une moins bonne perception de leur santé par les hommes en obésité est observée à partir de la tranche d'âge des 40-49 ans. Quel que soit l'âge, le pourcentage de femmes se déclarant en bonne ou très bonne santé est toujours moindre en cas d'obésité. Globalement, la part des femmes se considérant en état de santé moyen ou mauvais atteint les 50% en cas d'obésité.

Une perception d'autant moins bonne de l'état de santé avec le vieillissement que le sujet est en obésité

Entre les deux classes d'âges extrêmes (18-29 ans et 60 ans et plus), le pourcentage d'hommes et de femmes se considérant en bonne ou très bonne santé est divisé par 1,5 environ en l'absence de surcharge pondérale. En cas d'obésité, ce même facteur passe à plus de 2,5 entre les deux générations.

Tableau 27 : Pourcentage d'individus présentant une pathologie chronique selon la corpulence par classes d'âge et par sexe (%)

	Corpulence des hommes			p1*	p2**	Corpulence des femmes			p1*	p2**
	Absence d'excès de poids n= 1 585	Surpoids n= 936	Obésité n= 223			Absence d'excès de poids n= 2 137	Surpoids n= 640	Obésité n= 297		
18-29 ans	19,5	18,5	24,3	NS	NS	25,7	19,2	37,7	NS	NS
30-39 ans	24,1	32,5	46,3	S*	S**	27,4	30,2	31,9	NS	NS
40-49 ans	29,0	30,2	46,5	NS	S**	32,8	37,2	46,1	NS	S*
50-59 ans	34,5	49,9	45,8	S**	NS	42,4	44,6	71,5	NS	S***
≥ 60 ans	60,3	63,0	64,2	NS	NS	63,4	67,6	78,5	NS	S**
Ensemble	29,3	42,3	48,9	S***	S***	36,5	45,9	59,2	S***	S***
	[27,0 – 31,6]	[39,0 – 45,6]	[42,2–55,6]			[34,4 – 38,6]	[41,9- 49,9]	[53,3–64,8]		

* p1 : χ^2 sur les effectifs pondérés, entre les individus sans excès de poids et les individus en surpoids.

** p2 : χ^2 sur les effectifs pondérés, entre les individus sans excès de poids et les individus en obésité.

NS : écart non significatif, S* : $p \leq 0,05$, S** : $p \leq 0,01$, S*** : $p \leq 0,001$.

Tableau 28 : Pourcentage d'individus présentant une limitation dans leurs activités depuis au moins 6 mois, selon la corpulence par classes d'âge et par sexe (%)

	Corpulence des hommes			p1*	p2**	Corpulence des femmes			p1*	p2**
	Absence d'excès de poids n= 1 585	Surpoids n= 936	Obésité n= 223			Absence d'excès de poids n= 2 137	Surpoids n= 640	Obésité n= 297		
18-29 ans	3,3	2,6	6,5	NS	NS	4,3	4,2	3,4	NS	NS
30-39 ans	5,9	8,9	6,4	NS	NS	2,9	6,2	8,7	NS	S*
40-49 ans	6,6	5,3	14,1	NS	NS	7,6	9,2	13,2	NS	NS
50-59 ans	9,5	14,0	9,2	NS	NS	9,0	11,3	23,7	NS	S**
≥ 60 ans	19,1	23,6	24,9	NS	NS	21,4	23,8	39,1	NS	S***
Ensemble	7,25	12,3	13,9	S***	S***	8,3	13,4	22,7	S***	S***
	[6,1 – 8,6]	[10,3 – 14,7]	[9,8 – 19,3]			[7,1 – 9,7]	[10,8- 16,4]	[18,1–28,1]		

* p1 : χ^2 sur les effectifs pondérés, entre les individus sans excès de poids et les individus en surpoids.

** p2 : χ^2 sur les effectifs pondérés, entre les individus sans excès de poids et les individus en obésité.

NS : écart non significatif, S* : $p \leq 0,05$, S** : $p \leq 0,01$, S*** : $p \leq 0,001$.

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Individus présentant une maladie chronique

Toutes pathologies chroniques et tous âges confondus, 38,1% [36,8% - 39,4%] de la population déclare présenter au moment de l'enquête une ou plusieurs maladies chroniques¹. Il est observé une différence entre les hommes et les femmes (35,2% contre 40,1%, $p < 10^{-4}$).

Pour les deux sexes, une augmentation de la maladie chronique est observée avec l'âge : 22,2% de la population est concernée entre 18 et 29 ans et 64,9% au-delà de 60 ans.

Chez les personnes présentant une obésité, il est observé une augmentation plus précoce du taux de personnes déclarant une maladie chronique (Tableau 27). Ainsi, la prévalence de la pathologie chronique diffère significativement avec la corpulence chez les hommes entre 30 et 60 ans et chez les femmes à partir de 40 ans.

Limitations dans les activités

Les personnes ont été questionnées sur l'existence d'une limitation, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement. Tous âges confondus, 10,2% [9,4% - 11,0%] des personnes interrogées ont répondu « oui ». Il n'est pas observé de différence entre les hommes et les femmes.

Le pourcentage de personnes limitées dans leurs activités augmente avec l'âge. Moins de 4% de la population est concerné entre 18 et 29 ans ; près d'un individu sur quatre chez les plus de 60 ans.

Des variations existent en fonction de la corpulence (Tableau 28). Il semble qu'en cas d'obésité, les femmes obèses soient plus sensibles à une limitation d'activité. Ainsi, elles sont 22,7% à se déclarer limitées dans leurs activités alors que les hommes sont seulement 13,9%. Les différences sont particulièrement marquées chez les femmes de 30 à 39 ans et de plus de 50 ans.

¹ Pour l'enquêteur, la maladie chronique est une maladie qui dure depuis longtemps (ou durera longtemps) ou qui revient (reviendra) régulièrement.

Tableau 29 : Dépendance des personnes de 60 ans et plus selon leur corpulence (%)

Chez les hommes	Corpulence			p1*	p2**
	Absence d'excès de poids n= 214	Surpoids n= 225	Obésité n= 53		
Difficulté à.....					
marcher sans aide	13,7	17,0	23,9	NS	NS
monter et descendre un étage sans aide	15,8	18,9	19,8	NS	NS
se baisser, s'agenouiller sans appui et aide	19,9	33,5	41,4	S**	S**
soulever et porter un objet de 5kg sur 10 mètres	15,8	15,6	12,3	NS	NS
se coucher et se lever seul de son lit	3,9	4,3	4,7	NS	NS
s'habiller ou se déshabiller seul	4,4	5,7	2,2	NS	NS
faire sa toilette seul	3,5	4,8	2,2	NS	NS
se baigner ou se doucher seul	5,8	5,2	2,0	NS	NS
faire des courses seul	7,2	8,3	7,0	NS	NS
préparer ses repas seul	4,9	3,3	7,6	NS	NS
aménagement du logement en raison de sa santé	6,1	7,2	5,2	NS	NS
Chez les femmes					
	Corpulence				
	Absence d'excès de poids n= 355	Surpoids n= 190	Obésité n= 93	p1*	p2**
Difficulté à.....					
marcher sans aide	17,6	21,1	37,3	NS	S***
monter et descendre un étage sans aide	22,6	28,4	46,9	NS	S***
se baisser, s'agenouiller sans appui et aide	34,0	44,9	63,5	S*	S***
soulever et porter un objet de 5kg sur 10 mètres	33,5	32,3	40,7	NS	NS
se coucher et se lever seule de son lit	4,7	5,4	10,8	NS	S*
s'habiller ou se déshabiller seule	5,5	4,8	9,3	NS	NS
faire sa toilette seule	4,6	4,8	6,7	NS	NS
se baigner ou se doucher seule	5,2	6,2	19,7	NS	S***
faire des courses seule	12,3	16,5	29,3	NS	S***
préparer ses repas seule	5,6	4,5	8,6	NS	NS
aménagement du logement en raison de sa santé	8,9	5,5	18,1	NS	S**

* p1 : χ^2 sur les effectifs pondérés, entre les individus sans excès de poids et les individus en surpoids.

** p2 : χ^2 sur les effectifs pondérés, entre les individus sans excès de poids et les individus en obésité.

NS : écart non significatif, S* : $p \leq 0,05$, S** : $p \leq 0,01$, S*** : $p \leq 0,001$.

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Dépendance des personnes de 60 ans et plus

Davantage de difficultés dans la vie quotidienne pour les femmes obèses

Environ 15% des femmes de 60 ans et plus sont concernées par une obésité. Ces femmes apparaissent confrontées à des difficultés dans leur vie quotidienne, et ce d'autant plus fréquemment que leur corpulence augmente (Tableau 29). En outre, elles présentent des limitations dans leur aptitude à se déplacer. Elles sont ainsi près d'une femme sur deux en obésité à déclarer ne pas pouvoir monter et descendre un étage sans difficulté, sans l'aide de quelqu'un ou d'un appareillage spécifique, alors qu'elles ne sont que 23% dans ce cas en absence d'excès de poids.

Pour les actes de la vie quotidienne, la tendance, chez les femmes, va également dans le sens de difficultés accrues en cas d'obésité. Les différences sont significatives pour la capacité à se coucher ou se lever seule, à prendre un bain ou une douche sans aide et la capacité à faire leurs courses.

Chez les hommes, la prise de poids entraîne également une diminution des aptitudes physiques. Cependant, la seule différence statistiquement significative concerne la capacité à se baisser ou s'agenouiller, sans appui et sans l'aide d'un appareillage spécifique. Contrairement à ce qui est observé pour les femmes, les hommes ne déclarent pas davantage de difficultés dans les gestes et tâches de la vie quotidienne lorsque leur poids augmente.

De ces perceptions différentes de leurs aptitudes en fonction de leur corpulence, il résulte une différence en terme d'aménagement ou de besoin d'aménagement de leur logement pour raison de santé entre les deux sexes. Chez les femmes, une différence importante est enregistrée après prise en compte de leur poids : elles sont 18% à déclarer avoir aménagé ou ressentir un besoin d'aménagement de leur logement en cas d'obésité, contre seulement 9% en l'absence d'excès pondéral. Les hommes, quel que soit leur poids, sont entre 5 et 7% à déclarer ce type de besoin.

L'âge moyen des femmes est légèrement supérieur à celui des hommes (72,3 ans contre 70,9 ans) et peut contribuer à majorer l'écart observé en défaveur des femmes.

Consommation médicale selon la corpulence

Le recours au médecin est plus fréquent en cas de surpoids et d'obésité. La structure de consommation diffère selon la corpulence des enquêtés et les spécialités consultées.

L'analyse des données de consommation confirme ces résultats. Après standardisation sur l'âge, le différentiel entre la consommation totale en soins de ville des personnes en obésité et celles sans excès de poids est de 35%. Le surcoût de consommation lié aux prescriptions est estimé à 57% après standardisation.

Figure 14 : Nombre de consultations médicales moyennes selon la corpulence des 20-64 ans en Ile-de-France (%)

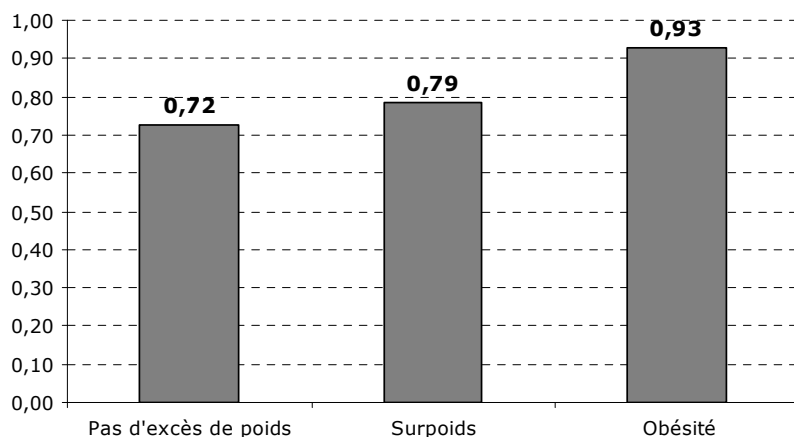
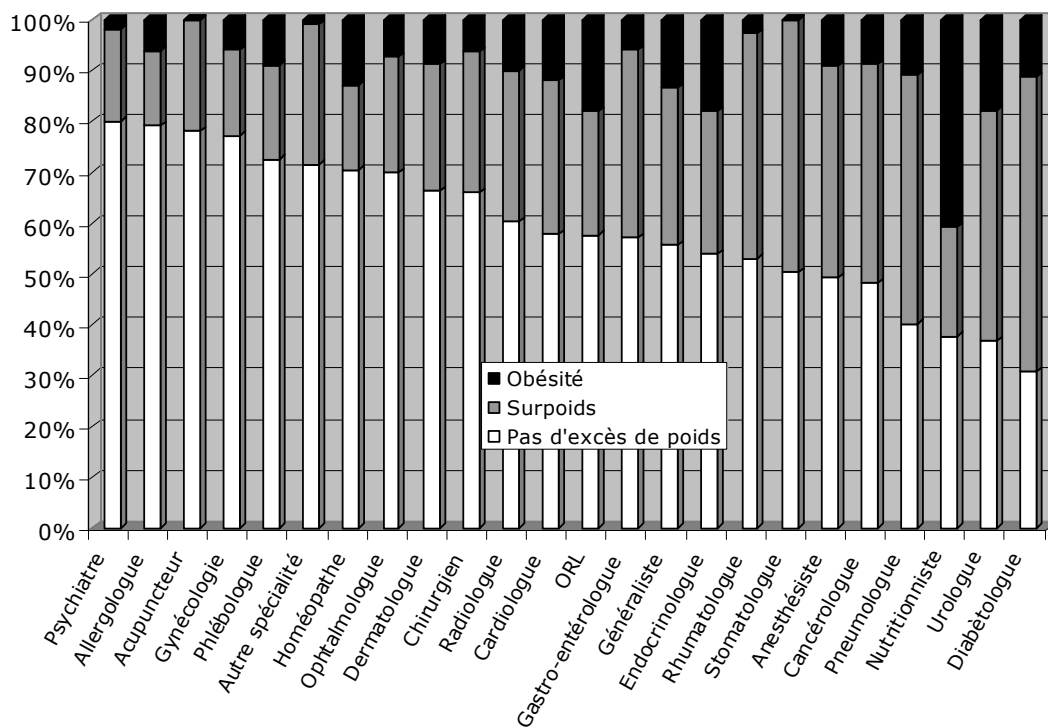


Figure 15 : Recours aux spécialistes selon la corpulence en Ile-de-France (%)



Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation Urcam Ile-de-France.

Recours au système de santé à partir des données de l'enquête décennale

Un recours plus fréquent aux médecins en cas de surpoids et d'obésité...

Les données de consommation issues de l'enquête décennale santé permettent de reconstituer un nombre moyen de séances chez un médecin sur la période d'enquête. Ces premiers éléments, avant l'appariement et la confrontation avec les données de consommation de l'Assurance Maladie, révèlent des différences de comportement selon la corpulence.

Si 59,2% des personnes de poids normal n'ont pas eu recours au médecin pendant les huit semaines de l'enquête, cette proportion est de 54,2% pour les personnes en surpoids et seulement de 47,6% pour les personnes obèses.

Les personnes sans excès de poids ont en moyenne moins recours aux médecins (0,72 séance par personne) (Figure 14). Ce taux atteint 0,79 dans le cas d'un excès de poids et 0,93 chez les personnes obèses.

... en particulier aux nutritionnistes et diabétologues

La structure de consommation est également différente selon la corpulence des enquêtés et les spécialités consultées (Figure 15). En proportion, les personnes en surcharge pondérale consultent plus spécifiquement des diabétologues (69% des personnes qui ont recours aux diabétologues présentent une surcharge pondérale), urologues et nutritionnistes (deux personnes sur trois qui ont recours aux nutritionnistes présentent une surcharge pondérale dont 40% sont obèses). Les personnes obèses ont recours plus fréquemment aux nutritionnistes, ORL et endocrinologues. Cette répartition selon les spécialités nous renseigne sur la prise en charge de l'obésité et surtout sur les complications associées (endocriniennes, cardiovasculaires...). Pour le recours aux ORL la nature du lien est moins évidente.

Tableau 30 : Population des adultes de 20 à 64 ans appariés enquête santé INSEE et SNIIR-AM en Ile de France

Appariement avec les données de l'Assurance Maladie		
	Personnes appariées	
	n	%
Obésité	243	9,3%
Surpoids	705	26,9%
Pas d'excès	1670	63,8%
Ensemble	2618	100,0%

Tableau 31 : Non consommant et dépenses au titre d'une affection de longue durée (ald) des adultes de 20 à 64 ans appariés enquête santé INSEE et SNIIR-AM en Ile de France

Appariement avec les données de l'Assurance Maladie							
	Personnes appariées		Personnes appariées non consommant			Personnes avec dépense au titre d'une ald	
	n		n	%	n	%	
Obésité	243		7	2,9%	36	14,8%	
Surpoids	705		36	5,1%	79	11,2%	
Pas d'excès	1670		78	4,7%	118	7,1%	
Ensemble	2618		121	4,6%	233	8,9%	

Tableau 32 : Recours à l'hospitalisation des adultes de 20 à 64 ans appariés enquête santé INSEE et SNIIR-AM en Ile de France

Appariement avec les données de l'Assurance Maladie				
	Personnes appariées		Personnes avec hospitalisation	
	n		n	%
Obésité	243		39	16,0%
Surpoids	705		99	14,0%
Pas d'excès	1670		195	11,7%
Ensemble	2618		333	12,7%

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 / SNIIR-AM ; exploitation Urcam Ile-de-France.

L'appariement avec les données SNIIR AM

Descriptif de la population appariée enquête santé – SNIIR AM

Parmi les 2 618 adultes de 20 à 64 ans appariés en Ile-de-France, on compte 705 personnes en surpoids et 243 personnes obèses soit respectivement 36,2% de la population en excès de poids et 9,3% d'obèses (Tableau 30). Comme pour la population de l'enquête santé en général, l'âge moyen de la population appariée augmente avec la corpulence. L'âge moyen de la population en surcharge pondérale est d'environ 45 ans contre 39 ans pour les personnes de poids normal.

Des données confirmant un recours au système de soins plus fréquent par les personnes obèses

Sur l'année d'enquête, seulement 4,6% de la population appariée n'a pas eu de dépenses de soins de ville (Tableau 31). Cette proportion n'est plus que de 2,9% pour les personnes obèses. A l'inverse 16% des personnes obèses ont eu recours à une hospitalisation, 14% des personnes en surpoids et seulement 11,7% des personnes présentant un indice de masse corporel inférieur (Tableau 32). Le recours au système de soins est donc plus fréquent en cas d'obésité et à l'inverse la non consommation diminue avec la masse corporelle.

Ces différents comportements concernant le recours aux soins s'expliquent par deux facteurs : Les pathologies associées à une surcharge pondérale forment un premier facteur. Ces pathologies spécifiques sont nombreuses et entraînent un recours aux soins plus important des personnes en excès de poids (problèmes cardio-vasculaires, rhumatologiques, diabète, ...). Cependant l'âge est également un facteur explicatif d'une « surconsommation », l'âge moyen des individus augmentant avec la corpulence.

Par ailleurs, plus l'obésité est importante et plus il y a d'individus en affections de longue durée (Ald) (Tableau 31). Près de 15% des personnes obèses présentent des dépenses au titre d'une Ald contre 7,1% pour les personnes sans excès de poids.

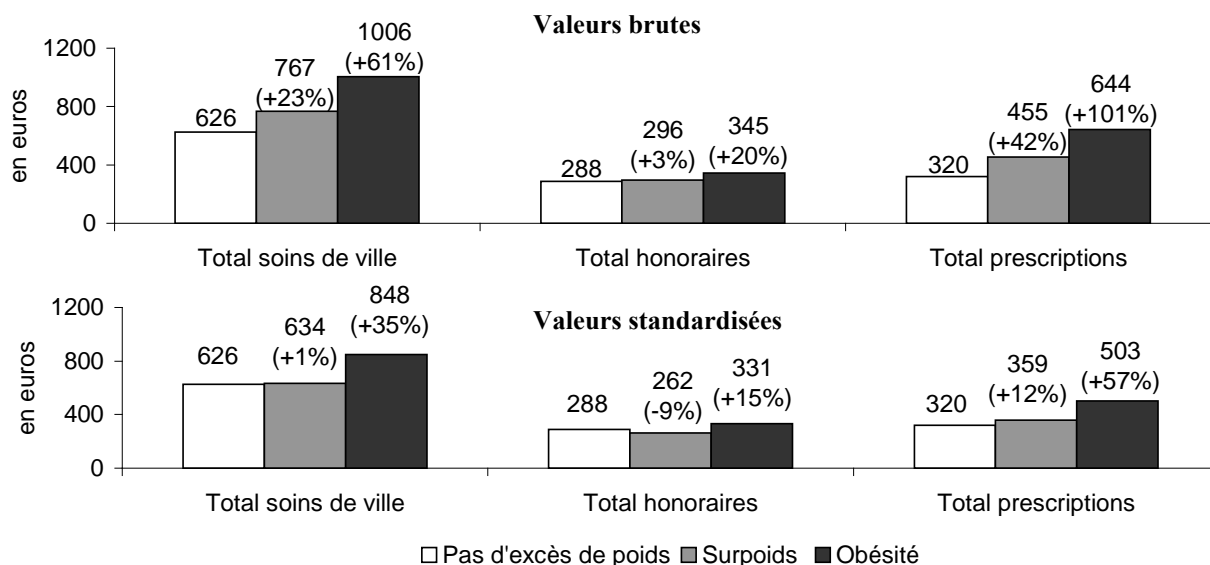
Tableau 33 : Remboursements moyens de soins de ville (base de remboursement en euros*) par adulte (20-64 ans) et par corpulence sur l'année d'enquête en Ile-de-France (source SNIIR AM)

	Pas d'excès de poids	Surpoids	Obésité	Ensemble	Standardisation sur l'âge **	
					Surpoids	Obésité
Total honoraires médicaux	287,97	295,86	345,19	295,41	262,39	331,00
Médecins omnipraticiens	69,83	80,14	100,71	75,47		
Médecins spécialistes	138,63	141,77	174,43	142,79		
Chirurgiens-dentistes	79,52	73,96	70,05	77,14		
Total prescriptions	319,70	455,27	643,53	386,26	358,79	502,65
Honoraires auxiliaires médicaux	33,53	33,57	43,89	34,50		
<i>Infirmiers</i>	4,72	6,35	6,91	5,36		
<i>Masseurs-kiné</i>	26,16	26,89	36,09	27,28		
<i>Autres auxiliaires médicaux</i>	2,65	0,33	0,89	1,86		
Biologie	47,61	61,73	78,87	54,32		
Pharmacie	222,55	343,00	445,96	275,71	266,57	345,79
Optique	3,53	3,74	3,97	3,63		
Appareillage, prothèses, ...	12,48	13,23	70,84	18,10		
Autres soins de ville	18,58	16,61	17,63	17,96	13,19	14,64
Total soins de ville	626,25	767,75	1 006,35	699,63	634,37	848,29

* Base de remboursement : seules des dépenses présentées au remboursement de l'Assurance Maladie, hors dépassements d'honoraires, sont prises en compte.

** Standardisation sur l'âge de la population sans excès de poids

Figure 16 : Remboursements moyens de soins de ville par adulte et par corpulence sur l'année d'enquête en Ile-de-France (base de remboursement brutes et standardisées et différentiel par rapport au personnes sans excès de poids)



Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 / SNIIR-AM ; exploitation Urcam Ile-de-France.

Une consommation médicale moyenne supérieure

En moyenne, sur l'ensemble des soins de ville, les personnes obèses consomment plus de 1 000 euros de soins de ville (hors dépassement d'honoraire) sur l'année d'enquête contre seulement 626 euros pour les personnes sans excès de poids et 767 euros pour les personnes en surpoids (Tableau 33). Afin de neutraliser l'effet « âge » de la population sur la consommation moyenne, une standardisation de la base de remboursement sur la structure d'âge des personnes de poids normal est effectuée. Avec cette méthode, le différentiel entre la consommation des personnes en obésité et celle des personnes sans excès de poids passe de 61% à 35% (Figure 16). Comme le souligne la CNAMTS dans son "*Point Stat - Corpulence et consommation médicale*", près de la moitié de la « surconsommation » relative des personnes obèses s'explique par l'effet « âge » tant au niveau national qu'au niveau de l'Ile-de-France (7).

Une personne obèse présente au remboursement des dépenses liées à des actes d'omnipraticiens qui sont près de moitié supérieures à celles d'une personne sans excès de poids. Ce surcroît de dépenses est de 26% pour les actes de spécialistes.

Les différences les plus importantes sont observées sur actes de prescriptions : soins infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes, actes biologiques et dépenses de pharmacie. Ce surcroît de consommation est de +101% pour l'ensemble des dépenses de prescriptions et +57% après standardisation par l'âge.

Parmi les écarts les plus importants, on notera également les soins de masseurs kinésithérapeutes (36,09 euros annuel pour les personnes obèses contre 26,16 euros pour les personnes sans excès de poids), les honoraires d'auxiliaires médicaux (43,89 euros contre 33,53 euros), la biologie (+66%) et les dépenses pharmaceutiques (445,96 euros contre 222,55 euros soit +100% de différentiel et +55% après standardisation par l'âge).

Les différences de consommation sont moins marquées pour les personnes en surpoids. Après standardisation par l'âge les dépenses liées aux honoraires de médecins sont inférieures pour les personnes en surpoids (262 euros contre 287 euros). Au contraire, les personnes en surpoids dépensent environ 12% en plus de prescriptions (358 euros contre 319 euros) et près de 20% en plus pour les dépenses de pharmacie (266 euros contre 222 euros).

Surpoids et obésité en Ile-de-France et en province

La situation francilienne est globalement favorable en matière d'obésité et de surpoids.

Cependant la prise en compte des variables socio-démographiques modère cet optimisme avec des différences en faveur de l'Ile-de-France uniquement pour les hommes.

Surtout, la situation est préoccupante chez les enfants et les adolescents d'Ile-de-France, chez qui la prévalence de l'obésité est significativement plus élevée qu'en province après prise en compte des facteurs environnementaux familiaux.

Figure 17 : Prévalence de l'obésité et du surpoids à partir de l'âge de 2 ans chez les hommes franciliens et provinciaux (%)

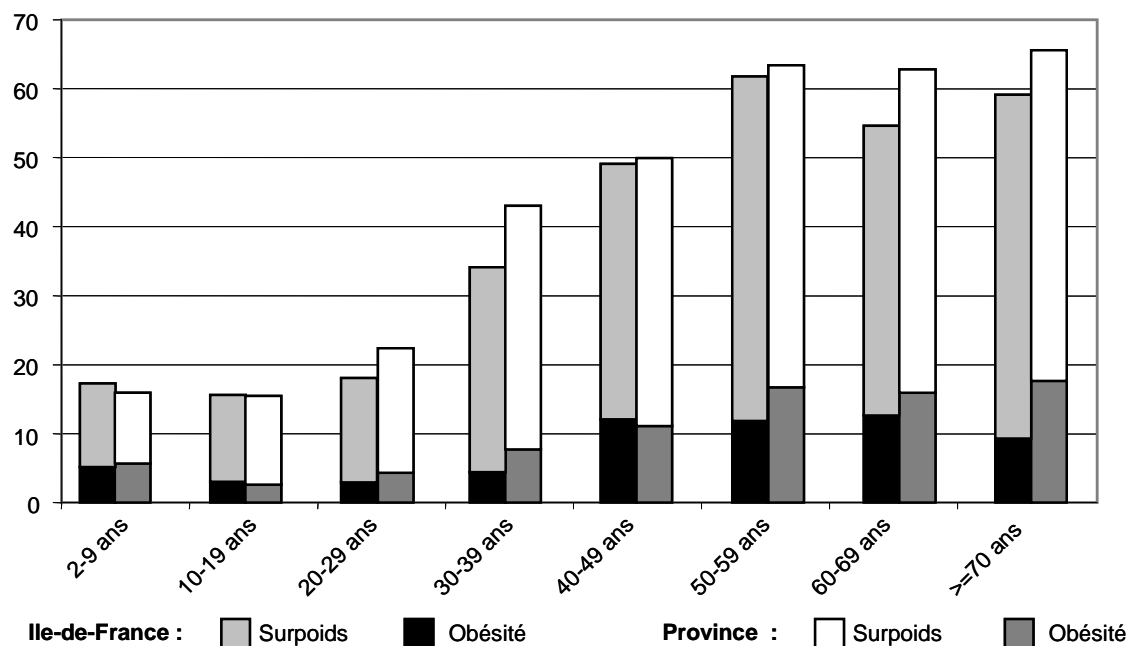
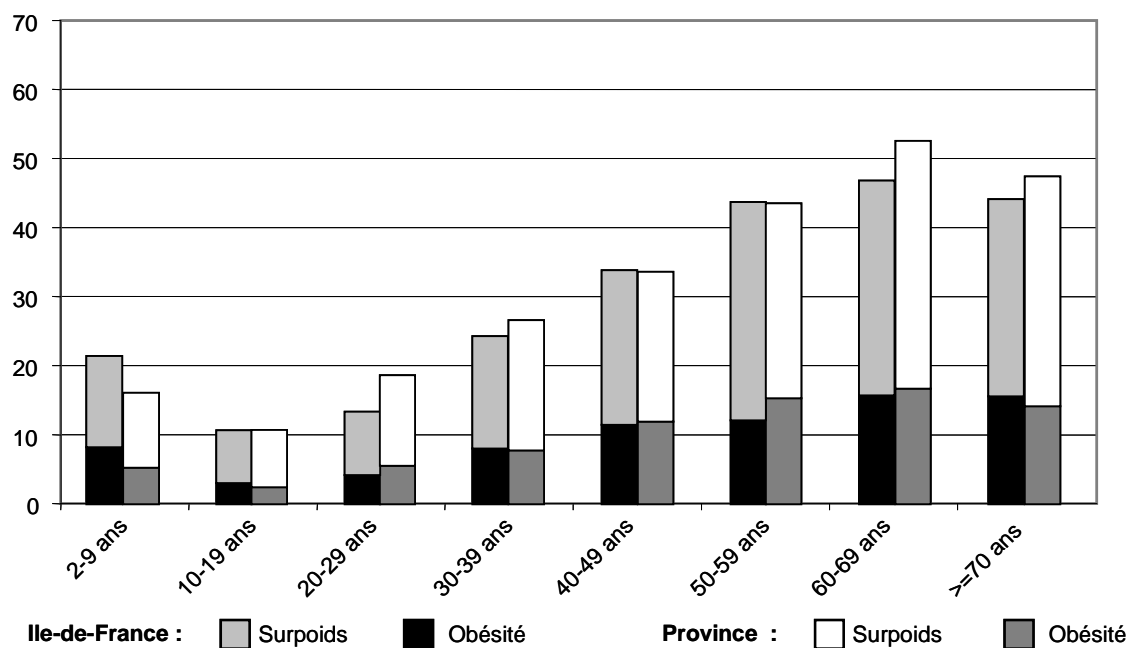


Figure 18 : Prévalence de l'obésité et du surpoids à partir de l'âge de 2 ans, chez les femmes franciliennes et provinciales (%)



Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Une situation plutôt favorable en Ile-de-France

La situation francilienne face à l'obésité est globalement favorable : l'obésité concerne 8,2% [7,6% – 8,9%] des individus en Ile-de-France contre 9,9% [9,5% – 10,3%] en province ($p < 10^{-4}$). Globalement la fréquence de la surcharge pondérale s'élève à 32,1% [31,0% - 33,2%] en Ile-de-France contre 36,4% [35,7% - 37,0%] dans les autres régions ($p < 10^{-4}$).

Mais préoccupante pour les plus jeunes Franciliens qui rejoignent, voire dépassent les jeunes provinciaux

La fréquence particulièrement élevée de l'obésité chez les filles de moins de 10 ans concerne uniquement la région Ile-de-France (Figure 18). Les garçons de cet âge, ainsi que les jeunes âgés de 10 à 19 ans, quel que soit le sexe, ont un taux d'obésité très proche, qu'ils soient Franciliens ou provinciaux (Figure 17).

Pour les autres tranches d'âge, en tenant compte du sexe, la situation francilienne est équivalente, voire meilleure que dans le reste de la France. Pour les hommes de 30-39 ans l'écart paraît particulièrement favorable à la région Ile-de-France.

Que ce soit en Ile-de-France ou en province, le surpoids concerne davantage les hommes, l'obésité les femmes. En province, l'augmentation de l'obésité masculine se poursuit jusque la classe d'âge des 60-69 ans, alors qu'en Ile-de-France, la prévalence se stabilise à partir de la classe d'âge des 40-49 ans.

Tableau 34 : Effet région comme déterminant de surpoids ou d'obésité après prise en compte des données socio-démographiques dans la population adulte (analyses par régression logistique[§])

	Hommes		Femmes	
	OR ajusté	IC à 95%	OR ajusté	IC à 95%
Modèle Surpoids versus absence d'excès de poids[‡]				
Province	1		1	
Ile-de-France	0,9	0,8 – 1,0	1,0	0,9 – 1,1
Modèle Obésité versus absence d'excès de poids[‡]				
Province	1		1	
Ile-de-France	0,8 **	0,6 – 0,9	1,1	0,9 – 1,3

[§] L'intégralité des modèles étudiés est présentée en annexe

** p<0,01

[‡] Autres variables prises en compte dans ces modèles : classes d'âge, niveau d'études, activité, vie de couple, maternité (pour les femmes).

Tableau 35 : Effet région comme déterminant d'habitudes de vie après prise en compte de la corpulence et d'éléments socio-démographiques (analyses par régression logistique[§])

	OR ajusté	IC à 95%
Perception d'un déséquilibre alimentaire[‡]		
Province	1	
Ile-de-France	1,2 ***	1,1 – 1,3
Absence de pratique sportive[‡]		
Province	1	
Ile-de-France	1,3 ***	1,2 – 1,4

[§] L'intégralité des modèles étudiés est présentée en annexe

*** p<0,001

[‡] Autres variables prises en compte dans ces modèles : sexe ; corpulence, classes d'âge, niveau d'études.

Tableau 36 : Effet région comme déterminant de surpoids ou d'obésité après prise en compte de l'environnement familial dans la population des enfants et adolescents (analyses par régression logistique[§])

	OR ajusté	IC à 95%
Modèle Surpoids versus absence d'excès de poids[‡]		
Province	1	
Ile-de-France	1,1	0,9 – 1,3
Modèle Obésité versus absence d'excès de poids[‡]		
Province	1	
Ile-de-France	1,3 *	1,0 – 1,8

[§] L'intégralité des modèles étudiés est présentée en annexe

* p<0,05

[‡] Autres variables prises en compte dans ces modèles : sexe, classes d'âge, niveau d'études des parents, activité physique des parents, surcharge pondérale des parents, perception de l'équilibre alimentaire des parents.

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Après prise en compte des données socio-démographiques, l'obésité chez les hommes est moins fréquente chez les Franciliens...

La prise en compte des données socio-démographiques (classes d'âges, niveau d'études, activité, vie de couple et maternité pour les femmes) dans un modèle de régression logistique, fait apparaître l'Ile-de-France comme significativement moins à risque, uniquement dans le modèle s'intéressant à l'obésité chez les hommes (Tableau 34).

Pour le surpoids chez les hommes, la tendance va dans le même sens mais n'est pas significative. Chez les femmes, aucune différence entre la province et l'Ile-de-France n'est mise en évidence.

... mais des habitudes de vie moins favorables aux Franciliens ...

Globalement les Franciliens sont 18% à percevoir leur alimentation pas très ou pas du tout équilibrée. Les provinciaux sont un peu moins nombreux dans ce cas : 16%. Après prise en compte de l'âge, du sexe, de la corpulence et du niveau d'études dans un modèle de régression logistique, cette moins bonne perception de l'équilibre alimentaire par les Franciliens persiste (Tableau 35).

Dans le même sens, 40% des Franciliens déclarent pratiquer une activité sportive alors qu'ils sont 44% dans ce cas en province ². La moindre pratique sportive des Franciliens demeure significative dans une analyse multivariée (Tableau 35).

... et surtout une situation préoccupante chez les jeunes

Chez les enfants et les adolescents, l'analyse multivariée prenant en compte les facteurs d'environnement familiaux, fait apparaître un excès de risque significatif pour la région Ile-de-France en matière d'obésité (Tableau 36). Pour le surpoids, il n'est pas mis en évidence de différence significative.

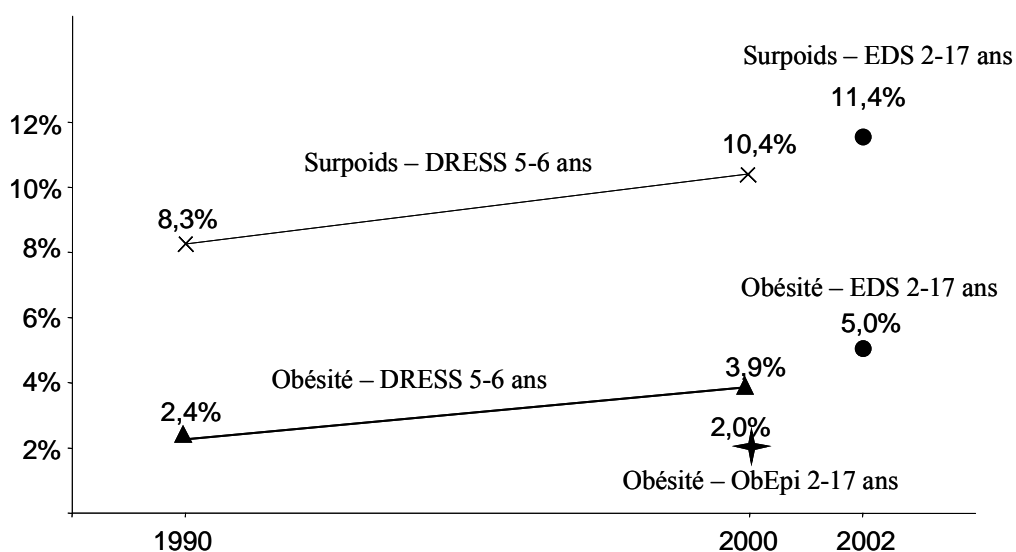
² Pour en savoir plus : C.Debout, L.Fauvet. Prévention : les Franciliens attentifs à leur santé. Insee Ile-de-France à la page. N°254 . Septembre 2005.

Synthèse

Tableau 37 : Résultats des principales études sur la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant et l'adolescent en France et en Ile de France (8, 10, 11, 12, 13, 14)

Etudes « Enfants –adolescents »		Obésité	Surpoids	Excès de poids	
ObEpi 2000 - Echantillon national représentatif					
Résultats pour les 2-17 ans		France	2,4%	10,9%	13,3%
		Ile de France	2%		
Enquêtes triennales en milieu scolaire					
Grande section de maternelle (1999-2000)					
		France	3,6%	10,4%	14,0%
		Ile de France			16,0%
CM2 (2001-2002)					
		France	4,1%	15,8%	19,9%
Troisième (2000-2001)					
		France	3,3%	12,4%	15,7%
		Ile de France	1,6%	11,3%	12,9%
Enquête Cnam – InVS					
CE1 – CE2 (2000)		France	3,8%	14,3	18,1%
Enquête collégiens et lycéens (3 départements)					
1998		Val de Marne	3,3%	13,1%	16,4%

Figure 19 : Evolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant (données nationales pour l'enquête Dress (12), données Ile-de-France pour les enquêtes ObEpi (8) et décennale santé (EDS))



Des prévalences préoccupantes à tout âge

Environ 10% des jeunes touchés par un excès de poids en fin de croissance

Depuis la fin des années 1990, les travaux français sur la thématique de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent se sont multipliés (Tableau 37). L'utilisation commune dans les publications présentées des seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF) permet leur mise en parallèle (6). La plupart de ces études ciblent des enfants scolarisés et les résultats en termes de prévalence portent donc sur des classes d'âge précises.

Réalisée deux ans avant l'enquête décennale santé, l'enquête ObEpi 2000 concerne notamment des enfants âgés de 2 à 17 ans (8). La prévalence de l'obésité dans la région parisienne y était de 2%, elle est estimée à 5% [4,0% - 6,1%] dans l'enquête décennale.

En fin de croissance, la prévalence au niveau national de l'excès de poids dans l'étude ObEpi était de 10,8%, valeur proche de celle retrouvée dans l'enquête décennale francilienne (environ 10% des filles et 12% des garçons de 14-17 ans).

Une augmentation de la prévalence de l'obésité précoce en Ile-de-France ?

En Ile-de-France, les études en milieux scolaires ont mis en évidence une prévalence du surpoids particulièrement élevée en grande section de maternelle, alors que le pourcentage d'enfants touchés est moindre parmi les élèves de troisième, avec à cet âge un faible pourcentage de jeunes Franciliens en obésité (10,12). L'analyse multivariée à partir des données de l'enquête décennale montre, pour l'obésité, une situation chez les enfants et les adolescents défavorable pour la région, alors que chez l'adulte la situation apparaît comparable, voire meilleure.

Au niveau national, les analyses réalisées par la Dress montrent une évolution nette de l'obésité et du surpoids entre les générations nées en 1985-87 et la génération née en 1994 (Figure 19). A l'âge de cinq-six ans, les prévalences du surpoids s'élevaient respectivement pour ces deux générations à 8,3% contre 10,4% ; celles de l'obésité de 2,4% à 3,9% (12).

Les résultats de l'enquête décennale et de ces différentes études vont dans le sens d'une augmentation de la prévalence de l'obésité précoce sur les dernières années, en particulier en Ile-de-France.

Tableau 38 : Résultats des principales études sur la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'adulte en France et en Ile de France (15, 8, 17, 16)

Etudes « Adultes »		Obésité	Surpoids	Excès de poids
Enquêtes décennales				
20 ans et plus / Hommes				
1980	France	6,4%	33,0	39,4%
1991	France	6,5%	34,3	40,8%
20 ans et plus / Femmes				
1980	France	6,3%	20,5	26,8%
1991	France	7,0%	20,5	27,5%
ObEpi (15 ans et plus)				
1997	France	8,2%	28,5%	36,7%
	Ile-de-France	6,7%		
2000	France	9,6%	29,4%	39%
	Ile-de-France	8,6%		
2003	France	11,3%	30,3%	41,6%
	Ile-de-France	11,4%		
Baromètre Santé Nutrition				
18 à 75 ans				
1996	France	7,4%	25,4%	32,8%
2002	France	9,7%	24,4%	34,1%

A l'âge adulte, la prévalence de l'obésité en Ile-de-France est moins importante qu'en province, mais en plus forte progression sur les dernières années

Les résultats des enquêtes décennales de 1980 et 1991 portent sur des données nationales (15). Les taux d'obésité dans ces enquêtes se situaient entre 6% et 7%. Dans l'analyse francilienne des données 2002-2003, l'obésité concerne plus de 10% des femmes âgées de 18 ans et plus et près de 8% des hommes. Entre les études de 1980 et de 1991, l'augmentation de prévalence la plus importante concernait les femmes âgées de 20 à 29 ans (prévalences respectives de 1,4% et 2,1%). Dans l'étude actuelle, chez les femmes de 20-29 ans, la prévalence de l'obésité est mesurée à 4%.

Les études ObEpi, réalisées tous les trois ans depuis 1997, ont montré une progression particulièrement importante de l'obésité sur la région Ile-de-France dans la population âgée de 15 ans et plus (8, 17). L'augmentation est de plus 32,6% sur les trois dernières années et surtout plus 70,1% sur les six dernières années. Sur ces mêmes périodes, la progression nationale était de 17,7% sur les trois dernières années et de 37,8% sur les six dernières années. L'Ile-de-France fait donc partie des régions où l'augmentation de l'obésité entre 1997 et 2003 est significative.

Un travail réalisé par le service de santé des Armées montre également des hausses particulièrement inquiétantes. Effectuée, chez les jeunes hommes âgés de 17 à 25 ans, l'étude a montré un taux d'accroissement entre 1987 et 1996 pour l'unité urbaine de Paris de 46,3% pour le surpoids et de 89,9% pour l'obésité (18). Au niveau national, ces augmentations étaient respectivement de 36,6% et 100%.

Dans l'enquête décennale, la situation francilienne est globalement favorable à la région Ile-de-France comparée à la situation en province : 8,2% des Franciliens de 18 ans et plus sont concernés par une obésité contre 9,9% des provinciaux. Cependant l'analyse multivariée montre des résultats statistiquement meilleurs uniquement pour l'obésité chez les hommes.

De manière générale, les prévalences observées et leurs augmentations considérables sur les dernières années sont préoccupantes.

Entre 10 et 15% de Franciliens concernés par l'obésité au delà de 40 ans

L'augmentation avec l'âge du surpoids et de l'obésité est particulièrement marquée à partir de 30-39 ans. La moitié des hommes âgés de 40-49 ans sont en excès de poids et plus de 10% en obésité. Chez les femmes, si la fréquence de l'excès de poids est toujours moindre que chez les hommes, la prévalence de l'obésité est globalement plus importante, jusqu'à concerner 15% des femmes les plus âgées.

Selon les prévalences mesurées dans l'enquête et rapportées à la population francilienne totale (10.952.011 habitants en 1999), le nombre de personnes en excès de poids au niveau de la région est compris entre 3,4 millions et 3,6 millions et le nombre de personnes en obésité peut être estimé entre 830.000 et 970.000. Il convient ici de rappeler que les poids et tailles enregistrés dans l'enquête décennale santé sont des données déclaratives, ce qui a vraisemblablement comme conséquence de sous-estimer la fréquence de l'obésité. En effet, les personnes en excès de poids ont, de manière reconnue, une tendance à minorer leur poids (8).

L'augmentation de l'obésité ne doit pas occulter la problématique de l'insuffisance pondérale

Le culte de la minceur, qui atteint son paroxysme dans nos sociétés, cible plus particulièrement les jeunes femmes. Il en résulte une fréquence particulièrement élevée des états de dénutrition chez celles-ci : elles sont 15,4% à présenter un poids insuffisant entre 18 et 29 ans. Dans cette même tranche d'âge, elles sont 12,5% en excès de poids. Même s'il convient d'envisager une sur-estimation des faibles poids, compte-tenu du caractère déclaratif des données analysées, l'importance en terme de fréquence de ces deux extrêmes, insuffisance et surcharge pondérales, doit être prise en compte dans les stratégies de prévention mises en œuvre en particulier chez les femmes jeunes.

Une forte inégalité sociale face à l'obésité

Dans l'enfance, une forte influence des caractéristiques socio-économiques et des habitudes de vie familiales sur l'excès de poids et l'obésité

La relation entre l'excès de poids chez l'enfant et un faible niveau d'études ou une catégorie socio-professionnelle basse des parents est mise en évidence. Ces différences sociales en matière de prévalence du surpoids sont notamment retrouvées dans les analyses réalisées en milieu scolaire, dans l'étude ObEpi, et dans l'étude Cnam (10, 11, 12, 8, 13). A long terme, il est souligné dans la littérature, la majoration du risque d'obésité à l'âge adulte lorsque la classe sociale des parents est basse (19).

La relation entre l'obésité de l'enfant et la pratique d'une activité physique régulière par les parents est particulièrement forte. Entre les familles où aucun parent ne pratique une telle activité et, à l'opposé, celles où les deux parents sont dans ce cas, le risque d'obésité chez l'enfant est très fortement augmenté (OR=6). Indicateur indirect vis à vis de l'enfant, l'activité physique régulière déclarée par les parents est, sans doute, le reflet d'un mode de vie non-sédentaire de l'ensemble de la famille. Il apparaît alors un effet bénéfique sur l'équilibre entre apport alimentaire et dépense énergétique, et donc un pourcentage moindre d'enfants en obésité.

A un moindre degré, l'équilibre alimentaire familial, lorsqu'il est perçu comme bon par les parents, tend à jouer un rôle favorable vis à vis de l'obésité chez les enfants. Après prise en compte des autres facteurs familiaux, cette variable ne demeure pas significativement associée à l'obésité de l'enfant. Néanmoins l'enquête décennale ne donne pas de précisions sur les apports caloriques réels, en particulier ceux des enfants, ni sur les rythmes et les modalités de partage des temps de repas. Ainsi, l'importance de la prise d'un petit déjeuner régulier mise en avant dans le travail réalisé auprès des élèves de CM2 ne peut être explorée (11) ; d'autres habitudes péjoratives tels que le grignotage, le temps passé devant la télévision... ne sont pas prises en compte. Une minimisation de la part de l'alimentation en tant que déterminant de l'obésité de l'enfant est donc probable dans le cadre de ce travail.

L'influence de la corpulence parentale est une nouvelle fois soulignée. Le nombre de parents concernés et l'importance de la surcharge pondérale parentale majorent le risque d'obésité chez l'enfant. Ce risque devient très important lorsque les deux parents sont en surpoids et qu'au moins l'un d'entre eux est en obésité : près de 30% d'enfants en excès de poids, pour une prévalence d'enfants en obésité supérieure à 10%. A l'opposé, si les deux parents ne présentent

pas d'excès de poids, les prévalences observées sont respectivement de 11,9% d'enfants en surcharge pondérale et 3,3% d'enfants en obésité. Dans l'expertise collective de l'Inserm, la probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte variait de 20 à 50% avant la puberté et de 50 à 70% après la puberté (19). Chez le jeune enfant, la présence d'une obésité parentale majore ce risque.

Chez les adultes, la fréquence de l'obésité est particulièrement préoccupante chez les personnes de bas niveau d'études

L'ensemble des catégories socio-professionnelles sont concernées par le surpoids et l'obésité. Néanmoins, l'inégalité sociale en matière d'excès pondéral, constatée dans l'ensemble des études traitant de l'obésité, est particulièrement marquée, et ce d'autant plus que la prise de poids est importante. Des outils de prévention spécifiques doivent être développés à l'égard de ces populations particulièrement vulnérables. Il convient, en outre, d'avoir une approche plus sociale de la prévention de l'obésité.

Les analyses sur les achats alimentaires et les inégalités sociales de revenus et d'éducation montrent qu'une des différences notables sur le contenu du panier d'achat des ménages se retrouve dans les fruits et légumes frais. Outre le problème de leur prix, ceci est expliqué par leur moindre attrait, lié notamment à une insuffisante éducation sur leur utilité diététique (20).

Le milieu étudiant faiblement touché

Des prévalences particulièrement basses sont observées chez les étudiants : 1,4% d'obésité chez les hommes et moins de 1% chez les femmes ; et au total 13,6% d'hommes en surcharge pondérale et 4,5% de femmes. Dans une étude réalisée en 2001, sur la santé des étudiants franciliens affiliés à la Smerep, des chiffres assez comparables étaient retrouvés avec des taux d'obésité autour de 1% et d'excès de poids de 6,2% chez les femmes et 9,4% chez les hommes (21).

Une influence de la pression sociale plus marquée chez les femmes

La pression sociale vis à vis de la minceur s'exerce plus particulièrement sur les femmes. Il en résulte des différences observées selon le niveau d'études quant à la fréquence de l'excès de poids plus marquée chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, chez les femmes, le risque de surpoids est multiplié par 2,7 entre les niveaux d'éducation extrêmes, le risque d'obésité est multiplié par 4,3. Chez les hommes, ces risques sont respectivement multipliés par 1,5 et 2. Cette inégalité sociale hommes – femmes est également retrouvée lors de l'analyse par catégorie socio-professionnelle, avec un écart de prévalence entre les deux sexes particulièrement marqué chez les cadres. Ainsi, pour la classe d'âge des 30-39 ans, les femmes cadres en excès de poids ne sont que 7,8% contre 27,5% des hommes cadres ; au même âge ces prévalences dans la catégorie « ouvrier, agent de maîtrise » sont chez les femmes de 26,3% et de 37,8% chez les hommes. D'autre part, les femmes âgées de 18-29 ans et au chômage se distinguent par un pourcentage particulièrement élevé d'excès pondéral (29%), contre seulement 14% en cas d'activité professionnelle.

L'étude Abena réalisée chez les personnes recourant à l'aide alimentaire retrouve cet écart hommes – femmes avec une situation particulièrement défavorable pour les femmes de faible statut socio-économique. Parmi les personnes enquêtées dans les structures de distribution de l'aide alimentaire, 25% des femmes présentent une obésité alors que les hommes sont seulement 11% dans ce cas (22).

Des axes préventifs à renforcer

Une cible à privilégier : le « couple » mère-enfant

La prévention et le dépistage restent les meilleurs moyens de faire régresser la maladie. Les facteurs déterminants précoces de l'obésité et du surpoids, y compris in utero, font actuellement l'objet de multiples recherches. Or, la grossesse et les premières années de vie de l'enfant sont des moments privilégiés pendant lesquels les rencontres avec les acteurs du système de santé sont nombreuses. On observe une réceptivité accrue des familles à l'égard des messages de prévention ciblant la santé de leurs enfants. Ainsi, des actions de type « parental counseling³ » méritent d'être encouragées. En travaillant sur la prise de conscience et la critique de certains comportements, elles peuvent en outre viser des objectifs nutritionnels et de lutte contre la sédentarité, et ce pour l'ensemble de la famille. D'autant que si l'enfance est un bon moment pour agir, la maternité, compte-tenu de l'excès de risque de surpoids ultérieur qu'elle représente pour les femmes, constitue une période de vulnérabilité particulière pendant laquelle des actions de prévention globales méritent d'être développées. Comme le souligne M.T. Hermange dans son rapport sur périnatalité et parentalité, dès la naissance, le temps de l'accueil s'exprime aussi au travers de la relation qui s'établit entre parents et enfants par l'intermédiaire de la nutrition (23). Les bonnes habitudes alimentaires se prennent très tôt, d'où l'importance d'apprendre au bébé les bases d'une alimentation variée et équilibrée. Il convient de favoriser les interventions dans les familles à risque, en particulier les mères à faible niveau d'études et en situation de précarité. Les professionnels impliqués dans le suivi de la grossesse (obstétriciens, sages-femmes...) puis dans la prise en charge des nourrissons (en particulier les équipes de PMI) jouent un rôle primordial dans le développement d'actions de prévention auprès de ces familles à risque.

Autre axe fort : la promotion de l'activité physique...

Deux objectifs du Programme National Nutrition Santé (PNNS) (24) concernent cet aspect : d'une part augmenter de 25% le pourcentage de personnes faisant, chaque jour, l'équivalent de

³ **Le counseling** est une " *forme d'accompagnement psychologique et social, [qui] désigne une situation dans laquelle deux personnes entrent en relation, l'une faisant explicitement appel à l'autre en lui exprimant une demande aux fins de traiter, résoudre, assumer un ou des problèmes qui la concerne.* " Tourette-Turgis C. *Le counseling*. Paris : Puf, coll. Que sais-je ? n° 3133, 1996 : p. 25.

30 minutes de marche rapide, d'autre part diminuer la sédentarité chez les enfants. Si la formulation de la question sur l'activité physique dans l'enquête décennale ne permet pas une quantification de l'activité physique quotidienne telle que recommandée dans le PNNS, le taux de personnes déclarant « pratiquer régulièrement un sport ou une activité physique qu'ils qualifient de sportive (en intensité ou en durée) » n'est que de 45% chez les hommes et de 36% chez les femmes. Avec l'âge et l'existence d'une obésité, le taux de pratiquants diminue. L'absence d'envie mentionnée, dans plus de 35% des cas comme motif de non pratique sportive et par près d'une personne sur deux en cas d'obésité, doit être prise en compte dans les stratégies visant à promouvoir ce type d'activité.

... associée à une alimentation équilibrée

Les personnes obèses, hommes ou femmes, déclarent davantage avoir une alimentation déséquilibrée. Néanmoins, des différences dans le choix ou l'évitement des aliments pour raisons de santé ne sont mises en évidence que pour les hommes en surpoids ou en obésité comparés à ceux sans excès de poids.

Certes l'enquête décennale ne permet pas, compte-tenu du type de données recueillies, une analyse fine des apports alimentaires de la population. Certaines erreurs sont néanmoins mises en avant, notamment la sous-consommation au quotidien de fruits et légumes et de féculents en cas d'obésité pour certaines classes d'âge. Les actions de prévention sur l'équilibre alimentaire doivent être renforcées incluant la dimension sociale précédemment mentionnée, et insistant sur le plaisir de manger équilibré.

Des conséquences sur la prise en charge des populations

Une population davantage concernée par la maladie chronique

Très précocement, les femmes présentant une obésité considèrent que leur état de santé est moins bon. Surtout, il est observé une entrée prématurée dans la maladie chronique des personnes présentant une obésité. Ainsi les femmes âgées de 50 à 59 ans sont 71% à déclarer présenter une maladie chronique en cas d'obésité contre seulement 42% en absence d'excès de poids. Comme le souligne A.Basdevant, il ne faut certes pas rentrer dans des stéréotypes faisant de toute personne obèse une personne en difficulté (1). Néanmoins, les conséquences de l'obésité tant sur la santé perçue par l'individu que sur la survenue prématurée de maladie chronique met une nouvelle fois en avant une sur-morbidité chez les personnes en excès de poids. Une étude récente sur l'évolution du diabète en France à l'horizon 2016 prédit un million de diabétiques supplémentaires par rapport à 1999, parmi lesquels 47% seraient dus à l'aggravation de la prévalence de l'obésité. L'importance des actions de prévention et d'éducation pour lutter contre l'obésité est soulignée par de tels chiffres (25).

Une consommation médicale moyenne supérieure

Les conséquences de l'obésité sur la santé des individus entraînent un recours au système de santé plus important ainsi qu'une consommation médicale accrue. Pendant la période de l'enquête, les personnes présentant une obésité ont consulté plus fréquemment un médecin (+27 %) et en proportion les recours aux diabétologues, nutritionnistes notamment ont été plus élevés (69% des personnes qui consultent un diabétologue présentent une surcharge pondérale). Les dépenses de soins de ville sont, après standardisation par l'âge, supérieures de 35% pour une personne obèse en comparaison à une personne de poids normal. Les analyses effectuées sur les données nationales de l'enquête décennale retrouvent des variations allant dans le même sens (7).

Vers une dépendance accrue de la population ?

Si la population francilienne est l'une des plus jeunes de France, elle n'échappe pas au phénomène du vieillissement général. Selon une extrapolation à partir des données de l'enquête HID de l'Insee, la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans dépendantes est estimée à 6,7% en Ile-de-France (4). Bien que principalement mise en évidence chez les femmes, il apparaît que l'augmentation de la corpulence de la population s'accompagne d'une augmentation de ce phénomène de dépendance. Ainsi, les femmes de 60 ans et plus, confrontées à un problème d'obésité, sont 18% à déclarer un besoin d'aménagement de leur logement contre 9% des femmes sans excès pondéral. L'augmentation de la prévalence de l'obésité dans les tranches d'âge les plus âgées pourrait à terme majorer les besoins en dispositifs de prise en charge adaptés à ces personnes.

Références

1. Basdevant A. Obésité. La revue du praticien 2005, 55 :1405-06.
2. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershow et al. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century . N Engl J Med. 2005. 352(11): 1138-45
3. Fontaine KR, Redden DT, Wang C et al. Years of life lost due to obesity. JAMA. 2003. 289(2): 187-93.
4. Atlas de la santé en Ile-de-France. IAURIF. 2005.
5. La santé des Franciliens. Panorama de la santé en Ile-de-France. ORS Ile-de-France. Octobre 2003.
6. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ. 2000, 320(7244):1240-3.
7. Expert A. Corpulence et consommation médicale. Cnamts, Point Stat n°42, 2005.
8. ObEpi 2000. Le surpoids et l'obésité en France. Enquête épidémiologique réalisée dans un échantillon représentatif de la population française, adulte et enfant. Inserm, Institut Roche de l'Obésité, Sofres. 2001.
9. Vincelet C, Gremy I. Les habitudes alimentaires des Franciliens, au regard des objectifs du Programme National Nutrition Santé, ORS. 2005.
10. Duport N, Castetbon K, Guignon N, Hercberg S. Corpulence des enfants scolarisés en grande section de maternelle en France métropolitaine et départements d'outre-mer : variations régionales et disparités urbaines. BEH 2003, 18-19: 82-4.
11. Labeyrie C, Niel X. La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002. Dress études et résultats 2004, 313.
12. Peretti C.de. Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième. Dress, études et résultats 2004, 283.
13. Surpoids et obésité chez les enfants de 7 à 9 ans. France, Cnam – InVS, 2000.
14. Feu E, Michaud C, Boucher J et al. Obésité des adolescents dans trois départements français : modes de vie, précarité et restauration scolaire. BEH 2003, 18-19 : 85-7.
15. Maillard G, Charles M.A, Thibult N, et al. Trends in the prevalence of obesity in the French adult population between 1980 and 1991. Int J Obes, 1999, 23, 389-394.
16. Guilbert P, Perrin-escalon H. Baromètre santé nutrition 2002, Inpes.
17. ObEpi 2003. Le surpoids et l'obésité en France. Enquête épidémiologique réalisée dans un échantillon représentatif de la population française, adulte et enfant. Inserm, Institut Roche de l'Obésité, Sofres. 2003.
18. Kürzinger ML, Salem G, Rican S, et al. Disparités géographiques du surpoids et de l'obésité chez les jeunes hommes en France : 1987 – 1996. Cah. Nutr. Diét 2002, 37 (2) : 110-117.
19. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant. Synthèse et recommandations. Paris, Ed Inserm, Expertise Collective ; 2000.

20. Dériot G. Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Rapport d'information n°8. Octobre 2005. www.senat.fr
21. Embersin C, Brouard C, Grémy I, Daydou E. Santé et recours aux soins des étudiants affiliés à la Smerep. ORS Ile-de-France, Smerep. 2002.
22. Bellin-Lestienne C, Noukpoapé A, Deschamps V, et al. Marqueurs de l'état nutritionnel des personnes recourant à l'aide alimentaire, étude Abena 2004-2005. BEH 2006, 11-12 : 81-83.
23. Hermange M.T, Périnatalité et parentalité. Rapport remis au ministre délégué de la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 25 février 2006.
24. Programme National Nutrition Santé 2001-2005. Ministère délégué à la santé. www.sante.gouv.fr
25. Bonaldi C, Romon I, Fagot-Campagna A. Impacts du vieillissement de la population et de l'obésité sur l'évolution de la prévalence du diabète traité : situation de la France métropolitaine à l'horizon 2016. BEH 2006, 10 : 69-71.

Annexes

Annexe 1. Questions de l'enquête décennale santé portant sur l'alimentation et l'activité physique exploitées dans ce rapport

Prévention – alimentation :

Selon vous, votre alimentation est-elle (en terme de variété et de régularité) ?

Bien équilibrée Plutôt équilibrée Pas très équilibrée Pas du tout équilibrée

Consommez-vous de la viande ?

Consommez-vous des poissons et crustacés ?

Consommez-vous des fruits ?

Consommez-vous des légumes verts ?

Consommez-vous des féculents ?

Buvez-vous des sodas et autres boissons non allégées en sucre ?

Tous les jours ou presque

Au moins une fois par semaine

Moins souvent

Rarement ou jamais

Actuellement, suivez-vous un régime ?

Oui Non

Si oui, suivez vous un régime amaigrissant ?

Oui Non

Prévention – activité physique :

Pratiquez-vous régulièrement un sport ou avez-vous une activité physique que vous qualifieriez de sportive (en intensité ou en durée) ?

Oui Non

Si non, est-ce parce que ?

Vous ne le pouvez pas physiquement

Vous devez éviter le sport ou la pratique de certaines activités physiques en raison de votre santé

Vous n'avez pas ou plus le temps

Vous n'en avez pas ou plus envie

Annexe 2. Questions de l'enquête décennale santé portant sur l'état de santé exploitées dans ce rapport

Comment est votre état de santé en général ?

Très bon Bon Moyen Mauvais Très mauvais

Avez-vous actuellement une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) ?

Oui Non

Etes-vous limité depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font actuellement ?

Oui Non

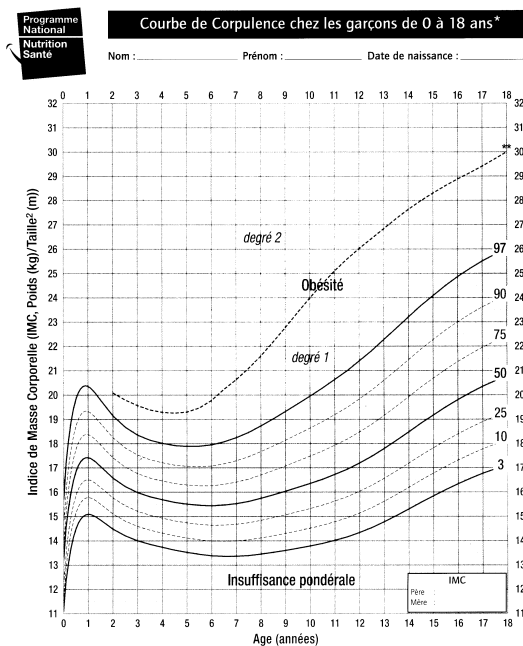
Tableau 39 : Définition du surpoids et de l'obésité entre l'âge de 2 ans et l'âge de 18 ans

âge	Définition internationale**				Définition française **	
	IMC du surpoids *		IMC de l'obésité*		IMC de l'obésité	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
2 ans	18,25	17,90	19,95	19,80	19,15	19,08
3 ans	17,80	17,50	19,50	19,30	18,35	18,39
4 ans	17,55	17,25	19,30	19,10	18,02	17,93
5 ans	17,45	17,15	19,40	19,25	17,89	17,7
6 ans	17,65	17,40	20,00	19,90	17,95	17,72
7 ans	18,05	17,90	20,85	20,75	18,25	17,99
8 ans	18,60	18,50	21,90	21,90	18,74	18,46
9 ans	19,30	19,30	23,10	23,15	19,33	19,11
10 ans	20,00	20,10	24,30	24,45	19,96	19,92
11 ans	20,75	20,95	25,35	25,75	20,64	20,9
12 ans	21,40	21,90	26,20	26,95	21,41	21,98
13 ans	22,10	22,80	27,00	28,00	22,27	23,13
14 ans	22,80	23,50	27,80	28,75	23,20	24,2
15 ans	23,45	24,05	28,45	29,20	24,09	25,08
16 ans	24,05	24,45	29,00	29,50	24,87	25,71
17 ans	24,60	24,75	29,55	29,75	25,51	26,08

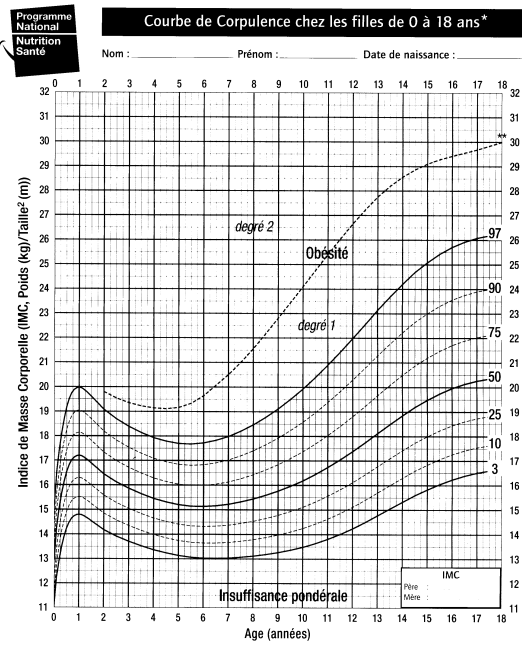
* Seuils établis d'après l'International Obesity Task Force (Cole et Coll., 2000).

** Seuils utilisant la définition française de l'obésité (Rolland-Cachera, 1991)

Figure 20 : Courbes de corpulence chez les garçons et les filles de 0 à 18 ans établies à partir des valeurs de référence française



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.
 * L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est alors calculé et reporté sur la courbe de corpulence disponible sur www.sante.fr. Il se calcule soit avec un disque de calcul, soit avec une calculatrice, en divisant le poids (en kg) par la taille au carré (en mètre) soit : $\text{IMC} = \frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille (m)} \times \text{taille (m)}}$
 • L'IMC est un bon reflet de l'adiposité. Il varie en fonction de l'âge. L'IMC augmente au cours de la première année de vie, diminue jusqu'à 6 ans puis augmente à nouveau. La remontée de la courbe, appelée rebond d'adiposité, a lieu en moyenne à 6 ans.
 • Tracer la courbe de corpulence pour chaque enfant permet d'identifier précocement les enfants obèses ou à risque de le devenir :
 - lorsque l'IMC est supérieur au 97^e percentile, l'enfant est obèse ;
 - plus le rebond d'adiposité est précoce plus le risque d'obésité est important ;
 - un changement de "couleur" vers le haut est un signe d'alerte.
 Courbe gratuite en partenariat avec M.F. Rolland-Cachera (INSERM) et l'Association pour la Prévention et la prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie (APOP) et validée par le Comité de Nutrition (CN) de la Société Française de Pédiatrie (SFP).
 * Données de l'étude « Obésité Française de la croissance du Centre International de l'Enfance (P. Michel-Sempé) ; Rolland-Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1995 ; 49 : 13-21
 ** Seuil établi par l'International Obesity Task Force (IOTF) ; Cole et coll. BMJ 2000 ; 320 : 1-6



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.
 * L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est alors calculé et reporté sur la courbe de corpulence disponible sur www.sante.fr. Il se calcule soit avec un disque de calcul, soit avec une calculatrice, en divisant le poids (en kg) par la taille au carré (en mètre) soit : $\text{IMC} = \frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille (m)} \times \text{taille (m)}}$
 • L'IMC est un bon reflet de l'adiposité. Il varie en fonction de l'âge. L'IMC augmente au cours de la première année de vie, diminue jusqu'à 6 ans puis augmente à nouveau. La remontée de la courbe, appelée rebond d'adiposité, a lieu en moyenne à 6 ans.
 • Tracer la courbe de corpulence pour chaque enfant permet d'identifier précocement les enfants obèses ou à risque de le devenir :
 - lorsque l'IMC est supérieur au 97^e percentile, l'enfant est obèse ;
 - plus le rebond d'adiposité est précoce plus le risque d'obésité est important ;
 - un changement de "couleur" vers le haut est un signe d'alerte.
 Courbe gratuite en partenariat avec M.F. Rolland-Cachera (INSERM) et l'Association pour la Prévention et la prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie (APOP) et validée par le Comité de Nutrition (CN) de la Société Française de Pédiatrie (SFP).
 * Données de l'étude « Obésité Française de la croissance du Centre International de l'Enfance (P. Michel-Sempé) ; Rolland-Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1995 ; 49 : 13-21
 ** Seuil établi par l'International Obesity Task Force (IOTF) ; Cole et coll. BMJ 2000 ; 320 : 1-6

Annexe 3. Définition française de l'obésité pédiatrique

En France, des courbes d'IMC ont été établies à partir d'une étude longitudinale de référence française. A partir de ces courbes (Figure 20), une définition de l'obésité pédiatrique avec deux degrés dans l'atteinte est proposée. L'obésité de degré 1 correspond à un IMC dont la valeur est supérieure au 97^{ème} percentile (Tableau 39). L'obésité de degré 2 est définie à partir des valeurs de références internationales de l'obésité.

Les valeurs d'indice de masse corporelle correspondant à une obésité de degré 1 sont supérieures à celle utilisées pour établir le surpoids dans la définition internationale (sauf à 10 et 11 ans chez les garçons et entre 8 et 11 ans chez les filles) (Tableau 39). Cette définition est utilisée en France en pratique pédiatrique courante et les outils utilisés dans le cadre du Programme National Nutrition Santé reposent sur elle (www.sante.gouv.fr, thème nutrition) (24).

Exemple : Un garçon âgé de 7 ans et mesurant 1m27 sera en surpoids selon la définition internationale si son poids dépasse 29,2 kg, et en obésité à partir de 33,7 kg. Selon la définition française, il sera en obésité de degré 1 à partir d'un poids de 29,5 kg et en obésité de degré 2 à partir de 33,7 kg..

Figure 21 : Prévalence de l'obésité de degré 1 et de degré 2 selon la définition française chez les garçons franciliens (%)

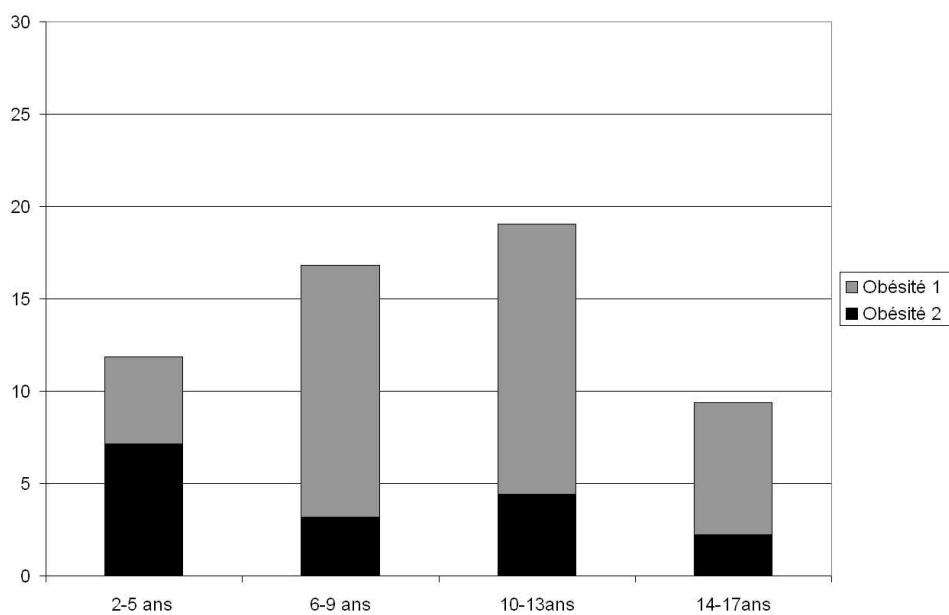
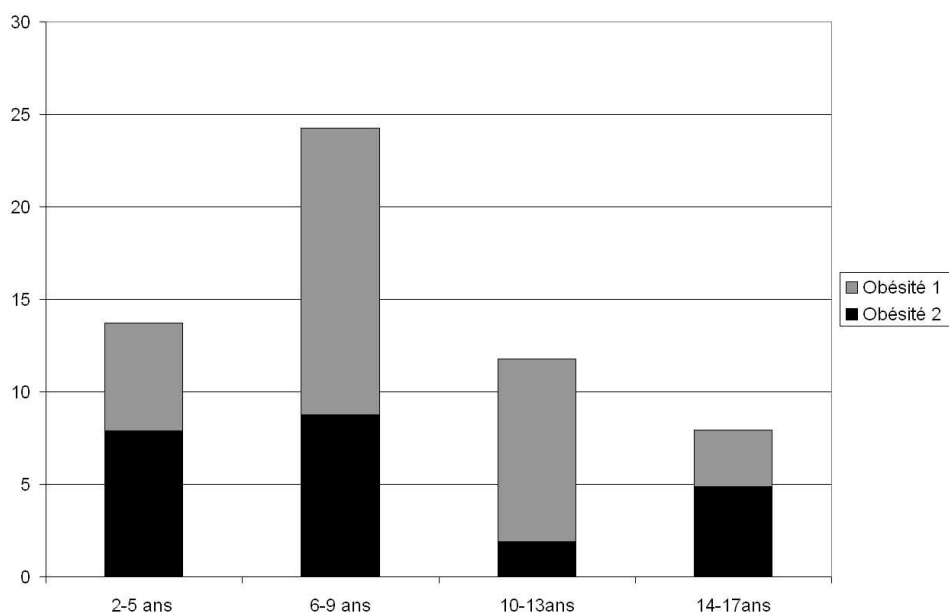


Figure 22 : Prévalence de l'obésité de degré 1 et de degré 2 selon la définition française chez les filles franciliennes (%)



Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Annexe 3. Résultats des prévalences de l'excès de poids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents selon la définition IOTF et la définition française

Selon la définition française, 14,2% [12,6% - 16,0%] des enfants et des adolescents âgés de 2 à 17 ans sont obèses (degré 1 et degré 2 cumulés).

En comparaison avec la définition internationale, les prévalences sont moindres avec la définition française pour les tranches d'âges extrêmes de l'enfance et de l'adolescence : 2-5 ans et 14-17 ans. Quelle que soit la définition utilisée, la prévalence maximale se situe entre 6 et 9 ans pour les filles et 10 et 13 ans pour les garçons (Figure 21 et Figure 22).

L'obésité de degré 2 est équivalente au stade « obésité » de la définition IOTF. Le pourcentage d'enfants concerné s'élève à 5,0% [4,0% - 6,1%] de l'ensemble des 2-17 ans. Des prévalences plus élevées sont observées chez les 2-5 ans pour les deux sexes et chez les filles de 6-9 ans.

Annexe 4. Modèles de régression logistique intégrant la variable « région »

Tableau 40 : Déterminants du surpoids et de l'obésité de l'enfant (modèles de régression logistique)

	Surpoids versus absence de surcharge n = 7 378		Obésité versus absence de surcharge n = 6 830	
	OR ajusté	IC à 95%	OR ajusté	IC à 95%
Région				
Province	1		1	
Ile-de-France	1,1	0,9 – 1,3	1,3 *	1,0 – 1,8
Sexe de l'enfant				
Garçon	1		1	
Fille	0,8 **	0,7 – 0,9	1,0	0,8 – 1,3
Age de l'enfant				
14-17 ans	1		1	
10-13 ans	1,4 **	1,1 – 1,8	1,4	0,9 – 2,1
6-9 ans	1,7 ***	1,4 – 2,1	2,7 ***	1,8 – 4,0
2-5 ans	1,0	0,8 – 1,3	3,6 ***	2,5 – 5,3
Niveau d'études des parents ‡				
Niveau supérieur au bac des deux parents	1		1	
Niveau supérieur au bac d'un seul parent	1,3	1,0 – 1,9	3,1 ***	0,6 – 6,5
Situations « intermédiaires »	1,9 ***	1,5 – 2,5	5,8 ***	3,0 – 10,8
Au moins un parent de niveau d'études le plus bas (sans niveau supérieur au bac)	2,1 ***	1,6 – 2,9	9,5 ***	4,9 – 18,4
Activité physique sportive parentale				
Activité physique régulière des deux parents	1		1	
Activité physique régulière d'un seul parent	1,1	0,9 – 1,5	2,1 **	1,3 – 3,3
Aucune activité physique parentale régulière	1,4 **	1,1 – 1,7	2,2 ***	1,4 – 3,4
Surcharge pondérale des parents				
Absence de surcharge pondérale parentale	1	1	1	
Excès pondéral d'au moins un parent (hors modalité suivante)	1,8 ***	1,5 – 2,2	1,6 **	1,2 – 2,1
Excès pondéral des deux parents dont au moins un en obésité	3,2 ***	2,4 – 4,2	5,1 ***	3,5 – 7,3
Perception de l'équilibre alimentaire par les parents				
Alimentation des deux parents bien équilibrée	1		1	
Alimentation d'au moins un parent « Pas très ou pas du tout équilibré »	1,0	0,8 – 1,2	1,3	0,9 – 1,7
Autre situation	1,0	0,8 – 1,3	1,5 *	1,0 – 2,1

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

‡ Le niveau d'études parental a été codé en quatre catégories : les deux parents de niveau supérieur au bac (catégorie de référence), un seul parent de niveau supérieur au bac, au moins un parent du niveau le plus bas (sans parent de niveau supérieur au bac) et les autres situations intermédiaires avec des parents de niveau secondaire ou bac.

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Tableau 41 : Déterminants socio-démographiques du surpoids et de l'obésité chez les hommes et les femmes (modèles de régression logistique)

	Hommes				Femmes			
	Surpoids versus absence de surcharge n = 10 987		Obésité versus absence de surcharge n = 7 712		Surpoids versus absence de surcharge n = 12 424		Obésité versus absence de surcharge n = 10 707	
	OR ajusté	IC à 95%	OR ajusté	IC à 95%	OR ajusté	IC à 95%	OR ajusté	IC à 95%
Région								
Province	1		1		1		1	
Ile-de-France	0,9	0,8 – 1,0	0,8 **	0,6 – 0,9	1,0	0,9 – 1,1	1,1	0,9 – 1,3
Age								
18 - 29	1		1		1		1	
30 - 39 ans	2,0 ***	1,7 – 2,4	1,9 ***	1,4 – 2,6	1,3 *	1,0 – 1,6	1,1	0,8 – 1,5
40 - 49 ans	2,6 ***	2,2 – 3,0	3,2 ***	2,4 – 4,4	1,5 ***	1,3 – 1,9	1,6 ***	1,2 – 2,1
50 - 59 ans	4,3 ***	3,6 – 5,1	5,8 ***	4,2 – 8,0	2,1 ***	1,7 – 2,6	1,9 ***	1,5 – 2,6
≥ 60 ans	4,1 ***	3,1 – 5,3	4,4 *	2,9 – 6,7	2,0 ***	1,6 – 2,5	1,4 *	1,0 – 1,9
Niveau d'études								
Supérieur au bac	1		1		1		1	
Bac	1,2 ***	1,1 – 1,4	1,5 **	1,1 – 1,9	1,2 **	1,1 – 1,5	1,5 **	1,1 – 1,9
Secondaire	1,4 ***	1,2 – 1,5	2,2 ***	1,8 – 2,7	1,9 ***	1,6 – 2,1	2,5 ***	2,0 – 3,0
Aucun ou primaire	1,5 ***	1,3 – 1,7	2,8 ***	2,3 – 3,5	2,5 ***	2,1 – 2,9	4,2 ***	3,4 – 5,2
Activité								
Actif	1		1		1		1	
Chômage	0,7 **	0,6 – 0,9	1,0	0,7 – 1,3	1,2	0,9 – 1,4	1,4 **	1,1 – 1,9
Etudiant	0,4 ***	0,3 – 0,6	0,4 *	0,2 – 0,8	0,8	0,6 – 1,1	0,4 **	0,2 – 0,7
Divers inactifs	1,0	0,8 – 1,2	1,1	0,8 – 1,5	1,3 ***	1,2 – 1,5	1,7 ***	1,4 – 2,0
Vie de couple								
Non	1		1		1		1	
Oui	1,5 ***	1,4 – 1,7	1,4 **	1,1 – 1,6	1,2 ***	1,1 – 1,3	1,3 **	1,1 – 1,5
Maternité								
Non					1		1	
Oui					1,3 ***	1,1 – 1,5	1,3 *	1,0 – 1,5

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Lecture : par rapport aux hommes de niveaux d'études supérieurs au bac, la probabilité qu'un homme présente une obésité est significativement plus importante lorsqu'il est de niveau « secondaire » ou « aucun ou primaire », après prise en compte des différentes variables introduites dans le modèle.

Tableau 42 : Déterminants d'une perception de l'alimentation pas du tout ou pas très équilibrée (1) et de l'absence de pratique d'une activité physique (2) (n=26 063) (analyses par régression logistique)

	1. Modèle Alimentation		2. Modèle Activité sportive	
	OR ajusté	IC à 95%	OR ajusté	IC à 95%
Région				
Province	1		1	
Ile-de-France	1,2 ***	1,1 – 1,3	1,3 ***	1,2 – 1,4
Sexe				
Homme	1		1	
Femme	0,9 **	0,8 – 0,9	1,7 ***	1,6 – 1,7
Corpulence selon l'IMC				
Absence de surcharge pondérale	1		1	
Surpoids	1,1 **	1,1 – 1,3	1,3 ***	1,2 – 1,4
Obésité	2,2 ***	2,0 – 2,5	2,2 ***	2,0 – 2,4
Classe d'âge				
18-29 ans	1		1	
30 - 39 ans	0,6 ***	0,5 – 0,7	1,1 *	1,0 – 1,2
40 - 49 ans	0,5 ***	0,4 – 0,5	0,9	0,8 – 1,0
50 – 59 ans	0,4 ***	0,3 – 0,4	0,8 ***	0,7 – 0,9
≥ 60 ans	0,2 ***	0,2 – 0,2	0,8 ***	0,7 – 0,9
Niveau d'études				
Supérieur au bac	1		1	
Bac	1,4 *	1,2 – 1,5	1,3 ***	1,1 – 1,4
Secondaire	1,6 ***	1,4 – 1,7	1,6 ***	1,5 – 1,8
Aucun diplôme ou primaire	1,6 ***	1,4 – 1,8	2,4 ***	2,2 – 2,7

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

Source : Insee - Enquête décennale santé 2002-2003 ; exploitation ORS Ile-de-France.

Lecture : par rapport aux personnes sans surcharge pondérale, la probabilité qu'un individu ne pratique pas d'activité sportive est significativement plus importante lorsqu'il présente une obésité, après prise en compte des différentes variables introduites dans le modèle.

