

SOMMAIRE

Introduction**1. L'obésité infantile : un problème de santé publique...**

- 1.1. Une maladie grave
- 1.2. Avec des conséquences sur le développement et le bien-être de l'enfant

2. ... qui nécessite des mesures de prévention et de traitement

- 2.1. (Faire) Surveiller l'Indice de Masse Corporelle
- 2.2. Favoriser les comportements alimentaires sains
- 2.3. Favoriser l'activité physique chez l'enfant

Conclusion

RÉFÉRENCES

Capitan, A.-L. (2012). *L'obésité infantile en France*. Mémoire de DUT en Carrières Sociales. IUT Paris Descartes. Consultable en ligne au 26/03/2017 : www.iut.parisdescartes.fr/content/download/12529/77204/version/1/file/capitan_anne_laure_AS2_feldman.pdf.

INPES. (2011). *Surpoids de l'enfant : le dépister et en parler précocement – Repères pour votre pratique*. Consultable en ligne au 26/03/2017 : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1364>.

Inserm (dir.). (2000). *Obésité de l'enfant*. Paris : Les éditions Inserm. Coll. Expertise collective. Consultable en ligne au 26/03/2017 : www.inserm.fr/content/download/1398/12903/file/obesite.pdf.

Inserm (dir.). (2006). *Obésité : Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge*. Paris : Les éditions Inserm. Coll. Expertise collective. Consultable en ligne au 26/03/2017 : www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/66.

Ministère de la Santé & APOP. (2008). *Activité physique et obésité de l'enfant : bases pour une prescription adaptée*. Paris : Éditions Dicom. Coll. Synthèses du PNNS. Consultable en ligne au 26/03/2017 : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_PNNS_-_Activite_physique_et_obesite_de_l_enfant.pdf.

Introduction

Selon le Ministère de la Santé (2008) et Capitan (2012), l'augmentation des cas d'obésité infantile est aujourd'hui une **préoccupation majeure des politiques de santé publique** en France, en Europe et dans le monde.

Pour Capitan (2012), il faut sensibiliser les enfants le plus tôt possible. Cette sensibilisation doit porter sur les habitudes alimentaires et les activités physiques. Dans cette perspective, l'auteure estime que **l'investissement des établissements scolaires dans la prévention et le dépistage de l'obésité infantile est essentiel**. En outre, leur rôle dans le développement social et psychologique de l'enfant les met en position de force pour lutter contre cette maladie.

Dans cette note de synthèse, nous présentons, d'une part, l'obésité infantile et ses conséquences sur le développement et le bien-être de l'enfant (1). D'autre part, nous exposons trois mesures de prévention que peuvent prendre les établissements scolaires (2).

1. L'obésité infantile : un problème de santé publique...

1.1. Une maladie grave

Capitan (2012) indique que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parle d'**épidémie mondiale de l'obésité** : depuis 1980, l'obésité aurait triplé en Europe et doublé, selon l'Inserm[a], chez la population infantile. À cet effet, Capitan (2012) note qu'en 2010, plus de 42 millions d'enfants étaient en surpoids dans le monde. Pour l'auteure, c'est une des raisons pour lesquelles l'OMS en a fait une priorité du domaine de la pathologie nutritionnelle.

L'obésité est définie par l'Inserm (2000) comme un **excès de poids dû à un trop fort développement du tissu adipeux**, c'est-à-dire de cellules graisseuses. Elle impacte la qualité de vie de l'individu et entraîne des complications plus ou moins importantes. L'Inserm (2000) avance que sa prévention et son traitement chez l'enfant sont d'autant plus cruciaux que **le risque de rester obèse à l'âge adulte s'élève à 80 %**.

L'Inserm (2000) et Capitan (2012) montrent que les complications dues à l'obésité infantile peuvent prendre la forme de **problèmes cardiovasculaires, articulaires ou encore respiratoires** très sérieux. Elles peuvent, à terme, conduire à un décès prématuré, ce qui fait de l'obésité une **maladie potentiellement mortelle**.

1.2. Avec des conséquences sur le développement et le bien-être de l'enfant

L'INPES (2011) et Capitan (2012) expliquent qu'en milieu scolaire, l'enfant obèse fait fréquemment l'objet de moqueries, d'humiliations et de rejets de la part de ses camarades. Capitan (2012) précise que **l'enfant peut subir des agressions verbales et/ou physiques**. Ces

agressions provoquent aussi toute une série de désagréments : de l'**anxiété**, de l'**agressivité**, de la **perte de confiance en soi**, de l'**isolement**, etc.

Les deux auteurs ajoutent que, **face aux stigmatisations, la probabilité que l'enfant compense ses émotions négatives par la nourriture est importante**. Les risques de « grignotage »¹, causé par l'ennui et le mal-être, sont aussi plus élevés. De plus, d'après Capitan (2012), ces stigmatisations rendent difficile la pratique d'une activité sportive, essentielle en cas d'obésité, et peuvent être **néfastes pour la scolarité et la sociabilité de l'enfant**. Ces conséquences sont d'autant plus fortes que les humiliations peuvent se poursuivre en dehors du milieu scolaire, dans la sphère familiale.

Les stigmatisations et l'exclusion sociale vécus par l'enfant peuvent finalement le conduire à **développer des troubles psychologiques**. Capitan (2012) fait remarquer que ces troubles renforcent les symptômes anxio-dépressifs observés dans les cas d'obésité infantile. Selon elle, tout cela aura des **impacts sur le développement de l'enfant, son passage à l'âge adulte, et sa vie sociale et professionnelle future**.

2. ... qui nécessite des mesures de prévention et de traitement

2.1. (Faire) Surveiller l'Indice de Masse Corporelle

L'Inserm (2000 ; 2006), le Ministère de la Santé (2008), l'INPES (2011) et Capitan (2012) s'accordent à dire que l'Indice de Masse Corporelle (IMC) permet d'**estimer l'excès de masse grasse** ; l'IMC établit la corpulence d'un individu. Ils indiquent qu'il est calculé de la même manière pour tous : **poids [kg]/taille² [m]**. Ils ajoutent que, pour un enfant, l'IMC doit ensuite être reporté sur les **courbes de corpulence**. Ces courbes sont présentes dans le **carnet de santé**. Elles diffèrent en fonction du genre, de l'âge et sont graduées en percentiles. En outre, Capitan (2012) précise qu'au **97^e percentile**, l'enfant est en surpoids et, qu'au-delà, il est obèse.

L'INPES (2011) note que la courbe de corpulence monte jusqu'à 1 an, puis descend jusqu'à 6 ans pour remonter ensuite jusqu'à la fin de la croissance. Lorsque la courbe remonte, l'INPES, l'Inserm (2000 ; 2006) et Capitan (2012) parlent de **rebond d'adiposité**. Ce rebond, lorsqu'il est précoce, augmente le risque d'obésité à l'âge adulte. En ce sens, l'Inserm (2006) explique que **l'âge idéal pour dépister l'obésité infantile se situe entre 4 et 6 ans** ; le dépistage permet de prévenir la maladie et de traiter l'enfant dès le plus jeune âge.

Dans cette perspective, l'INPES (2011) préconise de **surveiller la courbe de corpulence au moins deux à trois fois par année** pour prévenir le surpoids et l'obésité. L'Inserm (2000 ; 2006) insiste aussi sur le rôle, essentiel, du carnet de santé dans le suivi du poids de l'enfant. D'après l'Institut, il s'agit d'un **document-navette** entre la famille, le médecin généraliste, le personnel de santé scolaire, etc.

¹ Le grignotage est une pratique alimentaire individuelle et non ritualisée, à la différence des repas.

2.2. Favoriser les comportements alimentaires sains

L'Inserm (2000) indique que les besoins nutritionnels en protéines, glucides et lipides fluctuent avec l'âge. Il ajoute que l'obésité est plus particulièrement la conséquence du stockage des lipides. En d'autres termes, elle résulte de l'**adaptation à un régime hyperlipidique**, c'est-à-dire **trop riche en matières grasses**. L'Inserm (2000) montre ainsi la nécessité de l'**équilibre ou rééquilibrage alimentaire** pour prévenir ou freiner le développement de l'obésité infantile.

Pour favoriser les comportements alimentaires sains, Capitan (2012) souligne que **l'école, en France, doit entrer dans une logique d'apprentissage au plan intellectuel, diététique et éducatif**. Ce rôle de sensibilisation de l'école est mis en évidence dans la circulaire interministérielle de juin 2001. L'Inserm (2006) explique que cette circulaire rappelle les besoins nutritionnels des enfants, la composition des repas et l'impératif de formation à la question diététique. Elle impose également aux cantines scolaires la mise en place d'un **menu équilibré** ; suivant cette circulaire, les cantines sont tenues de limiter leurs plats en graisses, sel et sucre. Capitan précise que ces obligations sont peu ou ne sont pas remplies. Selon l'Inserm (2006), celles relatives à la circulaire de décembre 2003 sont aussi peu appliquées. L'Institut indique que cette circulaire insiste sur la **présence des fontaines à eau** dans les établissements scolaires. Elle propose aussi de limiter la collation matinale dans les écoles maternelles. En revanche, l'Inserm (2006) note que la loi n°2004-806 du 9 août 2004 a été suivie dès la rentrée 2005. Elle **interdit les distributeurs de sodas et de snacks sucrés** dans les établissements scolaires primaires et secondaires.

L'Inserm (2006) parle également du Plan National Nutrition Santé (PNNS). Ce plan, dont sont issues les deux circulaires, préconise notamment d'**augmenter la consommation de fruits et de légumes**. Le PNNS insiste aussi sur la **nécessité d'informer, d'éduquer et d'orienter** en matière de nutrition, et souligne l'importance de la cohérence entre ces niveaux et l'offre alimentaire. Dans une école, cette offre se traduit par celle de la cantine scolaire.

2.3. Favoriser l'activité physique chez l'enfant

En 2008, le Ministère de la Santé définit l'activité physique (AP) comme **tout mouvement corporel permettant de dépenser de l'énergie au-delà de la seule dépense d'énergie au repos**. Chez l'enfant, il précise qu'une faible AP va de pair avec d'autres comportements défavorables comme le grignotage, l'abus de télévision et de jeux vidéo.

Pour l'Inserm (2006) et Capitan (2012), au-delà de la santé physique, **l'AP favorise l'estime de soi**. L'Inserm (2006) ajoute qu'elle permet d'engager et de motiver l'enfant dans une activité, et de limiter la solitude et l'ennui, deux facteurs importants de grignotage.

L'Inserm (2006) déclare que l'école ne doit pas prendre en charge l'obésité de l'enfant, mais l'accompagner. Elle doit notamment **promouvoir la santé en proposant des AP au moins 3 heures par semaine**. Elle aide ainsi à la stabilisation et à la pérennisation de la perte de poids chez l'enfant obèse. Selon le Ministère de la Santé (2008), cet accompagnement doit se faire par le biais d'AP adaptées. Cela nécessite un **examen médical préalable**, effectué par le médecin qui suit l'enfant.

En termes d'activités, le Ministère de la Santé (2008) explique que **de 3 à 7 ans** l'enfant est en phase d'acquisition d'habiletés motrices. Il faut alors le faire courir, sauter, ramper, grimper, etc. **De 7 à 10 ans**, ce sont des activités multisports, de coordination et de conditionnement physique, qui doivent être proposées.

Conclusion

D'après l'Inserm (2000) et Capitan (2012), l'obésité est une **maladie mortelle**. Tous les auteurs s'accordent à dire que, chez l'enfant, elle entraîne des complications au moins sur les **plans physique, psychologique et social**. Ces complications nuisent, entre autres, au développement et au bien-être de l'enfant. C'est le cas des **violences verbales et/ou physiques** de la part des camarades de classe, soulignées par Capitan (2012). Pour l'auteure et l'INPES (2011), ces violences, à terme, peuvent **favoriser l'exclusion et le repli de l'enfant malade**. Elles peuvent également **entraîner l'échec scolaire**.

Dans le traitement de l'obésité infantile, l'enfant, la famille, le corps médical et les instances éducatives sont tous concernés. Les établissements scolaires, en l'occurrence, ont un statut privilégié en matière de sensibilisation auprès des enfants. L'Inserm (2000 ; 2006) et Capitan (2012) indiquent que, de par leur fonction, ils peuvent notamment **aider à l'éducation des enfants sur les questions de l'alimentation et de l'activité physique**. Selon eux, les établissements scolaires seraient un des leviers majeurs de prévention et de lutte contre l'obésité, et ce, dès le plus jeune âge.

Mots-clés — obésité infantile ; établissements scolaires ; prévention ; dépistage ; sensibilisation ; alimentation équilibrée ; activité physique.