Revue Maghrébine de Pédiatrie · ISSN 0330-7611

Facteurs associés à la qualité de vie des adolescents en surcharge pondérale en Côte d'Ivoire

Factors associated with the life quality among overweight adolescents in Côte d'Ivoire

Marie-Hélène Aké-Assi Konan[1], Kouamé Hervé Micondo[2*], Marie Evelyne Dainguy[1], Issa Coulibaly[2], Laetitia Danièle Monet[1], Folquet Madeleine Amorissani[1]

[1] Université Felix Houphouët Boigny - Unité de Formation et de Recherche (UFR) des sciences médicales - Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Cocody - Service de pédiatrie – Abidjan – Côte d'Ivoire

[2] Service de pédiatrie - Hôpital Militaire d'Abidjan - Abidjan – Côte d'Ivoire

Auteur correspondant / Corresponding author : Kouamé Hervé Micondo, Service de pédiatrie - Hôpital Militaire d'Abidjan - Abidjan – Côte d'Ivoire
micondokherve@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Introduction : L'obésité de l'enfant est un problème majeur de santé publique et peut altérer la qualité de vie. L'objectif général était d'évaluer la qualité de vie perçue par les adolescents en surcharge pondérale.

Méthodologie : il s'agit d'une étude transversale analytique portant sur une cohorte d'adolescents obèses suivis dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Militaire d'Abidjan. Le recueil de données a duré huit mois, de décembre 2023 à août 2024. Les adolescents âgés de 10 à 19 ans ont été recrutés selon un échantillonnage non probabiliste, progressif et exhaustif, en fonction des critères d'inclusion. Une régression logistique pas à pas descendante a été utilisée pour identifier les facteurs associés à la qualité de vie (QdV), au seuil de significativité de 5 %.

Résultats : Au total, 110 adolescents ont été enrôlés. Le sex-ratio était de 2,9. La tranche d'âge de 10 à 14 ans prédominait (79,1 %). Il s'agissait d'une obésité commune dans 98,2 % des cas, morbide pour 79,1 % des patients, avec un risque métabolique dans 85 % des cas. Les pères exerçaient une activité professionnelle dans 85,4 % des cas. Plus de la moitié (56,49 %) ont estimé avoir un niveau de QdV acceptable, en concordance avec les affirmations des parents. Le facteur favorisant une bonne QdV était le fait que le père exerçait une activité professionnelle (p = 0,044).

Conclusion : L'activité professionnelle du père a été identifiée comme facteur prédictif d'une meilleure qualité de vie des adolescents en surcharge pondérale.

Mots clés : Qualité de vie, surcharge pondérale, adolescent, Côte d'Ivoire

ABSTRACT

Introduction : Childhood obesity is a major public health problem and can affect quality of life. The Objective was to assess the perceived quality of life among overweight adolescents. **Methodology:** This was an analytical cross-sectional study carried out among a cohort of overweight adolescents followed up in the paediatric department of the Abidjan Military Hospital. The data collection period was eight months, from December 2023 to August 2024. Adolescents aged from 10 to 19 years were recruited using non-probability, progressive and exhaustive sampling according the inclusion criteria. A stepwise logistic regression analysis was used to identify factors associated with quality of life (QoL) at a significance level of 5 %.

Results : A total of 110 adolescents were enrolled. The sex ratio was 2.9. The 10–14 age group was the most common (79.1 %). Obesity was present in 98.2 % of cases. It was morbid in 79.1 % of patients, with metabolic risk present in 85 % of cases. Fathers were employed in 85.4 % of cases. More than half (56.49 %) considered their quality of life (QoL) to be acceptable, in line with their parents' assessments. The factor associated with a good quality of life was the father being employed (p = 0.044).

Conclusion : The father's employment status was identified as a factor promoting quality of life among obese children and adolescents.

Keywords : Quality of life, overweight, adolescents, Côte d'Ivoire

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Pour citer cet article : Konan MHAA, Micondo KH, Dainguy ME, Coulibaly I, Monet LD, Amorissani FM. Facteurs associés à la qualité de vie des adolescents en surcharge pondérale en Côte d'Ivoire. Rev Maghr Pédiatr.

INTRODUCTION

La surcharge pondérale, à savoir le surpoids et l'obésité, est définie comme une accumulation anormale ou excessive de graisse nuisant à la santé [1]. Elle constitue un problème de santé publique mondial. La surcharge pondérale est un phénomène émergent dans les pays en développement, amorçant ainsi la transition nutritionnelle [2]. La progression de la prévalence serait en lien avec des représentations et croyances socioculturelles valorisant le surpoids [3]. Les adolescentes sont particulièrement exposées [4]. Entre 1975 et 2016, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et adolescents âgés de 5 à 19 ans est passée de 4 % à 18 % à l'échelle mondiale [1]. En Côte d'Ivoire, la prévalence de l'obésité et du surpoids au sein de cette population cible était respectivement de 12,9 % et 21,9 % en 2016 [2].

La surcharge pondérale entraîne des conséquences néfastes sur la santé physique, psychologique et sociale, à court comme à long terme [3]. Elle représente un facteur de risque de maladies cardiovasculaires, de diabète de type 2, de certains cancers et de désordres musculo-squelettiques [5]. Les adolescents concernés peuvent présenter des séquelles psychosociales nuisibles, réduisant ainsi leur qualité de vie [6]. Des auteurs reconnaissent qu'il existe un lien direct entre l'obésité et ses conséquences, notamment sur la santé psychologique de cette frange de la population [4,6,7].

Le terme « qualité de vie » (QdV) englobe la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, les croyances d'une personne et sa relation avec son environnement [6]. Sa mesure est de plus en plus utilisée dans le monde de la recherche en santé [6,8]. En Côte d'Ivoire, peu d'études portent sur la QdV des adolescents touchés par le surpoids et l'obésité. La question de recherche était : « Quel est le vécu des adolescents présentant une surcharge pondérale en Côte d'Ivoire ? » Ce travail contribuera à l'amélioration de la prise en charge holistique des enfants et adolescents obèses et en surpoids, en aidant à créer un environnement sain et sûr, tant sur le plan physique que psychosocial.

METHODES

Type et cadre de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée analytique, menée au sein d'une cohorte d'adolescents en surcharge pondérale suivis dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA). Le recueil des données s'est déroulé sur une période de huit mois, du 1er décembre 2023 au 31 août 2024.

Population d'étude

La population cible était constituée d'adolescents âgés de 10 à 19 ans, appartenant à la cohorte du service de pédiatrie de l'HMA et présents durant la période de collecte. Les adolescents en surcharge pondérale venus en consultation de suivi et, accompagnés d'un parent biologique ou d'un substitut légal ont été inclus dans l'étude. Par contre, ceux qui étaient venus seuls à la consultation ou qui présentaient une comorbidité ou un état morbide aigu nécessitant une prise en charge urgente n'ont pas été enrôlés.

Taille de l'échantillon

La taille minimale de l'échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz [9] :

$n=Z\alpha 2 \cdot p \cdot qi2$

$Z\alpha=1,96$ (écart réduit au risque consenti)

p=7% : prévalence de la surcharge pondérale chez les adolescents en Côte d'Ivoire [2]

$q=1-p$

i=0,05 : précision souhaitée

La taille minimale obtenue était de 100 adolescents, majorée de 10 % pour tenir compte du taux de non-réponse.

Méthode d'échantillonnage

Un échantillonnage non probabiliste, progressif, a été réalisé en fonction des critères d'inclusion.

Variables étudiées

Les paramètres ont été regroupés en deux catégories :

Caractéristiques parentales : âge, statut vital, niveau d'étude, activité socio-professionnelle, antécédents endocriniens (hypothyroïdie, diabète) et métaboliques (HTA, obésité).

Caractéristiques de l'adolescent : données sociodémographiques (âge, sexe, résidence, niveau scolaire), mode de vie (habitudes alimentaires, usage des écrans), données cliniques (motif de consultation, suivi, stade pubertaire, dysmorphie, vergetures, paramètres anthropométriques), traitement reçu (activité sportive, régime alimentaire, traitement médicamenteux).

Définition des catégories pondérales

Selon les recommandations de l'OMS (courbes IMC/âge pour 5–19 ans, par sexe) [10,11] :

Surpoids : IMC entre +1 et +2 DS

Obésité grade 1 : IMC entre +2 et +3 DS

Obésité grade 2 (morbide) : IMC > +3 DS

L'IMC a été calculé par la formule : IMC=poids (kg)/taille (m)2

Évaluation de la qualité de vie

La qualité de vie a été mesurée à l'aide du questionnaire PedsQL version 4 (traduction française), administré en entretien face-à-face par un enquêteur, sans présence parentale. Pour les parents, le questionnaire a été administré soit en présentiel, soit par entretien téléphonique. La version française de cet instrument a été traduite et validée linguistiquement par le Mapi Research Institute. Ses propriétés psychométriques ont été évaluées chez des enfants francophones et se sont révélées satisfaisantes en termes de validité et de fiabilité [8 ,12,13]

Le PedsQL comporte 23 items répartis en quatre dimensions : physique (8), social (5), scolaire (5) et psychologique (5). Les scores ont été transformés sur une échelle de 0 à 100. Ainsi avec une amplitude de 25, la qualité de vie a été dite: Bonne : si le score PedsQL était compris entre 75 à 100, Acceptable : si le score PedsQL était compris entre 50 et 75, Critique : si le score PedsQL était compris entre 25 et 50, Mauvaise : si le score PedsQL était compris entre 0 et 25 [8,12,13].

Pour l'analyse, la variable dépendante « qualité de vie » a été dichotomisée :

Bonne (bonne + acceptable) si score ≥ 50 %

Mauvaise (critique + mauvaise) si score < 50 %

Évaluation du stade pubertaire

Le stade pubertaire a été déterminé selon la classification de Tanner [14].

Analyse statistique

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec EpiData et Stata.

La corrélation entre la qualité de vie estimée par les parents et celle rapportée par les adolescents a été évaluée par le test de Spearman.

L'analyse bivariée (Chi²) a permis de décrire les associations brutes entre la qualité de vie et les variables explicatives.

L'analyse multivariée a reposé sur une régression logistique pas à pas descendante, incluant les variables significatives à 5 % et 20 % en analyse univariée, ainsi que les variables forcées. Le seuil de significativité a été fixé à 5 %.

Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été soumis et validé par la Commission des thèses de l'Unité de Formation et de recherche des sciences médicales d'Abidjan (UFR-SMA) (Voir annexe 1). Compte tenu du caractère observationnel de l'étude et de l'absence d'intervention sur les participants, aucune autre soumission au Comité National d'Éthique des Sciences de la Vie et de la Santé (CNESVS) n'a été réalisée.

L'assentiment verbal libre et éclairé des adolescents et le consentement de leurs parents ont été obtenus. Les objectifs de l'étude ont été expliqués par un enquêteur (travailleur social) dans un langage accessible. L'autorisation des autorités administratives de l'Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA) et du Chef de service de pédiatrie a été obtenue avant le démarrage. Chaque participant a été identifié par un numéro anonyme, et les données ont été codifiées et utilisées exclusivement dans le cadre de cette recherche.

RESULTATS

Caractéristiques des adolescents en surcharge pondérale

L'étude a inclus 110 adolescents en surcharge pondérale, majoritairement âgés de 10 à 14 ans (79,1 %) et de sexe masculin (74,6 %). L'obésité de grade 2 était prédominante (79,1 %) (Tableau I).

Concernant le mode de vie, la suralimentation (77,3 %) et le grignotage (65,5 %) étaient fréquemment rapportés. Bien que 71,8 % des adolescents pratiquaient une activité sportive, celle-ci était réalisée moins de deux fois par semaine dans 79,7 % des cas. Une exposition aux écrans d'au moins deux heures par jour était retrouvée chez 89,1 % des adolescents (Tableau II).

Tableau I. Répartition des adolescents en surcharge pondérale selon les caractéristiques sociodémographiques

Paramètres	Effectifs (n=110)	(%)
Age (en années)		
[10-14]	87	79,1
]14-19]	23	20,9
Sexe		
Masculin	82	74,6
Féminin	28	25,5
Lieu de résidence		
Abidjan	102	92,7
Autres	08	07,3
Type d'obésité		
Surpoids	05	4.5
Obésité grade 1	18	16,4
Obésité grade 2	87	79,1

Tableau II. Répartition des adolescents en surcharge pondérale selon le mode de vie

Mode de vie		Effectifs (n=110)	%
Comportement alimentaire	Suralimentation	85	77,3
	Grignotage	72	65,5
Préférence de goût	Sucré	52	47,3
	Salé	47	42.7
Activité sportive	Non	31	28,2
	Oui	79	71,8
	< 2 fois/ semaine	63	79,7
	≥ 2 fois/ semaine	16	20,3
	< 30 min	10	12,7
	≥ 30 min	69	87,3
Exposition aux écrans	< 2 heures	12	10,9
	≥ 2 heures	98	89,1

Caractéristiques cliniques

Les antécédents parentaux d'obésité, d'hypertension artérielle et de diabète étaient plus fréquemment rapportés chez les pères que chez les mères. L'obésité parentale concernait respectivement 15,5 % des pères et 10,0 % des mères (Tableau III).

Tableau III. Répartition des adolescents en surcharge pondérale selon les antécédents des parents

Antécédents	Mères		Pères	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Aucun	69	62,7	68	61,8
Obésité	11	10,0	17	15,5
HTA	9	8,2	14	12,7
Diabète	6	5,5	11	10,0

Qualité de vie estimée des adolescents en surcharge pondérale

La répartition des adolescents selon leur qualité de vie est présentée dans la Figure 1.

En analyse multivariée, l'exercice d'une activité professionnelle par le père était le seul facteur significativement associé à la qualité de vie, (OR ajusté = 1,26 ; IC à 95 % : 1,073–1,967 ; p = 0,044). Aucune association statistiquement significative n'était retrouvée avec l'âge, le sexe ou les antécédents familiaux (Tableau IV).

Une forte corrélation positive était observée entre les scores de qualité de vie rapportés par les adolescents et ceux rapportés par leurs parents (r = 0,82 ; rho de Spearman = 0,78 ; p < 0,001) (Figure 2).

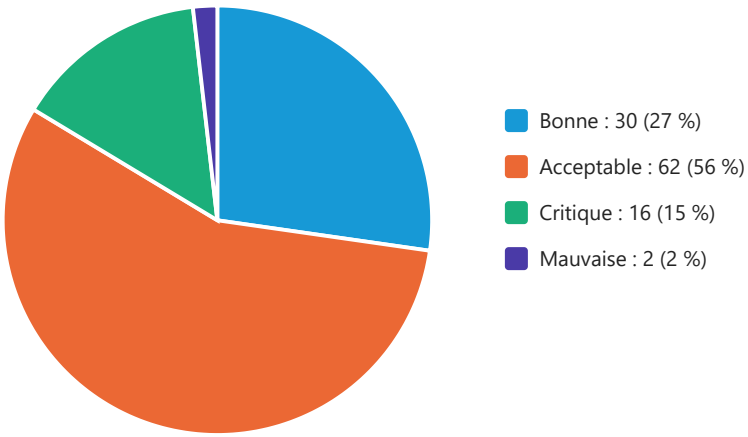


Figure 1. Répartition des adolescents en surcharge pondérale selon la qualité de vie

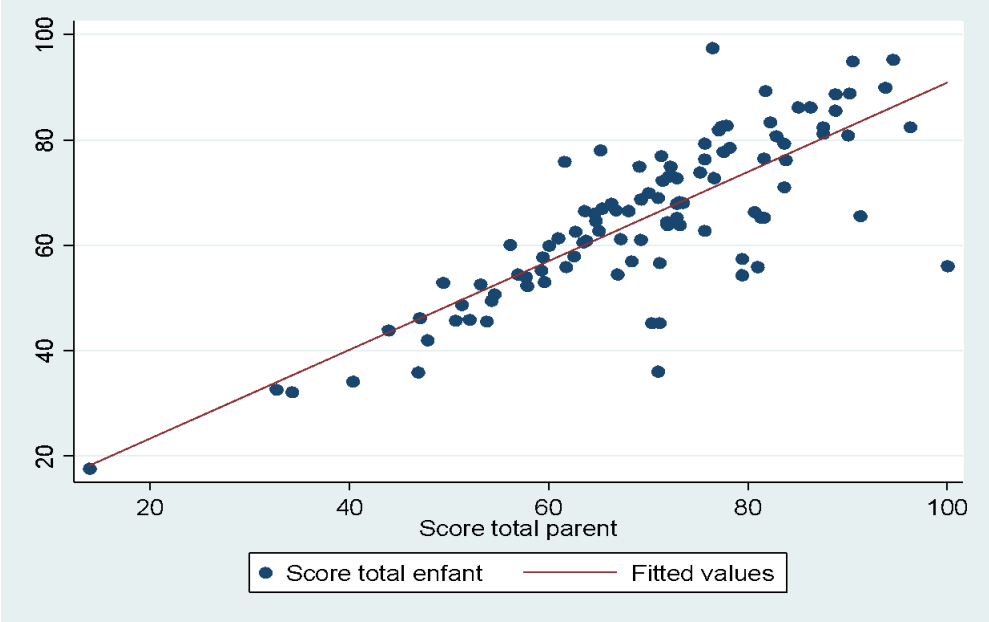


Figure 2. Relation score chez l'enfant et score chez le parent.

Tableau IV. Facteurs associés à la QdV des adolescents obèses (modèle multivarié)

Variables	Modèle initial				Modèle final			
	OR	IC à 95%		p	OR	IC à 95%		p
Classe d'âge								
[10-14]	1				1			
]14-19]	3.45	0.779	15.291	0.103	3.15	0.894	11.080	0.074
Sexe								
Masculin	1				1			
Féminin	1.75	0.458	6.699	0.413	2.64	0.788	8.855	0.116
Activité professionnelle du père								
Sans emploi	1				1			
Travaille	1.30	1.080	2.156	0.081	1.26	1.073	1.967	**0.044**
Antécédents								
Macrosomie	0.39	0.072	2.120	0.276				
Antécédents familiaux père, détail								
Obésité	1.55	0.247	9.769	0.638				
Diabète	2.03	0.286	14.370	0.479				
Antécédents familiaux père								
Non	1				1			
Oui	1.30	0.250	6.707	0.757	2.32	0.738	7.302	0.150
Antécédents familiaux mère								
Non	1				1			
Oui	2.15	0.652	7.060	0.209	2.32	0.731	7.331	0.153
Stade pubertaire (Tanner)								
1	1							
2	1.18	0.222	6.281	0.845				
3	1.49	0.197	11.241	0.699				
4	1.76	0.274	11.303	0.552				
5	1.00	-	-	-				

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la qualité de vie (QdV) des adolescents en surcharge pondérale (obèses et en surpoids) dans une cohorte de suivi. Les résultats montrent que plus de la moitié des adolescents estimaient avoir une QdV acceptable, en concordance avec les affirmations de leurs parents. Toutefois, le domaine psychosocial a obtenu le score le plus bas, traduisant une fragilité particulière dans cette dimension. Un facteur associé à une meilleure QdV était l'exercice d'une activité professionnelle par le père, soulignant l'importance du statut socioéconomique.

Cette étude présente néanmoins certaines limites méthodologiques. D'une part, un biais de déclaration était possible, lié à l'oubli ou à la crainte d'un jugement. D'autre part,

un biais de recrutement était également envisageable, puisque les participants provenaient d'une cohorte bénéficiant déjà d'un suivi spécialisé. Afin de réduire ces biais, plusieurs mesures ont été mises en place :

Formation des enquêteurs par un travailleur social expérimenté,

Conception de questionnaires avec des formulations neutres ;

Réalisation d'entretiens individuels avec les parents et les adolescents.

L'outil utilisé pour évaluer la QdV était scientifiquement validé, renforçant ainsi la crédibilité des données. Par ailleurs, le nombre potentiellement insuffisant d'événements par rapport au nombre de variables introduites dans le modèle multivarié expose à un risque de surajustement, susceptible d'affecter la stabilité et la généralisation des estimations obtenues.

Cependant, cette étude apporte une contribution précieuse à la compréhension de la santé mentale et du bien-être global des adolescents en surcharge pondérale. Elle met en lumière leurs besoins psychosociaux spécifiques et ouvre des pistes concrètes pour améliorer les interventions de soutien et d'accompagnement.

Sur le plan descriptif, les adolescents avaient un âge moyen de 13 ans. La surcharge pondérale était plus fréquente chez ceux âgés de 10 à 14 ans (79,1%) que chez ceux de 15 à 19 ans (20,9%). Ce constat rejoint les travaux de certains auteurs qui rapportent une décroissance de la prévalence du surpoids et de l'obésité avec l'âge [15,16]. Toutefois, il diverge des résultats de Kaudjhis en Côte d'Ivoire, qui observait une prédominance chez les adolescents plus âgés [6]. Concernant l'implication de la génétique, une obésité parentale a été retrouvée chez 11% des mères et 14% des pères. De même, Abdelkafi en Tunisie avait signalé 23% d'antécédents familiaux de surcharge pondérale chez des enfants obèses [17]. Ces résultats confirment que l'obésité parentale est l'un des facteurs les plus fortement associés à l'obésité infantile.

Sur le plan environnemental, la majorité des adolescents résidaient dans la ville d'Abidjan, souvent dans des habitats de haut standing, ce qui laisse présager un statut socioéconomique élevé. Ces deux éléments sont décrits dans la littérature comme des facteurs favorisant un environnement obésogène [18]. Abidjan, capitale économique d'un pays émergent, reflète aujourd'hui le mode de vie des pays industrialisés à savoir la consommation plus fréquente d'aliments transformés, riches en calories, sucres rapides et graisses, des déplacements de plus en plus motorisés et, des activités de plus en plus sédentaires [19]. Cette réalité est également observée dans d'autres pays africains. Par exemple, une étude menée au Maroc par Karima en 2020 a montré une prévalence plus élevée de l'obésité infantile en milieu urbain qu'en milieu rural [20]. La vie rurale semble constituer un facteur protecteur contre l'obésité dans les pays à faibles revenus [21].

L'environnement obésogène se matérialisait aussi par une exposition quotidienne aux écrans supérieure à deux heures chez la majorité des enfants, contrairement aux recommandations de l'OMS [22]. Cette situation favorise la consommation incontrôlée d'aliments hypercaloriques et de faible valeur nutritive, tout en réduisant la dépense énergétique. Plus de la moitié des adolescents enrôlés ont déclaré pratiquer la suralimentation et le grignotage.

Ces troubles du comportement alimentaire sont confirmés par d'autres travaux dont ceux de Kaudjhis qui rapporte une hyperphagie dans 87,8% des cas et un grignotage dans 55,2% [6]. De même, Khélifi a observé 44% d'hyperphagie et 78% de grignotage chez des enfants obèses [23]. Ces résultats concordent avec l'idée largement admise que les mauvaises habitudes alimentaires constituent la principale cause de l'obésité. Toutefois, cette hypothèse est controversée. Un collectif d'auteurs soutient que le patrimoine génétique joue un rôle prédominant par rapport à l'apprentissage précoce d'une bonne hygiène de vie [24]. Selon Tounian, l'obésité serait tout d'abord une maladie des centres cérébraux de régulation du poids, largement déterminée par des facteurs génétiques [25]. Enfin, plus de la moitié des adolescents obèses ont estimé avoir une QdV acceptable. Cependant, 17% déclaraient une mauvaise qualité de vie. Une forte corrélation positive a été observée entre le score de QdV estimé par les adolescents et celui perçu par leurs parents, renforçant la fiabilité des données recueillies.

L'analyse de la répartition des scores de la QdV par domaine a révélé que les scores les plus bas concernaient la relation sociale et l'état émotionnel. Plusieurs causes plausibles peuvent expliquer ce constat. La perception d'une mauvaise image corporelle, liée aux complications esthétiques cutanées jugées disgracieuses (vergetures, acanthosis nigricans) ou encore au microphallus, constitue une source importante de souffrance. Cette anomalie visible de l'organe génital externe masculin suscite une forte inquiétude parentale. Le sex-ratio de 2,9 observé dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que le microphallus représentait l'un des principaux motifs de consultation. Chez l'adolescent, cette anomalie est une source de frustration et altère l'image de soi vis-à-vis des pairs, avec un risque d'impact négatif sur la santé mentale [26]. Dans la population générale, la taille du pénis est souvent corrélée à la performance sexuelle et au degré de virilité masculine [27], ce qui accentue la stigmatisation. Par ailleurs, les moqueries liées à la surcharge pondérale renforcent la souffrance psychologique. La grossophobie se traduit par des troubles du comportement alimentaire, un risque de déscolarisation et d'isolement social [24]. Ce constat souligne l'importance d'un accompagnement psychosocial adapté pour les adolescents et leurs familles [28].

Concernant les facteurs associés à la qualité de vie, l'analyse univariée a montré que l'âge ($p=0,04$) et l'activité professionnelle du père ($p=0,033$) étaient significativement liés à la QdV. Les adolescents âgés de 15 à 19 ans déclaraient plus fréquemment une mauvaise qualité de vie. Après 14 ans, la QdV est fortement influencée par la santé mentale, l'environnement social (famille, école, pairs) et le mode de vie (alimentation, activité physique, usage des écrans). Les recherches récentes confirment une dégradation progressive de la santé mentale et physique des adolescents depuis trente ans, aggravée par les crises sanitaires et l'omniprésence du numérique [29].

Dans l'analyse multivariée, l'activité professionnelle du père est apparue comme le seul facteur prédictif d'une bonne QdV

(OR = 0,26 ; p = 0,044). Les relations entre facteurs socioéconomiques et surcharge pondérale sont complexes. Leur impact s'exerce principalement à travers des comportements tels que le régime alimentaire, l'activité physique et les activités sédentaires [30]. Les différences méthodologiques et les définitions variables des facteurs socioéconomiques (niveau d'étude, statut d'emploi, catégories socioprofessionnelles) compliquent l'établissement d'une relation précise [31]. Cependant, plusieurs auteurs soulignent que l'augmentation de la prévalence de l'obésité touche davantage les groupes socioéconomiques défavorisés [32]. Le résultat obtenu concernant l'activité professionnelle du père peut être interprété en termes de différences de style de vie et d'habitudes alimentaires. Capra et al. ont montré que les enfants issus de milieux aisés pratiquent plus souvent des activités physiques, ont moins d'activités sédentaires et consomment davantage de produits alimentaires de qualité (viandes maigres, poissons, produits laitiers allégés, fruits et légumes frais) que ceux provenant de ménages à faible statut socioéconomique [33,34]. De même, Al Akour, dans le nord de la Jordanie, a démontré que le chômage paternel était corrélé à des scores de QdV plus faibles [35]. Ainsi, un père disposant d'une source de revenus stable garantit une meilleure sécurité alimentaire du ménage et favorise l'accès à des activités physiques régulières, scolaires ou extrascolaires [34]. L'activité professionnelle est non seulement génératrice de revenus, mais également valorisante pour l'individu. Certains auteurs affirment que le travail constitue une véritable porte d'entrée dans la société [34,35].

CONCLUSION

L'étude met en évidence que la qualité de vie des adolescents en surcharge pondérale en Côte d'Ivoire est fortement influencée par des déterminants socioéconomiques et psychosociaux. L'activité professionnelle du père apparaît comme un facteur protecteur, contribuant à une meilleure perception du bien-être chez ces jeunes. Ces résultats soulignent l'importance d'une approche holistique intégrant le soutien familial, l'accompagnement psychosocial et des interventions adaptées au contexte local pour améliorer leur qualité de vie. Toutefois, afin de renforcer la validité statistique des résultats et d'assurer une représentativité nationale, il est nécessaire de mener des études multicentriques à plus grande échelle. De telles recherches permettront de mieux comprendre les mécanismes en jeu et de proposer des stratégies de santé publique plus efficaces et inclusives.

RÉFÉRENCES

[1] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Obésité [Internet]. 2024. Disponible sur : https://www.who.int/fr/health-topics/obesity

[2] Programme National de Nutrition et de l'Alimentation (PNMN), Institut National de la Statistique (INS). Synthèse des études réalisées de 2016 à 2020 en Côte d'Ivoire dans le domaine de la nutrition. Abidjan : INS ; 2021. p. 21.

[3] UNICEF. Obésité et surpoids des enfants dans le monde [Internet]. 2023. Disponible sur : https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/alimentation/obesite-surpoids (unicef.fr in Bing)

[4] Poston L, Caleyachetty R, Cnattingius S, Corvalán C, Uauy R, Herring S, et al. Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016;4(12):1025-36.

[5] Ford N, Patel S, Narayan K. Obesity in low- and middle-income countries: burden, drivers, and emerging challenges. Annu Rev Public Health. 2017;38:145-64.

[6] Kaudjhis K, Kouassi F, Blao R, Ake-Tano O, et al. Évaluation de la qualité de vie des enfants et adolescents inclus dans un programme de prise en charge tridimensionnelle de l'excès pondéral à Abidjan (Côte d'Ivoire). Eur Sci J. 2023;19(6).

[7] Niemen P, LeBlanc C. Les aspects psychosociaux de l'obésité chez les enfants et les adolescents. Paediatr Child Health. 2012;17(4):207-8.

[8] Varni J, Burwinkle T, Seid M, Skarr D. The PedsQL 4.0 as a pediatric population health measure: feasibility, reliability, and validity. Ambul Pediatr. 2003;3(6):329 41.

[9] Katumbi A. Échantillonnage, collecte des données et intervalle de confiance. 2021. doi:10.13140/rg.2.2.34539.05926

[10] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Utilisation et interprétation de l'anthropométrie [rapport]. Genève : Comité d'experts ; 1995. Disponible sur : https://www.who.int/fr/publications/i/item/9241208546

[11] Haute Autorité de Santé (HAS). Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e) [Internet]. 2024. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3321295/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-et-l-adolescent-e (has-sante.fr in Bing)

[12] Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. Medical Care. 2001;39(8):800-812. doi: 10.1097/00005650-200108000-00006

[13] Tessier S, Vuillemin A, Lemelle JL, Briançon S. Propriétés psychométriques du questionnaire générique français « Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 » (PedsQL™ 4.0). Revue Européenne de Psychologie Appliquée. 2009;59(4):291-300. doi: 10.1016/j.erap.2009.06.001.

[14] Marshall WA, Tanner JM. Variations in the pattern of pubertal changes in boys. Arch Dis Child. 1970;45:13-23. doi:10.1136/adc.45.239.13

[15] Ryder J, Jacob D, Sinaiho, et al. Longitudinal changes in weight status from childhood and adolescence to adulthood. J Pediatr. 2019;2(4):187-92.

[16] Feur E, Michad C, Boucher J, et al. Obésité des adolescents dans trois départements français : modes de vie, précarité et restauration scolaire. Bull Epidemiol Hebd. 2003;(18-19).

[17] Abdelkafi A, Koubaa K, Younhes Z, Gabsi A, et al. Les facteurs de risque de l'obésité chez l'enfant. Tunisie Méd. 2012;90(5):387-93.

[18] Tounian P. Obésité de l'enfant : une nouvelle vision. Bull Acad Natl Med. 2009;193(6):1243-57.

[19] Karima A, Iiham I, Nadia L, Bachir E. Prévalence de l'obésité et du surpoids en milieu scolaire, oasis de Tafilalet, sud-est du Maroc. 2020. doi:10.11604

[20] Djadou K, Sadzo-Hetsu K, Koddi K. Prévalence de l'obésité en milieu scolaire urbain au Togo. J Pédiatr Puéric. 2010;23:335-9.

[21] Ndiaye P, Mbacke M, Dia A. Surpoids, obésité et facteurs associés chez les élèves du 2e cycle d'enseignement public de Dakar. Santé Publique. 2016;28(5):687-94.

[22] Khélifi N, Boumefteh S, Bhouri S, et al. Les troubles du comportement alimentaire chez l'enfant et l'adolescent obèse. Tunisie Méd. 2012;90(5):264.

[23] Casazza K. Myths, presumptions and facts about obesity. N Engl J Med. 2013;368:446.

[24] Tounian P. Programming towards childhood obesity. Ann Nutr Metab. 2011;58:30-41.

[25] Dainguy M, Micondo K, Oyenusi E, et al. Clinical and laboratory profile, management and parental perception of micropenis in childhood: Experience at a referral centre in Abidjan, Côte d'Ivoire. Niger J Paediatr. 2024;51(3).

[26] Lauzon B, Charles M, et al. Obésité de l'enfant : rôle des facteurs socioéconomiques. Objectifs Nutrition. 2004;(73). INSERM U258.

[27] Aung Y, Kokotsis V, Yin K, et al. Les caractéristiques clés du début et de la progression de la puberté peuvent aider à distinguer la puberté retardée auto-limitée de l'hypogonadotrophie congénitale. Dev Endocrinol. 2023;14:1226839.

[28] Makoutode A, Saizonou J, Glélé Ahanhanzo Y, Sossa CJ, Agueh V. Prévalence et facteurs associés à la surcharge pondérale chez les adolescents dans une ville secondaire au Bénin. Int J Biol Chem Sci. 2017;11(2):798-805.

[29] Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). Trente ans d'évolution de la santé des adolescents : tendances, changements et défis [rapport]. Paris : HCSP ; 2025. 187 p. ⟨hal-05519098⟩

[30] Gan Q, Han J, Vitiello D. Determinants of childhood and adolescent obesity: An explainable AI approach using the ICAD database [Internet]. 2026. Disponible sur : https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033350626002350

[31] Capra ME, Detto L, Sica G, Chiesa M, Esposito S, et al. Weight Excess in Developmental Age: Socio-Economic Burden and Health Implications [Internet]. 2026. Disponible sur : https://www.preprints.org/manuscript/202609.0553

[32] Chaquila JA, Pereyra-Elias R. Early life socioeconomic status and risk of overweight and obesity across childhood and adolescence in four low and middle income countries [Internet]. 2026. Disponible sur : https://www.nature.com/articles/s41598-025-33914-7

[33] Al-Akour N, Khader Y, Khassawed M, et al. Qualité de vie liée à la santé des adolescents en surpoids ou obèses dans le nord de la Jordanie. East Mediterr Health J. 2007;38(2):237-8.

[34] Royer D. Qu'en est-il de la « valeur travail » dans notre société contemporaine ? Empan. 2002;46(2):18-25. doi:10.3917/empa.046.0018

[35] Peter B, Gray K, et al. Le rôle du père auprès de l'enfant. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [Internet]. 2015. Disponible sur : http://www.enfant-encyclopedie.com