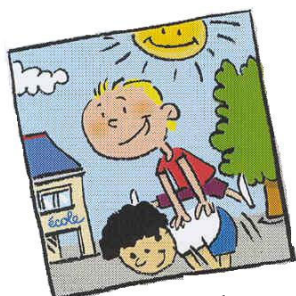


Septembre 2003

Manger  
Mieux



bouger  
plus!

*1ère journée d'information et  
d'échanges pour la prévention  
de l'obésité chez l'enfant  
dans le Finistère*

# ACTES

## SOMMAIRE

<b>Allocutions d'ouverture</b>	<b>p.3</b>
<b>OBESITE CHEZ L'ENFANT : Un problème de santé publique</b>	
<b>Epidémiologie de l'obésité chez l'enfant en France</b>	<b>p.7</b>
Marie Françoise Rolland Cachera	
<b>Prévalence de l'obésité infantile à partir d'une enquête dans les écoles publiques et privées du Finistère</b>	<b>p.18</b>
Véronique Thébaud	
<b>Dimensions sociales de l'obésité</b>	<b>p.21</b>
Chantal Crenn	
<b>PREVENTION DE L'OBESITE</b>	
<b>Politique de l'Etat : Le Programme National Nutrition Santé (P.N.N.S.)</b>	<b>p.28</b>
Alain Mével	
<b>« Bons jours, bonnes nuits, bon appétit », outil d'éducation pédagogique autour des rythmes de vie des enfants »</b>	<b>p.33</b>
Elisabeth Locard	
<b>« Et toi ton poids, c'est quoi ? , prévention auprès d'adolescents.</b>	<b>p.35</b>
Marion Clair	
<b>PREVENTION DANS LE FINISTERE : Quelques exemples d'actions</b>	
<b>Pratiques du dépistage</b>	<b>p.37</b>
Irène Le Gouill	
Régine Paugam	
<b>Action auprès des centres de loisirs sans hébergement sur la ville de Quimper</b>	<b>p.44</b>
Michelle Douget	
Marie-Annick Morvan	
<b>Projet auprès d'un groupe d'adolescents volontaires en ZEP : promotion de l'activité physique et sportive et prévention de l'obésité.</b>	<b>p.50</b>
Frédéric Loussouarn	
Jean Ripaud	
<b>Activité physique et temps périscolaire, l'expérience de la Ville de Châteaulin</b>	<b>p.54</b>
Frédéric Chevalier	
Daniel Guigourès	
<b>Prise en charge de l'obésité infantile en hospitalisation</b>	<b>p.57</b>
Krista Revert	
Claudie Crenn, Diététicienne	
<b>GROUPES DE RÉFLEXION</b>	<b>p.65</b>
<b>Clôture</b>	<b>p.67</b>

## Allocutions d'ouverture

### **Discours de Madame Blondin :**

Mesdames, messieurs,

Je voudrais, avant de commencer, excuser le Maire d'Ergué Gabéric, Jean-Pierre Huitric qui, malheureusement, ne peut pas être parmi nous ce matin ; mais je salue la présence de Gilbert Monfort, Premier Vice-Président du Conseil général et Président de la commission d'action sociale du département, qui nous fait l'honneur de participer à une grande partie de nos travaux.

Donc, je prends ma casquette de maire-adjoint d'Ergué Gabéric depuis deux mandats passés et je vous souhaite la bienvenue dans notre commune proche de Quimper et de la voie express, mais qui est très attachée à son identité de ville au vert, à son dynamisme économique et associatif.

Et je dois dire que j'ai grand plaisir à vous recevoir en ce lieu de la Maison Pour Tous, qui s'est ouvert l'an dernier et qui sera inauguré par le président du Conseil général le 27 septembre ; tout simplement parce que c'est la réalisation concrète d'un gros travail que j'ai mené avec mes collègues pendant de nombreuses années.

J'étais chargée de la culture et de l'animation ; maintenant je suis chargée de la solidarité !

Ergué Gabéric est une ville en expansion. Je crois que vu les mutations et constructions sur la commune, nous atteignons dans les 7600 habitants.

C'est une commune au vert : c'est « la ville au vert ». Vous le voyez sur la voie express, sur ce grand panneau bleu . Cette ville au vert est caractérisée par de grands espaces boisés et des espaces fleuris : plus de 100 hectares sur la commune, en partie propriété du Conseil général et en partie propriété communale.

Donc, une ville dynamique, une ville au tissu associatif important, qu'il soit culturel, sportif ou ce qui est humanitaire.

Cet équipement répond bien au besoin de la commune et à son développement.

Maintenant, je vais changer de casquette et prendre la casquette de Conseillère Générale déléguée à la santé publique et par la même donc, à la prévention et à l'éducation.

Vous savez tous que c'est un secteur mal aimé du système de santé en France où le curatif prévaut sur le préventif.

Tout d'abord, je voudrais remercier tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de cette journée : bien sûr, les intervenants, les acteurs de l'étude, tous les institutionnels et les collectivités et surtout le CODES 29 et le service de santé publique dirigé par le Dr Jean-Loup Théry, qui n'ont pas ménagé leurs efforts pour que ce colloque puisse avoir lieu.

Le thème de cette première journée départementale traite d'un problème capital de santé publique : l'obésité chez l'enfant.

J'évoquais tout à l'heure, les termes de prévention et d'éducation. Il est effectivement beaucoup plus judicieux de commencer par changer le comportement de l'enfant, par lui apprendre les bons gestes, les groupes alimentaires, les habitudes de vie saine, lui donner cette éducation

nutritionnelle pour éviter toutes les pathologies dues au surpoids ; et vous les connaissez bien mieux que moi ; et qui ont un coût important en matière de traitements et de soins ; bien plus que la prévention !

Permettre à tous les Finistériens de vivre dans de bonnes conditions dans notre département est une des préoccupations majeures du Conseil Général . La santé, la bonne santé, est l'un des éléments déterminants.

C'est ainsi que dans la limite de ses compétences et en partenariat, le Conseil général développe des politiques de prévention, je dirais « classiques » en matière de vaccination, tuberculose ou autre ; mais aussi en matière de dépistage des cancers, et des problématiques que je qualifierais de plus modernes telles que les conduites addictives, dont on peut considérer que l'obésité en est une.

Pour pouvoir agir efficacement sur ce phénomène chez les jeunes, il faut connaître et avoir des données épidémiologiques qui n'existaient pas dans le département. Tout seul, le Conseil Général n'est pas en mesure d'assumer un tel état des lieux et cela n'aurait pas de sens. C'est pour cela qu'il travaille en étroite partenariat avec le CODES, la médecine scolaire, la DDASS, les Caisses d'Assurance maladie, Jeunesse et Sports, les collectivités locales... et j' en oublie sans doute.

En 2000, le Conseil général a mandaté le CODES pour faire cette étude sur l'incidence de l'obésité dans le département, dont vous allez avoir la restitution tout à l'heure, et vous verrez que le département du Finistère n'est pas épargné, secteur rural et urbain confondus.

Quelles en sont les causes ? vous allez en discuter, confronter vos points de vue, échanger la dessus. Vous entendrez les expériences qui sont menées ailleurs et vous vous rendrez compte aussi de ce qui se fait déjà au travers des actions de la PMI et de la santé scolaire.

Moi, je me souviens des conseils de ma mère qui disait « il faut manger de tout mais pas trop ! ». Je crois que ce conseil était on ne peut plus censé ! À l'époque, c'était plus facile à faire, il y avait moins de tentations, moins de produits déjà tout faits. Mais cela surtout, cela veut dire que la famille, les parents sont fortement impliqués au premier chef dans cette lutte contre l'obésité.

Il est évident que rien ne peut se faire sans leur implication. Mais parfois, vous le savez, ce sont malheureusement les enfants qui font les courses.

Alors quel est l'objectif de cette première journée?

Et bien mobiliser tous les acteurs ; impulser une démarche commune pour définir un programme d'actions à mener sur le terrain , des priorités à mettre en place au niveau des pays, des territoires et ensuite évidemment pouvoir évaluer le bien fondé de ces actions et voir les résultats sur les populations cibles.

Je souhaite donc que cette journée soit suivie de plusieurs autres et qu'ensemble, nous réussissions à combattre le modèle américain. A ce propos, j'entendais hier à la radio que les animaux suivent l'exemple de leur maître, c'est à dire qu'1/4 des chiens et des chats américains souffrent de surpoids. J'espère que vous avez entendu aussi cette information comme moi.

Alors, ensemble, agissons pour que nous gardions un autre volet de notre spécificité française qui est le repas traditionnel pris en famille, une alimentation équilibrée et des activités physiques.

Bref, manger bien et bouger plus, n'est-ce pas le slogan de ce colloque ?

Merci.

## Discours de Monsieur Hénaff :

En qualité de Président du CODES 29 et au nom du Conseil d'Administration, je vous souhaite à tous la bienvenue pour cette première journée d'échange sur l'obésité chez l'enfant.

Le CODES, association Loi 1901, qui a pour but la promotion de la santé par le biais de l'éducation, est très heureux d'organiser cette journée sur l'obésité de l'enfant.

Depuis son origine en 1968, le CODES travaille sur l'alimentation et a mis en place de nombreuses actions à travers le département :

- correction de menus dans les restaurants scolaires qui le souhaitent et qui travaillent en partenariat avec le CODES pour tendre vers l'équilibre alimentaire
- stage pour le personnel de restaurants scolaires et de crèches
- formation des assistantes maternelles sur l'équilibre alimentaire
- création de la lettre « A table » qui a obtenu le premier prix CERIN de Nutrition
- création de brochures sur l'alimentation et notamment « Bon appétit les enfants », traduite en Turc et Arabe – travail associant entre autre les parents d'élèves, acteurs essentiels dans l'éducation de l'enfant
- organisation de petits déjeuners pédagogiques
- actions en éducation nutritionnelle dans les établissements scolaires et centres de Loisirs notamment à Quimper, St Evarzec, Plomelin, Guipavas....

Le CODES souhaite vivement développer ces actions d'éducation nutritionnelle qui permettent un travail dans la durée et amènent une réflexion approfondie sur l'alimentation de l'enfant.

Ce travail a été ponctué en 1998 par l'organisation d'un colloque sur la restauration scolaire qui a permis de développer l'activité nutritionnelle du CODES et plus récemment, par la mise en place d'un projet dans le cadre du Programme National Nutrition Santé.

Au vu de cette expérience et de son partenariat avec la Direction de Santé Publique du Conseil général, le CODES s'est vu confier l'étude de prévalence de l'obésité dans le département.

La transmission des résultats de cette enquête, à l'occasion de cette journée, couplée à une réflexion sur le problème de l'obésité dans le Finistère nous semblaient intéressantes afin de dresser un état épidémiologique et social de la situation ; de présenter la politique actuelle de santé publique et quelques expériences d'actions concrètes de prévention.

Les groupes de réflexion de fin d'après midi permettront des échanges qui, j'espère, aboutiront à la mise en place d'une programmation d'actions en éducation pour la santé sur ce problème de santé publique que représente l'obésité ; et que d'autres journées d'échanges suivront pour prolonger la dynamique engendrée par cette journée.

Cette manifestation n'aurait pu avoir lieu sans le soutien actif de nombreux partenaires, en particulier les membres du Comité Technique que je tiens à remercier :

- Mr Théry                                    Directeur Santé Publique - Conseil général
- Mme Le GOUILL                        Médecin - Chef de Service de PMI - Conseil général
- Mme Le BLOA                            Médecin - Service de PMI - Conseil général
- Mr MEVEL                                Médecin Inspecteur de Santé Publique - DDASS du Finistère
- Mme GOADEC                            Cadre Pédagogique Régional - CNFPT
- Mme PAUGAM                            Infirmière Conseillère Technique - Service de promotion de la santé en faveur des élèves.
- Mme SUQUET                            Infirmière - Service de promotion de la santé en faveur des élèves
- Mme DOUGET                            Responsable - Service restauration - Ville de Quimper
- Mme EVEN                                Responsable Centre de loisirs - Concarneau

Les partenaires financiers que sont le Conseil Général et le CNFPT ainsi que les intervenants qui, pour certains, sont venus d'autres régions françaises pour participer à ces échanges, en particulier :

- Mme CACHERA      INSERM – CNAM
- Mme CRENN        CNRS Bordeaux
- Mme LOCARD       ADES du Rhône
- Mme CLAIR         Conseil Général du Val de Marne

Je remercie encore tous les partenaires grâce à qui cette journée a pu être organisée et je vous souhaite de fructueux débats et une excellente journée.

Merci.

## OBESITE CHEZ L'ENFANT : Un problème de santé publique

### Epidémiologie de l'obésité chez l'enfant en France Marie Françoise Rolland Cachera

*Marie Françoise Rolland Cachera, Docteur en Sciences biologiques, s'est intéressée dès le début des années 1980 au thème de l'obésité chez l'enfant.*

*Chercheur à l'INSERM, elle a travaillé sur les problèmes de définition de l'état nutritionnel et a publié en 1982 les courbes de l'indice de corpulence au cours de la croissance. Cette méthode est actuellement retenue internationalement pour la définition de l'obésité chez l'enfant et les courbes de références se trouvent d'ailleurs dans les carnets de santé des enfants français.*

*De 1989 à 1990, elle s'est formée à l'Institut of Child Health de Londres et depuis le début des années 1990, elle effectue ses recherches au sein du CNAM, dans le cadre de l'ISTNA dirigé par le Docteur Serge Herberg.*

*Elle dirige actuellement l'équipe nutrition et obésité au sein de l'unité 557 de l'INSERM.*

*Elle est responsable de différents programmes de recherche : la prévalence de l'obésité dans différents pays, les traitements d'enfants obèses, la recherche de facteurs nutritionnels prédictifs du risque d'obésité et ceci dans le cadre de contrats européens.*

*Elle assure des enseignements et l'encadrement de divers étudiants.*

*Elle est expert auprès de l'OMS pour l'élaboration de recommandations sur l'évaluation de l'état nutritionnel chez l'enfant.*

*Elle est consultant pour « International Obesity Task Force ». Par ailleurs, on peut constater une liste impressionnante de publications.*

*Elle va axer son intervention sur la définition du surpoids et de l'obésité de l'enfant ainsi que prévalence et tendance.*

#### Intervention de M.F. Rolland Cachera :

Je vous remercie de m'accueillir aujourd'hui. Je suis très heureuse de pouvoir présenter ce travail sur l'épidémiologie de l'obésité en France et surtout, en fait, de pouvoir dès le départ aborder le problème de la définition. On parle beaucoup de l'obésité de l'enfant mais on entend des chiffres qui varient beaucoup. La difficulté est de savoir de quoi on parle et donc de bien expliquer ce qu'est la définition. De l'expliquer de façon épidémiologique permettra aussi de bien comprendre comment on est arrivé à ces courbes, et pour le clinicien, comment les utiliser. La définition aura ce double objectif de savoir de quoi on parle quand on dit un chiffre, à quoi il correspond et montrer comment utiliser les courbes.

Classiquement, il y avait et il y a toujours les courbes du poids en fonction de l'âge et moins classiquement, mais ça existait quand même, les courbes du poids en fonction de la taille. Vous voyez que dans un cas on a poids et âge et dans l'autre cas, poids et taille, mais on a jamais simultanément poids, taille et âge. C'est pour cela que les études sur les indices de corpulence intégrant à la fois le poids, la taille et l'âge étaient nécessaires.

On s'est intéressé aux indices. L'indice qu'on recherchait était poids/taille à la puissance  $n$ , et il fallait rechercher la valeur de «  $n$  » qui correspondait le mieux à la définition du surpoids chez l'enfant. Les conditions sont que, contrairement au poids qui est dépendant de la taille, quelqu'un de plus grand est plus lourd mais il n'est pas forcément plus gros, donc il fallait que ce soit : indépendant de la taille, lié à la masse grasse, bien entendu, parce que quand on est gros on doit évaluer cette masse grasse et puis ce qui était important aussi chez l'enfant, c'est l'évolution au cours de la croissance et bien sûr, la validité clinique.

On a 3 types d'indices : le poids en fonction de la taille, le poids en fonction de la taille au carré et le poids en fonction de la taille au cube.

Les évolutions sont très différentes. Le poids en fonction de la taille, finalement, c'est un indice très voisin de l'évolution du poids en fonction de l'âge. Le poids en fonction de la taille au cube, c'est assez curieux d'imaginer que la corpulence de l'enfant diminue avec l'âge. Vous voyez que poids /taille <sup>2</sup> c'est particulier, ça augmente avec l'âge jusqu'à un an, ça diminue jusqu'à 6 ans et ça augmente ensuite.

Cet indice poids / taille <sup>2</sup> est effectivement ce qui correspond à la réalité. En effet, on a une augmentation des plis cutanés la première année, diminution jusqu'à 6 ans et augmentation. C'est peut-être le principal argument qui montre que l'indice de masse corporel reflète bien l'évolution de la masse grasse, plus directement, chez l'enfant.

Pour la terminologie, rappelons qu' au départ on l'appelle Indice de Quételet, qui est Monsieur Quételet, un Belge qui avait trouvé cet indice chez l'adulte. Ensuite, on l'a appelé Indice de Corpulence. Les anglais l'ayant appelé Body Mass Index, les français l'on traduit : Indice de Masse Corporelle (IMC) pour s'aligner sur les anglo-saxons.

On a la méthode mais il faut choisir les seuils.

Les seuils se font à partir de courbes de références.

En 1982, effectivement, on a cette fierté d'avoir été les premiers au monde à publier ces courbes de l'IMC qui ont été suivies par de nombreux pays.

En 1995, l'OMS a utilisé ces courbes d'IMC, mais seulement à l'adolescence. Jusqu'à 10 ans, elle conservait la définition poids/taille.

En mai 2000, il y a eu la définition de l'IOTF qui est maintenant la définition internationale.

En juin 2000, le Center for Disease Control (CDC) qui publiait toutes les courbes de références a également, pour la 1<sup>ère</sup> fois, publié les courbes de l'IMC.

Les courbes de corpulence se trouvent dans les carnets de santé des enfants depuis 1995. Il y a la distribution des enfants de poids normal. On avait à l'époque, puisque c'était dès 1982, que la zone de surpoids correspondant aux valeurs supérieures au 97<sup>ème</sup> percentile. Les enfants se situant dans cette zone étaient en surpoids, et en dessous du 3<sup>ème</sup> percentile, en insuffisance pondérale.

L'IOTF a repris la même méthode, c'est-à-dire l'IMC, mais basée sur une population de référence de 6 pays. Le seuil de surpoids et de l'obésité ce sont les centiles. Pour les courbes de la définition internationale, au lieu du 97<sup>ème</sup> percentile, on a choisit les courbes qui à l'âge de 18 ans, donc pratiquement à l'âge adulte, atteignent la valeur 25 pour le surpoids et la valeur 30 pour l'obésité. Sachant que les valeurs 25 et 30 sont les définitions du surpoids et de l'obésité chez l'adulte. Cette méthode chez l'enfant permettait de rejoindre, à l'âge adulte, la définition de l'adulte. Il y a une continuité, d'une part de la méthode parce que chez l'adulte c'était déjà l'IMC et d'autre part, au niveau des seuils. Maintenant, c'est la méthode qui pratiquement devient internationalement admise.

Prochainement, le PNNS publie des nouvelles courbes qui utilisent les courbes du carnet de santé et auquel ont été ajouté le centile 30 IOTF. Le PNNS a décidé d'appeler obésité de degré 1, entre le 97<sup>e</sup> percentile et le centile IOTF et obésité degré 2 au-delà du centile définissant l'obésité de façon internationale.

Dans tout ça on va se dire, mais quelle référence utilisée quand on travaille, puisqu'il y en a beaucoup ? Je viens de mettre les trois principales :

- Celles de l'OMS, il faut reconnaître qu'elles sont tellement compliquées : jusqu'à 10 ans il y a une définition, après, il y en a une autre. En fait, elles sont quasiment très peu utilisées.

- Les courbes françaises. Il est clair que quand on est en France on doit les utiliser, déjà pour les carnets de santé mais également en épidémiologie car comme elles étaient très anciennes, beaucoup de gens les ont utilisées. Il est toujours intéressant de réutiliser ces données pour avoir des comparaisons avec des données antérieures.

- Les seuils IOTF doivent être utilisés pour l'épidémiologie. Mais comme vous l'avez vu, les seuils IOTF ne concernent que la définition de l'obésité et pas la zone normale ni la zone inférieure. Elles n'ont donc pas la même utilisation.

L'IOTF c'est uniquement pour l'épidémiologie de l'obésité et les courbes de références françaises, c'est vraiment pour suivre l'évolution individuelle des enfants.

En plus, les termes utilisés ne sont pas les mêmes. Dans les courbes de carnet de santé, nous avons appelé surpoids la limite du 97<sup>ème</sup> percentile.

L'IOTF a deux niveaux : surpoids et obésité.

Comme je vous l'ai montré, dans les nouvelles courbes du PNNS qui vont paraître bientôt, il y aura : obésité degré 1 qui sera l'équivalent du surpoids, et obésité degré 2 qui est défini par le centile IOTF.

Quand vous lirez les choses et vous aurez en tête que tout ça existe de façon simultanée et différente, ce ne sont pas des contradictions, ce sont des approches qui sont faites dans le temps et qui ont amené à avoir toutes ces méthodes.

L' utilisation des courbes.

Elles servent à deux choses, d'une part à situer un enfant et, d'autre part à suivre l'évolution de façon dynamique et longitudinale. Le creux de la courbe où la valeur est la plus basse à 6 ans s'appelle le rebond d'adiposité, c'est-à-dire l'âge où la courbe remonte.

Vous voyez ici 4 exemples d'enfants qui sont très différents des courbes de base. Celle-ci qui monte puis diminue jusqu'à 6 ans et qui augmente.

Vous voyez deux enfants gros. L'un qui est très gros à 1 an (cas2) mais qui va avoir un rebond, non pas à 6 ans mais à 8 ans et qui va rejoindre la courbe normale. C'est le cas de la majorité des enfants qui sont trop gros à 1 an. Ils ont un rebond plus tardif et rejoignent la moyenne. Donc, dans la majorité des cas, il ne faut pas trop s'inquiéter d'un surpoids chez le petit enfant. Vous avez un enfant qui est gros (cas 1), mais lui au lieu de remonter à 8 ans, remonte à deux ans et vous voyez que cet enfant va devenir obèse.

Vous avez deux enfants minces, un mince (cas 4) qui après un rebond tardif reste mince.

Là, un cas qui est assez fréquent et très intéressant (cas 3), c'est le cas de ces enfants qui sont très très minces vers l'âge de 4 ans, mais au lieu de diminuer jusqu'à 6 ans, vont avoir leur courbe qui remonte dès 4 ans et l'enfant est en surpoids à la fin de la croissance.

C'est intéressant parce qu'on parle souvent des obésités qui apparaissent à l'adolescence, mais si on regarde rétrospectivement, on voit que cet enfant qui a atteint un niveau de surpoids à l'adolescence, en réalité, a démarré son surpoids très tôt dans la vie. Ce qui laisse supposer qu'il s'est passé des choses très tôt dans la vie. Dans quasiment tous les cas des enfants qui sont en surpoids à la fin de la croissance, et ça a été confirmé, on voit que ces enfants avaient un rebond précoce au début de la vie, avant l'âge de 6 ans. Ce qui veut dire qu'au début de la vie il se passe sûrement des choses très très importantes, qui restent à définir et qui vont expliquer ce rebond précoce et un développement vers l'obésité.

Pour diagnostiquer l'obésité chez un enfant, quand on a cette courbe de corpulence, il faut calculer l'IMC et le reporter sur les courbes de références ; vérifier qu'un IMC élevé est bien dû à la masse grasse parce qu'un enfant très sportif, très musclé peut avoir une valeur élevée. L'aspect dynamique de la courbe est extrêmement important. Un seul point sur ces courbes ne signifie pas grand chose. C'est l'âge du rebond d'adiposité qui permet de voir le risque futur d'obésité.

Enfin, tenir compte de l'âge de l'enfant et de l'obésité des parents, car par exemple, au début de la vie, pour un enfant en surpoids, le risque de le rester n'est pas très important puisque la majorité ne le restera pas. Par contre, si il a des parents obèses, son risque de rester obèse est très important.

On passe au chapitre de l'épidémiologie.

En 2000, nous avons réalisé une étude nationale sur la prévalence de l'obésité de l'enfant. On était toujours confronté au problème des chiffres que nous allions donner.

Pour le résoudre, nous avons donné la prévalence de l'obésité et du surpoids en fonction des définitions existantes.

Selon la définition française, le 97<sup>ème</sup> percentile de nos courbes de références françaises, 16,3 % d'enfants ont un surpoids. Si on prend la définition IOTF, on atteint 18% d'enfants ayant un surpoids dont 3,8% ayant une obésité.

On retient ces chiffres.

Concernant, les enfants obèses, avec le pourcentage selon l'IOTF, on constate que dans le sud, comme à Chypre, on a une prévalence très élevée. La France n'est pas très bien située, mais globalement l'Europe se situe dans les mêmes niveaux. Pour les Etats-Unis, ce n'est pas surprenant, il y a deux fois plus d'obèses que dans les autres pays.

Si on regarde le surpoids, surprise car le pourcentage paraît pratiquement équivalent aux Etats-Unis et aux autres pays. Mais il faut dire que les données relevées aux Etats-Unis sont nettement plus anciennes. Si on prenait ce pays actuellement, les pourcentages seraient vraisemblablement plus importants. En fait, retenons que c'est le pourcentage d'obèses, plus que du surpoids qui fait la différence entre les Etats-Unis et les autres pays.

Carte présentant les prévalences de la surcharge pondérale dans différents pays :

12% pour l'Angleterre et l'Allemagne

5% pour le Danemark

18% pour la France

24% pour la Suisse

20% pour l'Espagne

29% pour l'Italie

Si on regarde ces chiffres, on voit qu'il se passe quelque chose d'étonnant. On a toujours retenu qu'il y avait un gradient d'obésité pour les adultes avec plus d'obésité dans les pays nordiques et moins dans le sud et pour les enfants il semblerait qu'on ait un gradient inverse. Des pays du Sud comme l'Italie et l'Espagne seraient plus élevés que des pays comme le Danemark. Le gradient s'inverse pour les enfants. On ne sait pas pourquoi. Ce serait très intéressant de le comprendre.

Avec encore une autre définition, et c'est là la difficulté dans ce domaine, on a aux Etats unis 15 % de sujets obèses (selon cette définition). Si on regarde des pays d'Amérique latine ou des pays d'Afrique, on voit que la prévalence est nettement plus élevée qu'aux Etats-Unis. C'est un phénomène très important de réaliser qu'à l'heure actuelle, l'obésité qu'on pensait réservée pour les pays industrialisés, en fait, émerge absolument dans tous les pays, y compris les pays en voie de développement. D'ailleurs coexistent dans ces pays la malnutrition et l'obésité. C'est un phénomène très surprenant et donc c'est vraiment une épidémie mondiale.

On va voir maintenant l'évolution dans le temps.

En prenant les données françaises, on avait 3% d'enfants en surpoids, sur la base des références françaises, en 1965.

En 15 ans, il y a eu un doublement passant de 3 à environ 6%.

Entre 1980 et 1995, on a également doublé atteignant 12%.

En 2000, 16 % d'enfants sont en surpoids. On voit une accélération et un taux très élevé avec une progression très rapide.

Si on compare différents pays, on voit que l'Europe se regroupe avec une différence par rapport aux Etats-Unis. Ce qui est intéressant c'est de voir que si on compare les 16% actuel de la France avec les Etats-Unis, on est équivalent aux 16% qu'ils avaient au début des années 1970. A trente ans d'intervalle, on les rejoint. Espérons que l'on ne va pas continuer cette courbe ascendante à partir des mêmes chiffres (22,5% actuellement aux Etats-Unis).

L'obésité et le surpoids sont deux choses différentes. En terme de surpoids, en 15 ans on a une augmentation multipliée par 2. Si l'on considère l'obésité, elle a été multipliée par 5.

Ce phénomène de l'obésité est vraiment celui qui est le plus inquiétant et le plus net dans cette progression.

Si on compare l'évolution du surpoids chez l'enfant et chez l'adulte.

Entre les années 1980 et 1996, on voit à peu près le même taux chez l'enfant et chez l'adulte (5,1% et 6,1%), et 15 ans après chez l'adulte, on est passé à 9% et à 12,5% chez l'enfant. La progression est beaucoup plus rapide chez l'enfant que chez l'adulte ce qui laisse présager que plus tard cette progression accélérée se répercutera à l'âge adulte.

Ce qu'il faut retenir est que cette évolution est impressionnante, très claire, très nette, par contre au niveau des causes, on va voir que ce n'est pas aussi simple.

On va tout de suite penser que s'il y a de plus en plus d'obèses c'est que les enfants mangent de plus en plus.

Toutes les études montrent qu'à l'heure actuelle les enfants et même les adultes mangent moins qu'autrefois. Entre 1978 et 1995, en France, on a une diminution nette des apports énergétiques, on a une diminution de tous les nutriments et dans le même temps on observe un doublement de l'obésité, une augmentation de la taille et une augmentation du rapport des plis cutanés qui montrent que les enfants sont non seulement plus gros mais ont une obésité de type androïde plus prononcée.

Ce phénomène ne peut être expliqué par une augmentation des apports énergétiques totaux.

Je vous rappelle ce phénomène du rebond d'adiposité. Lorsqu'on voit dans les études qu'on a fait que les enfants obèses ont en moyenne un rebond d'adiposité à 3 ans alors que la moyenne des enfants normaux a un rebond à 6 ans. Il est clair que quelque chose s'est passé avant l'âge de 3 ans. On a l'idée que le manque d'activité physique joue plus tard. Ce manque d'activité physique existe peut-être chez le nourrisson, mais cela paraît moins net. Il y a certainement quelque chose en plus du manque d'activité physique qui se passe avant 3 ans. Tout le monde s'accorde à dire que le facteur principal de l'augmentation de l'obésité est la

diminution de l'activité physique. Ce rebond précoce nous alerte sur le fait que ce n'est sans doute pas le seul phénomène, la seule cause.

Nous avons comparé des enfants qui avaient une activité physique élevée et une activité physique faible. Les enfants qui ont une activité physique élevée ont un pourcentage de masse grasse significativement plus faible et cependant ils consomment 200 calories d'énergie en plus. Dans cet exemple les enfants ne sont pas des grands sportifs.

Ces enfants plus actifs mangent essentiellement des glucides, c'est significativement plus élevé en conséquence, leur pourcentage de lipides est plus faible. En étant plus actif, on peut manger plus, et en mangeant plus on peut avoir un meilleur équilibre alimentaire avec plus de glucides et moins de lipides. Si on remontait dans le temps, il y a 30 ans, les enfants mangeaient effectivement les 200 calories de plus. Ils avaient sans doute plus d'activité physique, moins de télévision et un meilleur équilibre alimentaire et donc tout allait mieux.

C'est non seulement la diminution de l'activité physique mais aussi, et on en parle beaucoup, l'augmentation des activités sédentaires qui sont liées à l'obésité. D'abord des études américaines puis toutes les études montrent que l'obésité est très liée aux heures de télévision. C'est un phénomène net .

La courbe entre les apports d'énergie et les dépenses d'énergie illustre très bien ce qui se passe. Si l'enfant a des apports d'énergie élevés dus à des dépenses d'énergie élevées, la régulation se fait très bien. L'enfant n'a pas besoin de réfléchir : j'ai faim, je n'ai pas faim, je mange, je ne mange pas. Il régule spontanément très bien les choses. Par contre dans des zones de dépense d'énergie très faible, la régulation est beaucoup plus difficile. Pour avoir des apports énergétiques adaptés à ces dépenses faibles, ça ne se fait plus très bien sur le contrôle physiologique. Il faut alors réfléchir à contrôler son alimentation, à ne pas manger trop. Cela ne se fait plus de façon spontanée et physiologique.

On arrive à une diminution telle de l'activité physique, que quoi qu'on fasse, l'organisme n'est plus adapté à cette situation. L'organisme humain n'est pas fait pour vivre dans ces conditions de faible dépense d'énergie. Cela devient très difficile car il faut contrôler et tout surveiller pour arriver à des apports correspondants aux besoins.

Dans les études, à part la télévision, aucune cause prépondérante de l'obésité ne se dégage. Maintenant, la balance énergétique se fait plus difficilement parce que les dépenses d'énergie sont trop faibles. C'est sans doute du aussi à la caractéristique des aliments : densité énergétique élevée par les aliments gras et sucrés ; boissons sucrées qui ne permettent pas physiologiquement une compensation énergétique. En effet, si on mange un aliment solide très énergétique le corps est capable d'adapter au repas suivant en mangeant moins, si cela est sous forme de boisson, le corps n'intègre pas cette dimension de l'énergie qu'il a absorbé et donc la régulation se fait moins bien. On absorbe ces calories sans trop s'en rendre compte.

La palatabilité des aliments incite à manger trop.

La disponibilité des aliments avec des distributeurs qu'on trouve partout, y compris dans les écoles, ce qui fait beaucoup réagir.

La taille des portions qui grandit de plus en plus.

La répartition des repas est aussi très importante puisqu'on a montré une relation très nette entre l'obésité et la prise d'un petit déjeuner faible, grignoter plus et manger plus le soir.

Enfin, on a cette « empreinte » qu'il doit y avoir au début de la vie, qu'il reste à déterminer. Une étude que nous avons réalisée montrait qu'un excès de protéines pouvait causer l'obésité. Actuellement, beaucoup d'études cherchent soit à confirmer, soit à développer cela.

En conclusion, concernant la prévalence de l'obésité on peut vraiment dire que c'est une évolution inquiétante, parce qu'elle est très rapide et elle s'accélère ces dernières années.

On a une apparition encore plus rapide des obésités massives. Ceux qui traitent ces enfants confirmeront qu'il y a quelques années on ne les voyait pas. Elles apparaissent de façon très rapide. Ce qui est inquiétant aussi c'est que l'obésité de l'enfant est associée à des pathologies réservées jusqu'à présent à l'adulte. C'est un phénomène nouveau.

Enfin, l'obésité gagne le monde entier, y compris les pays en voie de développement.

Cette obésité augmente parallèlement à des apports énergétiques qui ne semblent pas augmenter. C'est vraisemblablement la diminution des apports énergétique qui est l'explication majeure.

Nous n'avons pas pu identifier de causes extrêmement précises donc les conseils ne reposent pas toujours sur des certitudes mais sur des recoupements de choses vues dans les études.

Il y a peu de certitude, mais on a quand même des arguments qui nous permettent de faire des propositions :

- Favoriser l'activité physique. On est sûr que c'est une bonne démarche
- Respecter le rythme des repas : éviter les grignotages, favoriser le petit déjeuner
- Alimentation variée : fruits et légumes
- Limiter les boissons sucrées.
- Eviter de donner des grandes portions
- Environnement pendant la petite enfance en particulier, favoriser l'allaitement.

Ce sont des conseils évidents qu'on peut donner, en espérant qu'ils seront efficaces pour enrayer en partie cette progression de l'obésité.

## Prévalence de l'obésité infantile à partir d'une enquête dans les écoles publiques et privées du Finistère

Véronique Thébaud

*Véronique Thébaud, Nutritionniste, diplômée de l'école de santé publique britannique où elle a obtenu un Master de nutrition. Actuellement attachée de recherches au CHU Morvan de Brest dans le service de santé publique, elle était ultérieurement chargée de projets au CODES 29 et intervient dans ce cadre aujourd'hui pour nous présenter une enquête menée entre décembre 2000 et mai 2001 sur la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants du département.*

### Intervention de Véronique Thébaud

Présentation des résultats de la première enquête réalisée dans le Finistère, commandée par le Conseil général et menée par le CODES 29.

Le but était de faire un état des lieux de la situation de l'obésité infantile et en même temps d'examiner un certain nombre de facteurs liés à l'obésité infantile.

Cette enquête a été réalisée entre décembre 2000 et mai 2001.

Elle a été réalisée dans le cadre des visites de routine de PMI et de santé scolaire.

875 enfants de CE1 et 555 enfants de 3-4 ans ont été tirés au sort parmi les listes de l'Inspection Académique des écoles privées et publiques du département.

Lors de ces visites, les poids et tailles des enfants ont été mesurés, et, à l'aide d'un questionnaire élaboré pour cette enquête, on a relevé d'autres facteurs (données relatives à l'environnement familial, géographique, données sur l'alimentation de l'enfant, son activité physique et son sommeil).

Grâce aux poids et tailles recueillis en 2001, nous avons pu calculer les prévalences de surpoids et d'obésité, avec les références IOTF .

En 2001, 15.6 % des enfants de 7-8 ans étaient en surpoids dont 5% étaient obèses.

Pour les enfants de 3-4 ans, 13.9% étaient en surpoids dont 2.6% étaient obèses.

Par rapport à l'enquête nationale, les chiffres ne sont pas différents, le Finistère est touché par le problème de surpoids chez l'enfant.

En CE1 on a recueilli les données de ces mêmes enfants lorsqu'ils avaient 3-4 ans en 1996.

Nous avons alors pu calculer la prévalence de surpoids chez ces enfants :

on avait 9.9 % d'enfants en surpoids et 2.3% d'enfants obèses.

On note une augmentation très rapide en 5 ans.

Nous avons examiné le lien entre surpoids à 3-4 ans et surpoids à 7-8 ans : un enfant qui était en surpoids à 3-4 ans avait deux fois plus de risques d'être en surpoids à 7-8 ans.

D'autres mesures ont été recherchées .

### **l'environnement de l'enfant :**

A l'aide du questionnaire, nous nous sommes aperçus que si l'un des parents présentait un surpoids, le risque est multiplié par deux pour l'enfant.

Nous n'avons pas retrouvé de lien des corpulences en fonction de la catégorie socioprofessionnelle de la famille.

Nous avons remarqué que les enfants ayant les indices de masses corporelles les plus faibles étaient les enfants de mère sans activité professionnelle.

Pas de différences non plus au niveau des familles recomposées ou monoparentales.

Pas de différences entre le milieu rural et urbain, à part que les 3-4 ans sont plus corpulents en milieu rural.

De plus, aucune différence n'existe quant au niveau des ZEP.

### **Les données relevées sur l'alimentation :**

Le but était d'essayer de qualifier l'alimentation : le nombre de repas et la qualité des repas des enfants.

Le premier score construit est celui de la répartition de la prise alimentaire de la journée de l'enfant.

Ce score est basé sur une répartition idéale qui devait être de 4 ou 5 repas par jour chez les petits : un petit déjeuner, un déjeuner, un goûter, un dîner et pas de grignotages. Dans ce cas là, l'enfant avait un score maximal.

Grâce à ce score, on a obtenu quelques données :

- chez 63 % des enfants de petites sections de maternelle, la répartition correspond aux recommandations

- chez les enfants de CE1, environ 73%, selon les réponses des parents.

En CE1, on a pu interroger les enfants sur la prise alimentaire, les réponses varient énormément. Les enfants de CE1 avouent qu'ils grignotent et les parents ne s'en rendent pas compte.

Dans cette étude, on n'a pas vu de différences de corpulence en fonction du score de la répartition alimentaire.

Le second score construit est le score de qualité des repas pour relever des indicateurs.

Chez tout ces enfants, on leur a demandé s'il y avait :

- prise d'un fruit.
- prise d'un légume.
- le type de boisson consommée au cours d'un repas.

10 % des enfants de 3-4 ans auraient une alimentation qui satisferait aux recommandations.

2,4 % des enfants de 7-8 ans auraient une alimentation qui satisferait aux recommandations.

Ces chiffres sont inquiétants car les scores ne sont basés que sur 2 critères de qualité de l'alimentation. Il n'y a pas eu de lien de trouver pour ce score en fonction de la différence de l'IMC des enfants.

### **Un autre paramètre regardé : l'activité physique**

¼ des enfants vont et reviennent à pied de l'école. Pas de différences d'IMC, de surpoids, d'obésité en fonction du mode de transport. Les garçons font plus fréquemment de sport que les filles. Le temps passé devant un écran de télévision et un ordinateur augmente en fonction des jours scolaires. Le temps passé devant un écran est plus important chez les garçons.

- 40 minutes devant un écran en petite section de maternelle les jours d'école
- 1h15 les jours sans école
- 1h04 devant un écran pour les enfants de CE1 les jours d'école
- 2h45 les jours sans école

Les garçons en surpoids passent plus de temps devant un écran les jours d'école.

### **Dernier élément exploré : le sommeil**

Les temps de sommeil totaux de la journée augmentent significativement suivant les jours d'école.

En moyenne, chez les CE1, les jours d'école on est à 11 heures et les jours sans école on passe à 11H04.

Chez les petites sections de maternelle, ceci augmente aussi.

Si on regarde après, en fonction de l'obésité, les temps de sommeil, on s'aperçoit uniquement, chez les petits de sections de maternelle qui sont obèses qu'ils ont des temps de sommeil moins importants les jours d'école que les petits non obèses des mêmes sections.

## **En conclusion :**

Cette étude a montré que l'obésité infantile est un problème de santé publique dans notre département qui évolue de façon très rapide. Elle a mis en évidence un problème important sur la qualité de l'alimentation chez l'enfant et ceci dès 4 ans. Si cette étude n'a pas montré de liens directs entre corpulence et catégorie socioprofessionnelle et corpulence et alimentation, elle a montré qu'il y avait des différences entre les habitudes de vie (alimentation, activité physique, sommeil) selon la catégorie socioprofessionnelle de la famille montrant que l'obésité infantile ne se résume pas simplement à une relation simple avec l'alimentation et avec les autres facteurs. Enfin, cette étude a montré qu'il était possible de réaliser des études avec les professionnels de PMI et de santé scolaire et j'espère que cette étude pourra participer à la valorisation de leur travail.

## Dimensions sociales de l'obésité

### Chantal Crenn

*Chantal Crenn est Chercheur associé au CNRS de Bordeaux qui abrite le laboratoire de l'ISTAB et elle enseigne l'anthropologie à Bordeaux III. Docteur en anthropologie mais également sociologue, elle est devenue socio-anthropologue avec une spécificité en anthropologie : « Nous sommes des gens de terrain »*

*Son parcours en témoigne puisque Chantal Crenn a fait ses études à l'île de la Réunion.*

*Elle a passé 5 ans à Madagascar où elle a appris la langue du pays.*

*Elle a enquêté sur l'émigration et l'immigration en France en signalant qu'elle ne conçoit pas l'un sans l'autre. Elle observe comment le processus d'acculturation se met en place et non seulement pour les gens défavorisés mais même pour une élite.*

*Elle a observé ensuite la politique de santé publique en France sur les migrants et pour cela elle a enquêté sur « l'accueil de l'autre » à l'Hôpital public de Bordeaux :*

*de quelle façon est-il accueilli ?, quelles mesures sont mises en place ?*

*Elle a ainsi pointé un constat : beaucoup de femmes marocaines venaient en consultation diabète. Cela lui a donné envie de partir au Maroc pendant plusieurs mois pour aller dans les familles étudier la question : est-ce que c'est vraiment la culture qui empêche les femmes de suivre l'éducation nutritionnelle ?*

*Autant de questions intéressantes et d'angles de vues percutants qu'elle va nous exposer maintenant avec les dimensions sociales de l'obésité.*

### Intervention de Chantal Crenn :

Je vais prendre la suite des exposés d'une manière un peu plus proche du terrain, des gens puisqu'en fait finalement c'est d'une manière ethnologique que je vais aborder la question de l'obésité.

On a vu avec Madame Rolland Cachera que l'obésité s'est multipliée par 5 en 16 ans. Il apparaît difficile pour les spécialistes de ces questions de penser que c'est uniquement le poids de la génétique qui serait prépondérant dans cette évolution. Les sciences sociales, que je représente ici aujourd'hui, possèdent à mon avis dans ce cadre là une place centrale. Plusieurs questions nous ont donc été posées.

- Pourquoi l'obésité a-t-elle augmentée ?
- Pourquoi l'obésité se répartit différemment en fonction des classes sociales ?
- Pourquoi l'obésité se répartit différemment en fonction des cultures ? (car dans les pays en voie de développement, on remarque également de l'obésité)
- Quelles transformations des pratiques alimentaires peuvent expliquer cette obésité contemporaine ?

Je vais adopter une position médiane dans cet exposé, comme lorsque j'effectue des recherches en acceptant la posture de l'épidémiologie, et aussi en prenant pour objet d'étude : le discours médical et des médias sur l'obésité et les projets de prévention.

Margaret Mead, qui est une anthropologue américaine fort connue, disait dans une de ses recherches : « Avant de savoir comment changer les habitudes alimentaires, question que l'on pose souvent aux spécialistes des sciences humaines, il convient de savoir ce que manger veut dire ».

Avant de savoir ce que manger veut dire, reste pour les socio-anthropologues de la santé et de l'alimentation un préalable à toutes actions de communication et de prévention.

Le dernier abord possible, selon moi, de la socio-anthropologie de la connaissance, c'est donc de poser la production du savoir scientifique comme le résultat d'une série d'interactions entre scientifiques, milieux économiques et milieux sociaux qu'il convient donc d'analyser. Voyez un peu la position qui est la mienne.

Dans un premier temps, je vais rapidement m'intéresser aux relations entre obésité et statut économique, en faisant un parallèle entre les pays en voie de développement et nos propres sociétés pour montrer, justement que l'obésité est une construction sociale de la réalité aussi.

Dans un deuxième temps, je vais évoquer la manière dont se sont modifiées les représentations associées aux corps « gros ». Pour cela je m'appuierai sur les travaux d'Annie Hubert avec, qui je travaille à Bordeaux et qui a travaillé pendant de longues années sur l'alimentation des Yao, et les travaux de Claude Fischler.

Enfin, dans une dernière partie, je chercherai à exposer les présupposés implicites qui sous-tendent notre discours contemporain quant à la manière de manger, de s'alimenter, tant dans les médias que dans le discours médical.

### **L'influence du statut économique sur l'obésité - quelques constats :**

Dans les sociétés dites en voie de développement, et je suis particulièrement attachée au Maroc, le lien est donc positif quelque soit le genre. Plus on est gros, que l'on soit un homme ou une femme, plus on appartient aux classes sociales élevées. Dans les sociétés dites en voie de développement, la situation pour les enfants et les adolescents est la même. L'obésité est distribuée sur le haut de l'échelle sociale.

En occident, la distribution est plus aléatoire. Des recherches récentes confirment l'indépendance entre obésité et statut économique chez les enfants de 3 à 5 ans et montre un lien inverse significatif chez les filles à partir de 12-15 ans. C'est à dire qu'en Occident, la gente féminine située en haut de l'échelle sociale serait moins sujette à l'obésité que les femmes situées en bas de l'échelle sociale.

Voyons comment les représentations associées aux corps gros varient d'une société à l'autre, d'une classe sociale à l'autre et évoluent de manière diachronique.

### **Du corps gros au corps léger :**

Annie Hubert s'est penchée sur la question des variations du corps gros, dans le temps et dans l'espace et sur l'évolution de l'esthétique du corps dans la société occidentale.

Elle remarque que l'une des plus anciennes représentations sculptées de l'être humain est la Vénus de Lespugue, découverte en Haute-Garonne. Elle représente une femme avec des gros seins et un gros ventre. Annie Hubert s'interroge, peut-on la considérer comme obèse ou comme belle ?

D'un pays à l'autre, d'une époque à l'autre, on peut remarquer les fluctuations des considérations positives autour du gros ou du mince.

Dans de nombreuses cultures, la possibilité de stocker des matières grasses est vu comme un signe de bonne santé, de vitalité, de fécondité. La graisse dans de nombreuses civilisations est très appréciée, même recherchée.

Dans l'Ancien Testament, le veau que l'on tue pour fêter le retour de l'enfant prodigue est gras. En Mauritanie, il existe encore aujourd'hui une véritable culture de l'engraissement des femmes, surtout avant le mariage. Il existe même des corporations de gaveuses. A ce sujet, je vous renvoie au roman de TC Boyle « Water Music » où l'aventurier Mungo Park se voit offrir une belle princesse Maure énorme. Cela vous donnera une idée de cette représentation esthétique féminine.

Pierre Clastres, un anthropologue français, note dans sa chronique des indiens Guayaki que ses informateurs attribuent une valeur gastronomique particulière à la chair humaine considérée comme « délicieusement grasse ».

Au Maroc, prestige et ascension sociale sont associés à de fortes corpulences, signe de féminité. Les filles bien en chair sont valorisées et destinées à opérer un bon mariage. La variabilité de la valorisation du gros et du mince est particulièrement mise en évidence par la position ambiguë qu'occupent ces filles d'immigrants marocains en France. Sont-elles maigres ou belles ?

Au Maroc, elles sont considérées comme maigres, plutôt laide et donc en mauvaise santé.

En France, on les considère belles, minces et en bonne santé.

Il n'y a pas de réponses apportées à ce fait.

En adoptant l'idéal de la minceur occidentale, elles remettent en question l'idéal de la beauté féminine marocaine « bien en chair ». Elles revendiquent d'une part une identité marocaine et féminine, hors sa nature génitrice et signifie, d'autre part, que la vraie domination qu'elles subissent se situe au niveau de la société française : c'est à dire que leur corps est sous l'influence des normes françaises.

Par cet exemple, on s'aperçoit que les représentations sociales du gros sont marquées par l'ambivalence et que la frontière entre gros et mince procède du social et produit du social.

Dans notre propre histoire, l'aristocratie médiévale préfère la femme frêle, transparente avec de toutes petites poitrines (Hubert, 1997 et Elias 1989). On peut se référer au tableau de l'allemand Lucas Cranach « La mélancolie ». On voit les femmes du Moyen Age plutôt frêles avec un regard assez triste.

A partir de la Renaissance, nous dit Annie Hubert, le modèle féminin se transforme et les femmes considérées comme belles sont plutôt rondes. L'embonpoint devient le signe ostentatoire de la réussite sociale et économique.

La lipophilie a ses limites. Si l'on peut dire que l'appétit de gras est fort répandu dans le monde, il apparaît nécessaire de nuancer mes propos.

Ce n'est qu'après la seconde guerre mondiale que le modèle de minceur en occident fait vraiment loi puisqu'on bascule, dit Claude Fischler, de « l'embonpoint au mal en point ». Il n'en reste pas moins que le goût du gras est modulé par des codages sociaux.

Dès le XIX<sup>ème</sup> siècle et dans les classes moyennes et supérieures, on lutte contre l'embonpoint. Dans le même temps, on se soucie d'engraisser les femmes trop maigres.

Les régimes amaigrissants apparaissent à ce moment là, en 1864, avec le britannique William Banting dans « Letter on corpulence ». Il y raconte comment il a maigri de 46 livres, ce qui paraissait essentiel pour sa santé.

Il n'est donc pas exact de dire qu'en occident, on est passé radicalement d'un modèle corporel du gros au maigre, en réalité, le seuil socialement défini du gros s'est abaissé.

La variabilité culturelle des normes en ce qui concerne le gros est donc une évidence. Ce qui se transforme est moins la notion d'excès de poids elle-même que les critères qui la définissent.

Ainsi fallait-il sans doute au XIX<sup>ème</sup> en France être plus gros qu'aujourd'hui pour être jugé obèse et moins mince pour être considéré comme maigre.

Ce seuil socialement défini varie non seulement en fonction de l'époque mais aussi fonction de la classe sociale à laquelle on appartient.

Je me suis appuyée sur le sociologue Pierre Bourdieu qui dans les années 1970, dans « La Distinction », évoque la nourriture dans les processus de distinctions sociales.

Selon lui, les nourritures dites populaires sont considérées comme grossières, lourdes, grasses par les classes supérieures alors que dans les classes populaires où la nourriture est plus rare et où les activités physiques rudes sont quotidiennes, le « gros » et le « roboratif » restent des qualités positives.

Le sociologue Jean Pierre Corbeau, qui travaille à Tours, a fait une enquête dans les années 1990 et donne une interprétation à cette forte corrélation entre obésité et classes sociales plutôt basses au fait du désir de revanche sociale. Selon lui, les classes populaires auraient le plus subi la mal-nutrition et le contexte contemporain d'abondance serait vécu sous le plan de l'imaginaire social comme la possibilité de retourner la situation à leur avantage.

De la même manière, dans nos sociétés, l'entretien du corps répond à une nouvelle manière d'entretenir son excellence sociale. L'entretien physique s'inscrit dans la pratique d'un loisir et s'est considérablement développé ces dernières années puisqu'en fait l'activité physique liée au travail péri-clite. On est comme dit Claude Fischler dans la civilisation de bureau.

Influencés par l'esthétique de la minceur, les hommes et femmes de classes moyennes et supérieures s'adonnent à un sport et s'entretiennent souvent au jogging et à la gymnastique.

Les connaissances nutritionnelles rentrent également dans cette logique de l'entretien du corps et sont particulièrement développées dans les classes supérieures.

La minceur dans notre société d'abondance est devenue le signe extérieur de la réussite sociale. En contrepartie, nous dit Claude Fischler, le gros est considéré comme laid et pas seulement ; il est regardé comme moralement incorrect. Fischler estime que le gros est mal perçu parce qu'il est soupçonné de manger plus que de raison, plus que sa part.

### **L'obésité influe t-elle sur le statut économique ?**

L'imagerie du gros, nous dit Fischler, est utilisée pour dénoncer les abus du capitalisme et l'exploitation des ouvriers dans nos sociétés occidentales alors que cette imagerie du gros dénonce également les famines que les organisations post-coloniales provoquent au Sud.

Observer les manières dont les personnes obèses sont perçues dans notre société mais en évidence ce que Erwin Goffman, sociologue américain, appelle le cercle vicieux de la stigmatisation.

C'est au moment de ce que Goffman appelle « la vie quotidienne », « les interactions sociales », qu'un individu se voit étiqueter, labellisé obèse par des individus qui eux s'estiment « normaux », se considérant ni maigres, ni gros. Le label obèse entraîne toute une série de discriminations sociales. Lorsque la personne ainsi désignée accepte ce traitement particulier et dévalorisant, elle accepte ce cercle vicieux de la stigmatisation : dépréciation personnelle, altération de l'image de soi qui entraînent souvent des pratiques alimentaires compensatoires.

Dans la vie quotidienne, la personne labellisée obèse est jugée, dévalorisée, exclue : depuis le simple achat d'un billet de train, d'une place de cinéma, d'un vêtement, le poids du regard esthétique modelé par l'idéal de la minceur suffit à les reléguer au banc de la société.

De nombreuses recherches, dont la mienne, que je suis en train d'effectuer sur l'obésité et le diabète des Marocains en France et au Maroc, atteste également d'attitudes négatives au sein même du monde médical.

Les professionnels de santé assurent le rôle de grands stigmatisateurs, pour reprendre toujours une expression de Goffman et montrent la perméabilité du monde médical aux valeurs de la société civile mais également l'impact du monde médical sur les représentations de la société civile elle-même. Par exemple, pour les immigrants marocains, ils sont stigmatisés d'une double manière car ils sont immigrants et gros.

En conclusion, si fréquemment ici et là bas, à toutes les époques, le modèle culturel dominant est plutôt celui du bien en chair, il n'en reste pas moins que les représentations sociales de l'obésité sont marquées par un double sens. Il existe toujours une frontière où le gros ne bénéficie plus d'une image positive, il ne respecte pas les règles sociales. Je reprendrai encore l'exemple du Maroc où les obèses américains au Maroc sont considérés comme développant une grosseur moralement incorrecte. Elle signifie l'égoïsme américain et le fait que ce peuple mangerait plus que sa part au niveau planétaire.

### **Donc, l'alimentation d'aujourd'hui serait-elle le facteur de risque ?**

Il est courant de lire ou d'entendre dans les médias que notre alimentation contemporaine, qualifiée d'industrielle, de transformée, ne serait pas la cause de l'augmentation de l'obésité. Pour qualifier notre époque, Jean Pierre Corbeau avait relevé l'expression, dans les entretiens qu'il a réalisés, de « déstructuration de l'alimentation contemporaine ». Les repas ne seraient plus aussi structurés qu'auparavant. On mangerait de plus en plus sucré. On supprimerait facilement un repas dans la journée au profit du grignotage. Qu'en est-il réellement ?

Les enquêtes sociologiques, de Jean-pierre Poulain, Jean-pierre Corbeau, Claude Fischler et de Annie Hubert, entre 1996 et 1999, montrent la simplification des formes de repas et une relative importance de l'alimentation hors repas pour la population active française.

Ces enquêtes mettent également en évidence le décalage entre normes et pratiques : c'est à dire entre ce que les personnes estiment être un vrai repas et les pratiques mises en œuvre. Il y a aussi un décalage entre les pratiques déclarées et les pratiques réelles, ce qui constitue un vrai problème pour les enquêtes épidémiologiques. Au regard de ces enquêtes de longues durées on s'aperçoit qu'on supprime facilement les entrées, ce qui engendre la réduction des crudités au profit des prises alimentaires hors repas, qui sont au regard de l'offre alimentaire contemporaine essentiellement des confiseries, des sucreries... Ces prises alimentaires sont souvent condamnées par les nutritionnistes. Elles sont considérées comme une dégradation d'un ordre alimentaire ancestral traditionnel, sous-entendu : meilleur.

Pourtant, on n'en sait rien et c'est oublier que manger n'est pas un acte individuel et rationnel mais le résultat de situations et de contraintes sociales. La manière dont on mange : structure des repas, nombre des repas, correspond à une mise en scène concrète des valeurs de notre société. Ce discours rend compte toutefois dans les médias d'un fort écho. Il a une fonction désangoissante et permet de résoudre une contradiction entre un attachement à un ordre alimentaire traditionnel, et en même temps on doute un peu de son efficacité à contribuer à un équilibre nutritionnel et l'appel à la science pour justifier la recherche d'un équilibre alimentaire. Pourtant, aucunes recherches ne permettent de confirmer l'impact équilibrant des manières de manger traditionnelles. Comme vous l'avez montré tout à l'heure, on peut même voir que précédemment on mangeait plus qu'aujourd'hui.

Les déséquilibres alimentaires sont-ils dus à la simplification des repas, à leur fractionnement, à la nature des aliments consommés ?

Selon Jean-Pierre Poulain, des études nutritionnelles pluri-disciplinaires entre des cultures à prises alimentaires massées et dispersées permettraient de répondre à ces questions. Pour l'instant, on est dans l'expectative. Toutefois, ce que la socio-anthropologie a montré c'est que la modernité alimentaire se caractérise par une transformation du processus de décision alimentaire. On mange de plus en plus à l'extérieur lors du déjeuner, dans des cantines qui proposent de plus en plus des formules à choix multiples. Dans un même temps, dans les familles, les repas respectent de plus en plus les goûts individuels, ce qui est considéré comme un progrès. La modernité alimentaire est caractérisée par une transformation des contrôles sociaux sur l'alimentation. Selon Claude Fischler, les pressions multiples et contradictoires s'exercent sur le mangeur moderne : publicités, suggestions, prescriptions diverses et surtout de plus en plus d'avertissements médicaux. (Cf. les revues de santé). La liberté anomique, pense Fischler, est un tiraillement anxieux et cette anxiété surdétermine à son tour des conditions alimentaires aberrantes.

En conclusion, l'obésité s'est posée comme un problème moral : le gros est vu comme un être assez sale, incapable de réprimer ses envies et moralement grossier.

Dans un 2<sup>ème</sup> temps, l'obésité s'est peu à peu médicalisée. On pourrait penser que la médicalisation rendrait aux obèses une certaine forme de liberté face au poids du regard moralisateur ; pourtant, et ce parce que les recherches scientifiques en sont encore à leurs balbutiements, la séparation entre la lecture moralisatrice et médicale de l'obésité est encore aléatoire. Les arguments scientifiques les plus forts qui étayent la médicalisation de l'obésité sont la mise en évidence par l'épidémiologie entre les liens de mortalité cardio-vasculaire et obésité.

Cependant, l'état des connaissances ne permet pas encore de bien faire la part de ce que les épidémiologistes appellent les facteurs confondants, capables d'agir simultanément : le tabagisme, l'alcoolisme, la sédentarité,... et en tant que socio-anthropologue je rajouterai une autre : la précarité.

On sait que l'obésité touche particulièrement le bas de l'échelle sociale.

De plus, si la perte de poids a des effets positifs immédiats sur certaines pathologies, la démonstration inverse n'a pas été faite.

La limite entre trop gros et bien portant variant dans le temps et dans l'espace, on peut expliquer le développement de la médicalisation du surpoids et sa désignation comme pathologie, comme une forme de contrôle social qui viendrait compenser la perte d'influence des institutions morales traditionnelles et/ou, comme un moyen d'affirmer un processus de différenciation sociale au bénéfice des classes supérieures (cf. processus de distinction sociale de Pierre Bourdieu).

D'autre part, la médicalisation de l'obésité prend le risque de voir le discours médical légitimé la perte de poids. Les restrictions caloriques en France concernent 52 % des femmes, selon Jean Pierre Poulain. Or, on sait aujourd'hui que l'enchaînement des régimes entraîne généralement une reprise de poids.

Enfin, l'obésité représente un marché considérable. La découverte de nouvelles molécules ouvrent de nouveaux marchés financiers de plusieurs milliards d'euros. Les industriels ont tout intérêt à soutenir ce mouvement de médicalisation qui légitime leur entreprise. La perte de poids devenue leitmotiv dans notre société engendre également une industrie parallèle de la minceur florissante.

Les faibles résultats scientifiques ainsi que l'entrelacement du discours médical dans les représentations morales appellent donc à la prudence. La communauté scientifique doit avoir conscience du rôle de grand stigmatisateur qu'elle occupe. L'inconvénient le plus grave est en effet de donner une légitimité scientifique à la stigmatisation des obèses.

Alors en terme de prévention, un premier pas consisterait peut être à différencier obésité et surpoids ; puis dans un deuxième temps à séparer puis articuler dimensions sociales et médicales de l'obésité.

Les épidémiologistes doivent poursuivre leurs études et surtout mesurer finement le lien entre obésité et morbidité et donc vérifier que la perte de poids renverse ce lien.

La question : comment manger ? sous-entendu comment changer d'habitudes alimentaires ? devrait être soigneusement évitée.

On devrait plutôt s'orienter vers ce type d'interrogation : comment favoriser la transformation des habitudes alimentaires appropriées à un certain nombre d'individus dans un contexte donné ?

On l'a vu, l'acte alimentaire dépend d'une multitude de facteurs qui ne sont pas sous le joug de décisions individuelles et rationnelles. Contrairement aux idées reçues, si les manières de manger sont toujours de plus en plus individualisées, il ne s'agit pas d'un acte individuel rationnel dénué de toutes contraintes sociales, sinon, aux regards des connaissances accumulées, au niveau des informations nutritionnelles diffusées, on ne devrait plus avoir ce type de pathologies.

Enfin en terme de perspectives, la lutte contre la stigmatisation des obèses apparaît comme une priorité, pas seulement au nom des droits fondamentaux de l'homme mais aussi afin de contrer le cercle vicieux de la stigmatisation : perte d'estime de soi, compensation alimentaire, développement de l'obésité.

Démontrer la construction sociale de l'obésité, ce que j'ai essayé de faire ce matin, a pour fonction de mettre en évidence ce qui relève du médical et du social mais aussi que la stigmatisation des obèses résulte de la transformation des systèmes de valeur présente dans notre société contemporaine.

Je vous remercie de votre attention.

---

Anne Marine précise que Madame Crenn fait partie d'un comité de lecture d'un web journal qui s'appelle : « Le Journal Européen sur le Net »

Site : [www.aofood.org](http://www.aofood.org)

---

**Question de Madame Rolland-Cachera à Véronique Thébaud :**

*Au sujet de la relation trouvée entre le monde rural et l'obésité. En fait c'est toujours très surprenant, on retrouve toujours ça. On peut s'attendre à ce que le manque d'activités physiques soit lié à l'urbanisation. Y a-t-il d'autres éléments dans l'enquête qui permettent d'expliquer cela ?*

*Non, malheureusement, je n'ai pas plus d'élément. Par contre, généralement ce que l'on voit dans les études parisiennes c'est que l'obésité sévit plutôt dans les grandes agglomérations. C'est ce que j'ai essayé de voir en fait car dans les grandes agglomérations on a des habitudes de vies complètement différentes. Dans le Finistère, on n'est pas du tout confronté à cela. La plus grande ville compte 150 000 habitants. Lorsque l'on fait les analyses de critères INSEE et d'urbanisation, on regarde des populations qui sont au-delà d'1 million d'habitants. Nous n'avons pas du tout cela en Finistère. La 2<sup>ème</sup> ville compte 60 000 habitants, c'est Quimper.*

**Question dans le public à Madame Chantal Crenn :**

*On se demande si dans le milieu rural le « manger traditionnel », qui est assez important; qu'on appelle de nos vœux tout en ne le connaissant pas du tout et en l'ayant un peu oublié; n'est-il pas plus « obésogène », si je puis dire, avec les conditions de vie des enfants actuels que celui qui a été adopté dans les milieux urbains ? Je me demande si dans les milieux ruraux parfois, on ne reste pas sur l'idée que l'on doit manger gras, on doit manger beaucoup et qu'un enfant qui n'est pas un petit peu gros n'est pas un enfant en bonne santé ?*

*Je pense que c'est plus compliqué en revenant sur la dimension rural/urbain. Je pense qu'il y a un continuum entre le monde rural et le monde urbain. Il n'y a pas une coupure comme il y a pu y avoir il y a 60 ans par exemple. À l'intérieur du monde rural, il y a des classes sociales aussi. C'est plus complexe que, finalement nos positions binaires rural/urbain et en fait il y a plusieurs facteurs qui rentrent en lignes de compte. Mais effectivement, ça permet aussi de relativiser ce modèle traditionnel ancestral sur lequel on fonde nos espoirs aujourd'hui.*

Anne Marine convie les gens à la pause dans le hall d'entrée.

## PREVENTION DE L'OBESITE

### Politique de l'Etat : Le Programme National Nutrition Santé (P.N.N.S.)

Alain Mével

*Médecin Inspecteur de santé publique à la DDASS de Quimper, Monsieur Mével est chargé de la mise en œuvre et du suivi des programmes de santé publique dans le département, qu'ils soient nationaux ou régionaux.*

*Le Docteur MEVEL va nous présenter un élément du programme national qui rentre précisément dans nos préoccupations d'aujourd'hui : le PNNS.*

#### Intervention d'Alain Mével

Toutes les études épidémiologiques le montrent, l'alimentation peut contribuer directement et activement à protéger notre santé. Une alimentation variée, équilibrée et un minimum d'activité physique permettent de préserver un bon état de santé et une qualité de vie certaine.

La mise en place d'une politique nutritionnelle est apparue au cours des dernières années comme une priorité de santé publique. En effet, le rôle joué par la nutrition, comme facteur de protection ou de risque des pathologies les plus répandues en France, est de mieux en mieux compris. Ces maladies : cancers, maladies cardiovasculaires, ostéoporose, obésité..., ont un poids considérable en terme de santé publique, que ce soit sur le plan de la morbidité ou de la mortalité. La nutrition n'est certes pas le seul facteur déterminant de ces pathologies. Cependant, c'est un facteur sur lequel, individuellement et collectivement, il est possible d'intervenir.

- Les maladies cardiovasculaires sont aujourd'hui la première cause de mortalité en France, à l'origine de près de 170 000 décès chaque année : 32% des décès, dont près de 10% surviennent avant 65 ans.
- Les tumeurs malignes représentent 29% de l'ensemble des décès chez l'homme et 23% chez la femme. Le nombre de nouveaux cas est estimés à 240 000 par an.
- L'obésité concerne 7 à 10% des adultes ; 16% des enfants de 7 à 9 ans sont en surpoids ou obèses. Cette prévalence augmente, chez les enfants, de façon alarmante depuis quelques années.
- L'ostéoporose, fragilité osseuse exposant les patients à un risque de fractures, concernerait 10% des femmes de 50 ans, 20% des femmes de 60 ans et 40% des femmes de 75 ans.
- La prévalence du diabète, essentiellement de type 2, tous âges confondus, est estimée à 3%.
- Près d'un adulte sur cinq présente une cholestérolémie supérieure à 2,50 g/l.

Demandé par le Premier ministre le 13 décembre 2000 lors des Etats généraux de l'alimentation, le PNNS a été annoncé le 31 janvier 2001 par le ministre chargé de la santé.

## **Objectifs et organisation**

- Ce programme plurisectoriel, sur cinq ans, implique de nombreux acteurs institutionnels, associatifs et privés. Il est coordonné par un comité stratégique, présidé par le ministre, qui se réunit en comité opérationnel une fois par mois.
- Le programme a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition.

Principalement axé sur la prévention primaire, mais aussi sur le dépistage et la prise en charge précoce des dégradations de l'état nutritionnel, ce programme comprend neuf objectifs nutritionnels prioritaires quantifiés et neuf objectifs relatifs à des problèmes spécifiques de populations particulières.

Le PNNS fixe six principes généraux, et se décline selon six axes stratégiques.

## **NEUF OBJECTIFS PRIORITAIRES EN TERME DE SANTE PUBLIQUE**

### *Concernant la consommation alimentaire :*

- Augmenter la consommation de fruits et légumes afin de réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25%.
- Augmenter la consommation de calcium afin de réduire de 25% la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des apports nutritionnels conseillés, tout en réduisant de 25% la prévalence des déficiences en vitamines D.
- Réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35% des apports énergétiques journaliers, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population.
- Augmenter la consommation de glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50% des apports énergétiques journaliers en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon, en réduisant de 25% la consommation actuelle en sucres simples, et en augmentant de 50% la consommation de fibres.
- Réduire la consommation d'alcool chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet apport ne devrait pas dépasser l'équivalent de 20g d'alcool pur par jour. Cet objectif vise la population générale ; il n'est pas orienté sur la population des sujets présentant un problème d'alcoolisme chronique, redevable d'une prise en charge spécifique.

### *Concernant les indicateurs biologiques :*

- Réduire la cholestérolémie moyenne de 5% dans la population des adultes.
- Réduire la pression artérielle systolique, chez les adultes, de 10 mm de mercure.
- Réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité de 20% chez les adultes (IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>) et interrompre l'augmentation particulièrement élevée au cours des dernières années de la prévalence de l'obésité chez les enfants.

*Concernant le mode de vie :*

➤ Augmenter l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25% du pourcentage des sujets faisant, l'équivalent d'au moins 1/2 h de marche rapide par jour. La sédentarité étant un facteur de risque de maladies chroniques doit être combattue chez l'enfant.

## **NEUF OBJECTIFS NUTRITIONNELS SPECIFIQUES**

- Réduire la carence en fer pendant la grossesse.
- Améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer.
- Promouvoir l'allaitement maternel.
- Améliorer le statut en fer, en calcium et en vitamine D des enfants et des adolescents.
- Améliorer le statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées.
- Prévenir, dépister, limiter la dénutrition des personnes âgées.
- Réduire la fréquence des déficiences vitaminiques et de la dénutrition parmi les populations en situation de précarité.
- Protéger les sujets suivant des régimes restrictifs contre les déficiences vitaminiques et minérales; prendre en charge les problèmes nutritionnels des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire.
- Prendre en compte les problèmes d'allergies alimentaires

## **PRINCIPES GENERAUX**

Le PNNS s'appuie sur certains principes :

- Le choix alimentaire individuel est un acte libre.
- Le PNNS prend en compte la triple dimension biologique, symbolique et sociale de l'acte alimentaire. En France c'est un moment de plaisir revendiqué.
- Le choix d'aliments et de plats comme le comportement alimentaire doivent être éclairés par une information scientifiquement valide, compréhensible et indépendante.
- Les actions mises en œuvre par le PNNS ont comme finalité de promouvoir, dans l'alimentation, les facteurs de protection et de réduire l'exposition aux facteurs de risques vis à vis des maladies chroniques.
- Le PNNS prend en compte tant la composante « apports nutritionnels » que la composante « dépenses physiologiques », essentiellement les dépenses énergétiques liées à l'activité physique, afin de maintenir un équilibre entre les deux.
- Les stratégies et actions doivent être cohérentes, sans contradiction.

## **SIX AXES STRATEGIQUES**

- Informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant.  
Éduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant.
- Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins.
- Impliquer les industriels de l'agroalimentaire et la restauration collective ainsi que les consommateurs au travers des associations de consommateurs et de leurs structures techniques.
- Mettre en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population.

- Développer la recherche en nutrition humaine : recherches épidémiologiques, comportementales et cliniques.
- Engager des mesures et actions de santé publique complémentaires destinées à des groupes spécifiques.

### **Réalisations et actions en cours**

Un grand nombre des nombreuses actions prévues dans le programme a déjà été réalisé ou initié. L'ensemble de ces interventions est orienté vers le grand public ou les professionnels, coordonné par le ministère de la santé.

#### *Actions de communication vers le grand public*

- En partenariat avec la CNAMTS et l'INPES une campagne médiatique en faveur de la consommation d'au moins 5 fruits et légumes par jour est menée sous forme de chroniques radios et de diffusion de documents d'information.
- Le guide alimentaire national « La santé vient en mangeant » et sa version pour les professionnels de la santé ont été mis en circulation en septembre 2002
- La parution d'un guide alimentaire nourrissons, enfants et adolescents est prévue en septembre 2004.
- Le dossier nutrition du site Internet du ministère de la santé est régulièrement mis à jour. Une mise au point détaillée du programme y est disponible ainsi que la plupart des textes et documents produits dans le cadre du PNNS.

#### *Actions associant les professionnels (santé, éducation...)*

- Le premier numéro de la collection "les synthèses scientifiques du PNNS " à destination des médecins: " *prévention des fractures liées à l'ostéoporose : nutrition de la personne âgée* " a paru en octobre 2001. Le second numéro de cette collection, intitulé " *nutrition et cancer* " va paraître prochainement. La rédaction du troisième, portant sur le thème de l'allergie alimentaire a été commandée à l'Afssa.
- L'ANAES élabore des recommandations sur l'allaitement maternel, sur la prévention et prise en charge de l'obésité de l'enfant.
- La réflexion sur la conception et la mise en place d'un réseau ville hôpital de prévention et de prise en charge de l'obésité de l'enfant se concrétise sur 3 sites pilotes (DHOS).
- Le groupe de travail sur l'intégration de la composante nutrition dans les enseignements scolaires remettra son rapport fin 2003.
- Des outils pour l'évaluation nutritionnelle de l'adulte (disque de calcul de l'indice de masse corporelle, IMC) et de l'enfant (disque IMC et courbes accompagnatrices) seront diffusés à 150 000 exemplaires par voie postale en octobre 2003.
- Un module de formation continue concernant la prévention et la prise en charge de l'obésité de l'enfant est en cours de réalisation. Il devrait être finalisé début 2004.

## *Surveillance*

L'évaluation de l'efficacité des actions de santé publique effectuées dans le cadre du PNNS constitue un des premiers objectifs de l'Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle, unité mixte de l'Institut de Veille Sanitaire et du Conservatoire National des Arts et Métiers. Une des missions principales de cette unité est de mettre en place un système de surveillance pérenne de la consommation alimentaire et de l'état nutritionnel de la population française.

## *Recherche*

Plus de 230 projets ont été adressés à la Direction Générale de la Santé à la suite de l'appel à projet 2002 du PNNS portant sur des études-actions menées dans le cadre des objectifs, orientations stratégiques d'intervention et principes du programme. 41 projets ont été retenus. Le détail de ces projets est disponible sur le site Internet du PNNS.

## *Orientations à venir*

La priorité actuelle porte, en s'appuyant sur les actions en cours, plus spécifiquement sur l'appropriation du programme par les niveaux déconcentrés et les collectivités locales, en assurant la cohérence globale nationale du programme.

## *Au niveau régional*

- Dans le Finistère, 8 dossiers ont été présentés dans le cadre des appels à projets nutrition-santé de la Direction Générale de la Santé 2002 et 2003. Une étude-action de prévention de la surcharge pondérale dans une population d'enfants, menée par le CODES29, a été retenue dans le cadre de l'appel à projet 2002.
- Au niveau de la région, l'Etat et l'Assurance Maladie se sont mobilisés depuis 2002 pour établir une procédure d'appel à projets commune pour le financement d'actions de prévention de promotion de la santé. Dans le domaine de la nutrition, les projets d'actions locales doivent s'inscrire dans la stratégie développée au niveau national (PNSS). En 2002, 6 projets en lien avec la thématique nutrition avaient été présentés dans le Finistère dans le cadre de cet appel à projets régional, 5 projets avaient été retenus. En 2003, 21 projets en lien avec cette thématique ont été reçus, 17 ont pu être retenus.
- La mise en place du comité technique régional nutrition santé le 11 septembre 2003 va permettre d'accompagner cette montée en charge des actions au niveau local. Animé par la DRASS, ce comité est chargé de susciter et coordonner les programmes et actions proposées au niveau local. Son premier objectif sera de réaliser un état des lieux des acteurs, des compétences et des actions entrant dans le champ de la nutrition. Il proposera ensuite une déclinaison régionale des stratégies du PNNS. Ce comité doit aussi veiller à l'articulation des actions prioritaires du PNNS avec celles menées dans le cadre d'autres programmes : programme régional d'accès à la prévention et aux soins, programmes régionaux de santé sur le cancer, l'alcool.

## **Bons jours, bonnes nuits, bon appétit », outil d'éducation pédagogique autour des rythmes de vie des enfants**

**Elisabeth Locard**

*Médecin pédiatre de santé publique, Elisabeth LOCARD a fait de la recherche.*

*Actuellement au Conseil Général du Rhône, elle est mise à la disposition de l'association départementale d'éducation pour la santé (ADES du Rhône).*

*Elisabeth LOCARD assure une consultation de soins à l'hôpital pour les enfants obèses. Y a déjà travaillé en endocrinologie dans le service pédiatrie.*

*Elle s'est donc intéressée à la prévention avec le Conseil Général et a beaucoup travaillé avec une unité INSERM sur les facteurs de risques de l'obésité chez l'enfant.*

*A partir de ces études de base, des grandes enquêtes épidémiologiques ont pointé une relation entre sommeil et obésité. Au lieu de travailler uniquement sur l'alimentation, ayant un Diplôme Universitaire de chronobiologie, elle a travaillé dans un cadre plus large, sur la relation entre l'activité physique, le sommeil, le temps des repas et l'obésité.*

*Les recherches faites il y a 10 ans viennent d'être confirmées par d'autres études faites ailleurs dans le monde.*

*A la suite de ce constat, en 92, elle a mis en chantier des outils pédagogiques qui intègrent cette notion de rythmes de vie, présentés dans un instant. Elisabeth LOCARD, nous en explique la démarche...*

### **Intervention d' Elisabeth Locard**

Elaboration d'un outil d'aide à la mise en place d'actions d'éducation pour la santé pour les enfants de 2 à 4 ans à l'alimentation, aux rythmes de vie, au sommeil et aux activités physiques et contrôler la prise de poids

Petit historique :

Un groupe de pilotage « Santé de l'enfant » ; constitué à ce jour de professionnels de l'éducation nationale, des services médico scolaires de Lyon, Villeurbanne, Vénissieux, du Conseil Général du Rhône et du service de promotion de la santé et de l'action sociale en faveur des élèves, de l'assurance maladie : CPAM de Lyon, des structures d'accueil et de l'éducation à la santé ; a été mis en place à l'ADES du Rhône depuis une dizaine d'années. Ce groupe de pilotage participe à l'organisation d'actions sur les rythmes de vie dans les écoles primaires du département. Or, l'augmentation rapide de la prise de poids excessive chez l'enfant ces dix dernières années, nous invite à développer ces actions en écoles maternelles et en structures d'accueil petite enfance : crèches, haltes-garderies, relais d'assistantes maternelles... C'est pourquoi, le groupe « Santé de l'enfant » a réalisé avec l'aide de parents et/ou de professionnels d'une dizaine de structures accueillant des jeunes enfants, des outils afin de faciliter la mise en place d'actions d'éducation des enfants de 2 à 4 ans, à l'alimentation, à l'activité physique et au sommeil.

Le projet actuel, à vocation pédagogique, repose sur un constat : l'obésité, en progression chez les enfants, est en partie liée à l'inadaptation des rythmes de vie des plus petits, en particulier de l'alimentation et de l'activité physique.

L'alimentation déstructurée, trop riche en graisses et en sucres, le manque d'activité physique sont des facteurs de surpoids. L'augmentation de l'obésité touche plus fréquemment les enfants vivant dans des milieux précarisés. La vie moderne fait que les enfants se dépensent moins. Sans parler d'activité sportive, les petits sortent moins : ils sont conduits en poussette à la

crèche où à l'école même quand ils savent marcher et les jeux sont souvent statiques (consoles de jeux, télévision, vidéo).

Les grignotages se multiplient avec des excès le matin, notamment par rapport aux besoins, et l'alimentation n'est pas toujours équilibrée.

L'outil pédagogique « la journée de Victor » a été réalisé avec le soutien du Conseil Général du Rhône et des CPAM de Lyon et de Villefranche sur Saône et de la Ville de Lyon.

Ce programme est à double détente, il vise :

- à sensibiliser les enfants de deux à quatre ans et leurs parents
- à fournir aux professionnels de la petite enfance des outils pour faciliter la mise en place d'actions avec ces publics.

Nous avons ainsi choisi d'élaborer des actions qui puissent être conduites dans les différents lieux de vie des enfants : familles, écoles maternelles, structures d'accueil de la petite enfance. Il était important que les professionnels de la petite enfance puissent s'approprier ces outils pour assurer eux-mêmes le relais de l'opération.

De fait, ce programme répond à différents objectifs :

- favoriser les échanges avec les parents sur l'éducation des enfants aux rythmes de vie : sommeil, alimentation, activités physiques
- fournir aux familles des informations sur les besoins de l'enfant aux différentes étapes de son développement
- amener les professionnels à sensibiliser leur jeune public sur ces différents thèmes,
- sensibiliser les petits eux-mêmes, à travers des activités et des jeux sur l'alimentation et les rythmes de vie.

Concrètement, deux outils ont été élaborés, l'un pour les familles, l'autre pour les professionnels de la petite enfance. Cet outil a été finalisé par Régine Cavelier qui a reçu, pour ce travail, le prix Cérin Nutrition 2002.

Un livret, à vocation familiale, privilégie l'image et les jeux autour de l'alimentation et des rythmes de vie. Très illustré, il propose des recettes simples et colorées : petits suisses à la compote de pommes pour le goûter, par exemple, des jeux sur le petit déjeuner : plaisir et équilibre nutritionnel, des histoires courtes sur la journée de l'enfant.

Le livret destiné aux professionnels vise à favoriser la mise en place de projets collectifs en proposant une méthodologie.

Il concerne plus spécialement les enseignants, les professionnels de structures d'accueil, les assistantes maternelles.

Des éléments de méthode et des suggestions y sont présentés pour les aider à animer des activités et des jeux sur l'éducation alimentaire et les rythmes de vie, tout en facilitant la discussion avec les parents. Il donne également des informations : favoriser la sieste rapidement après le repas, éviter de stocker des gâteaux et des sodas, l'importance des produits laitiers à chaque repas..., et rappelle les recommandations du PNNS pour améliorer le statut en calcium des enfants grâce notamment aux produits laitiers. Il est également complété d'une bibliographie sur l'obésité infantile.

## « Et toi ton poids, c'est quoi? , prévention auprès d'adolescents.

**Marion Clair**

*Chargée d'études au Conseil Général du Val de Marne, Marion Clair travaille étroitement avec Elisabeth FEUR, Chef de projet « Alimentation des Jeunes » au service Etudes et Evaluations.*

*Elle est plus précisément chargée de la mise en place d'ateliers « Manger mieux, bouger plus, des plaisirs qui s'apprennent » pour les adolescents en surpoids.*

*Elle va nous présenter trois programmes en 3 volets qui ont valu au Val de Marne, d'être considéré site pilote. Il s'agit d'une coopération entre le Conseil Général et l'Inspection Académique.*

### **Intervention de Marion Clair**

#### **Alimentation des jeunes : Val de Marne, site pilote**

L'alimentation des jeunes pose aujourd'hui un vrai problème de santé publique. Les adolescents sont à la fois fortement sollicités pour consommer des produits aussi alléchants que déséquilibrés et stigmatisés dès que leur surpoids s'en ressent.

Le Conseil Général et l'Inspection Académique du Val de Marne tentent de leur apporter des repères et des appuis pour que le plaisir de manger rime avec bonne santé.

3 programmes sont proposés depuis 2 ans dans les collèges et lycées de ce département :

- Faire des adolescents des consommateurs avertis.
- Promouvoir une politique nutritionnelle.
- Dépister et prendre en charge les adolescents déjà en surpoids.

Ces 3 programmes ont été élaborés de façon concertée en 2000-2001, par des professionnels de compétences diverses et complémentaires : santé, cuisine, activité physique, professionnels de l'agroalimentaire, enseignants, associations sportives, éducateurs, parents d'élèves,....

L'année 2001-2002 était consacrée à la mise en place expérimentale de ces 3 programmes. L'année 2002-2003 et les suivantes sont consacrées à l'inscription dans le moyen terme de ces actions.

1<sup>er</sup> programme : Faire des adolescents des consommateurs avertis

Ce programme a pour objectif d'aider les adolescents à mieux maîtriser leurs choix en matière d'achat et de consommation alimentaire. Il comprend 4 modules, soit une dizaine d'heures durant l'année scolaire pour :

- Mieux se connaître en tant que consommateur.
- Mieux savoir décrypter les étiquettes et les messages publicitaires.
- Mieux connaître la chaîne alimentaire.
- Mieux connaître les grandes règles de l'équilibre alimentaire.

Ce programme est suivi en 2002-2003 par 66 classes dans 33 collèges et lycées.

## 2<sup>ème</sup> programme : Développer une politique nutritionnelle dans les établissements scolaires

Il s'agit conformément aux recommandations du Plan National Nutrition Santé, d'inciter les adolescents à consommer plus de fruits, de laitages, à boire plus d'eau, en particulier pour diminuer leur consommation de boissons sucrées. Des propositions concrètes leur sont faites :

- des fruits savoureux frais ou cuisinés leur sont proposés, à trois reprises dans l'année et durant une semaine, accompagnés d'une fiche technique proposant une recette à faire à la maison.
- des fontaines réfrigérées de lait et d'eau sont installées dans les établissements à la demande.

23 établissements, soit 10 000 adolescents sont concernés par cette initiative en 2002-2003.

## 3<sup>ème</sup> programme : Dépister et prendre en charge les adolescents déjà en surpoids

L'objectif de ce dispositif est de repérer les élèves de 5<sup>ème</sup> en surpoids, de susciter et soutenir leur motivation à rompre avec la sédentarité, à retrouver le plaisir d'une activité physique pour eux-mêmes et avec les jeunes de leur âge, à éviter les erreurs nutritionnelles majeures. Une prise en charge en réseau associe :

- au sein du collège, le suivi par l'équipe de santé scolaire et le soutien du professeur d'EPS.
- hors du cadre scolaire, l'accompagnement par le médecin traitant et des professionnels ressource (diététiciennes, éducatrices, pédopsychiatres, associations sportives, consultations hospitalières...).
- Dans les MJC et les centres sociaux, 12 ateliers pratiques « Manger mieux, bouger plus : des plaisirs qui s'apprennent ». Ils permettent, lors de séances régulières, de cuisiner, de partager un repas équilibré et de retrouver le plaisir de bouger pour soi-même et avec d'autres.

Ce programme est proposé en 2002-2003 à l'ensemble des classes de 5<sup>ème</sup> du département

## PREVENTION DANS LE FINISTERE : Quelques exemples d'actions

### Pratiques du dépistage Irène Le Gouill Régine Paugam

*Médecin responsable pour l'ensemble du département, de la Protection Maternelle et Infantile, service du Conseil Général du Finistère, le Docteur Le Gouill va nous préciser le contexte dans lequel s'effectuent les missions PMI et les pratiques du dépistage concernant l'obésité infantile.*

#### Intervention d'Irène Le Gouill

Dépistage de l'obésité en Protection Maternelle et infantile (PMI)

- Le service de PMI

Le service de PMI est un service du Conseil Général participant à la Promotion et la Protection de la Santé de la mère et de l'enfant jusqu'à 6 ans. Il s'adresse aussi aux jeunes pour ce qui concerne l'information sur la sexualité et l'accès gratuit à la contraception (centres de planifications).

Les actions menées par les médecins, les sages femmes, les puéricultrices, les infirmières se situent dans le champ de la santé mais excluent les soins (sauf urgence).

Elles se situent donc dans le champ de la prévention en proposant information, sensibilisation sur tout ce qui touche la santé, dépistage des anomalies susceptibles de nuire au bon état de santé de la mère et de l'enfant ainsi qu'une écoute et éventuellement accompagnement vers le changement.

- Des particularités

- Les activités du service de PMI viennent en complémentarité de la médecine libérale et des établissements de soins publics ou privés.
- Les personnels des services de PMI ont une approche globale des situations des mères et des enfants en tenant compte de leurs conditions de vie et des interactions avec leur famille, leur environnement.
- Pour ce faire, ils travaillent en permanence en réseau en prenant en compte les compétences complémentaires des établissements de soins ou des services sociaux.
- Les personnels privilégient l'écoute, l'accompagnement des personnes, créant des conditions favorables pour les dépistages et surtout la prévention.
- Les activités sont réparties sur tout le département en un service de proximité à partir des CDAS,
- L'accès à ces activités est gratuit.
- Les lieux d'intervention sont diversifiés :
  - A domicile : intervention des sages-femmes auprès des femmes enceintes, des puéricultrices auprès des enfants surtout nouveau-nés.
  - En consultation d'enfants, ou en consultation de planification.
  - En bilan de santé en école maternelle.
  - Chez les assistantes maternelles.

C'est donc dans ces différentes situations que les personnels vont être amenés à dépister surpoids et obésité ou mieux à les prévenir, car prévention et dépistage sont 2 démarches indissociables.

Bien entendu, il ne sera pas possible de décrire toutes les actions de PMI dans ce domaine, je vais évoquer ici les plus significatives.

### **Prévention et dépistage de l'obésité : 2 actions indissociables**

#### **○ En situation de consultation**

Il est réalisé par les personnels médecins et puéricultrices dans les consultations d'enfants, dites « de nourrissons ». La surveillance de la croissance fait partie des examens préventifs obligatoires des enfants. Médecins et infirmières l'assurent également dans les bilans de santé en écoles maternelles proposés lorsque l'enfant est en petite section.

Dans ces 2 situations, le dépistage est effectué dans les conditions d'un examen médical standard et en utilisant les outils habituels. Ces examens sont des consultations systématiques pour des enfants a priori en bonne santé. Cette situation permet donc un dépistage dans de bonnes conditions, sous réserve toutefois de la coopération des enfants qui sont encore très jeunes !.

Les professionnels prennent le temps d'évoquer avec la famille, les antécédents de l'enfant, son évolution psychomotrice mais aussi le mode de vie familial, les rythmes biologiques propres de l'enfant et son régime alimentaire.

Bien sûr, cet échange et l'observation de l'enfant donnent très vite une première impression qui est complétée par l'examen clinique, avec, dans le domaine qui nous concerne :

- Prise de poids et de la taille, périmètre crânien,
- Utilisation des outils d'évaluation :
  - Courbes du carnet de santé ou courbes des dossiers de PMI
  - Utilisation des courbes d'Indice de Masse Corporelle

En fonction des constats, médecins, puéricultrices et infirmières :

- donneront les informations ou les conseils nécessaires en s'appuyant sur des documents tels que des plaquettes informatives.
- orienteront si nécessaire vers des consultations spécialisées : hôpital public, médecine libérale.
- parfois, en fonction du contexte, un soutien spécifique sous la forme d'un accompagnement par une puéricultrice ou une infirmière sera apporté à domicile pour faciliter la démarche voire la soutenir mais aussi pour examiner avec la famille au quotidien comment le problème peut être traité.

Une situation particulière est à souligner dans les consultations de contraception où le dépistage des surpoids et de l'obésité est systématique du fait des incidences de leur présence sur le choix d'une contraception, surtout s'il existe des anomalies de bilans sanguins. Par ailleurs, ce sont des lieux privilégiés pour le dépistage des conduites alimentaires perturbées qui peuvent nécessiter des orientations spécialisées.

#### **○ En visite à domicile des sages-femmes et des puéricultrices :**

Une autre approche existe en PMI, à travers des activités qui lui sont spécifiques : des visites à domicile faites par les sages-femmes pendant la grossesse et les puéricultrices, après la naissance, voire les infirmières après les bilans d'écoles maternelles.

Dans ces situations, les professionnels de PMI viennent en appui des dépistages déjà réalisés et des traitements en cours. Leur démarche peut se rapprocher de celle décrite en consultation.

La particularité de leur action est cependant d'avoir auprès des futures mères et des enfants une réelle action de prévention en repérant les conditions qui vont favoriser l'installation d'un surpoids ou d'une obésité.

Elle a en outre l'avantage d'intervenir dans les moments privilégiés (grossesse et les premiers mois de la vie de l'enfant) où il est possible de faire passer individuellement des messages forts concernant par exemple l'intérêt d'une alimentation diversifiée pour la future mère, l'intérêt de l'allaitement maternel, les erreurs à éviter dans la diversification alimentaire du nourrisson, etc..

La sage-femme cherchera donc à repérer les erreurs dans l'alimentation des femmes enceintes (insuffisance de calcium, de légumes, de fruits, excès de sucre, de graisses) et informera largement sur l'intérêt de l'allaitement maternel.

Les puéricultrices quant à elles, vont mettre l'accent sur l'accompagnement de l'allaitement maternel dont la conduite ne va pas toujours de soi et sur le repérage des grossières erreurs dans la diversification alimentaire des nourrissons telles que :

- Introduction trop précoce des farines
- Ration protidique trop élevée
- Diversification inadaptée, etc....

Elles seront aussi sensibles à des signes plus ténus d'erreurs alimentaires : léger retard psychomoteur ou légère hypotonie.

Quelle que soit la situation, le lien sera fait avec le ou les médecins suivant par ailleurs la femme et l'enfant

#### ○ **Activités particulières**

##### **\* Assistantes maternelles**

Une intervention sur l'alimentation fait partie du programme de formation obligatoire des assistances maternelles. Dans les suites elles reçoivent un petit document de formation continue : la Lettre « A TABLE ! » édité par le CODES et le service de PMI.

Elles sont sensibilisées individuellement au cours des différentes visites de suivi faites par les puéricultrices à l'intérêt d'une alimentation adéquate pour les enfants qu'elles accueillent.

##### **\* Campagne en faveur de l'allaitement maternel**

Depuis 10 ans, le personnel de PMI travaille à favoriser l'allaitement maternel, reconnu s'il est prolongé comme une prévention de l'obésité. Les taux d'allaitement à la sortie de maternité ont passé de 28% en 1993 à 48% en 2002 mais les efforts doivent encore porter sur la durée de l'allaitement.

#### **Etude sur la prévalence de l'obésité dans le département :**

Enfin, quelques mots sur la participation du service de PMI et de ses personnels médecins et infirmières à l'étude sur la prévalence de l'obésité.

Elle a en effet été initiée en 1999 par le service de PMI qui a sollicité des élus un financement pour réaliser une étude épidémiologique sur ce sujet qui commençait à préoccuper les professionnels et pour lequel aucune étude n'existait dans le département.

Elle a été possible grâce à la forte implication des personnels médecins et infirmières de PMI qui ont apporté leur connaissance des enfants des écoles maternelles et de leurs familles.

Sans la même implication des personnels de l'éducation nationale et l'appui du CODES, nous ne serions pas là aujourd'hui.

### **Conclusion :**

Bien avant que la prévention et le dépistage de l'obésité ne soient au devant de la scène, les personnels du service de PMI portaient une attention particulière pour tout ce qui touchait l'alimentation et les modes de vie des futures mères et des enfants.

Actuellement leur approche de ce problème s'est affinée grâce en partie à l'étude réalisée dans le département qui a permis entre autre de généraliser l'utilisation de l'IMC.

Bien entendu leur mobilisation reste réelle du fait des résultats de cette étude et ils seront donc présents dans les actions de santé publiques qui, espérons-le suivront cette journée.

*Régine PAUGAM, Infirmière Conseiller Technique à l'Inspection Académique à Quimper, nous précise maintenant comment se décline cette mission de promotion de la santé dans le cadre scolaire pour les enfants à partir de 6 ans.*

## **Intervention de Régine Paugam**

La mission de promotion de la santé en faveur des élèves (antérieurement Santé Scolaire) a pour objectif essentiel de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective.

La réalisation de ces objectifs repose sur l'implication et le travail en équipe pluriprofessionnelle associant les directeurs d'école, les chefs d'établissements, les enseignants, les conseillers d'éducation, les conseillers d'orientation, les médecins, les assistants sociaux, les infirmières.

Les médecins et infirmières ont cependant, en tant que professionnel de santé une mission particulière au sein d'un partenariat spécifique. Deux circulaires, l'une concernant les médecins l'autre les infirmières précisent cette mission ( 25 janvier 2001).

### **Au niveau départemental :**

L'inspecteur d'Académie est responsable de la politique de santé mise en oeuvre dans son département auparavant arrêtée par le ministre et dont les orientations sont définies par le Recteur.

Un contrat cadre entre le Ministère de l'Education Nationale et le Ministère de la Santé a été signé en juillet 2003. Ce contrat porte sur les différentes dimensions de la politique de Santé Publique concernant la population des élèves.

Je vais vous citer rapidement les priorités :

- Le dépistage précoce de la dyslexie dans le cadre de la lutte contre l'illettrisme.
- La prévention des troubles psychiques et le suivi des élèves.
- La prévention face à toutes les drogues et les produits dangereux.
- notamment par la mise en place et l'application de la loi Evin dans tous les établissements scolaires (loi de 1991 qui n'est plus appliquée).

Pour ce faire, 20 établissements pilotes vont être désignés, sans doute seront-ils volontaires pour interdire tant aux personnels enseignants qu'aux élèves le tabac.

Les infirmières recevront une formation spécifique pour aider le fumeur en état de sevrage tabagique (distribution de gommes spéciales).

- Généralisation du dispositif « apprendre et porter secours » dans le premier degré et c'est vrai que le Finistère est un petit peu pilote dans l'Académie de Rennes puisque depuis 1998, infirmières et conseillers pédagogiques sont formés en binôme par le SAMU-CESU (centre d'enseignement de secours d'urgence) de Brest. Ils interviennent auprès des enseignants afin de former les enfants de la grande section de classe de CP jusqu'à la fin de l'école primaire aux gestes de premier secours en leur apprenant notamment à téléphoner, donner l'alerte, etc.... Le gouvernement souhaite généraliser ce dispositif.

- L'éducation nutritionnelle est également à l'ordre du jour puisque, en partenariat avec l'INPES, on nous conseille d'inciter les chefs d'établissements à limiter, voir à enlever les distributeurs de boissons sucrées et d'aliments énergétiques, favoriser l'installation de fontaines d'eau et avoir un droit de regard sur l'équilibre des repas servis dans les cantines.

Le Finistère dispose de 88 infirmières qui travaillent dans les établissements du 1<sup>er</sup> et du second degré.

50 d'entre elles effectuent leur service sur postes mixtes, soit collège à mi-temps et écoles du premier degré sur l'autre mi-temps. Elles prennent donc le relais de la PMI à partir de 6 ans. Chaque infirmière a en charge 2500 élèves en moyenne.

### **Leurs missions :**

Elles contribuent par un dépistage infirmier, à la visite médicale obligatoire entre 5 et 6 ans en compagnie du médecin. Ce bilan s'effectue dans le cadre d'un travail en équipe entre médecin et infirmière, dans l'intérêt de l'élève.

Elle effectue ensuite un bilan infirmier en CE1 ou CE2 et en 5<sup>ème</sup>.

A l'occasion de cet examen, l'infirmière, en fonction de son rôle propre effectue un entretien et un examen biométrique. Poids et taille sont notés sur la courbe figurant au dos du dossier de l'élève. Le dossier de l'élève le suivra jusqu'à la fin de sa scolarité qui permet de recueillir les renseignements car maintenant les populations bougent beaucoup, et maintenant, le dossier suit l'élève lors du changement d'établissement.

L'infirmière aborde au cours de cet entretien avec l'enfant des questions d'hygiène, d'hygiène alimentaire. Lorsqu'elle constate un déséquilibre dans la courbe de poids, elle approfondit l'entretien.

Pour cela, elle utilise des outils (des affiches visualisant les différents groupes d'aliments), elle évalue les connaissances de l'enfant sur le sujet et réfléchit avec lui sur les pièges à éviter et les habitudes qu'il pourrait changer. Elle lui explique la courbe de poids figurant sur son dossier et l'évolution qu'elle devrait prendre s'il respecte quelques petits conseils.

La question de l'esthétique est peu abordée, il ne faut pas stigmatiser l'apparence physique, par contre les conditions de vies (mange t-il à la cantine, que mange t-il à la maison, que prend t-il au goûter, la télévision, l'activité physique, la mobilité, le sport, ...) sont évoqués.

Les résultats de cet entretien sont annotés sur le carnet de l'enfant ainsi que les conseils et ceci à l'attention des parents.

En outre, elle vérifie la validité des vaccinations, elle effectue la retranscription des actes infirmiers sur ce dossier. Hormis les bilans obligatoires dont nous avons parlé, l'infirmière voit les élèves signalés par les enseignants ou les parents et oriente si besoin vers un professionnel adapté si l'urgence le justifie.

Elle signale au médecin de l'Education Nationale les enfants qui semblent avoir besoin d'un suivi adapté et participe à l'élaboration du projet d'accueil individualisé de l'élève en cas de handicap ou de maladies chroniques (diabète...).

Elle a aussi pour mission et ceci est très important de développer dans l'établissement et dans l'école primaire une dynamique d'éducation à la santé, ceci dans une perspective d'éducation globale d'apprentissage de la citoyenneté, en promouvant une vision positive de la santé et une valorisation des capacités de l'élève à participer à la vie, visant à rendre l'élève responsable et autonome de sa santé.

Les élèves évoluant en zones sensibles sont vus annuellement par les infirmières dans la mesure du possible car elles ont une charge de travail très importante.

### **Conclusion :**

La nécessité d'un travail en réseau très important, implique des échanges d'informations entre les professionnels appartenant à des institutions différentes, un réel partenariat entre les services de l'éducation nationale, la protection maternelle infantile, les services hospitaliers, et toutes les personnes ayant des responsabilités auprès des jeunes est nécessaire afin de développer une logique de complémentarité auprès de ces derniers.

Je voudrais simplement rajouter rapidement que, par les collègues de terrain, je voudrais faire remonter quelques interrogations qui émergent des pratiques professionnelles et ont besoin d'avoir une réponse, ce qui fera peut être l'objet de questions dans les groupes de travail de cet après midi.

- Doit-on aborder le côté maladie c'est à dire accident cardio-vasculaires ou diabète en cas d'obésité chez un enfant?
- Comment en parler aux adolescents et adolescentes sachant les problèmes de mal-être que le surpoids ou l'obésité engendrent?
- Comment intervenir auprès d'élèves dispensés de sport pour obésité ?
- Comment sensibiliser les parents ?

Un réel besoin de formation semble nécessaire.

## Action auprès des centres de loisirs sans hébergement (C.L.S.H.) sur la ville de Quimper

Michelle Douget

Marie -Annick Morvan

*Hors du temps scolaire, nous allons maintenant découvrir une démarche originale menée au Centre de loisirs sans Hébergement en partenariat entre le CODES 29 et la cuisine centrale de la Ville de Quimper. Cette expérience va nous être présentée par Michelle Douget, responsable du service restauration de la Ville de Quimper et Marie-Annick Morvan, diététicienne, chargée de projets en éducation pour la santé au CODES 29.*

*Madame Douget a une responsabilité importante car, en ce qui concerne la restauration scolaire par exemple, elle est responsable des 3500 repas servis par jour en 2002. Pour les C.L.S.H. : 460 repas par jour et 1094 goûters par jour en périscolaire en 2002 également plus les restaurants d'entreprises, un budget alimentaire pour la Cuisine centrale de 825 634 € et 107 agents qui assurent le fonctionnement du service restauration.*

### Intervention de Mme Douget et Mme Morvan

Pourquoi un projet au centre de loisirs ?

Il y a une dizaine d'années, les Directrices de centre de loisir ont souhaité que l'on serve un petit déjeuner sur les centres car elles pressentaient que beaucoup d'enfants ne déjeunaient pas le matin, ceci en lien certainement avec des difficultés sociales croissantes. Cette prestation de petit déjeuner a été mise en place, mais sans vraiment faire une analyse du vécu de la maison et de la réalité de ce qui se faisait en famille.

Au fil des années et au nom de la variété et de la diversification, cette prestation a pris de l'ampleur et notamment pendant les vacances où étaient mis à disposition des enfants non seulement les céréales et le lait qu'il y avait au début mais des fruits, du fromage, des compotes, un panel de denrées.

Deux interrogations se sont donc posées au niveau du service de restauration :

- Sur les quantités mises à disposition des enfants auxquelles s'ajoutaient des encas, du grignotage et aussi des denrées mis à disposition pour des ateliers cuisine.
- Qu'est ce qu'un enfant inscrit au centre de loisirs pouvait manger à son repas et à son goûter dans la mesure où en dehors du repas, il pouvait « se gaver » de produits qu'il préférerait?

Le service de restauration de la Ville de Quimper a mené depuis 1999 différentes actions en partenariat avec le CODES, on a décidé à nouveau de s'adjoindre le service du CODES pour mener à bien cette réflexion sur les pratiques alimentaires au C.L.S.H..

Il n'était pas alors question pour le service restauration de vouloir modifier les choses de façon unilatérale et de tout réorganiser car cela aurait été vécu uniquement comme une économie budgétaire alors que ce n'était pas la réelle motivation et qu'il s'agissait bien de vérifier si la vision du service de restauration était en adéquation avec la vision des directrices de centre et des animateurs. Et il s'agissait bien pour nous de mener une réflexion avec les partenaires, avec les acteurs de terrain, les directrices de centres, les animateurs, le personnel de service, la diététicienne et les services de restauration.

### Marie Annick Morvan :

Je vais vous présenter sur la première diapositive les différentes étapes de la démarche et chacune de ses étapes sera reprise par Mme Douget ou moi-même.

- 1<sup>ère</sup> étape de la démarche : septembre 2002.

J'ai réalisé des entretiens semi-directifs auprès des directrices de C.L.S.H. de la Ville de Quimper afin de recueillir leurs perceptions sur la journée alimentaire et l'alimentation de l'enfant.

- 2<sup>ème</sup> étape de la démarche : novembre 2002.

Suite à ces entretiens, nous avons mis en place, Madame Douget et moi-même, des formations auprès de ces mêmes directrices ainsi que des coordinateurs de secteurs qui se sont joints à cette formation notamment au cours de la première journée.

- 3<sup>ème</sup> étape de la démarche : avril / mai 2003.

Formations des animateurs de centre de loisirs au nombre de 70.

- 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> étape de la démarche : avril 2003.

Enquête sur les habitudes alimentaires auprès d'enfants fréquentant le C.L.S.H.

Information auprès des parents.

- 6<sup>ème</sup> étape de la démarche : juin 2003

Bilan et perspectives

### **Présentation de la 1<sup>ère</sup> étape :**

Des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés auprès des directrices de C.L.S.H. afin de recueillir leurs perceptions sur la journée alimentaire au C.L.S.H. et son adéquation avec les réels besoins nutritionnels de l'enfant.

Quelques réflexions émanent de ces entretiens :

Le petit déjeuner :

- Les directrices disent s'interroger sur les quantités que peut représenter un petit déjeuner pris à la maison plus un petit déjeuner pris au C.L.S.H.
- Les enfants ont-ils mangé à la maison ?
- L'espace temps entre le petit déjeuner et le déjeuner.
- Le petit déjeuner du C.L.S.H. plutôt que comme complément de celui de la maison.
- L'aliment support à la relation. Ce n'est pas la faim mais le plaisir qui amènent les enfants au petit déjeuner.
- Convivialité et rencontre.

Le goûter :

- Manque de produits laitiers au goûter ?
- Trop de viennoiseries ?
- Lien d'équilibre alimentaire entre déjeuner servi et le goûter ?
- Est-ce que les enfants ne mangent pas trop au goûter ?
- Ne compensent-ils pas le repas de midi ?

Le grignotage :

- Les fruits entre les repas sont-ils considérés comme du grignotage ?
- La barre de chocolat à la sortie de la piscine : est-ce une habitude ? ou une idée reçue sur la représentation de l'effort ? Est-ce une nécessité ou pas ?
- Que fait-on de l'animateur et de son habitude par rapport à cet encas ?
- Le grignotage apporté par les enfants, ils n'en parlent pas. Faut-il les informer et comment ?

## **2<sup>ème</sup> étape : novembre 2002**

Cette formation / action s'est déroulée sur 2 jours.

1<sup>ère</sup> journée : à laquelle participaient coordinateurs de secteur enfance et directrices.

- rappel sur les groupes d'aliments en lien avec le code des couleurs.
- besoins nutritionnels de l'enfant.
- les quantités par âge.
- l'équilibre alimentaire au quotidien et les rythmes alimentaires.
- Quelques données récentes sur alimentation et surcharge pondérale.

2<sup>ème</sup> journée :

- rendu des entretiens de septembre au groupe et réflexion sur les solutions à apporter au vue d'une problématique commune à tous les centres.

A la suite de cette 2<sup>ème</sup> journée, une stratégie d'actions est alors programmée suivant 3 axes complémentaires : la formation des animateurs, une enquête des habitudes alimentaires des enfants, une information aux parents.

## **3<sup>ème</sup> étape importante : la formation des animateurs.**

Ce sont eux qui sont acteurs sur le terrain et les modifications ne peuvent pas se faire sans eux.

Il a été décidé de former 70 animateurs en 6 groupes sur une période d'avril à mai 2003.

Cette intervention s'est fait en 2 temps auprès des animateurs :

- collecte de leur vision de la journée alimentaire au C.L.S.H. avec en parallèle une pesée des denrées jetées sur un repas de midi.
- formation sur les besoins nutritionnels des enfants.

En fin de formation auprès des animateurs, a été posée la question suivante :

**Vous avez vos propres représentations sur l'alimentation de l'enfant, complétée maintenant par cette information nutritionnelle, quelle est votre vision de l'alimentation de l'enfant et quelles sont vos interrogations actuelles ?**

Voici quelques remarques formulées par les animateurs :

Ils disent porter un regard différent sur les besoins de l'enfant : moins de viande, importance des produits laitiers, éviter les sucreries, la non-nécessité évidente du petit déjeuner au centre de loisirs et les quantités données au goûter, être capable de dire non au surplus, ne pas redonner deux fois à manger, être vigilant par rapport aux grignotages.

Ils disent avoir eu des éléments pour la conception du petit déjeuner.

Ils disent avoir eu une préparation plus approfondie pour les menus en camp.

Les barres de chocolat ne sont pas nécessaires après la piscine.

Plus généralement, les animateurs disent que cette formation va leur permettre de regarder certains aliments d'une autre façon. Il y a une prise de conscience de l'alimentation sur le bien être des grands comme des petits. Une prise de conscience professionnelle et personnelle : apprendre à mieux manger et gérer les quantités. Les animateurs précisent qu'il n'est pas facile de rester derrière chaque enfant au centre de loisirs.

Remarques complémentaires :

- l'importance de refaire régulièrement une formation.
- voir cette formation étendue sur les écoles, sur les restaurants scolaires, avec les parents avec les enseignants et du personnel de service.
- Nécessité de poursuivre la réflexion sur les centres, de réajuster l'équilibre du goûter et réorganiser le petit déjeuner.
- Mieux travailler avec la cuisine centrale sur ces prestations.

**4ème et 5ème étape : avril 2003 :**

Enquête alimentaire sur les habitudes alimentaires des enfants fréquentant le centre de loisirs. Nous avons construit un document sur lequel l'enfant collectait toutes ses prises alimentaires de la journée y compris le petit déjeuner de la maison, le petit déjeuner au centre et ceci jusqu'au goûter vers 17 heures.

Présentation de 2 fiches excessives :

<b>Centre de loisirs</b>	<b>enfants de 3 à 6 ans</b>
<b>Petit déjeuner</b> Pas de petit déjeuner à la maison Pas de petit déjeuner au CLSH	
<b>Grignotage</b> ½ choco à 12 heures après la piscine	
<b>Déjeuner</b> 2 assiettes de salade de pâtes 1 tranche 1/2 de rôti de veau Un peu de légumes Fromage Pain Pas d'eau Pas de dessert	
<b>Goûter</b> 1 sandwich et 1 tranche de viande 2 tranches de pain d'épices avec confiture de fraise et d'abricot 1 verre de lait	

**Petit déjeuner**

1 choco à 7h45

**Petit déjeuner au CLSH à 8h30**

2 verres de céréales au chocolat

3 verres de lait

2 petit louis (fromage)

**Grignotage**

1 lion

**Déjeuner**

Betteraves vinaigrette

1 tranche de jambon

pâtes et ketchup

2 fromages

2 flans au caramel

1 tranche de pain

1 verre d'eau

**Goûter**

1 madeleine

1 banane

1 pomme

1 fromage blanc sucré

Au niveau de l'information des parents :

Nous avons diffusé auprès des parents des enfants fréquentant le CLSH le dépliant « Bon appétit les enfants » et en parallèle, nous avons installé des expositions sur l'équilibre alimentaire dans les centres.

**6<sup>ème</sup> étape : réunion bilan et perspectives : juin 2003**

Lors de la réunion bilan de ce projet, étaient présentes madame Douget, les directrices de Centre de loisirs, et moi-même (Madame Morvan).

Les décisions prises sont les suivantes :

- il n'y aura plus de service petit déjeuner au CLSH, mais un fruit sera proposé uniquement.
- il n'y aura plus de fromage à disposition tous les jours mais uniquement lorsqu'il sera au menu.
- la composition du goûter souvent trop copieux est également rediscutée.
- les ateliers cuisine et pâtisserie devront être repensés et ajustés en fonction des autres repas.
- les animateurs devront mieux gérer la consommation des enfants et notamment hors des repas.
- une fiche nutrition synthétique a été créée pour les animateurs non permanents (d'été).

### **Les suites à donner :**

- Des fiches nutrition à intégrer dans le classeur de l'animateur permanent seront rédigées fin septembre 2003.
- Il faudra envisager un nouveau bilan avec les animateurs et un suivi des modifications au niveau des C.L.S.H.
- Il faudra poursuivre par une éducation nutritionnelle auprès des enfants.

Cette année de travail en lien étroit avec les C.L.S.H. nous a interpellé sur la méconnaissance évidente des bases de l'alimentation de l'enfant qui engendre des idées reçues.

La question que l'on se posait : ne faudrait-il pas envisager une généralisation des formations nutrition auprès des acteurs de l'enfance ?

## Projet auprès d'un groupe d'adolescents volontaires en ZEP : promotion de l'activité physique et sportive et prévention de l'obésité.

**Frédéric Loussouarn**  
**Jean Ripaud**

*Autre expérience de prévention originale maintenant, qui touche au cœur une préoccupation générale : comment sensibiliser ceux qui sont les plus en difficultés par rapport à une démarche que l'on veut mettre en place, à savoir la prévention de l'obésité. Le projet qui va vous être présenté maintenant concerne un groupe d'adolescents volontaires en Zone d'Education Prioritaire à Brest. Il est mené conjointement et sur convention par le service santé publique de la ville de Brest et la Fédération Sportive et Gymnique du Travail (FSGT). Frédéric Loussouarn est Fédérateur de projets en santé publique, il coordonne les actions de la ville sur les actions alimentaires : petit déjeuner pédagogique par exemple, et prévention de l'obésité sur les quartiers. L'expérimentation dont il est question maintenant a lieu sur le quartier de Keranroux à Brest. Jean Ripaud est Animateur de la FSGT, responsable du secteur jeunes. Ils étaient faits pour se rencontrer puisque vous savez que la FSGT est une fédération multi -sport pour tous. Cette fédération propose plus de 60 activités et prône surtout le développement des droits de tous les êtres humains : l'éducation, la santé, le sport, la culture et les loisirs.*

### **Intervention de Frédéric Loussouarn et Jean Ripaud :**

On se situe vraiment plus en prévention primaire, en promotion hygiène de vie entre guillemets qu'en prévention de l'obésité réellement. C'est vrai que c'est un terme générique. C'est une expérimentation, même au niveau de la ville, auprès d'un groupe d'adolescents volontaires du quartier de Keranroux à Brest.

#### **Choix du quartier :**

Ce quartier est un quartier contrat de ville ou ZEP avec une population majoritairement jeune puisque 40% ont moins de 25 ans ; extrêmement peu qualifiés : seulement 2.8% ont bac +3 et plus et 86 % n'ont pas de qualifications ou peu.

Le nombre de familles monoparentales a été multiplié par deux. 36.9% de chômage pour les moins de 25 ans, un taux très important et 20% en moyenne.

On note de très grandes difficultés, notamment pour les parents, liées à l'alcool.

C'est pour nous une zone pilote, une zone où les actions d'éducation doivent être discriminantes sur un plan positif.

#### **Le contexte :**

- Le PNNS, notamment au niveau des actions promotion de l'activité physique et l'augmentation de la consommation de fruits et légumes. Sur ce quartier, il y a nettement moins de consommation de fruits et légumes.
- Le programme local :  
Brest depuis la semaine dernière est ville pilote du PNNS, et il y en a 12 en France. Ce programme local va se décliner rapidement.
- Les actions déjà existantes :  
Depuis 1998, dans les zones contrat de ville, ils existent des petits déjeuners pédagogiques associant systématiquement les parents. Autant l'éducation nutritionnelle est importante que l'association des parents à l'école. C'est un double objectif avec le service de promotion de la santé en faveur des élèves.

Sinon, les actions des ateliers avec la Confédération Syndicale des Familles (CSF) notamment auprès des personnes en situation de précarité. Un certain nombre de choses existent.

- La politique de la ville :  
Elle rentre dans le cadre du contrat de ville mais aussi du projet éducatif local. On parlait de prendre l'enfant dans sa globalité. C'est le cas ici car le Plan Educatif Local (PEL), notamment sur le haut de la rive droite, fonctionne bien et qu'il associe les associations de parents d'élèves, l'éducation nationale, les structures de quartiers, la prévention spécialisée, la ville évidemment et l'ensemble des acteurs intervenant autour de l'enfant de 2 à 16 ans.

**Les objectifs** : ils sont expérimentaux et très humbles.

- Favoriser la pratique physique et sportive auprès de ces jeunes. Ces jeunes ne sont pas insérés dans les clubs, les expériences pour les insérer n'ont pas fonctionnées.
- Réduire le temps passé devant la télévision. Paradoxalement, on a une situation de précarité mais chaque enfant a la télévision dans sa chambre. Même dans les écoles classiques, on a quasiment une télévision dans chaque chambre.
- Réduire le grignotage. Déjà apprendre ce qu'est le grignotage. On a à faire à des enfants déstructurés : il n'y a pas de repères familiaux, problèmes d'alcool, difficultés de rencontrer les parents, il a fallu aller les chercher. Les enfants sont confrontés à eux-mêmes : ils font les courses, se servent dans le frigo, ils réveillent tout le monde le matin. Ce sont des situations critiques.
- Introduire dans l'absolu des notions d'équilibre alimentaire.

On dit qu'il y a trop d'informations aujourd'hui, mais pas dans ces zones urbaines (télé publicité, pas accès à Internet).

### **Le déroulement :**

Nous nous sommes associés avec le collège, la SEGPA et l'infirmière scolaire. Il y a beaucoup de petits déjeuners d'information et de sensibilisation au collège. Petits déjeuners équilibrés et réunions d'informations avec les élèves.

Une démarche un peu particulière avec les élèves de la SEGPA. On a séparé les SEGPA et les 6èmes classiques mais ensuite pour les associer dans le programme, pour les intégrer dans les volontaires, pour qu'ils ne se sentent pas exclus non plus.

Les jeunes ont pu s'inscrire soit par le biais de l'infirmière scolaire ou le bureau de la vie scolaire, soit par le biais des enseignants de SVT, soit auprès du service de santé publique.

Nous cherchions un groupe de 10 jeunes volontaires. Dans l'évaluation, on note que l'on en a eu 4 à 5 toute l'année.

Nous avons mis en place des ateliers d'initiation sportive le mercredi et des ateliers cuisine 1 fois par mois.

### *Jean Ripaud prend la parole,*

Je suis impliqué dans le projet en tant qu'animateur sportif. J'anime des séances d'activités sportives pour ce groupe de jeunes.

J'organise les activités sur 3 séances pour essayer de faire le maximum d'activités ; de donner un goût aux loisirs sportifs ; de pouvoir gérer leurs activités physiques futures de manière autonome. Le but étant de les intégrer dans des clubs sportifs.

C'est relativement dur car ils ne pratiquent pas du tout et leur milieu social ne leur permet pas d'avoir accès à ces pratiques là par rapport au coût.

J'essaie de multiplier les activités sportives afin de leur montrer le plus possible d'activités et qu'ils puissent ensuite choisir une activité dans le futur.

Toutes les activités étaient proposées : escalade, sport collectif, activités de pleine nature, des activités de raquette ; suivant le matériel et des installations sportives à disposition.

*Frédéric Loussouarn reprend la parole,*

Pour en revenir aux ateliers cuisine, ces ateliers se sont déroulés avec une diététicienne et une animatrice, Karine Hernot, qui fait le lien entre le sport et le quartier. Ils ont eu lieu 1 fois par mois. C'est de l'initiation. Ils préparent et mangent un repas ensemble et discutent.

Ces ateliers se sont bien passés, une bonne régularité. Il est difficile de leur faire intégrer que manger à table c'est classique, et que d'avoir un repas équilibré c'est une entrée, un plat de résistance et un dessert. Ils n'ont jamais vu cela ; ni le fait que l'on puisse discuter et prendre le temps de manger. Les ateliers cuisine ont été l'occasion d'échanges importants qui vont largement au-delà de l'alimentation. C'est le moment où ils ont pu aborder les problèmes d'hygiène, de sommeil, de télévision ; le sommeil lié au stress, à la crainte de placements, ...

### **Evaluation :**

#### - Participation :

Au niveau de la participation, c'est vrai que si on veut la faire perdurer, il va falloir que l'on arrive à un groupe de 10 jeunes. Nous avons ciblé les 6èmes et comme sur le quartier ils fonctionnent plutôt en transversalité, on va faire 11-15 ans. Pour eux, pour accompagner les « petits frères », ça sera plus facile sans doute.

La participation était liée également au fait que l'on travaillait avec Don Bosco (la prévention spécialisée) et que l'éducatrice qui pouvait les amener du quartier au lieu d'activité a pris un congé maternité très rapidement.

#### - Les thèmes abordés :

C'est une grosse richesse. Quelqu'un parlait effectivement ce matin de la globalité. On ne peut pas intervenir auprès de ce public que sur l'alimentation. Cela serait ridicule de leur parler de grignotages ou d'équilibre alimentaire, il faut les prendre dans la globalité.

#### - Les problématiques importantes :

Nous avons ciblé ce public car peu de personnes y travaillent.

#### - Les liens entre les différents partenaires :

Nous avons fait un bilan cette année. On repart différemment. Le PEL prend vraiment du sens au niveau de la rive droite. Nous repartons avec le service des sports de la Ville, avec la FSGT bien sur, avec Don Bosco, avec des animateurs jeunesse, avec la santé scolaire. Une dynamique beaucoup plus forte s'enclenche. L'objectif étant de généraliser sur d'autres quartiers.

#### - Les limites :

- l'âge des participants.
- la sortie du quartier.
- l'importance de l'accompagnement.

### **Les suites :**

- S'insérer dans les écoles de sport existantes. Certaines écoles invitent les enfants à découvrir les activités physiques et sportives dans certains quartiers. On va essayer de le généraliser. Nous ferons des sensibilisations à l'équilibre alimentaire durant ces activités.
- Renforcer le lien avec les jeunes du quartier et développer la proximité. Former des animateurs du quartier comporte des limites car ils ont d'autres problèmes à traiter. Il faut une présence sur le quartier. L'animateur qui fait le lien est réellement important.

- Les impliquer davantage dans la mise en œuvre de leurs pratiques. L'idéal est de les amener à se projeter d'une semaine sur l'autre.

On passe un peu la vitesse supérieure l'année prochaine, il y a le défi santé-voile qui vient de voir le jour, avec le défi santé-sport en général. Ca va être sur l'ensemble de l'agglomération que ces actions vont promouvoir les activités physiques et sportives, l'accès pour tous au sport, aux actions d'équilibre alimentaire, de nutrition.

Il faut savoir que déjà les petits déjeuners, c'est à peu près 1200 enfants chaque année.

Pour « Les vendredis du sport », on intervient également dans les CLSH depuis longtemps sur les actions qui ont lieu durant l'été. Ces actions existantes sont assez fortes.

On les renforce avec le défi « santé-voile ». C'est un outil de communication avec un skipper qui fait la course du Figaro. Les enfants suivront le skipper sur le sommeil, sur la prévention solaire, sur l'équilibre alimentaire, sur la promotion des fruits et légumes avec un site également où l'on pourra poser des questions.

C'est Benoît Petit, le skipper qui nous rejoint.

Solène Désert qui est la championne de France du 400 mètres, qui sera au championnat du monde l'année prochaine et qui habite Kérourien, le quartier proche de Kéranroux, a dit qu'elle serait la marraine de ces jeunes.

Les « vendredis du sport », ce sont des activités sportives et nautiques, gratuites et ouvertes à tous et où l'on fait des petits déjeuners.

Le projet expérimental de Kéranroux sera élargi avec des enfants en moins grande difficulté mais généralisé sur la ville et évalué dans le cadre du PNNS.

*Monsieur Loussouarn remercie les organisateurs pour l'intervention de Marion Clair du Val de Marne : on sait que l'on va à peu près dans le bon sens car à l'autre bout de la France, on travaille également dans la même direction.*

## Activité physique et temps périscolaire, l'expérience de la Ville de Châteaulin.

**Frédéric Chevalier**  
**Daniel Guigourès**

*Nous allons accueillir maintenant Daniel Guigourès et Frédéric Chevalier. Il s'agit cette fois d'une expérience qui va se dérouler sur le temps périscolaire. Daniel Guigourès est Responsable de la restauration municipale du secteur scolaire ; s'occupe de tous les personnels qui interviennent dans les écoles ainsi que de l'équipe d'animation du temps des repas. Il s'occupe également de l'animation d'un journal scolaire. Frédéric Chevalier est Educateur sportif. L'action se déroule à Châteaulin. Frédéric Chevalier est emploi jeune à la ville de Châteaulin et je précise que c'est un emploi pérennisé depuis juin dernier. Il a un brevet d'état d'éducateur en activités physiques et sportives.*

### **Intervention de Daniel Guigourès :**

Comme on va vous parler d'activités physiques, on a choisit de le faire assis. On va se ménager pour commencer.

Je vais commencer par vous présenter un rapide historique du service de restauration municipale et de ses évolutions par rapport à la politique enfance / jeunesse de la Ville de Châteaulin.

L'année 1999 :       Recrutement d'un responsable de la restauration municipale  
                          Création du service d'animation du temps du repas.

L'année 2000 :       Réorganisation de l'ensemble du service de restauration municipale :  
restructuration de la cuisine centrale sur 3 ans ; programmation d'un plan de rénovation des restaurants scolaires pour favoriser l'accueil et le bien être des enfants ; modification du plan alimentaire et des menus en retravaillant l'équilibre alimentaire et modification des habitudes par la formation des agents ; mise en place d'animations sur la nutrition dans les écoles en association avec différents partenaires : La Chambre d'Agriculture, Aprifel, le CIDIL, les commerçants, agriculteurs,...

L'année 2001 :       Mise en place d'une démarche qualité dans les achats et création d'un partenariat avec des agriculteurs locaux.

Ce qui nous amène aujourd'hui à :

Un audit interne du service de restauration scolaire à l'école primaire Marie Curie de Châteaulin (220 enfants au restaurant scolaire, 5 encadrants pendant le service et 4 personnes sur l'animation et la surveillance).

L'organisation du temps du repas se fait en 2 services :

Un premier service de       12h à 12h45.

L'animation de               12h45 à 13 h20.

Un deuxième service de   12h40 à 13h20.

L'animation de               12h à 12h40.

Dans ce constat, on avait remarqué que les enfants sortant de classe avaient besoin de se détendre avant le repas. Plusieurs activités étaient proposées mais aucune ne concernaient les activités sportives pour lesquelles les enfants étaient demandeurs. D'où l'importance de poursuivre l'aménagement du temps du repas en encadrant les jeux de cour, le football en l'occurrence, qui donnaient lieu à des disputes ou des bagarres.

Nous avons constaté de même que les enfants qui pratiquaient le football sur la cour rentraient plus calmes et déjeunaient mieux, ce qui permettait de descendre le niveau sonore au restaurant scolaire et de favoriser la consommation alimentaire de ce groupe d'enfants.

En septembre 2001, lors de la réflexion dans le cadre du temps du repas sur le besoin de l'enfant de faire du sport et sur le rôle que nous pouvions lui apporter dans la découverte de ces pratiques nouvelles, sur le bénéfice retiré toujours en luttant contre le bruit et en favorisant la consommation alimentaire.

Cette réflexion de 2001 a débouché sur la venue de Frédéric Chevalier (emploi jeune à la mairie à l'époque et éducateur sportif) pour proposer et encadrer les activités avant le repas auprès des enfants de 9 à 12 ans.

### **Intervention de Frédéric Chevalier :**

A la demande de Daniel Guigourès, on a lancé l'opération activités physiques sur le temps du repas qui s'ajoutait en fait aux activités déjà proposées par les animatrices.

La durée de l'intervention tous les midis est de 40 à 45 minutes, entre la fin des cours et le repas des enfants pour ceux de CE2, CM1 et CM2.

Je mets en place des cycles de 4 à 5 séances par activités et toujours avant le repas pour permettre aux enfants de se défouler avant le repas de midi.

Les activités se font sous la forme d'animations pédagogiques (échauffement, situation, jeux) ou sous la forme d'organisation de tournois où les enfants s'impliquent dans l'arbitrage ou l'organisation.

Le type d'activité est varié pour toucher un maximum d'enfants : badminton, sports collectifs, handball, football, lutte, gym ou accrogym (gym avec des figures dynamiques ou statiques).

La fréquentation sur l'année : tous les enfants participent au moins à une activité.

Les moyens :

Nous avons un gymnase à l'intérieur de l'école, cela nous permet d'avoir un lieu de pratiques.

L'objectif de ces activités :

- Améliorer l'accueil sur le temps périscolaire.
- Contribuer au bien-être des enfants en mettant l'accent sur la convivialité et le plaisir qu'ils peuvent prendre en pratiquant.
- Découverte de pratiques nouvelles.
- Favoriser la socialisation en privilégiant le sens de la participation et en responsabilisant les enfants.

Suite aux succès de ces animations pour les CM1 et CM2, on a décidé en janvier 2002 de proposer ces activités aux CP et CE1 également.

Le fonctionnement est le même. La fréquentation reste la même. Au niveau du fonctionnement, on a permuté les services de restauration. Entre chaque petite vacance, on change.

Plus particulièrement, je vais vous parler de mon rôle sur la ville de Châteaulin. Suite au départ de l'ancien éducateur sportif, personne n'était venu le remplacer d'où la création de cet emploi. Ce poste a été créé pour permettre au plus grand nombre l'accès au sport, de 3 à 77 ans, cela concerne toute la population. Le but étant de mettre en place une dynamique d'animation sportive.

Des passerelles ont été mises en place avec les différents partenaires de la ville lors de manifestations du type la fête du sport, la mise en place de tickets loisirs, cela correspond à

« Atout sport » à Quimper avec proposition de différentes activités ou des interventions directes dans les structures municipales ou scolaires. Le but étant que tous les acteurs de la vie sportive participent à l'animation et à l'éducation des enfants. Qu'il n'y est pas une seule structure de référence mais qu'ils puissent se retrouver dans toutes les structures.

Grâce à ces animations, nous avons pu multiplier les activités sportives à Châteaulin, on peut noter qu'il y a 33 pratiques sportives à Châteaulin pour 5700 habitants, c'est assez important. Cela a permis de créer des activités qui n'existaient pas : le kayak, la boxe, gouren, aikido, plongée, de multiplier les activités pour les enfants, de faire découvrir le sport aux enfants dans différents types de structures et sous des formes différentes.

*Daniel Guigourès reprend la parole,*

Cette création de poste sur le service de la restauration scolaire, qui découlait de l'observation des enfants et du bon sens, nous a permis de pérenniser cet emploi ; de remplir une de nos missions dans le cadre du PNNS et a été suivi de nombreuses pratiques de la part de tous les agents du service animation et des modifications de leurs pratiques et de leurs habitudes.

Ce travail est relayé par la communication et la sensibilisation des parents à de meilleures pratiques alimentaires, par l'intermédiaire du journal de la restauration scolaire distribué chaque trimestre aux enfants.

Je conclurais en rappelant le rôle de la restauration.

La restauration scolaire à cette tâche de faire découvrir le plaisir des papilles aux enfants, de diversifier leur alimentation, de lutter contre la sédentarité. C'est notre mission d'éducation.

Si elle a pu se réaliser à Châteaulin, c'est grâce à l'implication de nos élus et de toute la communauté éducative.

***Question sur le journal municipal de Châteaulin, qu'y a t-il dedans ?***

*Il y a toute la programmation des animations, des différentes fêtes, l'équilibre alimentaire, les menus, de bonnes pratiques. On parle de la vie des restaurants scolaires. On a également un temps de paroles pour les enfants, où ils s'expriment. Ils nous disent ce qui va, ce qui ne va pas, ce qu'ils veulent.*

***Vous les écoutez beaucoup ?***

*Tout à fait.*

## Prise en charge de l'obésité infantile en hospitalisation

**Krista Revert**  
**Claudie Crenn**

*Il y a des cas où, malheureusement, les enfants et les adolescents sont confrontés à l'obésité, malgré tout ce qui a pu être organisé autour d'eux ou avec eux. Leur prise en charge est prévue au Centre de moyen séjour. Nous allons prendre l'exemple de Pérharidy à Roscoff. Le Docteur Krista Revert est pédiatre au Centre de Pérharidy dans le service de réadaptation alimentaire de l'adolescent. Le Docteur Revert a un parcours tout à fait atypique puisqu'elle est irlandaise et sa formation est passée par l'Irlande, la France, le Canada. Elle a passé 10 années dans le sud-est Asiatique où elle a elle-même formé ces collègues pour améliorer la prise en charge des enfants au niveau de la pédiatrie. Le Docteur Revert a par ailleurs une pratique de pédiatrie en libéral et travaille dans une pouponnière. Vous m'aviez dit que vous ne vouliez pas travailler dans les hôpitaux classiques car les parents n'ont pas suffisamment et pas beaucoup de place dans les hôpitaux en France ; que vous avez du mal à supporter que les enfants soient en train de pleurer dans leurs lits un peu tout seul. Cela vous dérangeait beaucoup. Vous avez privilégié le travail en équipe, en vraie équipe, avez-vous précisé. Justement, Claudie Crenn en fait partie. Claudie Crenn, qui est diététicienne depuis 1988 à Pérharidy, travaillait auparavant dans une association de diabétiques et pour un centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, ainsi que pour une maison de retraite. Vous comprenez tout de suite que l'addition d'expériences, aussi variées, a pu améliorer considérablement la pratique. Vous appréciez toutes les deux de ne pas travailler dans l'urgence et au contraire sur le long terme.*

*Nous allons découvrir avec vous comment s'effectue la prise en charge des enfants et des adolescents obèses au centre de Pérharidy.*

### **Intervention de Krista Revert :**

#### **Présentation du Centre :**

Voilà une photographie de notre Centre, vous voyez, il n'y a pas de centre commercial, ni de tour, ce qui pose problème pour quelques enfants, parce que l'on est sur une pointe avec la mer tout autour.

Le centre de Pérharidy à Roscoff existe depuis 1901, c'est un établissement de soins de suite spécialisé. Il y a 315 lits dont 105 lits de pédiatrie et 45 lits pour enfants obèses. C'est le service de réadaptation alimentaire de l'adolescent. Il existe 22 centres en France comme celui de Roscoff. Il y en a 2 en Bretagne : l'autre se situe à côté de Rennes.

#### **Définition de l'obésité :**

##### **Rappel :**

Index de masse corporelle I.M.C.  
 $P/T^2$   
90-97 % = surcharge pondérale  
>97 % = obésité

Chez l'adolescent

I.M.C.<30 = modérée

I.M.C.>30 = majeure

I.M.C.>35 = morbide

+/- mesure des 4 plis cutanés

## **L'obésité :**

### **Rappel :**

- rebond d'adiposité (avant 6 ans) = augmentation du nombre d'adipocytes.
- le plus tôt = le plus de risque d'obésité à l'âge adulte.
- probable excès d'apports en protéines dans les premières années de la vie.
- Rôle protecteur de l'allaitement maternel.

### **Prise en charge des enfants obèses :**

La prise en charge des enfants obèses a démarré en 1965. Les choses ont beaucoup changé depuis cette date bien sûr .

### **Nous avons 3 possibilités de prises en charge :**

- hospitalisation complète :
  - o Soit des séjours scolaires : 1 à 2 trimestres.
  - o Séjours d'été : 1 à 2 mois.
- des consultations :
  - o 3 demi-journées par semaine.
- hôpital de jour :
  - o Pré-admission (mise en place depuis peu des hôpitaux de jour 2 fois par mois pour tous les enfants qui demandent une admission au centre).

### **Prise en charge en hospitalisation complète :**

Nous avons eu 75 lits en septembre 2000, 60 lits en avril 2001, 45 en septembre 2001. Nous comptons réduire à 25 lits en 2005 car on souhaite régionaliser, prendre des enfants de Bretagne, Grand Ouest car pour les enfants qui viennent de plus loin, il y a beaucoup de soucis avec les familles. Nous allons régionaliser surtout sur la Bretagne et augmenter notre suivi ambulatoire en même temps.

Les âges des enfants ou adolescents :

tous les enfants ont moins de 18 ans à l'entrée. Pour les séjours scolaires, on les prend à partir de 12 ans car avant c'est un peu difficile de rester 3 mois et pour un séjour d'été, à partir de 10 ans (1 ou 2 mois).

Pour une hospitalisation, il y a une commission d'admission pour décider l'acceptation du dossier. Le dossier se fait sur prescription médicale et selon :

- l' I.M.C.
- l'orientation scolaire (si nous avons la filière à proposer).
- s'il y a des pathologies associées, surtout psychiatriques ou orthopédiques lourdes, où l'enfant ne peut pas pratiquer du sport, on hésitera à prendre l'enfant.

En hôpital de jour, le bilan est fait maintenant avant toute hospitalisation. Auparavant nous avons eu des problèmes d'enfants envoyés pour une hospitalisation qui n'était pas adaptée par rapport à notre prise en charge.

Il y a des critères médicaux d'admission : on explique nos attentes, on écoute les attentes des enfants et des parents. Il faut qu'ils comprennent que le but du séjour est l'apprentissage et non pas la perte de poids. La perte de poids est la conséquence de ce qu'ils vont faire chez nous. Tout le monde peut perdre du poids et tout le monde peut rechuter après. Il est très clair dès le début que notre but c'est un apprentissage.

On fait un bilan complémentaire bien sûr : les enfants sont évalués par le psychologue et surtout par rapport à la capacité de se séparer de leur famille car même pour une semaine,

quelque fois, c'est très difficile et même à 16 ans. On voit avec les enfants s'ils sont capables de se séparer de leurs familles, si c'est le moment de perdre du poids ; et ce n'est pas toujours le moment ; si la famille est prête également à se séparer de l'enfant pendant un petit moment ; ils rentrent tous les 2 week ends mais quelque fois ça pose un gros problème.

On évalue également la motivation de l'enfant et des parents car il faut que la famille soit partie prenante dans cette histoire.

Il y a un bilan éducatif, car l'enfant doit être capable de vivre en groupe.

Ils sont 22 à chaque étage. Il faut qu'ils puissent respecter le règlement et puissent accepter une scolarité normale. Il y a des enfants qui sont déscolarisés depuis 1 an avant de rentrer au centre, donc il faut qu'ils soient d'accord pour retourner à l'école.

Il y a un problème diététique donc on passe par une enquête alimentaire. On adapte de façon individuelle. Les consignes sont simples : on demande à la famille de s'impliquer, on demande une stabilisation du poids en attendant le séjour et l'on adresse l'enfant à un confrère proche de son domicile pour un suivi en attendant de venir à Roscoff.

Je voudrais juste revenir sur le problème psychologique : il est important que l'on dépiste les problèmes psychologiques chez les enfants avant leur séjour car une fois arrivé, bien-sûr, on propose un suivi mais, si les troubles majeurs n'ont pas été dépistés, le séjour risque d'être très difficile, voir arrêté par l'enfant ou la famille.

## Intervention de Claudie Crenn

### Le séjour :

Comme on le disait au début, la particularité du séjour au centre de Roscoff, c'est qu'il y a une prise en charge multidisciplinaire.

Donc, bien entendu, dans l'équipe il y a d'abord **un médecin** qui fait un bilan médical de base. On évite de surmédicaliser l'obésité, sauf si la surcharge est très importante et dépasse 80% du surpoids.

Au niveau **diététique**, je développerais un petit peu sachant que nous sommes relayés au quotidien par **les infirmières** des unités de soins.

Il y a bien-sûr **la psychologue** qui rencontre toutes les familles à l'entrée et propose un séjour individuel à chaque enfant s'il y adhère bien entendu et sinon, elle peut très bien faire le relais avec une équipe extérieure de psychiatres ou autre.

Il y a bien entendu **l'éducateur** référent qui est une personne très importante dans l'équipe. Il sert de lien entre l'enfant, la famille et l'institution. Cet éducateur a aussi pour vocation de faire retrouver un cadre de vie à l'enfant ou l'adolescent et aussi d'accepter certaines règles et surtout de travailler sur sa dépendance.

Il y a aussi une prise en charge par **le professeur de sport** qui en plus des activités habituelles de l'école rajoute des activités particulières. Comme en plus nous avons la chance d'être au bord de mer, il y aura du char à voile, de la voile ; nous avons aussi la chance d'avoir une piscine d'eau de mer dans l'établissement qui est axée sur tous ces sports.

Bien entendu, au point de vue éducation scolaire, on en a déjà parlé puisque l'école est obligatoire. Il y a un établissement scolaire dépendant de l'Education Nationale à l'intérieur de l'établissement jusqu'en 3<sup>ème</sup>. Au-delà ils sont scolarisés sur la ville la plus proche, en fonction des filières qui existent et qui leurs correspondent.

Nous avons également **une assistante sociale** référente de chaque unité qui permet de faire souvent le lien entre la famille, donc le milieu extérieur et l'établissement, car il y a beaucoup de soucis familiaux, voire financiers chez nombre de ces enfants.

Nous nous réunissons toutes les semaines autour de la prise en charge de ces enfants. Nous voyons quelques cas par semaine et pour le projet de sortie, très souvent nous invitons un intervenant extérieur comme un éducateur ou un travailleur social dépêché par l'AEMO, judiciaire ou administrative parfois.

### **Je vais vous parler maintenant de la prise en charge diététique de ces enfants.**

#### **Les apports alimentaires :**

Les ¾ de ces enfants n'ont pas besoin de régime.

Il suffit qu'ils reçoivent une alimentation normo- calorique proche des recommandations pour leur âge, sachant qu'en général, les filles reçoivent une alimentation qui se situe entre 2100 et 2500 calories et les garçons en général entre 2500 et 2800 calories par jour. On est parfois amené à leur donner 3000 calories lorsqu'ils perdent trop rapidement.

La répartition est proche des recommandations :

15% de protéines. On essaye de diminuer le maximum de lipides à 32%, et au contraire d'augmenter les glucides à 53%, ce qui n'est pas l'habitude de la majorité avant l'entrée.

Cet apport alimentaire est réparti en 4 repas. Là aussi nous insistons pour leur redonner un rythme de manière à éviter le grignotage. Il ne faut pas croire, ils ne sont pas en prison chez nous. Il y a plein de boulangeries à Roscoff et s'ils veulent, ils peuvent grignoter. On essaye de leur inculquer un petit peu cette répartition.

#### **La répartition alimentaire :**

##### **Petit déjeuner :**

Boisson

Produit laitier sucré

Pain

Beurre

Confiture (éventuellement)

Fruit ou jus de fruits

*(La quantité de pain va dépendre de la quantité calorique de chacun)*

##### **Goûter :**

Produit laitier (boisson)

Pain

Beurre

##### **Déjeuner et dîner :**

Crudité ou potage

Viande, poisson, œuf

Féculent et légumes verts

Produit laitier ou fromage

Fruit ou dessert

Pain

Eau

## Commentaires :

Au repas de midi et du soir, nous essayons de structurer les repas ; comme effectivement ils n'en ont souvent pas l'habitude ; c'est à dire de prévoir une entrée de crudités. Il faut savoir que ces enfants ont en général un bon appétit. Il est nécessaire de diminuer la densité calorique du repas, d'où l'importance du plat principal et de prévoir des légumes qu'ils n'aiment en général pas. Un plat de viande, poisson ou œufs en plat principal.

Nous avons choisi de servir à la fois féculents et légumes verts à chaque plat pour les familiariser aux légumes car vous n'êtes pas sans savoir que les  $\frac{3}{4}$  d'entre eux n'aiment pas les légumes en rentrant. En partageant, c'est plus facile pour eux de les accepter. Ils ont par exemple des frites une fois par semaine. En dessert, toujours un dessert lacté, produit laitier, et une seule fois du fromage dans la journée et fruit ou dessert pour terminer le repas en sachant qu'une fois par semaine, ils ont des glaces. En général c'est le jour du poisson, ça aide à faire passer le poisson. La pâtisserie le dimanche pour respecter certaines traditions éventuellement. Le repas est complété par du pain et là aussi les quantités sont différentes en fonction des taux caloriques de chacun.

Les enfants mangent en salle à manger, ils sont servis et ensuite c'est eux qui se servent. Notre but est qu'ils soient complètement autonomes face à leur alimentation quand ils sortent du centre.

Nous leur proposons 3 types d'activités diététiques, qui ont lieu sur les mercredis et les samedis puisqu'ils sont scolarisés le reste du temps, toujours par petits groupes, plutôt de même niveau scolaire.

### - **3 Types d'activités diététiques**

- Apports théoriques. Cela concerne l'équilibre alimentaire mais aussi les étiquetages, ce sont des ateliers sur le goût.
- Il y a des ateliers self, de manière à les mettre en situation : le self de leur établissement et plus tard le self du monde du travail. Nous avons aussi la chance dans notre établissement d'avoir un self ouvert aux patients et aux personnels.
- Il y a également des ateliers cuisine. Ce sont des ateliers qui apportent beaucoup sur le temps d'échanges qu'il représente. Ainsi les enfants aiment manger, toucher l'alimentation. Il faut aussi savoir se faire plaisir dans ces cas là. Ces ateliers cuisine nous permettent de faire des plats qu'ils aiment bien : tartes aux légumes, pizza, spaghettis bolognaises, flan de poisson et ils repartent bien entendu avec un cahier d'une cinquantaine de recettes à la maison.

### - **Passage régulier à table**

- Dans le but d'échanger à chaud sur ce qu'il y a dans l'assiette et en général, ils ont du mal à finir leur assiette au début.

### - **Relais est donné aux soignants des unités de soins**

- 4 infirmières dans les 2 unités en permanence et des éducateurs qui organisent des ateliers extérieurs, des sorties en restaurant rapide,...

Cette prise en charge comporte une rencontre avec les familles. Si la famille n'est pas impliquée, il y a peu de chance pour que la prise en charge fonctionne.

Nous les rencontrons lors des week-ends puisqu'ils peuvent rentrer 2 week-ends par mois chez eux. Certains ne le souhaitent pas. Une rupture est parfois souhaitable avec la famille.

Nous rencontrons les familles lors des retours en vacances qui sont obligatoires de manière à ce que l'enfant se trouve confronté à ses habitudes de vie, ses tentations habituelles et que si jamais cela se passe mal, nous puissions reprendre cela avec eux au retour.

La sortie, en plus du bilan de perte de poids ou d'évolution d'I.M.C. qui est classique, nous permet de faire un bilan des changements d'habitudes alimentaires de l'enfant qui est présent ici mais surtout, l'évolution de la famille par rapport à l'enfant. C'est peut être la partie la plus difficile. A ce moment là, nous faisons également l'organisation du suivi et nous conseillons à l'enfant d'avoir un rendez-vous un mois après la sortie auprès d'un médecin et d'une diététicienne ou d'un nutritionniste et de renouveler ce suivi 2 ans au moins après la sortie.

### **Les consultations externes :**

Elles s'adressent à des enfants de la région plus proche sur les départements limitrophes ou le Finistère Nord. Elles concernent les enfants plus jeunes : de 3 ans jusqu'à 18 ans avec une moyenne de 7 à 12 ans. Les surcharges pondérales sont moins importantes que celles des séjours longues durées. La consultation n'est que médicale et diététique : nous recevons une vingtaine d'enfants par semaine.

La consultation diététique pour les externes se base toujours sur la rédaction d'un semainier. On part du vécu de l'enfant, c'est très important. On ne peut pas donner des conseils stéréotypés à tout le monde. Il faut vraiment partir de ce qui est fait dans la famille. Bien sûr nous évitons les interdits, il n'y a pas de pesées d'aliments et la seule chose que nous essayons de voir avec l'enfant et sa famille, c'est de viser à 3, 4 objectifs prioritaires qui sont bien-sûr individualisés et affinés au fur et à mesure des consultations et sont revus.

Nous demandons là encore une implication de toute la famille. Je crois que c'est à ce moment là que l'on peut valoriser l'enfant obèse : qui permet à toute la famille de s'alimenter différemment et non plus, à cause de lui, on doit s'alimenter comme ça.

L'évaluation est faite à chaque consultation de suivi. Il faut du temps pour écouter l'enfant et sa motivation et bien souvent, ce n'est pas qu'alimentaire ; du temps pour écouter la famille, pour déculpabiliser la maman qui a peur de priver ses autres enfants au détriment de cet enfant là.

Il faut laisser du temps pour grandir et pour mincir.

*Krista Revert reprend la parole,*

### **Les résultats :**

Par rapport aux résultats, nous avons un objectif double : on voudrait que l'enfant change d'habitudes alimentaires et de vie. La conséquence de cela c'est la perte de poids ou l'amélioration de l'IMC.

Pour l'hospitalisation complète, tout le monde perd du poids, en général, c'est 3 kilos par mois. Nous ne souhaitons pas une perte de poids trop rapide parce que l'image corporelle change trop vite, le psychologique ne peut pas suivre.

Certains enfants perdent trop vite et reprennent tout car ils se trouvent pire qu'avant, ayant perdu du poids. On espère un mieux être de l'enfant. Les parents disent récupérer un autre adolescent à la fin du séjour. Ils sont plus épanouis, prennent confiance en eux, ont des relations avec les autres jeunes qui sont meilleures qu'avant. Ils ont repris une activité physique et on insiste sur l'inscription au club à la sortie. C'est déjà décidé avant la sortie.

Pour l'alimentation, il y a la mise en place du petit déjeuner qui manque presque systématiquement ; la diversification des goûts : ils ont appris à manger des crudités, des légumes, des fruits et savent gérer les occasions, c'est ça le principal. Perdre du poids n'est pas difficile dans un centre, le problème, c'est la suite. C'est de cela que l'on va parler maintenant.

On va montrer quelques résultats jusqu'en 2001.

A leur sortie, tous les enfants hospitalisés au centre sont suivis par un médecin référent. Nous envoyons un questionnaire tous les 6 mois pendant 2 ans.

561 enfants suivis par questionnaire après un séjour (1995-2001)

L'âge moyen est de 14.7 ans (75% de filles)

Durée moyenne du séjour : 100 jours

Perte de poids moyenne : 3 kilos par mois

I.M.C. : de 28 à 39 mais cela va jusqu'à 52

A 6 mois : 49% de réussite, 4% d'échec, 41% sans nouvelles

A 12 mois : 37 % de réussite, 9% d'échec, 45 % sans nouvelles

A 24 mois : 14% de réussite, 12% d'échec, 60% sans nouvelles

Depuis ces résultats, chaque enfant qui quitte le service a forcément 2 médecins qui va le suivre : un médecin traitant et une personne spécialisée sur le poids : une diététicienne, un endocrinologue, un nutritionniste, un pédiatre. En général, l'enfant a pris contact avec cette personne avant la sortie.

En 1995, 30 % des enfants avaient ce suivi combiné.

En 2001, 50% des enfants avaient ce suivi combiné.

Aujourd'hui, 85% - 90% des enfants qui sortent ont systématiquement deux référents dont j'ai les coordonnées, nous allons continuer ces questionnaires. Je pourrais vous dire dans 2 ans si c'est un peu mieux.

Effectivement, les résultats sont difficiles, on voit qu'il y a une difficulté d'adhésion au suivi psychologique. Il y a évidemment un décalage entre l'enfant et sa famille. Chez nous, au centre, l'enfant a un suivi psychologique et fait du chemin, il prend du recul par rapport à sa situation familiale. Il peut voir de loin ce qu'il était avant et ce qu'il est devenu.

La famille n'a pas fait le même travail : les proches sont restés à la maison et n'ont pas eu un suivi psychologique.

Quelquefois, on voit qu'il y a un décalage et quand l'enfant rentre à la maison, il se rend compte qu'il a perdu sa place d'enfant gros à la maison et cela pose un gros problème.

Parfois, il y a des rechutes à cause de ça. On sait aussi que les enfants très obèses portent les problèmes de la famille, on aperçoit cela souvent.

Il faut mettre l'accent sur le côté psychologique : l'alimentation, c'est une chose mais pour qu'il n'y ait pas de rechutes après, souvent on propose un suivi psychologique à l'enfant et à la famille, mais c'est à la famille de mettre ça en place.

Le suivi à long terme. C'est le problème des enfants dont nous n'avons pas de nouvelles.

On avait 60% il y a deux ans. On met donc en place ce réseau et on inclut depuis 2 ans un petit courrier à l'infirmière scolaire afin de lui adresser un petit bilan avec une répartition de ce qui est recommandé sur la journée. Si l'enfant a un problème à la cantine, il peut aller voir l'infirmière scolaire. Nous avons des retours très positifs. Les meilleurs résultats de suivi se sont les suivis combinés entre médecin traitant et spécialiste. On a 50% en plus de résultats satisfaisants si c'est le cas. On va essayer de mettre l'accent sur un suivi partagé suite au séjour maintenant.

## Résultat en externes :

Au niveau des consultations externes, c'est quand même plus réjouissant car les résultats sont meilleurs. Les enfants sont plus petits, la surcharge pondérale est bien moins importante. Le profil de l'enfant est différent, ce sont des enfants dont les parents sont aidant. En général, c'est plus facile.

### Résultats de 2002 :

- 109 enfants suivis en externes pendant au moins 2 ans
- 27 garçons et 82 filles
- 67 % ont de 7 à 12 ans
- 45 % (49 enfants) ont diminué leur IMC
- 10 % (11 enfants) ont un IMC stable
- 28 % (31 enfants) ont réduit l'écart par rapport à l'IMC 50
- 17 % (19 enfants) ont aggravé leur surcharge pondérale donc 17% d'échec

Soit 83 % de résultats positifs. C'est très encourageant. En général, après deux ans, entre deux ou trois ans, le suivi de ces enfants peut s'arrêter.

### *Conclusion de Claudie Crenn,*

Vous avez compris, en conclusion, l'hospitalisation en centre de moyen séjour a bien -sûr son intérêt dans la prise en charge de l'enfant mais surtout de l'adolescent obèse, mais ne reste néanmoins qu'une éventuelle étape dans la prise en charge beaucoup plus vaste de ce problème, avec en amont et en aval un travail en réseau avec tous les professionnels concernés : médecins, diététiciens, travailleurs sociaux, médecins et infirmiers scolaire,...et de préférence quand cela est possible en équipe disciplinaire.

Anne Marine remercie très sincèrement chacun des intervenants qui nous a apporté un témoignage de qualité.

Nous nous retrouvons dans cette salle plénière à 16h45.

La journée s'est poursuivie sur le travail en groupes de réflexion.

## GROUPES DE RÉFLEXION

Les participants se sont regroupés par pays (Brest, Morlaix, Centre Finistère et Quimper). Nous vous présentons ci-dessous une synthèse de ce qui s'est dit dans ces groupes :

### **Ce qui a intéressé au cours de cette journée :**

- L'ensemble des interventions, avec un intérêt varié selon l'origine professionnelle
- La relation obésité/sommeil
- L'apport d'information qui permettra un discours commun
- L'intérêt du partenariat avec les professeurs d'EPS

### **Remarques :**

- PNNS existe depuis 2001 : quelles actions sur le terrain, quels sont les 20 projets actuellement en cours sur le Finistère ?

Il aurait été intéressant d'aborder :

- L'approche symbolique de l'alimentation
- La publicité et ce qu'elle véhicule comme message auprès des enfants
- L'anorexie (comment ne pas faire mal aux enfants en étant la goutte d'eau vers l'anorexie)

### **Ce qui serait adaptable**

- Sur Quimper :
  - Journal de Châteaulin (le miam-miam) : journal sur la restauration scolaire
  - Utiliser l'outil de l'ADES du Rhône
- Sur Brest :
  - l'expérience du Val de Marne en privilégiant le dépistage, le travail cantine –EPS, en moins étendu car moins de moyens
  - l'existant de l'expérience Brestoïse
- Sur le Centre :
  - Partir du travail que font déjà les gens : ne pas leur en demander plus mais plutôt les mettre en relation

### **Quels sont les axes de travail :**

- Sur Quimper :
  - développer un outil de communication sur la restauration scolaire
  - relancer les actions sur la collation à l'école
  - développer une information sur la relation sommeil/santé/poids
  - recenser les actions déjà entreprises dans ce domaine
  - Trégunc : un groupe de travail, avec les élus, est en place pour travailler sur le thème du temps de midi et de la qualité des repas. Les difficultés rencontrées sont surtout d'ordre financières.

➤ Sur Brest :

- Formation à la relation individuelle
- Formation des ATSEM et enseignants
- Information aux parents et travailler avec eux
- Associer les diététiciennes au dépistage des 5<sup>ème</sup>
- Aide au suivi post hospitalisation (Roscoff, CHU Morvan)
- Etat des lieux des actions existantes + outil pour l'actualiser

➤ Sur Morlaix :

- L'obésité concerne des secteurs d'activité différents. Si des groupes de secteur existent, peut-on travailler entre professionnels de secteur différent ?
- Souhait de support et de formation
- Travail par secteur dans une démarche départementale

➤ Sur le Centre :

- Harmoniser les messages et la formation = cohérence sur le département
- Formation, à partir des représentations des professionnels, à la relation individuelle
- Partir d'une formation sur le sommeil au niveau départemental et faire le lien avec l'alimentation
- Sensibiliser les élus et gestionnaires de restauration scolaire et de la DDJS
- Nécessité d'un soutien institutionnel départemental
- Formation multi – partenariale mais de proximité

## Clôture de Madame Pascale Bargain, Coordinatrice du CODES 29

Au nom du Président du CODES, qui ne pouvait pas rester parmi nous cet après midi, j'ai le plaisir de remercier les nombreux participants, intervenants, animateurs qui ont permis que cette journée génère autant d'échanges, de discussions sur une question qui préoccupe la plupart d'entre nous.

Nous espérons vivement que cette première journée de réflexion aura répondu à vos attentes, et que les interventions vous permettront d'aller plus loin dans vos pratiques professionnelles et permettront à terme de mettre en place des actions.

Ce matin, on a entendu les constats inquiétants, pas encore critiques, de la situation de l'obésité en France et dans notre département.

Il apparaît pour Chantal Crenn, que la lutte contre la stigmatisation des obèses est une priorité.

Les différentes expériences commentées cet après midi nous ont montré l'importance de chacun dans la prévention de l'obésité et que le travail en partenariat est essentiel – en effet tout le monde peut trouver sa place dans ce champ de la prévention et de la promotion de la santé, qu'il s'agisse des parents, des enfants eux-mêmes des éducateurs-animateurs, de la restauration scolaire, les élus, des soignants – santé scolaire – PMI , ou encore des chercheurs....

Nous souhaitons vivement que ce colloque permette la mise en place d'une dynamique de prévention de l'obésité, qu'elle soit locale, territoriale ou par pays. Nous mettrons tout en œuvre pour accompagner cette dynamique afin de développer la prévention de l'obésité en Finistère

Nous tenons à remercier particulièrement :

- le Conseil général et notamment Monsieur THERY qui est à l'origine de cette journée
- la municipalité d'Ergué Gabéric pour son soutien dans l'organisation technique de ce colloque et Monsieur OUADOU – régisseur éclairagiste
- Mr ABALAIN – directeur de cette salle - pour l'accueil chaleureux et professionnel qu'il nous a réservé.

Monsieur Hénaff, Président du CODES m'a également chargée de remercier toute l'équipe du CODES pour cette journée et particulièrement Florence Stelio qui s'occupe depuis de nombreux mois de toute cette organisation.

En vous souhaitant une bonne fin de journée, à bientôt.