



NOVEMBRE 2006



ACTES DU COLLOQUE ENQUÊTE TRANSFRONTALIÈRE SUR LA SANTÉ DES JEUNES SANT'AISNE

SAINT-QUENTIN, 3 MAI 2006





















ACTES DU COLLOQUE ENQUÊTE TRANSFRONTALIÈRE SUR LA SANTÉ DES JEUNES SANT'AISNE

SAINT-QUENTIN, 3 MAI 2006

Remerciements

à la Ville de Saint-Quentin pour la mise à disposition du Palais de Fervaques

au BTS Audiovisuel Lycée Henri Martin de Saint-Quentin pour l'enregistrement audio-visuel

au Lycée professionnel Jean Monnet de la Fère qui a assuré la restauration

Cette synthèse du colloque du 3 mai 2006 sur l'enquête transfrontalière sur la santé des jeunes - Sant'Aisne a été rédigée et mise en pages par Philippe Lorenzo, OR2S.

Elle a été relue par Joseph Casile et Alain Trugeon, OR2S.

Ce document (Synthèse) ainsi que l'ensemble des présentations revues par les auteurs et des débats (Verbatims) est disponible en téléchargement sur les sites de :

OR2S: www.or2s.fr

Site commun de l'action Vers des programmes transfrontaliers de santé : www.franckobelge.org

Observatoire franco-belge de la santé : www.santetransfrontaliere.org/ofbs/index.php

Le documents des Verbatims n'existe pas en version imprimée.

Copyrights

Logiciels

Adobe InDesign®, Adobe Illustrator®

Polices de caractères

A.C.M.E. Explosive, Action Man, Angelina, Florencesans, Geosans, Times New Roman

Réalisation

Macintosh PowerBook G4, Imprimante Canon CLC 3200

© Observatoire régional de la santé et du social

Siège social Faculté de médecine 3, rue des Louvels 80036 Amiens cedex 1 Tél: 33 3 22 82 77 24

Fax: 33 3 22 82 77 39

Adresse électronique : info@or2.fr, or2s@u-picardie.fr

http://www.or2s.fr

ISBN: 2-909195-37-6

Imprimée à l'OR2S en novembre 2006

Antenne de l'Aisne 116, rue Léon Nanquette 02000 Laon

Tél et fax : 33 3 23 79 08 55

Le colloque a été réalisé dans le cadre de l'action Vers des programmes transfrontaliers de santé, enquête transfrontalière sur la santé des jeunes, co-financée par le Feder (programme Interreg III), le conseil général de l'Aisne et la DRASS de Picardie (plan régional de santé publique).

SOMMAIRE

Introduction	7
Résultats d'enquête (1997-2004)	11
Surcharge pondérale et image de soi	11
Les déterminants	12
État de santé	13
Mise en perspective	17
La spirale de l'obésité	17
Des éléments pour une prévention précoce	18
L'action de l'Europe	19
Trois outils de réflexion et d'intervention	19
Les allégations nutritionnelles	20
Les politiques publiques d'intervention	21
La politique régionale en France	21
La politique du ministère de la Santé en région	
La politique académique	22
La politique de la communauté française de belgique	23
Les outils développés	24
France : le comité d'éducation à la santé et citoyenneté (CESC)	24
Communauté française de Belgique : les équipes de promotion de la santé à l'école (PSE)	26
Les dispositifs de recueil de l'information	27
L'observatoire régional d'épidémiologie scolaire	27
L'observatoire de la santé du Hainaut et les centres PSE	29
Quelques actions	31
Collèges d'Hirson et de Château-Thierry	31
Le collège Cobast à Hirson	
Le collège Rostand à Château-Thierry	33
Promotion de l'équilibre alimentaire en milieu scolaire	34
« Je croque la pomme », lycée Henri Martin de Saint-Quentin	35
Le groupe départemental sur la prévention de l'obésité de l'enfant	36
Forum nutrition-santé	36
Dépistage des enfants de 12-13 ans	37
Inciter à la pratique sportive les enfants en surpoids	
Conclusion	39
Le point de vue de l'Éducation nationale	30
Observation	
Action	
Le point de vue de la médecine	41



INTRODUCTION

Dans nos sociétés, on observe depuis plusieurs années une fréquence importante du surpoids et de l'obésité. Dès 2000, l'OMS qualifie de « globésité » l'épidémie globale d'obésité qui gagne l'ensemble des populations de la planète.

Le surpoids comme l'obésité représentent ainsi un défi majeur. Ils résultent essentiellement d'une alimentation inadéquate associée à une forte sédentarité. Ils sont donc éminemment liés à nos modes de vie, au-delà des seuls facteurs individuels comme l'hérédité... Le développement technologique, les transports publics, l'aménagement urbain, les médias, la forte offre alimentaire contrastant avec la relativement faible offre de service d'activité physique sont parmi les facteurs qui déterminent le plus l'obésité et le surpoids. Mais eux-mêmes sont surdéterminés par les milieux sociaux, culturels, économiques, physiques dans lesquels les populations vivent. Aborder le problème de l'obésité et du surpoids revient donc à analyser le rôle de chacun de ces facteurs, tout en essayant de gommer les zones blanches de la connaissance, comme par exemple l'influence réelle des médias ou encore celui de la structure familiale sur la prise de poids.

D'un autre côté, notre société se trouve en tension permanente entre la montée du surpoids dans la population et la valorisation d'une esthétique de la minceur, associée aux valeurs de beauté, de santé, de bien-être... L'écart entre cette esthétique devenant norme et la réalité risque d'entraîner chez les individus une insatisfaction grandissante face à leur l'image corporelle. Les conséquences en sont multiples : régimes amaigrissants, désordres alimentaires, baisse de l'estime de soi, dépression.

Les jeunes constituent certainement une population vulnérable. Ils semblent extrêmement perméables à la publicité et sont, en ce sens, de forts prescripteurs d'achats, notamment alimentaires. La présence de distributeurs de boissons sucrées et de produits chocolatés dans les établis-



LE COLLOQUE

- L'obésité précoce Claude Ricour
- Résultats des enquêtes transfrontalières Véronique Tellier, Alain Trugeon, Olivier Zielinski
- La politique européenne Anne Ferreira
- 1^{re} table: Actions des collèges d'Hirson et de Château-Thierry
 Jean-Paul Clerbois, Delphine Delecourt, Dominique
 Mallet, Laurette Pannier
- 2º table ronde : Politiques publiques de prévention à l'école
 Anne Boucquiau, Gisèle Desmoutiez, Marie-Françoise Prévot
- tion d'actions en France et Belgique Martine Bauwens, Patrick Dublé, Laurence Henneré, Véronique Hourdin, Bernard Ledésert, Véronique Tellier, Daniel Tourbe

• 3e table ronde : Présenta-

sements scolaires les incitaient à la consommation de produits dont les valeurs nutritionnelles ne répondaient pas aux recommandations internationales. Sans parler de l'inactivité physique, tant en milieu scolaire qu'en dehors de l'école.

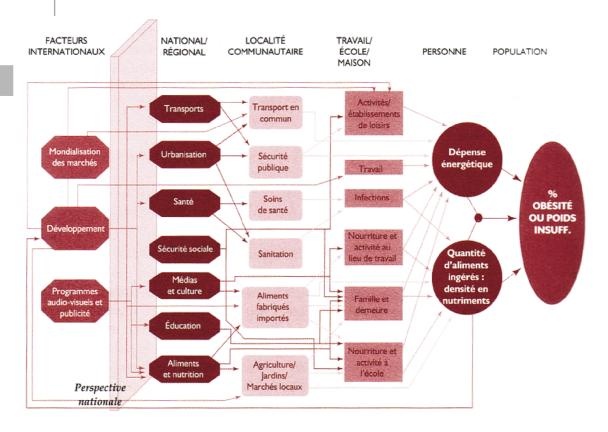
L'enquête transfrontalière sur la santé des jeunes (ETSJ), qui pour sa partie axonaise est connue sous le nom de Sant'Aisne, mesure en deux vagues successives – 1997 puis 2004 – cette tendance forte des sociétés occidentales. À partir d'un recueil de données modulaire en milieu scolaire, elle met à jour les déterminants de santé et les comportements des jeunes âgés de 12 à 17 ans dans l'Aisne et le Hainaut.

Cette enquête est unique à bien des égards. Elle permet en effet de juxtaposer deux photographies, l'une prise en 1997, l'autre en 2004. Cette comparaison temporelle se double d'une comparaison territoriale entre l'Aisne et le Hainaut, à laquelle il faudrait ajouter pour 1997 une comparaison avec le Québec, le canton de Vaud en Suisse et la ville de Sousse en Tunisie. Sur les deux recueils franco-belges, 12 730

jeunes ont été sollicités, dont 6 139 ont accepté une prise de sang. Les informations anthropomorphiques (poids, taille...) ont été directement mesurées par les équipes de santé des établissements. L'indice de masse corporelle se base sur une mesure et non sur du déclaratif qui sous-estime la prévalence de l'obésité. Le croisement des informations mesurées et des données déclaratives du questionnaire fait toute la richesse de l'enquête transfrontalière

La première version de cette enquête (1997) a été largement utilisée dans les deux régions du Hainaut et de Picardie. Comme l'ont souligné Luc Berghmans ou Anne Boucquiau, pour le Hainaut, Éric Regnaut pour la Picardie, les résultats ont permis d'enclencher une réflexion sur la santé des jeunes, relayée le plus souvent par les médias et sont le point d'ancrage de politiques publiques : d'abord les programmes régionaux de santé publique (PRSP) en Picardie ; le plan national nutritionsanté en Belgique.

Les déterminants de l'obésité, International Obesity Task Force (IOTF)



Elle a permis aussi de rendre durables les liens entre les deux observatoires. De cette forte proximité a découlé l'organisation du premier, puis du deuxième colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé, qui se sont tenus respectivement à Amiens et à Québec, ainsi que l'ont rappelé Luc Berghmans ou Christian Huguet. L'édition québécoise de ces colloques pointait la nécessaire proximité entre le social, le médical et le médico-social dans la prise en charge de la santé des jeunes, notamment pour les plus exclus.

L'enquête transfrontalière a aussi développé pour l'observatoire de santé de Picardie, devenu depuis l'observatoire de la santé et du social (OR2S, juin 2006), une activité forte vers l'observation de la santé des jeunes, inaugurée dix ans plus tôt. Deux autres recueils d'information sont menés conjointement à l'enquête tranfrontalière et en complètent les résultats pour la région : l'extension régionale pour les 12-25 ans du Baromètre santé (INPES), comme l'a évoqué Joseph Casile en introduction, mais aussi le dispositif JESAIS, qui reprend une méthodologie analogue à celle de l'Aisne, en croisant, sur trois territoires picards et pour trois niveaux (CP, sixième et seconde) un auto-questionnaire et des mesures anthropométriques.

Le colloque qui s'est tenu à Saint-Quentin (Aisne) en mai 2006, avait pour objectif de présenter les premiers résultats de l'enquête, notamment sur l'obésité. Il s'est articulé autour de plusieurs temps forts : présentation comparée des résultats de 1997 et 2004, deux conférences plénières et trois tables rondes. Deux plaquettes ont été éditées à l'occasion de cette manifestation, rédigées par les deux observatoires. D'autres documents seront publiés jusqu'à la fin du programme en juin 2007. Les participants venaient de l'Éducation nationale et de l'enseignement privée (médecins, infirmiers, conseillers d'éducation, chefs d'établissement, conseillers techniques...), des administrations sanitaires et sociales, du secteur associatif, de l'Assurance maladie, des collectivités locales...

Le présent document n'entend pas donner *in extenso* le contenu des présentations et échanges mais il en propose une réécriture. Le lecteur intéressé pourra trouver sur les sites internet de l'OR2S (www.or2s.fr), du programme PTS (www.franckobelge.org) ou de l'Observatoire franco-belge de la santé (www.www.santetransfrontaliere. org/ofbs/index.php) la retranscription de l'ensemble du colloque.

La première partie de ce texte présente les résultats de l'enquête. Une mise en perspective est réalisée à partir des conférences de Claude Ricour et d'Anne Ferreira. Un rappel des dispositifs existants en France, en Communauté française de Belgique et en Hainaut pour faciliter l'intervention en milieu scolaire précède les dispositifs de recueil d'informations et les actions mises en place présentées lors du colloque. Enfin, la conclusion reprend celles proposées lors du colloque.

Un second colloque se tiendra en novembre 2006 à Mons en Belgique. Il présentera l'ensemble des actions intégrées dans *Vers des programmes transfrontaliers de santé*:

- tableau de bord transfrontalier de la santé (TBTS) ;
- enquête transfrontalière sur la santé des jeunes (ETSJ) ;
- partenariats pour des interventions en promotion de la santé (PIPS).

L'ensemble des présentations et des débats qui auront eu lieu lors de ces deux colloques, le travail dans les différents comités de pilotage, les besoins émanant des institutions ou des professionnels, serviront de base à une réflexion pour un nouveau projet transfrontalier

LE COLLOQUE

Discours introductifs

Christian Huguet, maireadjoint de Saint-Quentin Joseph Casile, président de l'ORS Picardie

Eric Regnaut, médecin inspecteur de santé publique, DRASS de Picardie

Luc Berghmans, médecin directeur de l'OSH

Anne Boucquiau, cellule santé, cabinet de ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé, Communauté française de Belgique

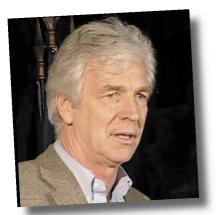
Conclusion

Gérard Domalain, inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'Éducation nationale de l'Aisne

Jean-Pierre Canarelli, président de la conférence régionale de santé de Picardie

Animateur Matthieu Méreau





Luc Berghmans, directeur, observatoire de la santé du Hainaut



Christian Huguet, maire-adjoint, Saint-Quentin



Éric Regnaut, médecin inspecteur de santé publique direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Picardie



Anne Boucquiau, responsable cellule santé, cabinet du ministre de la l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé Communauté française de Belgique



Joseph Casile, président observatoire régional de santé de Picardie

RÉSULTATS D'ENQUÊTES (1997-2004)

Dans l'édition 1997 de l'enquête, 16 715 élèves étaient répartis sur 5 régions francophones, dont 2 989 Axonais et 4 150 Hainuyers. L'édition 2004 a permis de recueillir des résultats de 3 350 Axonais de classe de CM2, quatrième et seconde, et de 2 241 Hainuyers scolarisés en classes de cinquième primaire, deuxième secondaire et quatrième secondaire. Lors des deux éditions, trois modules de recueil des données ont été communs : un

Véronique Tellier, OSH Alain Trugeon, ORS Picardie Olivier Zielinski, ORS Picardie

auto-questionnaire, une visite médicale et une prise de sang. En 2004 ont été abandonné le test d'activité physique (Test de Léger) et la mesure des plis cutanés, par manque de pertinence des données.

Effectifs des enquêtes de 1997 et 2004 par module

	Hainaut		Aisne		Total	
	1997	2004	1997	2004	1997	2004
Questionnaires	4 150	2 241	2 989	<i>3 35</i> 0	7 139	5 <i>5</i> 91
Visites médicales	2 378	2 005	2 839	3 125	5 217	<i>5</i> 1 <i>3</i> 0
Prises de sang	1 575	1 540	1 332	1 692	2 907	3 232
Test de Léger	2 250	-	2 <i>36</i> 5	-	4 605	-

Sources: ORS Picardie, OSH - 1997 et 2004

SURCHARGE PONDÉRALE ET IMAGE DE SOI

On observe au sein des trois groupes d'âge, et selon le sexe, des valeurs d'excès de poids en 2004 qui vont de

Prévalence standardisée de la surcharge pondérale en 1997 et 2004

1997	2004
15,2	22.6
16.1	19.6
11.2	21.6
247	25,7
241	21.0
19.3	20,2
	15.2 16.1 11.2 24.7 24.1

Sources: ORS Picardie, OSH - 1997 et 2004

20 % à 22 % chez les 14-17 ans et de 23 % à 26 % pour le groupe des 11 ans. Les jeunes belges sont toujours un peu plus nombreux à présenter un excès de poids, sauf les garçons de 17 ans. Cependant, les écarts sont faibles et ne sont pas statistiquement significatifs entre Français et Belges. Les effets de l'âge et du sexe sont les mêmes dans les deux pays, à savoir qu'à 11 ans, les filles sont un peu plus nombreuses à être en excès de poids mais le phénomène s'inverse à 14-17 ans. Chez les filles, on observe



Olivier Zielinski. ORS Picardie

aussi une prévalence significativement LES DÉTERMINANTS plus élevée dans le groupe des 11 ans par rapport aux deux groupes plus âgés.

département de l'Aisne, la propor-

observe une augmentation de l'excès les filles de l'Aisne. Par ailleurs, les de poids. La surcharge pondérale varie filles sont moins sportives que les garde 17 % à 26 % chez les jeunes qui ont cons. La comparaison transfrontalière participé à l'enquête. Elle est affectée met en évidence que les garçons de par les conditions socio-économiques 14 ans sont un peu plus sportifs dans du foyer avec une proportion de jeu- le Hainaut, et que les jeunes de 17 nes en excès de poids plus importante ans le sont plus du côté belge, résultat chez les jeunes dont le père occupe d'autant plus fort qu'il concerne aussi une profession manuelle ou faiblement les filles. qualifiée ou parmi les foyers qui n'ont qu'un seul revenu.

En sept ans, les écarts entre les deux régions se sont fortement réduits et ne sont plus significatifs: la surcharge pondérale a gagné du terrain dans l'Aisne et s'est stabilisée en Hainaut.

Être insatisfait de son corps est un sentiment qui commence dès le plus jeune âge et qui augmente avec l'âge. Il concerne un jeune sur quatre à 11 ans, plus d'un sur trois à 14 ans et deux sur

cinq à 17 ans. Entre les deux régions, les garçons belges déclarent une insatisfaction plus fréquente que les garcons français. Aucune différence n'est à noter pour les filles.

Très tôt, les jeunes peuvent avoir une image négative de leur corps, notamment les jeunes filles particulièrement nombreuses à être insatisfaites.

L'étude des déterminants, tels que l'activité physique, l'alimentation ou Dans le Hainaut, la prévalence de la sédentarité, apporte des éléments la surcharge pondérale est restée de réponse pour comprendre la prévasensiblement la même entre les lence de la surcharge pondérale ainsi deux éditions de l'enquête. Dans le que son évolution. La pratique régulière d'un sport ne varie pas sensibletion de jeunes axonais en excès de ment entre les trois groupes d'âge, poids a augmenté chez les 11 ans avec cependant une légère augmenet chez les 17 ans. Pour les clas- tation pour les garçons du Hainaut et ses d'âge des 11 ans et 14 ans, on une légère diminution avec l'âge pour

> Entre les deux éditions de l'enquête, le Hainaut connaît une diminution significative du nombre de sportifs. Ainsi, tous groupes d'âge confondus, la pratique régulière d'une activité physique et sportive a diminué de 12 % pour les garçons et de 31 % pour les filles. Dans l'Aisne, le même constat est fait avec une diminution qui semble encore plus marquée. Ainsi, tous groupes d'âge confondus, la pratique régulière d'une activité physique a diminué de 21 % pour les garçons et de 42 % pour

Proportion de jeunes sautant régulièrement le petit déjeuner pendant les semaine de classe en 1997 et 2004

	Garcons		Filles	
7,	1997	2004	1997	2004
Aisne				
II ans	5,8	13.0	59	11,8
14 ans	8.0	13.7	17.6	25,8
17 ans	9,5	179	18,7	33,3
Ensemble	7,3	147	12.7	21.0
Hainaut				
II ans	15.6	12.9	15.1	11.5
14 ans	264	22,5	32,2	339
16 ans	26.1	<i>3</i> 5,7	26,7	14141
Ensemble	21.7	20.6	239	26.0

Sources: ORS Picardie, OSH - 1997 et 2004

les jeunes axonaises. Cette diminution est d'autant plus significative qu'elle s'accompagne d'une diminution de la pratique au sein d'un club sportif.

En ce qui concerne les habitudes alimentaires, on constate que pour tous les groupes d'âge, une majorité de jeunes ne consomme pas assez de fruits et légumes, si l'on se réfère aux recommandations du Programme national nutrition-santé. Les différences observées entre les deux pays sont essentiellement en défaveur des jeunes du Hainaut. C'est le cas pour le poisson, les produits laitiers, les frites ou encore les sodas pour les filles.

À 14 ans, ce sont les jeunes de l'Aisne qui s'écartent des recommandations avec une consommation excessive des aliments qui entrent dans la pratique du grignotage.

On observe dans le territoire du Hainaut plusieurs améliorations avec l'âge. C'est le cas pour la consommation de fruits, de sodas ou encore de frites pour les garçons.

La prévalence de la surcharge pondérale est moins élevée chez les jeunes dont la consommation alimentaire s'écarte des recommandations. Ainsi on peut penser qu'il existe une adaptation de ces comportements alimentaires et en particulier de ceux relatif au grignotage chez les jeunes en excès de poids.

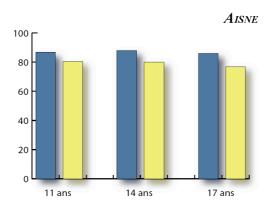
Sauter le petit déjeuner est une habitude qui est très corrélée avec l'excès de poids. On observe en effet des proportions de jeunes en excès de poids plus élevées chez celles ou ceux qui ont l'habitude de sauter régulièrement le petit déjeuner. En 1997, on pouvait voir que cette habitude était marquée dans le Hainaut. Alors que les proportions n'ont quasiment pas évolué, cette habitude est devenue beaucoup plus fréquente dans l'Aisne, même si elle reste en dessous de ce qui est observé chez les jeunes du Hainaut.

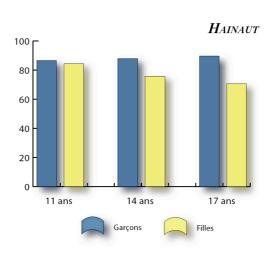
Jouer avec une console de jeux ou un ordinateur concerne davantage les garçons que les filles, quels que soient l'âge et le pays. Le groupe d'âge le plus concerné est celui des 14 ans, dans l'Aisne comme dans le Hainaut. Globalement, les Hainuyers semblent passer plus de temps devant un ordinateur ou une console de jeux, à l'exception du groupe des 11 ans.

ÉTAT DE SANTÉ

À la question « Comment estimes-tu ton état de santé en général ? », 85 % des jeunes s'estiment en bonne santé. Les fortes différences enregistrées lors de la première enquête semblent s'être largement réduites. Seules les filles de 17 ans dans l'Aisne se démarquent puisque seulement 70 % d'entre elles s'estiment en bonne santé.

Proportion de jeunes qui se déclarent en bonne ou très santé 2004





Sources: ORS Picardie, OSH - 1997 et 2004



Alain Trugeon, ORS Picardie



À travers une analyse multivariée, le rôle des facteurs socio-économiques a été mesuré. Il n'y a pas de différence selon la région concernant l'état de santé. Le sexe par contre est très clairement significatif: les filles se sentent moins facilement en bonne santé que les garçons. L'âge est également important puisque les plus âgés se sentent en moins bonne santé. Le nombre de revenus de la famille n'intervient pas à la différence de la catégorie socioprofessionnelle du père : les enfants de parents non-qualifiés se sentent plutôt en moins bonne santé que les enfants de parents plus qualifiés, qu'ils soient ou non manuels. De même, les enfants qui vivent avec leurs deux parents ont plutôt tendance à déclarer être en meilleure santé.

Ces données ont été comparées avec quatre comportements de santé : l'excès de poids, la pratique du sport en club, fumer du tabac quotidiennement et ne pas prendre de petit déjeuner. Ces quatre facteurs sont très clairement associés à l'état de santé général : si on ne prend pas de petit déjeuner, si on fume tous les jours, si on ne fait pas de sport et si on est en excès de poids, on se sent nettement et significativement en moins bonne santé.

Souffrir d'une maladie chronique - définie comme une maladie qui dure plus de six mois, comme l'asthme, les allergies... - concerne plus de 20 % des jeunes. Ces maladies sont un peu plus fréquentes chez les filles de l'Aisne. Dans le Hainaut, c'est plus ou moins semblable sauf à l'âge de 11 ans. Les différences entre les deux régions ne sont pas statistiquement significatives.

Se plaindre - assez souvent ou souvent - du dos, du ventre, de la tête, des dents, de fièvre... montre que les jeunes des deux régions ont un comportement assez similaire. À 14 ans, les filles se plaignent beaucoup plus que les garçons. Les maux de ventre sont

parmi les plus fréquents puisqu'une fille de 14 ans sur deux se plaint souvent ou assez souvent du ventre. En revanche, la question « Souffrez-vous de problèmes de poids? », fait écho à une perception subjective l'image de soi. Si une bonne partie des jeunes en excès de poids répond par l'affirmative, c'est également vrai pour des jeunes qui ont un poids tout à fait normal.

Alors qu'ils ne devraient normalement pas en souffrir à cet âge, plus de 10 % des jeunes se plaignent régulièrement de leurs dents. Les comportements de santé, de poids, de dos et les céphalées sont très clairement liés au tabac et à la non-prise de petit déjeuner. Fumer et ne pas prendre de petit déjeuner sont deux stratégies adoptées assez régulièrement par les jeunes qui sont en excès de poids pour essayer de maintenir leur poids. Ce sont là des éléments à prendre en compte dans toutes les stratégies de prise en charge, de prévention et de promotion de la santé.



Véronique Tellier, OSH

Les jeunes de 17 ans se plaignent davantage : 20 % des garçons et de 30 % à 40 % des filles se plaignent souvent à assez souvent de maux de ventre, de dos, de tête ou de problèmes de poids. Il est surprenant d'observer que les jeunes souffrent autant de céphalées, ou du mal de dos qui est qualifiée de « maladie du siècle » pour les adultes, et qui, apparemment, touche aussi les jeunes.

Si on prend l'exemple des céphalées, une très forte différence existe entre les deux régions : on en souffre beaucoup plus dans l'Aisne, sans que l'on sache bien pourquoi. Dans ce département, les déclarations de céphalées ont d'ailleurs tendance à augmenter depuis 1997 alors qu'elles sont plus ou moins stables dans le Hainaut.

Les deux tiers des jeunes consultent au moins une fois par an un médecin généraliste. Cela est très clairement associé au fait de pratiquer du sport en club, ce qui nécessite un certificat d'aptitude. À peine la moitié des jeunes consulte un dentiste chaque année.

Évolution de la proportion de jeunes qui consomment des médicaments contre la douleur deux à trois fois par mois en 1997 et en 2004

	Garcons		Filles				
%	1997	2004	1997	2004			
Aisne							
II ans	-	,	_	-			
14 ans	244	259	414	47,7			
17 ans	21.6	21.6	444	61.2			
Ensemble	23 <i>.</i> 5	249	42.1	51,0			
Hainaut	Hainaut						
II ans	-	1	-	-			
14 ans	21.5	19.1	33.7	40.0			
16 ans	18.0	19.7	41,0	442			
Ensemble	20,2	19H	37.6	42.0			

Sources: ORS Picardie, OSH - 1997 et 2004

Un tiers des jeunes axonais de 11 ans consulte l'ophtalmologiste. Ce chiffre augmente avec les années et cette consultation devient plus fréquente dans l'Aisne que dans le Hainaut. Peut-être ce résultat est-il à mettre en relation avec les céphalées observées ? La consultation d'un pédiatre a tendance à être moins fréquente dans l'Aisne, ce qui pourrait être mis en relation avec les chiffres de démographie médicale qui montrent une pénurie de pédiatres dans ce département.

La consommation de médicaments de deux à trois fois par mois apparaît non négligeable et avec de grandes similitudes entre les deux régions. À 14 ans, presque une fille sur deux consomme des antalgiques deux à trois fois par mois au moins. Chez les garçons, c'est moins fréquent, de l'ordre de 20 %. Environ 10 % prennent des médicaments contre la fatigue, 6 % des jeunes de 14 ans consomment des somnifères. À 17 ans, ce sont presque 20 % des filles qui consomment des médicaments chaque mois contre la fatigue, et de 5 % (garçons) à 10 % (filles) de jeunes qui consomment des somnifères chaque mois.

Il existe une forte différence entre

les deux régions quant à la consommation d'antalgiques puisque les jeunes de l'Aisne ont tendance à consommer plus de médicaments. Forte différence aussi du côté des filles qui en consomment davantage. Dans l'autre sens, les enfants de travailleurs manuels qualifiés consomment beaucoup moins que les enfants des autres catégories socio-professionnelles. Enfin, les jeunes qui vivent dans une famille recomposée ont tendance à consommer plus d'an-

talgiques. Cette consommation a du reste tendance à augmenter entre les deux enquêtes, surtout dans l'Aisne.

Les représentations de santé sont assez surprenantes. À la question ouverte : « Pour toi, la santé qu'est-ce que c'est? », les réponses des jeunes de 11 ans, recodées en une dizaine d'items, montrent que la santé c'est d'abord un plaisir, une valeur en soi. Ils accordent, semble-t-il, beaucoup d'importance au fait être en bonne santé. Dans l'Aisne, la santé, c'est avoir un corps qui fonctionne bien, c'est l'absence de maladie, avoir de bons comportements, une bonne alimentation, etc. Les Axonais rapportent

15



[FOCUS]

Les recommandations et les politiques de santé en en Belgique sont prévues pour que chaque jeune consulte une à deux fois son dentiste au moins chaque année. beaucoup plus des notions de bien-être psychique. Les Hainuyers sont beaucoup moins prolixes sur ce sujet et répondent davantage par tautologie.

À 14 ans, la santé est toujours associée au plaisir, au corps qui est une valeur en soi mais les réponses sur les bons comportements, la bonne alimentation et le bien-être psychique augmentent, comme si, à cet âge les messages d'éducation pour la santé commençaient à porter leurs fruits. À 17 ans, les réponses concernant le bien-être psychique augmentent encore.

À 14 et 17 ans, les jeunes mettent de plus en plus en avant l'importance des comportements les plus fréquemment rapportés dans les campagnes qui leur sont destinées, à savoir faire du sport, éviter les assuétudes, avoir une bonne alimentation, et ce, du côté français comme du côté belge. « Se couvrir » reste quand même fort fréquent à 14 ans, mais peut-être cela prend-il une autre signification! Consulter les professionnels de santé diminue et l'on sait que les comportements comptent beaucoup plus pour la bonne santé que le fait de consulter des professionnels.

À la question corollaire «D'après toi, que faut-il faire pour être en bonne santé? », un jeune sur deux de 11 ans dans l'Aisne, un petit peu moins dans le Hainaut, dit qu'il faut avant tout « bien se couvrir ». Mais aussi, qu'il faut avoir une bonne alimentation, éviter les assuétu-

des ; avec un peu plus d'importance dans l'Aisne. Les activités de prévention et d'hygiène, faire du sport sont relativement peu mises en évidence à 11 ans.



À 17 ans, le schéma reste le même : grande importance de la bonne alimentation, éviter les assuétudes et faire du sport. De manière très surprenante, les Belges se sont très peu exprimés.

MISE EN PERSPECTIVE

Deux conférences plénières ont encadré l'ensemble des débats. La première a permis de faire le point sur les facteurs de risque précoce et les mesures de prévention à mettre en place dès le plus jeunes âge. La seconde a présenté la politique engagée par l'Union européenne en matière de lutte contre l'obésité

Claude Ricour, hôpițal Necker, Paris Anne Ferreira, dépuțée européenne

LA SPIRALE DE L'OBÉSITÉ



Rapport n° 54 www.agriculture.gouv. fr/spip/IMG/pdf/avis_ cna 54.pdf



Rapport n° 55 www.agriculture. gouv.fr/spip/IMG/pdf/ avis55 0906.pdf

En s'appuyant sur les travaux effectués en Île-de-France dans le cadre du Comité national de l'alimentation, Claude Ricour montre que l'épidémie d'obésité date d'une trentaine d'année. Elle touchait de 12 % à 15 % enfants de 5 à 12 ans en 2000. Un enfant sur six de 5-6 ans (grande section de maternelle) est en excès de poids ; un sur cinq dans les zones d'éducation prioritaire (ZEP).

La courbe de corpulence des enfants obèses en grande section de maternelle montre qu'à l'âge de 5-6 ans, ces enfants étaient déjà pour la plupart en situation d'obésité. Tous ont eu un rebond précoce autour de 2 à 3 ans. À l'âge d'1 an, il n'y a pas de décroissance et ces enfants se retrouvent d'emblée en situation d'excès pondéral. Ces signes d'alarme restent cependant méconnus.

Les travaux des cinq dernières années mettent clairement en évidence le rôle de facteurs de risque très précoces : l'excès pondéral de la mère qui peut être associé à un diabète gestationnel, notamment au cours des trois premiers mois de la grossesse, les consommations tabagique et éthylique.

À l'age de 11 ans, le syndrome métabolique atteint une fréquence tout à fait haute et significative lorsque la mère a eu un diabète gestationnel. La consommation de tabac



[EN DÉBAT]

Lors de la rédaction du rapport pour le Comité national de l'alimentation, l'impact de la publicité a été l'objet de fortes discussions sans qu'un consensus soit atteint au sein du groupe de travail Deux optiques s'opposent :

- celle des associations de consommateurs qui demandent l'arrêt de toute émission de télévision destinée aux enfants qui puisse entraîner une promotion particulière de tel type d'alimentation ou, indirectement, de la sédentarité;
- celle de l'Association nationale des industries alimentaires (ANIA) qui s'en remet à la responsabilité de l'éducation.

chez la femme enceinte montre un risque d'obésité de 20 % pour l'enfant lorsqu'il aura 5 ans. Il n'est que de 10 % lorsque la mère n'a pas fumé. Le risque s'amplifie pour celles qui ont continué à fumer pendant toute leur grossesse. Le risque d'hypotrophie à la naissance passe de 7 % pour celles qui n'ont jamais fumé à près du double pour celles qui ont fumé pendant toute leur grossesse. De même, la prématurité double en fonction de l'intoxi-

cation tabagique. Enfin, une étude anglaise met en relation l'accident cardio-vasculaire dont ont été victimes de jeunes adultes et l'excès de prise de poids de 100 à 300



grammes qu'ils avaient au huitième jour de leur naissance.

L'accélération pondérale au quatrième mois, quel que soit le poids de naissance a été confirmée à l'âge de six mois et fait courir le risque d'avoir un rebond précoce avant 3 ans, et donc d'être obèses à 5 ou 6 ans. Enfin, les enfants alimentés au biberon présentent un risque très significatif d'obésité à l'âge de 5 ans : les deux tiers présentent un surpoids ou une obésité.

Des éléments pour une prévention précoce

Pendant les 6 premiers mois, l'alimentation est un facteur de prévention particulièrement efficace. L'objectif est de poursuivre jusqu'au sixième mois l'allaitement maternel, ce qui représente un véritable défi en France. De son côté, l'alimentation au biberon doit être parfaitement maîtrisée.

Lors de la petite enfance, de 1 à 3 ans, le binôme alimentation et activité physique se met en place. Il est important pendant cette période de pouvoir être très vigilant pour les enfants ayant des facteurs de risque pendant la grossesse ou au cours de la première année. Des risques nouveaux émergents comme une offre alimentaire non adaptée ou une sédentarité imposée par le milieu familial. Le suivi de l'enfant doit se faire à partir du report de l'indice de

masse corporelle sur les courbes de corpulence incluses dans le carnet de santé (version 2006). Ceci repose sur l'information et la formation des parents et

de tous les personnels qui s'occupent de la garde des enfants.

La scolarisation dès la troisième année est une étape clé. La stratégie de prévention doit être déployée dès la maternelle et tout au long de la scolarité et ne doit pas simplement débuter en primaire, au collège ou au lycée. C'est dès la maternelle qu'elle doit se déployer. Elle suppose une information, une formation, une mobilisation, une responsabilisation et une coordination de tous les acteurs impliqués dans les temps scolaire et périscolaire. L'objectif est de sensibiliser l'enfant et les adultes qui l'entourent à l'importance de la nutrition et de l'activité physique quotidienne avec un langage commun, cohérent, que tout le monde perçoit et adapté à l'évolution cognitive de l'enfant.

La prévention permet de rompre la spirale de l'obésité qui a pu débuter dès la grossesse en associant l'éducation pour la santé et la parentalité. Elle s'adresse aux jeunes et aux femmes en âge de procréer : lutter contre la corpu-



Claude Ricour, hôpital Necker enfants malades

lence, arrêter le tabac et l'alcool lorsque l'on décide une grossesse et surtout être d'une vigilance extrême, porter les efforts sur les problèmes de précarité. Savoir dépister un excès de prise de poids, un diabète gestationnel et profiter de la grossesse pour former le couple à la bonne alimentation de son enfant sont les principes de base de la prévention. Les médecins généralistes, qui voient les enfants et les parents, ont un rôle primordial à jouer, davantage peut-être que les pédiatres.

Au niveau national, une cellule interministérielle de coordination, de pilotage et d'échange d'actions est proposée. Elle doit être en cohérence avec la plate-forme de coordination nationale des réseaux pour la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (REPOP), au niveau des différentes régions de notre pays.

L'ACTION DE L'EUROPE

Du côté de l'Union européenne, Anne Ferreira, a rappellé que l'Union n'a pas vocation à légiférer car elle n'a pas compétence dans le domaine de la santé sauf à compléter les politiques nationales. Son action porte alors sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies, des infections humaines et des causes de danger pour la santé humaine. Ainsi, l'Union européenne a compris l'enjeu de garantir une bonne santé aux citoyens européens et a défini des stratégies communautaires et un programme d'action pour 2007-2013.

Trois outils de réflexion et d'intervention

Ce programme d'action comporte six points : la surveillance et le contrôle des menaces pour la santé (grippe aviaire ou tuberculose par exemple), la réaction aux menaces pour la santé, par la mise en place d'un système d'alerte européen (« la vache folle » par exemple). Ensuite, le programme pointe les déterminants de la santé avec les causes d'inégalité en matière de santé et d'accès aux soins entre les citoyens européens, la prévention des maladies, la coopération entre les systèmes de santé, notamment, sur les maladies rares, et l'information et l'échange de connaissances en matière de santé. La nouveauté réside dans le lien fait entre la santé publique et d'autres thématiques comme le travail, l'environnement ou encore l'alimentation. Le seul bémol porte sur le budget de l'Union européenne qui accuse une stagnation voire une certaine diminution dans l'Europe des 25, pour les questions de santé.

L'Union européenne a demandé aux États membres un diagnostic de l'obésité, plus principalement chez les enfants. Le Conseil a publié en 2005 un texte qui reconnaît, par exemple, que les modes de vie malsains contribuent de façon importante et croissante à la charge que représente un grand nombre de maladies chroniques. Il invite les États membres à mettre en œuvre des initiatives destinées à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique, en les intégrant dans toutes les politiques concernées, au niveau local, régional, national et européen, afin de réduire les risques concernant plusieurs maladies ou pathologies.

De son côté, la Commission a publié en 2006 un *Livre vert* sur la nutrition, l'activité physique et la santé auquel les associations et les experts apportent leurs contributions. Diagnostic de propositions, ce *Livre vert* sollicite l'avis des partenaires européens sur un certain nombre de problématiques. Ces avis seront intégrés dans le document final qui sera soumis alors à l'avis du Parlement européen. Cela ne conduira pas à une législation, mais à des recommandations et résolutions afin



Le *Livre vert* présenté par la Commission est téléchargeable sur le site http://europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c11542b.htm



[EN DÉBAT]

Qu'attendre de l'Europe?

L'Europe ne doit pas uniformiser et réduire. Il faut garder une certaine diversité, une certaine différence, à la fois culturelle, sociale. Elle ne doit pas prêcher la bonne parole pour dire aux gens ce qu'il faut faire ou ce qu'il ne faut pas faire. Il faut partir de ce que les gens font et pourquoi ils le font.

L'Europe doit faciliter les échanges avec d'autres pays pour apprendre des choses, voir comment les problèmes sont abordés. Les problèmes sont plus ou moins similaires, mais les modalités de les aborder sont différentes. que les États membres puissent privilégier de mener des actions de santé publique en concertation, par exemple en France, avec les ministères de l'Éducation nationale et de la Jeunesse et Sports qui sont directement concernés.

Enfin, la Plate-forme d'action européenne sur l'alimentation, l'activité physique et la santé, qui a participé à l'élaboration du Livre vert a pour objectif d'établir une collaboration avec d'autres initiatives et d'apporter de nouvelles idées sur le débat politique qui s'est engagé dans l'Union européenne. Les différents domaines d'action de cette plate-forme sont, entre autres, l'information des consommateurs, notamment par l'étiquetage, l'éducation, la promotion de l'activité physique, la publicité, la composition des denrées alimentaires, l'éventail d'aliments sains, la taille des portions.

avoir des allégations nutritionnelles ou de santé sur ces produits dans la mesure où ils n'ont pas un profil nutritionnel. Le profil nutritionnel s'appuie sur trois éléments : les taux de présence de sel, de sucre et de matière grasse. Ce profil nutritionnel devrait être respecté *a mi*-



Anne Ferreira

Les allégations nutritionnelles

Cependant, l'Union européenne est confrontée à certains paradoxes, dont font partie les allégations nutritionnelles. Face à la multiplication des éléments indiqués sur les produits, l'Union européenne a souhaité légiférer et encadrer l'étiquetage des produits. Un texte sur les allégations nutritionnelles est actuellement en deuxième lecture mais l'industrie agroalimentaire exerce un fort lobby en souhaitant que les allégations nutritionnelles soient aussi des allégations de santé pour lesquelles on ne différencie pas le type de produit qu'il soit destiné à un adulte ou qu'il soit destiné à un enfant. Un certain nombre de députés ne souhaite pas qu'il puisse y

nima avant de proposer un étiquetage d'allégation nutritionnelle. Cette législation doit être favorable à la réduction des problèmes d'obésité en proposant qu'il y ait une autre prise en compte de l'étiquetage sur les produits.

En face du lobby agroalimentaire, un lobby de la santé publique existe, regroupant des institutions comme le Bureau européen des unions de consommateurs (BUUC) ou, au niveau français, la revue Que choisir. Mais pour trois personnes qui font du lobby de santé publique, cent vont faire du lobby pour l'industrie agroalimentaire avec le chantage à l'emploi et à l'industrialisation de l'Union européenne.

LES POLITIQUES PUBLIQUES D'INTERVENTION

Les dispositifs français et belges devraient différer notablement, car au centralisme français s'oppose le fédéralisme belge. Alors que les mêmes dispositifs s'appliquent sur l'ensemble du territoire français, les communautés, régions, et provinces développent leurs propres dispositifs, aux compétences parfois entremêlées. Cependant, la réalité sur le terrain est bien moins tranchée et de fortes similitudes apparaissent entre les deux régions.

Anne Boucquiau, Communauté française de
Belgique
Gisèle Desmoutiez,
rectorat de l'académie
d'Amiens
Marie-Françoise Prévot,
inspection académique
de l'Aisne
Éric Regnaut, DRASS
de Picardie

LA POLITIQUE RÉGIONALE EN FRANCE

La politique du ministère de la Santé en région

La loi du 9 août 2004, deuxième loi de santé publique après celle de 1902, a institué le *plan régional de santé publique* (PRSP) qui organise l'intervention de l'État en région. Ce plan incorpore les cinq programmes de santé nationaux cités par la loi de 2004, dont le programme de santé scolaire et d'éducation pour la santé, de la maternelle à l'université. Il incorpore aussi le schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS). En Picardie, le SREPS a notamment défini deux axes prioritaires concernant le développement de l'éducation pour la santé en milieu rural et l'accès pour tous à une démarche d'éducation pour la santé. Ainsi, une démarche territorialisée d'éducation pour la santé est déployée depuis trois ans en Thiérache (Aisne) avec deux priorités : alimentation et conduites à risque.

Parallèlement, le volet santé des enfants et des jeunes du plan régional de santé publique poursuit plusieurs objectifs, dont le soutien à la parentalité et le développement de l'éducation pour la santé, notamment sur les thématiques de l'obésité et les conduites à risque.

D'autres programmes concourent à la santé des jeunes : la déclinaison régionale du Programme national



[FOCUS]

Les cinq priorités du volet scolaire du PRSP

- prévention des suicides
- prévention des conduites addictives
- lutte contre la maltraitance et toutes les formes de violences exercées ou subies
- renforcement de l'éducation à la sexualité et à la vie affective
- amélioration de l'hygiène de vie et de l'hygiène alimentaire
- formation du citoyen solidaire et responsable

nutrition-santé, la stratégie nationale d'action contre le suicide, mais aussi le programme régional de santé cardiovasculaire ou celui de la lutte contre le cancer avec la prévention primaire du tabac, de l'alcool et de la nutrition. S'y ajoute enfin la contribution aux travaux du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) qui établit des recommandations en matière d'organisation hospitalière pour les soins.

La politique académique

Pour l'Éducation nationale, la santé est un thème de convergence et, en ce sens, la santé est une discipline majeure dans l'éducation.

La politique académique s'inscrit dans le projet académique mis en place pour les années 2006-2009. Il comporte trois axes dont le premier, Pour une école de l'égalité des chances et de toutes les réussites, inclut l'éducation à la santé. Ainsi, la réussite scolaire passe-t-elle par le bien-être et la santé des élèves. Trois objectifs forment ce premier axe dont l'un est de favoriser l'épanouissement de l'élève par la prévention et l'éducation à la santé et à la citoyenneté. Cet objectif a été élaboré avec différents partenaires de l'Éducation nationale: Drass, ORS, Cres et conseil régional. Il forme le volet scolaire du

programme régional de santé publique et prend appui dans les établissements sur les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

Cinq priorités lui sont associées, déterminées notamment à partir des résultats du Baromètre santé des jeunes et de l'enquête Sant'Aisne. L'amélioration de l'hygiène de vie et de l'hygiène alimentaire est l'une de ces priorités. Des fiches actions ont été élaborées pour décliner ces prioriés en actions. Un groupe académique, formé de perosnnel des premier et second degré, pluri-catégoriel, est chargé de mettre en œuvre la politique en matière de prévention et d'éducation à la santé. Un comité de pilotage régional et trois comités départementaux assurent la cohérence des actions.

En ce qui concerne l'objectif Concourir à l'amélioration de l'hygiène de vie, de l'hygiène alimentaire, plusieurs grandes pistes ont été dessinées. La première doit faciliter l'application des textes officiels, comme la suppression de la collation de 10 heures, la disparition des distributeurs de produits sucrés, le respect des horaires réglementaires d'éducation physique et sportive, ou encore l'éducation nutritionnelle à travers les enseignements.

Une deuxième piste est le renforcement du partenariat avec les col-

22

[FOCUS]

Le Baromètre santé jeunes est une extension dans quelques régions du Baromètre santé de l'Inpes. En Picardie, 1 337 jeunes âgés de 12 à 25 ans ont été consultés en 2005. Basé sur la méthode CATI (Computer Assisted Telephone Interview), le questionnement examine finement l'état de santé, les comportements de santé et les déterminants.

LES « PETITS REPAS »

En Belgique, la stratégie adoptée par rapport à la collation du matin n'est pas sa suppression car les chiffres montrent une diminution de prise du petit déjeuner. Il n'y a pas de système de distribution systématique de collation au sein des écoles. Des campagnes d'information insistent sur la nécessité de compléter le petit déjeuner, voire d'y suppléer. Deux messages sont bien passés : penser à l'hydratation des enfants et faire la promotion des produits laitiers et des fruits.

En France, le petit déjeuner ne semble pas absent chez les tout-petits mais il l'est beaucoup plus chez les collégiens et les lycéens. Il n'y a pas de texte législatif supprimant la collation ce qui permet de faire un travail de fond avec les écoles car ce «petit repas» n'existe pas dans les familles en dehors de l'école. La collation n'a donc pas d'utilité réelle. En plus, celle du matin est souvent très sucrée et très grasse et elle est prise tard dans la matinée. D'autres petits repas existent, comme le goûter systématique l'après-midi. On comptabilise ainsi jusqu'à plus de six repas par jour, en dehors des multiples en-cas pris à tout moment de la journée.

Le travail de terrain montre une bonne adhésion des parents et des enseignants autour de la suppression de la collation, mais au moindre relâchement réapparaissent rapidement dans les cartables des viennoiseries ou des gâteaux...

lectivités locales, ne serait-ce que par l'aménagement des locaux, notamment autour de la consommation d'eau et de l'hygiène corporelle et sanitaire. Des enquêtes menées tous les ans par les infirmières, un dépistage et un suivi des élèves qui présentent une surcharge pondérale ainsi qu'une information à

destination des familles sont prévus dans ce cadre.

Une troisième piste prévoit d'accompagner les équipes éducatives en organisant la formation continue pluri-catégorielle pour les premier et second degrés. Un rôle d'information auprès des

établissements est aussi organisé pour faciliter le fonctionnement du CESC.

L'optique de la politique académique à court terme (2006-2007), en ce qui concerne l'obésité, sera une forte sensibilisation de tous les personnels.

LA POLITIQUE DE LA COMMUNAUTÉ FRANCAISE DE BELGIQUE

L'action de la Communauté française de Belgique face au problème de l'obésité chez les enfants s'appuie sur les recommandations nutritionnelles issues du Plan national nutrition-santé Belge (2005) que chacune des entités fédérées au sein de la Belgique doit mettre en œuvre. En matière de santé, les compétences de la Communauté française sont la médecine préventive, la promotion de la santé, et sont du ressort de trois ministères : la Santé, les Sports et l'Enseignement. Ces ministères ont établi un plan opérationnel commun d'une quarantaine de mesures visant les milieux de vie des enfants : scolaire, extra-scolaire et d'accueil pour les 0-3 ans. Ce plan vise aussi le soutien à apporter aux familles et la parentalité.

Dans ses grandes lignes, le plan prévoit de développer dans la durée une approche positive des attitudes saines, de former les relais et les professionnels et de diffuser des messages d'action cohérents. Le but est de valoriser les actions de proximité pour rendre les projets efficaces.



Gisèle Desmoutiez, rectorat de l'académie d'Amiens

En milieu scolaire, deux postes de conseillers nutritionnels ont été ouverts. Ils ont pour tâche d'impulser des projets et de venir en soutien aux équipes éducatives pour monter des

> projets pédagogiques d'établissement et pour faire en sorte qu'une éducation nutri-

tionnelle soit apportée aux enfants. Par ailleurs, ils orientent les établissements dans la conception des menus pour rendre certains plats plus attractifs par la couleur, les saveurs... Le label *Vie saine* est attribué aux écoles s'inscrivant dans une démarche de projets santé sur le thème de l'alimentation et de l'activité physique, en incluant tous les acteurs de l'école et notamment la participation des élèves et des enseignants.

De leur côté, les équipes de promotion de santé à l'école (PSE) soutiennent les écoles dans leur projet « santé et alimentation saine ». Leur action de dépistage est renforcée, et le recueil de données à partir des premières maternelles devient informatisé. Enfin, l'axe formation des professionnels a été développé.



Anne Boucquiau, Communauté française de Belgique

[FOCUS]

Le Pacte scolaire

En Belgique, les écoles se rattachent à différents réseaux d'éducation : réseau des Communautés (française, flammande, allemande), réseau libre catholique, réseau provincial, réseau communal... Le Pacte scolaire impose aux différents réseaux la paix scolaire, la liberté de choix des parents, la gratuité de l'enseignement obligatoire.

Le Pacte a ét signé en 1958 et inscrit dans la loi sur le Pacte scolaire en 1959.



[FOCUS]

Les partenaires des CESC

- Services déconcentrés de l'État (direction des affaires sanitaires et sociales, direction de la jeunesse et des sports...)
- · Justice, gendarmerie
- Collectivités locales et territoriales : municipalités, conseil général (protection maternelle et infantile...)
- centres hospitaliers : services de pédiatrie, pôles de prévention et d'éducation du patient...
- professionnels de santé : médecins, diététiciennes
- · ORS, Cres
- Assurance maladie: caisses primaires d'assurance maladie, Mutuelle générale de l'éducation nationale, Mutualité, Mutualité sociale agricole...
- associations thématiques
- ...

24

Les établissements scolaires sont incités à modifier progressivement leurs pratiques en matière d'offre. Par exemple. l'accent est mis au niveau de la promotion de la consommation de l'eau. En Belgique, le débat sur le retrait des distributeurs de boissons sucrées au sein des écoles s'est soldé par une période transitoire de deux années durant laquelle les établissements scolaires réfléchissent à ce qu'ils vont proposer aux élèves. Au bout de cette période, des mesures plus contraignantes pourraient être prises. De même, l'offre alimentaire extérieure est visée car elle n'est pas toujours très bien contrôlée. L'idée est de créer une commission qui permettrait d'aider à l'application réelle de la loi au sein des établissements scolaires.

Par ailleurs, une expérience pilote est lancée sur l'activité physique au sein des écoles. Actuellement, les écoles proposent la plupart du temps deux heures d'activité physique par semaine. Le but est d'arriver à quatre heures. Si l'expérience est probante, elle pourra se généraliser à l'ensemble des établissements. Ainsi, *Clef pour la forme* est une carte d'identité à l'usage des sixièmes primaires (CM2 en France). Elle suit les enfants tout au long de leur scolarité et donne des indices par rapport à leur capacité physique.

En ce qui concerne le grand public, la promotion de la poursuite de l'allaitement maternel est fortement encouragée alors que l'on constate qu'il s'arrête très souvent vers la troisième semaine.

Des outils de référence vont être distribués aux professionnels de la santé pour marquer l'importance de la cohérence des messages. Une exposition axée sur la découverte du goût et des saveurs circule dans les provinces francophones à destination des enfants de 6 à 12 ans avec des mots clefs comme plaisir, alimentation et santé.

LES OUTILS DÉVELOPPÉS

France : le comité d'éducation à la santé et citoyenneté (CESC)

Piloté par le chef d'établissement, le CESC est inscrit parmi les instances consultatives des établissements publics d'enseignement. Il constitue un cadre privilégié au service du projet d'école et d'établissement pour la mise en place d'une prévention globale des problèmes de santé et de comportements. Les thématiques abordées sont multiples et portent sur la prévention des conduites à risque, des dépendances et de la violence, dans comme à l'extérieur de l'école... Par l'éducation à la citoyenneté, il doit rendre les élèves responsables de leurs conduites et de leurs choix de vie et il doit les aider à développer leur esprit critique pour devenir des acteurs de prévention.

Dans ses missions, le CESC vient en aide aux élèves qui manifestaient des signes de mal-être, des troubles des conduites alimentaires ou des troubles du comportement. Il mobilise l'ensemble de la communauté éducative : personnels de santé, enseignants, personnels de la restauration scolaire, gestionnaires. Son cadre d'intervention repose sur les priorités départementales déclinées à partir des priorités académiques. Enfin, le CESC doit renforcer les liens avec les familles et s'appuyer sur des partenariats construits.

Pour asseoir cette politique partenariale, une *Charte de qualité* a été diffusée en novembre 2005. Elle pose le cadre d'intervention des partenaires pour la prévention et l'éducation à la santé et à la citoyenneté dans les établissements scolaires. Elle détermine des règles communes pour les intervenants dans le cadre d'une démarche de projet, depuis les besoins jusqu'à l'évaluation, en faisant participer la communauté éducative incluant les parents et les élèves. Elle est signée par les intervenants et les établissements.

Implanté dans tous les établissements du département depuis environ deux ans, le CESC constitue un enjeu important car son action a une incidence sur les apprentissages et la réussite des élèves, sur l'éducation au respect de soi et des autres, sur la formation du futur citoyen et du futur adulte. Son action repose sur une démarche de projet qui commence par un état des lieux pour étudier les besoins des jeunes et des adultes, analyser la situation en fonction du contexte social et environnemental et dégager des axes d'actions en matière de prévention.

Les objectifs opérationnels alors définis sont intégrés au projet d'établissement. Enfin, le CESC évalue les actions même si cela reste difficile car les comportements sont souvent multidimensionnels, notamment en matière d'éducation nutritionnelle. Sur cette dernière thématique, les actions peuvent porter, tant au niveau des enseignements que des animations, sur l'éducation au goût, la valorisation du patrimoine culinaire, la diffusion de guides (Inpes). Elles incluent aussi l'utilisation d'outils de repérage par les personnels de santé comme les courbes de poids ou l'indice de masse corporelle ainsi que le suivi des enfants en lien avec les professionnels et les familles.

Rompant avec les actions ponctuelles ou plaquées, le CESC essaie au contraire de faire le lien entre le collège et les écoles primaires de sa zone à travers une pédagogie continue afin de développer le volet « santé citoyenneté » des projets d'établissement. Ces axes sont pris en compte à travers les programmes et sont articulés par le CESC avec les projets éducatifs locaux.

Pour assurer la cohérence, des référents - chefs d'établissement, inspecteurs de l'éducation nationale de circonscription - participent aux instan-

ces académiques et font le lien avec le groupe de pilotage départemental. L'infirmière a dans sa charge de travail le collège et les écoles primaires qui s'y rattachent. Elle assure la continuité entre l'école et le collège pour tout ce qui va être communiqué, en particulier sur l'hygiène alimentaire, l'hygiène de vie et les thèmes qu'on retrouve très fréquemment abordés aussi bien

en primaire qu'au collège. Elle est un élément important pour la cohérence des actions de prévention.

[EN DÉBAT]

L'accompagnement des équipes éducatives est apparue comme une nécessité importante. En Picardie, l'équipe de prévention inter-catégorielle des conduites à risque (EPICAR) intervient dans des formations à la demande des équipes pédagogiques Elle aide à la démarche de projet, à l'élaboration et à l'accompagnement.



Marie-Françoise Prévot, inspection académique de l'Aisne

L'EXEMPLE D'UN CESC

Le CESC donné en exemple lors du colloque fonctionne depuis trois ans dans une dynamique d'éducation à la santé et la citoyenneté à travers les enseignements, de la maternelle jusqu'au collège. Les actions sont déclinées dans une approche globale de la santé avec la découverte de l'environnement et de la citoyenneté par des classes pédagogiques. Les activités, adaptées à l'âge des élèves, portent sur l'équilibre alimentaire, le goût, le petit déjeuner, la transformation des aliments.

Elles peuvent s'appuyer sur des ressources locales comme la visite d'un potager où les élèves découvrent les saveurs, les légumes. Au collège, les professeurs de langue ont montré la diversité des petits déjeuners selon les pays. Les élèves ont été impliqués dans les commissions du menu en lien avec les personnels gestionnaires, tandis qu'une aide à la composition du plateau-repas était organisée par des diététiciennes au self.

Enfin, le personnel de santé assure un suivi individualisé d'enfants, notamment par les courbes de poids.



Des initiatives locales partenariales prennent le jour et s'appuient sur les compétences des uns et des autres et créent un maillage pour renforcer l'efficacité du travail en réseau et l'acquisition d'un langage commun.

Communauté française de Belgique : les équipes de promotion de la santé à l'école (PSE)

Un décret paru en 2001 a confié aux anciennes équipes d'inspection médicale scolaire une mission nouvelle de promotion à la santé à l'école. Ces équipes de santé scolaire se sont dès lors appelées équipes de promotion de la santé à l'école (PSE). Elles interviennent dans les écoles ou bien ce sont les écoles qui viennent dans les locaux de l'équipe pour les bilans médicaux. Les équipes PSE relèvent des réseaux officiels, des réseaux libres, des réseaux communaux, etc.

L'observatoire de la santé du Hainaut propose un soutien dans le mise en réseau des équipes PSE de la province du Hainaut. Une expérimentation de formation et de mise en réseau des équipes, initiée dans la région de Mons-Soignies, pour accompagner le changement et ces modifications de pratiques, a été étendue à l'ensemble du Hainaut sous la dénomination *Hainaut PSE* 2008.

Le réseau ainsi créé a quatre objectifs principaux : mettre les pratiques en commun entre les équipes et les

> réseaux institutionnels, créer un foyer de réflexion pour construire une certaine harmonisation de ces pratiques des équipes, disposer d'outils communs et constituer une interface de messages et de revendications à destination des autorités.

À partir d'une consultation de chacun des 29 services de la province du Hainaut et de rencontres d'acteurs, le réseau PSE s'est organisé autour de trois manifestations annuelles regroupant toutes les équipes de la province et de quatre groupes de travail thématiques. Le premier s'attache à harmoniser les pratiques de diffusion des résultats des bilans de santé aux famille et de sensibiliser les directeurs, enseignants et parents via différents canaux d'information. Le deuxième groupe s'attache à créer et maintenir le lien avec les intervenants du milieu scolaire. Un tryptique à destination des enseignants et des directeurs d'école a été créé pour présenter la promotion de la santé. Le troisième groupe approche les populations précarisées et travaille sur les représentations liées à ces populations ainsi que sur l'élargissement des réseaux ressources avec lesquels interviennent les équipes PSE. Le quatrième et dernier groupe réfléchit à la démarche d'écriture des projets de service en promotion de la santé.

Des fiches pour faciliter la transmission de l'information et l'échange au sein des équipes sur ce qui est réalisé dans le réseau constituent un premier outil. Le répertoire des ressources disponibles en promotion de la santé en est un deuxième. Il informe les équipes PSE de toutes les ressources disponibles. Enfin, des fiches d'identité de chaque service PSE ont été réalisées.



Hélène Bauwens, OSH

LES DISPOSITIFS DE RECUEIL DE L'INFORMATION

recueil des données est une étape préalable et nécessaire pour accompagner ou aider à la définition des politiques publiques. En France, en dehors des dispositifs nationaux ponctuels initiés par les ministères de la Santé (Drees) ou de l'Éducation nationale ou par l'Inserm ou l'InVS, il existe peu d'enquêtes menées sur la durée dans les établissements scolaires en dehors de l'observatoire régional d'épidémiologie scolaire et de Sant'Aisne. En Communauté française de Belgique, l'impulsion donnée par l'enquête de 1997 a conduit à la mise en place d'un réseau d'observation

Bernard Ledéser†, ORS Languedoc-Roussilon Véronique Tellier, OSH

L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL D'ÉPIDÉMIOLOGIE SCOLAIRE

À la fin des années 1990 en Languedoc-Roussillon, les premières conférences régionales de santé mirent l'accent sur la santé des jeunes. L'importante surmortalité des jeunes, liée à un certain nombre de comportements : mal-être, entatives de suicide et décès par suicide sont particulièrement inquiétants. À cette époque, le système d'information était relativement pauvre. Cependant, au sein du programme régional de santé, un axe spécifique était développé sur la nutrition et l'alimentation et c'est dans ce cadre qu'est née, à l'initiative du rectorat l'idée d'un d'observatoire spécifique. En novembre 1999, une convention tri-partite est ainsi signée entre le rectorat, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales et l'observatoire régional de la santé pour donner naissance à l'observatoire régional d'épidémiologie scolaire.

Cet observatoire a pour objectifs de disposer d'un recueil permanent d'information sur l'état de santé des élèves, au niveau régional et départemental, pour en mesurer l'évolution dans le temps ainsi que les représentations que les jeunes ont de la santé. Cet outil permet aussi de suivre l'impact d'un certain nombre d'actions en matière de pré-



L'observatoire d'épidémiologie scolaire n'est pas une structure juridique mais repose sur un partenariat entre trois structures : l'ORS, le rectorat et la Drass.

Le rectorat participe au comité de pilotage sur le choix des thèmes, assure la diffusion et le recueil de l'information.

L'observatoire régional de la santé s'occupe de la méthodologie, - échantillon, questionnaires - de la saisie, du traitement et de l'analyse.

La Drass supervise le dispositif via le comité de pilotage et assure le financement du travail de l'observatoire régional de la santé.

les rapports d'enquêtes sont téméchargeables sur le site de l'ORS : www.ors-lr.org vention, d'éducation à la santé ou de dépistage. Parmi les principes qui ont présidé à la création de l'observatoire, son intégration dans le programme du service de santé scolaire permet de planifier sur une année scolaire le travail des personnels de santé scolaire, médecins, infirmières et secrétaires qui contribuent au recueil de l'information.

Selon un cycle triennal, l'observation s'exerce alternativement sur les grandes sections de maternelle, les classes de sixième et de troisième. À partir d'un module de base, répété régulièrement, des thèmes annuels d'études sont approfondis en fonction des besoins,

soit de l'Éducation nationale, soit des partenaires de santé publique.

Vingt classes sont tirées au sort par département et tous les élèves de la classe font partie de l'échantillon, pour un total de 400 à 500 élèves par département. Les

écoles privées sont incluses dans le tirage au sort mais restent sous-représentées. Une pondération des données permet une représentativité équitable des départements.

Deux outils sont utilisés pour le recueil de l'information : un auto-questionnaire qui est rempli par les parents pour les élèves en grande section de maternelle, par les élèves eux-mêmes en sixième et en troisième, ainsi qu'un questionnaire de santé rempli pendant l'examen médical par les médecins et les infirmières. Les outils sont élaborés par l'ORS et le comité de pilotage. Cette procédure commence au printemps et se poursuit jusqu'à l'automne. Les outils sont testés puis diffusés auprès des médecins et des infirmières entre décembre et janvier. Le recueil d'information a lieu de février à mai, les questionnaires sont retournés et saisis à l'ORS entre mars et juillet. Le traitement et les analyses sont alors réalisés ce qui permet de donner les résultats aux médecins en même temps que leur est proposé le dispositif de recueil d'informations de l'année scolaire suivante.

Un des points forts de ce dispositif a été le changement de relation entre les professionnels et leur institution avec une formalisation du partenariat entre les personnels de santé scolaire et les personnels des établissements. Un effet secondaire et non prévu a été l'homogénéisation des pratiques par l'utilisa-

tion d'outils validés, identiques.

Les résultats de ces enquêtes sont utilisés par les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, dans des projets d'établissement. Ils ont alimenté les débats des conférences régionales de santé passées et ont permis de faire

un état des lieux pour la conférence régionale de santé qui doit élaborer le programme régional de santé publique. Le projet pour 2007 est de développer ce dispositif, avec le soutien du conseil régional, vers la santé universitaire et les centres de formation des apprentis.

Cependant, l'articulation avec les autres enquêtes de terrain, les dispositifs nationaux ou les enquêtes locales, reste problématique car cela impose aux professionnels de santé scolaire une charge de travail liée aux divers recueils d'information. Disposer d'outils validés, relativement simples d'utilisation, robustes, diffusables facilement peut, selon les thématiques, être difficile. Enfin, l'appropriation des résultats statistiques se heurte à certaines difficultés pour les professionnels de la santé scolaire.



Bernard Ledésert, ORS Languedoc-Roussillon

L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ DU HAINAUT ET LES CENTRES PSE

L'observatoire de la santé du Hainaut comprend plusieurs pôles d'activité : observation, éducation pour la santé, prévention, promotion, et communication. La collaboration de l'observatoire avec les centres PSE comporte deux volets principaux. Le premier est un partenariat entre des centres de santé scolaire vigies pour le recueil de l'information, le second est le soutien méthodologique qu'apporte l'observatoire aux PSE, suite à la nouvelle législation.

Ce réseau a été bâti à partir de l'enquête de 1997. Il veut poursuivre dans la durée l'implication des centres de santé scolaire dans l'observation épidémiologique. Dans un premier temps, il s'est monté sur la base du volontariat des équipes PSE. Une enquête pilote en 2000 a rassemblé dix centres volontaires puis les enquêtes de surveillance épidémiologique se sont succédé avec, chaque année, une thématique particulière: assuétudes, représentations du bien-être chez les jeunes, sexualité et contraception. La santé buccodentaire est le thème choisi pour 2006. 19 équipes PSE ont intégré le dispositif, soit une centaine de classes réparties sur le Hainaut, qui a bénéficié d'une subvention exceptionnelle de la Communauté française. Les données socio-économiques ont permis de mettre en perspective les résultats. Pour le recueil des données, l'observatoire de la santé du Hainaut dépêche dans les centres PSE une équipe d'infirmières spécialisées dans les enquêtes qui supervise l'administration du questionnaire et les examens biométriques : prise du poids, mesure de la taille et, éventuellement de la tension artérielle.

Les résultats montrent, par exemple, qu'il n'y a aucune différence de consommation de tabac entre les filles et les garçons. La consommation semble cependant diminuer, surtout chez les 14 ans, en lien possible avec les législations et les actions menées. L'excès de poids reste assez stable depuis 1997. Le Carnet de bord de la santé est une publication qui reprend tous les résultats. Un premier numéro sur les assuétudes et les représentations du bien-être a pu être publié.



[EN DÉBAT]

D'autres observatoires de la santé existent en Belgique mais les provinces ont une certaine autonomie. Ils sont plus ou moins développés et n'ont pas nécessairement les mêmes missions. Dans les provinces du Luxembourg ou de Namur, l'observatoire de la santé est pouvoir organisateur de centres PSE mais il n'est pas impliqué dans le recueil de données épidémiologiques.

Des collaborations existent, sur quelques thématiques telle que l'observation de la santé. Certains observatoires affichent la volonté de travailler ensemble sur l'*Enquête nationale de santé*.

En France, les observatoires régionaux de la santé se sont rassemblés dés 1988 au sein de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors). Elle coordonne un certain nombre de travaux, comme Scoresanté ou encore certaines enquêtes menées en partenariat avec des institutions nationales.



QUELQUES ACTIONS ...

Certain nombre d'actions a été présenté lors du colloque. Bien sûr, elles ne sont pas représentatives de l'ensemble des actions menées par les différents opérateurs. Un seul colloque ne suffirait à les épuiser. Elles permettent cependant d'avoir un aperçu en montrant le nécessaire maillage du terrain et la complémentarité que les unes devraient avoir, ou qu'elles ont, avec les autres.

COLLEGES D'HIRSON ET DE CHÂTEAU-THIERRY

Les deux actions menées par les collèges Cobast à Hirson et Rostand à Château-Thierry s'inscrivent dans les priorités définies par le projet académique. Elles intègrent, à des phases différentes, l'action Partenariats pour des interventions en promotion de la santé (PIPS), troisième action du projet Vers des programmes transfrontaliers de santé. PIPS associe la réalisation de diagnostics santé sur les territoires, la mise en partenariat d'acteurs et la réalisation d'actions. Dans l'Aisne, les diagnostics portent sur les pays de la Thiérache et de Saint-Quentin. C'est dans le cadre du diagnostic santé de Thiérache que le collège Cobast a été impliqué.

Un objectif commun à l'enquête transfrontalière sur la santé des jeunes et à PIPS était de faire le lien entre les résultats de l'enquête et les interventions en milieu scolaire. Ce lien a été fait avec le collège Cobast dans le cadre d'un itinéraire de découverte (IDD) sur l'Obésité et ses conséquences; il se fera avec le collège Rostand dans le cadre d'un enquête réalisée par le collège sur l'alimentation au self pendant le repas de midi.

Le collège Cobast à Hirson

L'itinéraire de découverte sur l'Obésité et ses conséquences a été réalisé en partenariat avec l'infirmière de

Hélène Bauwens, OSH Jean-Paul Clerbois. collège Rostand, Châțeau-Thierry Delphine Delecourt, Cres Picardie Patrick Dublé, Cres Picardie Anne-Marie Fichter, Lycée Henri Marțin, Saint-Quențin Véronique Hourdin, pôle de prévențion des maladies cardiovasculaires de Saint-Quentin Laurence Henneré, CPAM de Saint-Quențin Dominique Mallet, collège Cobast, Hirson Laurette Panier, Cres Picardie Daniel Tourbe. muțualițé de l'Aisne

31



[FOCUS]

Collège Cobast, Hirson 600 élèves avec une section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) et une unité pédagogique d'intégration (UPI).

[FOCUS]

L'itinéraire de découverte (IDD)

L'itinéraire de découverte permet au collège de travailler sur des thèmes de réflexion choisis par les équipes qui encadrent les élèves. Ces thèmes s'appuient sur des opportunités ou directives, quelles soient ministérielles ou académiques.

Les élèves qui participent à un IDD proviennent de différentes classes de même niveau.

[FOCUS]

Comenius

Comenius est la première des huit actions du programme communautaire en matière d'éducation SOCRATES. Elle institue des partenariats scolaires, la formation du personnel enseignant et la création de réseaux thématiques.

32

l'établissement, les professeurs de sciences et vie de la Terre et de technologie, avec l'intervention du Cres. Il est en cohérence avec la politique ministérielle, le projet académique et le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Ce projet est complété par un parcours sportif (natation, footing, football) réalisé avec les élèves de l'athénée royal de Chimay, en juin 2006. Une démarche parallèle à cet IDD est mise en place dans le cadre du projet européen Comenius sur le thème Un corps sain pour un esprit sain avec l'Angleterre, l'Allemagne, la Norvège et l'Italie

L'objectif de cet IDD est la réalisation par des binômes d'élèves d'une présentation assistée par ordinateur. L'une d'elles a été sélectionnée pour être présentée au colloque de Saint-Quentin. Par la suite, ce travail pourra être utilisé par les infirmières scolaires du département pour engager une réflexion auprès des élèves des établissements scolaires

La présentation sélectionnée décline le thème de l'obésité en quatre rubriques : « Qu'est-ce que l'obésité ? », « Les conséquences sur la santé », « Les solutions proposées » et « L'évolution du nombre d'obèses ».

Qu'est-ce que l'obésité ? D'un point de vue médical, l'obésité est un excès de masse grasse entraînant des inconvénients pour la santé. L'indice de masse corporelle (IMC), rapport entre le poids et la taille au carré, constitue la référence pour déterminer l'obésité.

Les conséquences sur la santé aborde les risques que court une personne obèse : physiques avec le diabète, l'hypertension, les apnées du sommeil, l'arthrose et moraux avec le rejet de son corps ou les discriminations dont elle peut être victime.

Les causes de l'obésité montre que l'obésité résulte généralement d'une activité physique insuffisante et d'une alimentation trop riche. D'autres facteurs peuvent influencer la prise de poids : les médicaments, les facteurs hormonaux, l'arrêt du tabac, les facteurs psychologiques ou sociaux, les régimes trop restrictifs. Les facteurs familiaux, génétiques jouent un rôle dans le développement de certaines obésités mais pas dans toutes.

Pour ne pas grossir, il faut équilibrer les repas. La présentation montre les différentes familles d'aliments et leur rôle, ainsi que la dépense énergétique liée aux activités physiques. En conclusion, manger équilibré et faire du sport ne suffisent pas pour maigrir. Il faut également favoriser les vitamines, les protéines et les sels minéraux, diminuer les lipides et les glucides, sans totalement les supprimer.

L'intervention du Cres a permis de monter un focus group en deux temps. À l'aide d'un photolangage, les jeunes de l'IDD ont été invités à travailler sur leurs représentations de la santé. Ils ont établi des liens entre santé et maladie, soins, médecine et Sida. Mais leur approche de la santé ne s'est pas limitée à la seule absence de maladies. D'autres liens, forts, ont été tissés. Avec le sport, qui permet de se dépenser, de se sentir bien et de ne pas devenir obèse. Avec les conduites addictives - drogue, alcool, tabac - qui sont perçues comme dangereuses pour la santé. Avec la dimension affective, qui a pointé l'importance de la famille, du groupe et le fait de se sentir bien et de s'amuser ensemble. Enfin, avec la violence, avec les risques de blessures, de danger, etc.

Bien entendu, dans le cadre d'un IDD sur l'obésité, le lien entre santé et alimentation a été établi. Des notions comme manger varié, ne pas trop manger pour ne pas devenir obèse, sont fréquemment revenues.

Dans un second temps, les élèves ont travaillé à partir des données chiffrées

de l'enquête, en prenant la classe d'âge la plus proche des quatrièmes. Les données sélectionnées portaient sur des thèmes en relation avec l'IDD: l'état de santé perçu, la corpulence, le sport, la télévision, les habitudes de consommation - fruits, légumes, produits laitiers, limonades, eau, frites, chips, etc., le petit déjeuner et la collation. Les élèves ont confronté les résultats avec la propre perception de leur état de santé ou de leurs comportements. Ils se sont trouvés en bonne santé, ont estimé qu'ils ne faisaient pas suffisamment de sport et ont été étonnés du nombre de jeunes qui absordent des boissons sucrées. Cette confrontation les a amenés à réfléchir sur leurs propres comportements et les a incités à vouloir faire attention à leur alimentation et à bouger un peu plus tous les jours.

Le collège Rostand à Château-Thierry

La seconde action présentée, celle du collège Rostand à Château-Thierry repose sur une démarche différente, dans la mouvance de l'enquête transfrontalière. De la même manière qu'à Hirson, un *focus group* sera monté par le Cres à la rentrée scolaire de septembre 2006.

L'action présentée consiste en une enquête menée durant le mois de mars

auprès d'élèves demi-pensionnaires, soit 10 élèves du collège et 10 élèves de la section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA), avec une parité filles-garçons. Une semaine était consacrée à chaque niveau : les sixièmes, puis les cinquièmes, les quatrièmes et les troisièmes. L'objectif était d'évaluer les plateaux-repas des élèves : type de plats composant le menu de l'élève et quantité consommée. Ont été également pointés le fait de mettre un verre sur le plateau et le nombre de petits pains consommés. L'infirmière scolaire travaillant à la fois pour le collège et les écoles primaires du secteur, l'indice de masse corporelle à l'âge de 6 ans des élèves inclus dans l'enquête a été intégré au recueil d'information. Pour les élèves de SEGPA, cet indice est disponible pour toutes les années, de la sixième à la troisième.

Parallèlement, la ville de Château-Thierry mène une étude sur les sportifs et la diététique, plus précisément elle porte sur les repas pris durant toute la journée y compris les grignotages. Les élèves de sixième de la section sport du collège y participent.

Les premiers résultats montrent que 12 % des élèves de sixième du collège ne prennent pas d'entrée, contre 6 % des élèves de la SEGPA. Tous les élèves du collège prennent le plat

[EN DÉBAT]

Le partenariat

Même si on en parle beaucoup, le partenariat, ne se décrète pas. Les acteurs viennent de milieux différents, de mondes particuliers, institutionnel, associatif, médical, scolaire, éducatif se qui rend difficile le partenariat. Il doit être volontaire et s'inscrire dans la durée.

[FOCUS]

Collège Rostand, Château-Thierry

540 pour la partie collège et 110 pour la SEGPA. Une classe relais et une UPI pour déficients intellectuels en septembre 2006

Etablissment classé en zone d'éducation prioritaire (ZEP).





principal, soit la viande, soit le poisson, alors que 9 % des élèves de la SEGPA n'en prennent pas. 47,4 % des élèves de la SEGPA ajoutent de la sauce pour 36,8 % des élèves du collège. Enfin, 26,0 % des élèves de la SEGPA ne prennent pas de dessert et, sur l'ensemble des élèves, 15,0 % ne mettent pas de verre sur leur plateau.

En général, le temps de passage au réfectoire est de plus de 20 minutes. 52,4 % des élèves du collège notent les repas de « assez bon » à « très bon » pour 63,6 % des élèves de la SEGPA. Dans les deux groupes, 41,0 % qualifient les repas de « médiocres ».

En ce qui concerne les indices de masse corporelle, à 6 ans, deux élèves étaient dans le groupe supérieur à 20 ; ils sont 23 en sixième. On passe ainsi de 3 % à 33 %!

L'enquête doit déboucher sur des actions, en direction des élèves, mais également de l'établissement et des parents comme l'aide aux élèves pour choisir leurs plats pour le repas du midi, les propositions de repas et de menus de la part de l'établissement, les informations données aux parents, ou encore imaginer l'intervention de conseillères en économie sociale et familiale pour aider les familles à manger mieux pour le même prix, notamment dans les socialement défavorisés.

L'intérêt d'une telle étude est aussi de pouvoir mesurer les proportions de féculents, des légumes verts ou d'autres produits, comme la charcuterie, les crudités, les friands, les feuilletés... qui peuvent être servis. Le but d'un établissement d'éducation n'est pas de réduire les repas et les menus à ce qu'aiment les enfants!

Les points communs à ces deux actions sont la nécessaire mobilisation et la collaboration de tous les acteurs, qu'ils soient issus ou non de l'Éducation nationale.

Les infirmières scolaires apparaissent comme la clé de voûte indispensable, tant dans les recueils d'information (l'enquête transfrontalière sur la santé des jeunes - Sant-Aisne en est un bon exemple) que dans les interventions. Le rôle « politique » des chefs d'établissement est un élément moteur. La collaboration active des enseignants est à valoriser. Ils peuvent intégrer les thématiques des actions de santé dans leurs propres cours ou lors de séances spécifiques avec une classe, comme celles de « Vie de classe », par exemple, ce qui constitue un facteur facilitant pour la réussite d'une action.

Les actions menées en milieu scolaire retentissent à l'extérieur des établissements. Le rôle des partenaires extérieurs - Cres, ORS, municipalités, missions locales, associations thématiques - est primordial en ce qu'il facilite, donne du sens et enrichit les actions. Sur des thématiques lourdes, comme l'alimentation ou les addictions, ces actions facilitent aussi le travail des structures qui prennent en charge les jeunes dans d'autres contextes. C'est le cas par exemple des missions locales pour les 16-25 ans.

Le partenariat, s'il peut s'avérer difficile à mettre en place, reste cependant un facteur de réussite indispensable dans la conduite d'actions.

PROMOTION DE L'ÉQUILIBRE ALIMEN-TAIRE EN MILIEU SCOLAIRE

La mutualité de l'Aisne est un mouvement « complémentaire santé » qui s'implique en santé publique. Sur le thème de l'obésité, elle agit en partenariat avec le conseil général, l'Éducation nationale qui souhaite l'inscription de ce projet dans les CESC, et l'Assurance maladie qui apporte un soutien financier.

Dans le département de l'Aisne, la Mutualité a dessiné six bassins de vie : Thiérache, Saint-Quentinois, Tergnier, Laonnois, Soissonais, et Château-Thierry. À partir de quatre d'entre eux (Hirson, Saint-Quentin, Marle Château-Thierry), une expérimentation sera menée à partir de septembre 2006 sur la promotion à long terme de l'équilibre alimentaire en milieu scolaire. Les classes concernées sont les CM2 avec un suivi jusqu'à la troisième, sur les zones de collèges, c'est-à-dire l'ensemble des écoles primaires qui s'inscrivent autour d'un collège

Trois objectifs généraux guident cette action menée par une diététicienne en collaboration étroite avec le corps enseignant et la médecine scolaire : favoriser la prévention et la lutte contre l'obésité, promouvoir l'équilibre alimentaire, travailler la relation avec l'exercice physique et mobiliser les familles par l'intermédiaire des enfants qui sont des prescripteurs importants d'achats familiaux. Les actions spécifiques sont le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC), le tracé des courbes de croissance, le développement du goût et du plaisir de manger varié et équilibré. Au niveau du collège, un travail sera fait sur le décryptage des informations écrites sur les emballages. Le but général est la mise en relation entre « bien-manger » et « bien-vivre », développer la capacité à choisir et donc modifier les habitudes alimentaires sur le long terme.

. « JE CROQUE LA POMME », LYCÉE HEN-RI MARTIN DE SAINT-QUENTIN

« Je croque la pomme » est une action inscrite dans le projet d'établissement sans tabac. Elle est née de la collaboration entre le service de la santé scolaire et le centre d'hygiène alimentaire. Une enquête préalable a été menée en 2003 avec le Codes de l'Aisne. Elle montre que 31 % des élèves de l'établisse-

ment fument. Lors de la Journée mondiale sans tabac en 2004, les élèves étaient incités à souffler dans le testeur au monoxyde de carbone, à parler de leur consommation et faire le test de Fagerström, Des brochures d'information de l'Inpes concernant le tabac et des plaquettes sur la loi Évin, sur l'hygiène alimentaire leur furent remis. Une pomme leur était enfin offerte.

La thématique croisée tabac et hygiène alimentaire était un premier pas vers une éducation à la santé plus globale. Deux infirmières scolaires, une psychologue, une personne actrice de prévention et d'hygiène alimentaire, un professeur d'art plastique et une trentaine d'élèves ont participé à cette action. Une classe de quatrième a travaillé sur la thématique « Je croque la pomme, je ne fume pas aujourd'hui » et plusieurs dessins faits par les élèves ont été exposés sous le préau.

L'année suivante, la thématique de l'hygiène alimentaire a été abordée avec une classe de sixième sur le projet de classe « santé citoyenneté » dans le cadre du CESC du collège Henri Martin, avec l'appui méthodologique du pôle académique de soutien à l'innovation. Un professeur d'anglais a fait un petit déjeuner anglais dans sa classe, des expositions ont été créées, etc. Le partenariat a été assuré par le centre d'hygiène alimentaire et l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de Saint-Quentin, avec une animation d'ateliers par les élèves infirmiers. Une explication sur les groupes alimentaires et la qualité nutritionnelle de l'aliment a été réalisée avec l'infirmière et le médecin scolaires, à partir de la connaissance des élèves et en rectifiant les informations au fur et à mesure. En 2006, cette action se prolonge avec une forte implication des professeurs dans le cadre de la classe « santé citoyenneté ».

[FOCUS]

Le test de Fagerström

À partir de six questions, le test de Fagerström permet de mesurer la dépendance pharmacologique au tabac. Les scores calculés compris entre 3 et 4 indique une dépendance faible, entre 7 et 10 une dépendance



LE GROUPE DÉPARTEMENTAL SUR LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ DE L'EN-FANT

Confrontés au problème de l'obésité chez les enfants, les professionnels de santé de la protection maternelle et infantile (PMI) du département de l'Aisne se sont mobilisés et ont commencé à mettre en place des actions de dépistage précoce, de soutien, d'information, voire de formation des personnels pour être mieux adaptés à ce défi. En 2004, après avoir amplement développé leur activité sur le Soissonais, ils ont pris contact avec le Cres de Picardie, établissement de l'Aisne, pour étendre ce projet dans la logique du plan régional de santé publique. La Thiérache s'est alors inscrite dans la démarche de même que le pôle de prévention des maladies cardiovasculaires du centre hospitalier de Saint-Quentin qui s'est également proposé de mobiliser sur son aire d'action.

Sur ces trois territoires, les acteurs locaux se sont immédiatement impliqués: Éducation nationale, PMI, Cres, etc., dès lors qu'ils sont déjà mobilisés dans le cadre du groupe régional sur l'obésité infantile. C'est en développant ces liens qu'est née l'idée de mettre en place un groupe départemental dont l'objectif est de rassembler tous les acteurs du département

Leur but est de s'enrichir des expériences et des propositions des autres et de mutualiser des outils de communication. Des expositions, des affiches, des plaquettes... vont être créées et utilisées par tous. Il s'agit aussi d'élaborer des propositions concrètes et de les soumettre au groupe de travail régional de manière à donner une impulsion à partir du territoire départemental. Un projet départemental sur l'obésité de l'enfant a été écrit en mars 2006 pour poursuivre la sensibilisation des personnels travaillant en contact avec les enfants, valoriser et diffuser les outils existants, et organiser des journées d'échange de pratiques sur la prévention de l'obésité infantile.

FORUM NUTRITION-SANTÉ

Le Forum nutrition-santé a été créé en 2001, année de la mise en place du Programme national nutrition santé, par le pôle de prévention des maladies cardio-vasculaires et d'éducation du patient de Saint-Quentin qui a pour mission de participer à des dynamiques locales de prévention ou de les impulser. Un second forum a été réalisé en 2004.

Ces deux forums avaient pour objectifs de permettre un travail de collaboration entre les enseignants et les soignants, d'améliorer l'alimentation des enfants en classe de maternelle et de primaire, de promouvoir l'activité physique, de former des relais et de créer des outils pédagogiques avec un référentiel sur les petits repas pris à l'école. 190 enfants et 200 visiteurs ont été accueillis en 2002, 370 enfants et 300 visiteurs en 2004.

Diverses animations et stands sont proposés lors des forums. Le stand « Harry Pom'Terre », permet aux enfants de découvrir l'équilibre alimentaire grâce à une bande dessinée. Un puzzle réalisé par l'équipe du pôle de prévention leur fait de découvrir les aspects positifs ou négatifs d'une consommation excessive ou insuffisante des différents groupes d'aliments. Un jeu de l'oie réalisé par les étudiants infirmiers montre l'importance du rythme des repas dans la journée. Un autre jeu présente la composition des menus. Un jeu de cartes « Manger, bouger, c'est gagné », a été conçu par des diététiciennes... Enfin, un atelier « goût » est animé par les élèves de l'école hôtelière. Les enfants, aidés par une diététicienne, ont pour mission de faire les courses pour réaliser un repas équiliDÉPISTAGE DES ENFANTS DE 12-13 ANS

Après le forum 2002, des animations pédagogiques ont eu lieu à l'initiative de l'Éducation nationale pour dégager une réflexion avec les enseignants de classes de maternelle et du primaire sur les petits repas pris à l'école. Une vingtaine d'entre eux y ont participé. Ils devaient travailler sur la définition, le contenu et l'horaire du petit déjeuner, du goûter et de la collation. Au terme de ces animations, les enseignants ont réalisé des actions extrêmement intéressantes. Par exemple, dans une classe pour élèves de 2-3 ans, les mamans devaient cocher sur un listing

avec un code couleurs les aliments pris par leur enfant lors du petit déjeuner, afin d'équilibrer leur repas.

À la suite du forum de 2004, d'autres actions ont été mises en place et 61 enseignants ont été formés. Ils ont été amenés à réfléchir sur la suppression de la collation à l'école maternelle. Trois axes ont ainsi été développés : une campagne

d'affichage, l'envoi d'une lettre aux parents dès la rentrée et la participation d'un soignant à une réunion d'information entre parents et instituteurs.

Une douzaine d'écoles s'est engagée dans la suppression de cette collation et d'autres écoles s'orientent progressivement vers un aménagement et une modification des horaires et du contenu des repas pris à l'école.

À la demande de la municipalité de Saint-Quentin, avec la participation de la diététicienne de la mairie, l'équipe du pôle a formé tous les animateurs de cantine au bon équilibre nutritionnel des enfants. Le centre de soins infirmier Saint-Vincent de Paul à Saint-Quentin est porteur d'un projet de dépistage des enfants de 12 ans pour les filles et de 13 ans pour les garçons ayant des problèmes de surpoids ou d'obésité. L'objectif est d'apporter aux enfants et à leur famille, les connaissances hygiéno-diététiques nécessaires et de les accompagner à la mise en pratique des connaissances, afin d'obtenir un bien-être physique et psychologique. Une formation commune a réuni les



infirmières du centre, du pôle d'éducation santé, et de la santé scolaire, des diététiciens de ville pour travailler sur l'échange des pratiques et l'harmonisation des messages nutritionnels auprès des familles. Un comité de pilotage regroupant les partenaires des milieux médical, éducatif et social accompagne le projet. Il valide par exemple la création des outils d'éducation, d'évaluation et de communication.

L'année 2006 est consacrée à la préparation de l'action par la formation des infirmiers et des partenaires, au recensement et à la création d'outils de communication, à l'information et à la sensibilisation des médecins libéraux au projet éducatif. Une expérimentation de consultation et de dépistage par les médecins libéraux des enfants de 12-13 ans et des enfants de sixième en



surpoids ou obèses viendra s'intégrer également au projet. Elle est menée en partenariat entre l'union régionale des médecins libéraux (URML) et l'union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam).

INCITER À LA PRATIQUE SPORTIVE LES ENFANTS EN SURPOIDS

Complémentairement à cette action, un projet sur l'initiation au sport pour les enfants de 8 ans à 15 ans atteints d'obésité est mené dans trois quartiers. Le constat qui a présidé à sa mise en place est que les enfants en surpoids n'osent pas faire du sport, ou ont une activité sportive non adaptée. Plusieurs développent aussi un sentiment de rejet. Les enfants sont adressés au centre médico-sportif pour passer un examen médical et mettre en place une activité spécialisée adaptée.

CONCLUSION

En réunissant environ 170 personnes, ce colloque a constitué un moment fort de l'enquête transfrontauière sur la santé des jeunes. Au delà des résultats présentés, et qui montrent que les Axonais ont désormais rejoint les Hainuyers pour l'incidence de facteurs de risque, dont l'obésité a largement alimentée les débats.

Les comportements des jeunes semblent s'être relativement homogénéisés de part et d'autre de la frontière. Mais ce constat vaut pour l'ensemble des pays occidentaux où il semble ne plus y avoir de fracture culturelle aussi importante que par le passé. À peu de choses près, l'offre de consommation s'est largement standardisée. Comme en miroir, elle paraît impliquer une communauté de comportements.

Deux points de vue se sont exprimés en conclusion de ce colloque : celui de l'Éducation nationale et celui de la médecine.

LE POINT DE VUE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

M. l'inspecteur d'académie a souligné combien l'école était concernée par les notions « d'épidémie d'obésité infantile », de sur-mortalité par cancer, de maladies cardio-vasculaires, ou de comportements à risque avec les consommations de tabac et d'alcool ou encore les suicides.

Observation

Dès la première étude en 1997, l'Éducation nationale s'était largement mobilisée car le recueil des données épidémiologiques, le suivi de l'état sanitaire de la population scolaire et l'évolution des comportements des élèves concernent au premier plan la communauté éducative. Ils permettent de disposer d'indicateurs de mesures d'états des lieux et d'évolution fiables pour monter les projets en adéquation avec les



particularités locales et en lien avec les partenaires : collectivités, organismes publics et associatifs, professionnels de santé...

La bonne santé des élèves, leur épanouissement physique, mental et social restent les premières conditions de la réussite scolaire et l'école doit être le lieu d'un suivi efficace et équitable des enfants et des jeunes qui y sont scolarisés, en s'efforçant de remédier à l'inégalité face à l'accès aux soins, liée au contexte familial et social ou à la localisation géographique.

En liaison étroite avec la famille, l'école a la responsabilité particulière de veiller à la santé des jeunes qui lui sont confiés et de favoriser le dévelop-

pement harmonieux de leur personnalité. Elle se doit de participer également à la prévention et à la promotion de la santé en assurant aux élèves une éducation à la santé, tout au long de leur scolarité, en articulation avec des enseignements adaptés à la fois à leurs attentes et à leurs besoins ainsi qu'aux enjeux actuels de santé publique. L'objectif est de leur permettre d'acqué-

rir des connaissances, de développer leur esprit critique et leur offrant par-là même la possibilité d'adopter des comportements favorables à leur santé en développant leur accès à l'autonomie et à la responsabilité.

C'est pourquoi, la prise en compte de la santé des élèves concerne l'ensemble de la communauté éducative. Elle est indissociable d'une politique éducative globale à l'école et s'inscrit dans un programme quinquennal défini en termes d'objectifs prioritaires, de stratégies d'actions et d'évaluation. Les grands axes sont en parfaite cohérence avec les préoccupations de l'enquête transfrontalière de santé : assurer tout au long de la scolarité la continuité des actions d'éducation à la santé intégrées dans les projets des écoles et des établissements scolaires du second degré. On peut citer l'éducation nutritionnelle, la prévention du surpoids et de l'obésité, la prévention des conduites addictives, le développement de l'éducation à la sexualité, un meilleur repérage et la prise en compte de la souffrance psychique des enfants et des adolescents.

Action

L'obésité touche aujourd'hui plus de 10 % des enfants de 5 à 12 ans et près de 15 % des adolescents. Face à ces chiffres, l'Éducation nationale se doit d'engager un combat déterminé contre les incohérences nutritionnelles. L'objectif est de prévenir et de prendre en charge les problèmes liés au surpoids et d'intégrer la dimension nutrition. Cela pourrait se faire par le biais des programmes scolaires, des séquences de travaux pluridisciplinaires tels que les itinéraires de découverte au collège, les travaux personnels encadrés et les projets pluridisciplinaires à caractère professionnel (au lycée). Il faut aussi sensibiliser et associer les familles dès l'école maternelle.

La restauration scolaire et les personnels qui la font fonctionner jouent évidemment un rôle fondamental dans la promotion d'une alimentation équilibrée. Il faut à cet égard saluer le travail réalisé dans beaucoup d'établissements autour de la commission des menus.

L'obésité peut être le signe d'une grande anxiété ou la réaction à une souffrance psychique importante. Dans ce cas, l'approche nutritive ne suffit pas, le jeune devra être orienté vers les services médicaux compétents. À l'inverse, il convient également de prêter attention aux symptômes comme la tendance à l'anorexie, fréquente chez les adolescentes.

Enfin, la pratique d'activités sportives, notamment par le biais du sport



Gérard Domalain Inpecteur d'académie de l'Aisne

scolaire, constitue de toute évidence un moyen de lutter contre les problèmes de surpoids.

Afin de développer l'acquisition des savoirs et des compétences qui permettront aux élèves de faire des choix éclairés et responsables en matière de santé, l'éducation à la santé et à la sexualité doit s'intégrer à l'enseignement tout au long du parcours scolaire des élèves, depuis l'école jusqu'au lycée.

Pour assister l'Éducation nationale dans l'élaboration de programmes d'actions cohérents dans le domaine de la santé et de la prévention, et pour apporter un appui méthodologique et une réflexion aux personnels dans leur mission éducative, le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté est le lieu de réflexion et d'échanges interdisciplinaires autour des modes de vie et de la santé de l'enfant et de l'adolescent en milieu scolaire.

LE POINT DE VUE DE LA MÉDECINE

De con côté, le Professeur Jean-Pierre Canarelli, pédiatre et président de la conférence régionale de santé, a pointé trois éléments qui ont particulièrement retenu son attention.

Le premier est l'extrapolation de la courbe de prévalence de l'obésité montrant que 25 % des enfants allaient devenir obèses. La catastrophe qui se préfigure est qu'à l'âge adulte ces enfants auront très tôt des d'accidents vasculaires, notamment cérébraux. Comme le montre une étude anglosaxonne portant sur des sujets très jeunes qui ont eu des accidents vasculaires et qui étaient en surpoids à la petite enfance. Ainsi, ces jeunes adultes risquent d'avoir des pathologies lourdes, n'auront pas de vie professionnelle et n'auront pas le taux de survie qu'ont leurs parents ou leurs grands-parents.

L'obésité est donc un problème de santé majeur, dont les adultes sont responsables en tant qu'éducateurs. Elle n'est pas seulement le fait des adolescents d'aujourd'hui, mais des générations qui les ont précèdés, celles des « babyboomers » nés après 1950. Pour

des raisons socio-politiques et de modes de vie, c'est en quelque sorte la société qui sécrète l'obésité... En ce sens, l'Europe suit le modèle de la société nord-américaine où l'épidémie d'obésité a commencé il y a bien longtemps.



Jean-Pierre Canarelli, Conférence régionale de santé publique

Les handicaps liés au surpoids et à l'obésité seront sérieux, les complications importantes.

Sans être vitales, elles sont cependant fonctionnelles, comme la pose précoce de prothèses de hanches ou de genoux.

Le deuxième élément concerne le dépistage, non pas à l'école, mais auprès des futures mamans. Faire de la prévention à l'école, avec des adolescents, signifie aussi que les générations précédentes, non informées, sont des générations perdues. Le devoir impératif est d'arrêter cette perte et d'améliorer au maximum le dépistage.

D'une part, en organisant un dépistage très précoce. Les professionnels de santé qui ont en charge les enfants doivent dépister à temps les risques de surpoids et d'obésité. D'autre part, en organisant un dépistage, même minimum, en milieu scolaire afin d'orienter les enfants vers les dispositifs de prise en charge et de sauver des situations qui pourraient devenir dramatiques.

L'action doit cependant être globale. La prise en charge d'un enfant en surpoids sera efficiente si les autres membres de la famille suivent les mêmes règles hygiéno-diététiques. Ainsi, les huit pôles de prévention des



maladies cardio-vasculaires, dont le plus ancien est celui de Laon, ont un rôle très important à jouer dans l'accompagnement des parents.

De même, l'information et les messages de prévention dispensés aux enfant devraient, par un effet de *feed-back* des enfants vers les parents, être bénéfiques également pour la famille.

Le troisième et dernier élément est la coopération essentielle entre l'Éducation nationale et les structures de soins. De part et d'autre de la frontière, les objectifs sont pratiquement les mêmes, les modes d'action sont les mêmes : activité physique et équilibre nutritionnel.

Ainsi, les exemples des deux collèges de Château-Thierry et d'Hirson, ont montré une implication réelle des enseignants mais également des élèves, ce qui est du meilleur augure en termes de prévention. Sachant que l'éducation est un travail de très longue haleine, de rabâchage, faire passer un message prend donc du temps.

Un problème récurrent est celui du saupoudrage des financements et du partenariat. Beaucoup d'actions sont montées, mais elles reposent sur un certain charisme, sur de petites équipes, avec un large bénévolat associatif. Les associations de patients jouent également un rôle extrêmement important. Ces actions existent, sont louables, doivent perdurer, mais les moyens doivent être mutualisés et tous les partenaires doivent avoir la possibilité de s'exprimer, de pouvoir rentrer au sein d'un réseau.

Malheureusement, la prévention est de moins en moins soutenue financièrement par rapport aux soins, ce qui ne va pas s'améliorer avec le vieillissement de la population. Mais l'Aisne avec les difficultés énoncées et qui sont bien connues, difficultés d'éloignement géographique, de culture et de vie différentes même, a démontré qu'elle a pu répondre par différentes actions, ponctuelles certes, mais positives et efficaces. Ce qui est bon pour l'Aisne, doit l'être pour la Somme et pour l'Oise. Ces expériences ont été rapportées à la conférence régionale de santé

Ce colloque a pu être réalisé grâce à l'implication directe de l'ensemble des partenaires qui suivent depuis 1995 le travail transfrontalier d'étude sur la santé des jeunes. Qu'ils soient ici remerciés.



























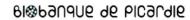




















• épidémie d'obésité qui traverse les sociétés a été qualifiée dès 2000 par l'OMS de « globésité » pour bien prendre la mesure de ce problème qui représente un défi majeur pour la prévention.

Le colloque réalisé à Saint-Quentin en mai 2006 dans le cadre de l'enquête transfontalière sur la santé des jeunes (ETSJ), action de *Vers des programmes transfrontaliers de santé* avait pour but de présenter les premières analyses portant sur l'état de santé et les comportements de santé d'une population scolaire dans l'Aisne et dans le Hainaut.

De manière tout à fait légitime, le comité de pilotage du colloque a donc choisi comme fil rouge le surpoids et l'obésité des jeunes. Les jeunes constituent une population vulnérable : ils semblent extrêmement perméables à la publicité et sont de forts prescripteurs d'achats, notamment alimentaires. Or, la surcharge pondérale résulte essentiellement d'une alimentation inadéquate associée à une forte sédentarité. Elle est éminemment liée à nos modes de vie, au-delà des seuls facteurs individuels comme l'hérédité... Le développement technologique, les transports publics, l'aménagement urbain, les médias, la forte offre alimentaire contrastant avec la relativement faible offre de service d'activité physique sont parmi les facteurs qui déterminent le plus l'obésité et le surpoids. Mais eux-mêmes sont surdéterminés par les milieux sociaux, culturels, économiques, physiques dans lesquels les populations vivent. Aborder le problème de l'obésité et du surpoids revient donc à analyser le rôle de chacun de ces facteurs, tout en essayant de gommer les zones blanches de la connaissance, comme par exemple l'influence réelle des médias ou encore celui de la structure familiale sur la prise de poids.

Les données reprises dans ce document ont été présentées lors du colloque. La comparaison entre la première enquête (1997) et la seconde (2004) est riche d'enseignements sur les comportements des jeunes qui deviennent largement homogènes de part et d'autres de la frontière. Les analyses et les réponses institutionelles comme celles des acteurs de la prévention semblent aussi très proches entre l'Aisne et le Hainaut, beaucoup plus certainement qu'il n'y a une décennie. Faut-il y voir un des effets de l'intégration des politiques européennes au niveau national ou une communauté de pensée entre régions culturellement proches ? Certainement un peu des deux...

© OR2S, novembre 2006 ISBN: 2-909195-37-6