

**« Les troubles
du comportement alimentaire
chez les jeunes
en région PACA »**

Actes du colloque

Organisé à l'initiative
du Conseil Régional
Provence-Alpes-Côte d'Azur

Interventions
et synthèse des débats

**Colloque régional
16 janvier 2004
Hôtel de Région
MARSEILLE**



SOMMAIRE

Allocutions d'ouverture	4
M. René Giorgetti , Président de la Commission Solidarités, Santé Prévention du Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur.....	4
M. Jean Chappellet , Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur.....	6
M. le professeur Roland Sambuc , Vice-Président du Comité Régional d'Education pour la Santé PACA.....	9
Etat des lieux, approches épidémiologique et sociologiques	11
Dr Cécile Lucas , DRASS PACA, <i>Le Programme National Nutrition Santé (PNNS)</i>	11
Mme Corinne Delamaire , nutritionniste, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) <i>Présentation des résultats du Baromètre santé nutrition et des outils réalisés dans le cadre du PNNS</i>	15
M. le docteur Jean-Claude Gourheux , Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) <i>La prise en charge du surpoids et de l'obésité en médecine générale : résultats de l'enquête « Panel Obésité 2003 »</i>	23
Aurélie Bocquier <i>La prise en charge du surpoids et de l'obésité en médecine générale : résultats de l'enquête « Panel Obésité 2003 »</i>	24
M. le docteur Pierre Verger , Directeur d'études, Observatoire Régional de la Santé <i>La prise en charge du surpoids et de l'obésité en médecine générale : résultats de l'enquête « Panel Obésité 2003 »</i>	31
M. le docteur Djamel Bouriche , Ethnopsychiatre, Centre Hospitalier Edouard Toulouse, Marseille <i>Les déterminants culturels de l'alimentation</i>	34
Table ronde	40

Les dérives alimentaires chez les jeunes : causes ou conséquences d'un mal-être -----	51
Mme Géraldine Malfatti , diététicienne, éducatrice de santé au CoDES 13	
<i>Alimentation et équilibre, l'atelier parents-tartines-----</i>	52
M. Michel Vauzelle , Président de la Région PACA-----	55
M. le docteur Jacques Pruvost , médecin conseil du Directeur Régional de la Jeunesse et des Sports de Provence-Alpes-Côtes d'Azur,	
<i>Réalités et danger des vitamines et des compléments alimentaires chez les jeunes sportifs--</i>	60
Mme Myriam Graff , psychologue clinicienne, Ecole des parents,	
<i>Les conduites alimentaires à l'adolescence, réminiscence du lien primaire à la mère ?-----</i>	65
Table ronde -----	69
Les dérives alimentaires chez les jeunes : causes ou conséquences d'un mal-être (suite) -----	73
M. le docteur Gabriel Pignoly , psychiatre des hôpitaux, chef du service de psychiatrie infanto-juvénile au CHS de Larnage,	
<i>Les dérives alimentaires chez les jeunes, prise en charge précoce et prise en charge des cas pathologiques-----</i>	73
Mme Bernadette Krajevitch , diététicienne,	
<i>Les dérives alimentaires, prise en charge précoce-----</i>	76
Mme le docteur Catherine Lacoste , médecin endocrinologue, clinique les Cadrans solaires, Nice,	
<i>Une expérience de prise en charge de l'obésité chez les adolescents en institution-----</i>	80
Table ronde -----	86
Conclusion -----	87
Annexes -----	88

ALLOCUTIONS D'OUVERTURE

M. René Giorgetti, *Président de la Commission Solidarités, Santé Prévention du Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur*

Mesdames, Messieurs,

Tout d'abord, je voudrais profiter de l'occasion que nous offre ce colloque pour vous présenter personnellement et au nom du président Michel Vauzelle, les meilleurs vœux pour cette nouvelle année, qu'elle vous apporte ainsi qu'à vos proches, santé et réussite dans l'accomplissement de vos projets et de souhaiter après cette année extrêmement dure pour les populations de notre région et celle du monde qui nous entoure, paix, justice et prospérité.

L'année 2003, fut comme je viens de le dire, très difficile, mais notre région a su faire face et se montrer solidaire aussi bien sur le plan international qu'auprès des siens meurtris par des catastrophes naturelles.

Si une collectivité tel que le Conseil régional de Provence-Alpes-Côte d'Azur, peut et doit se montrer solidaire face à des drames collectifs, elle doit aussi, au quotidien, se préoccuper de la vie de chacun des ses concitoyens et leur donner les moyens de s'épanouir normalement dans notre société.

C'est ce sentiment qui nous anime et c'est pourquoi quand bien même le domaine de la santé et de la solidarité ne soit pas des compétences de la région nous avons souhaité agir dans ces domaines car les souffrances et surtout celles des jeunes sont encore trop nombreuses dans notre région et dans notre pays.

Ainsi, à la Commission Solidarité, Santé et Prévention, que j'ai l'honneur de présider, nous nous sommes investis notamment dans le champ de la santé des jeunes en agissant plus particulièrement sur le plan de la prévention et de l'éducation à la santé.

Nous avons choisis d'agir en faveur des adolescents, car non seulement nous en sommes responsables pour nos compétences de droit pour les lycées, les CFA et la formation professionnelle mais aussi parce qu'aujourd'hui malheureusement nos jeunes connaissent d'importantes difficultés tant en matière d'emploi, de logement, qu'en matière de santé et d'équilibres psychologiques et ce à tel point que l'on parle désormais du « mal être chez les jeunes ».

Pour tenter de répondre à ces différents problèmes, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur s'est engagée dans un contrat de plan avec l'Etat, à ce propos je voudrais faire une parenthèse pour remercier M. Jean CHAPPELET, Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales avec qui nous collaborons personnellement depuis presque un an dans de nombreux domaines touchant la santé, et qui a participé à la mise en oeuvre du Programme Santé Jeunes axé particulièrement sur la souffrance psychique.

Ces actions n'auront été possibles que grâce à l'action d'associations tel que AIDES ou la LIGUE CONTRE LE CANCER qui agissent auprès des lycéens des Espaces Santé Jeunes et des centres de ressources tel que l'A.M.P.T.A. qui participe à la lutte contre la toxicomanie, le C.R.I.P.S. pour la prévention et le soutien face au SIDA et le C.R.E.S.

présidé par M. le Professeur GARNIER et dirigé par Mme Zeina MANSOUR que je souhaite personnellement remercier pour l'excellence de leurs travaux menés en matière d'éducation à la santé auprès des jeunes et avec lesquels j'ai eu le plaisir de collaborer durant ce mandat.

Je pense notamment aux colloques organisés par le CRES et que nous avons accueilli sur le suicide chez les jeunes, sur comment communiquer face aux comportements à risque des adolescents ou celui sur le thème entre santé et précarité à l'Hôpital d'Aix en Provence.

Le colloque d'aujourd'hui, intitulé « Les troubles du comportement alimentaire chez les jeunes en région » vise à nous éclairer sur les symptômes de ces déséquilibres pour mieux les comprendre et les appréhender afin d'apporter une aide psychologique adaptée et agir sur le plan de la prévention dans le domaine de l'hygiène alimentaire.

Les dernières études scientifiques et épidémiologiques démontrent à la fois le contexte actuel suivant lequel les jeunes obèses sont de plus en plus nombreux avec les risques que cela comporte sur la santé et le psychisme, que l'anorexie est de plus en plus fréquente chez les jeunes filles, mais aussi que l'alimentation reste la meilleure des préventions tout en restant un véritable plaisir.

Si la lutte contre la malnutrition nécessite avant tout des mesures économiques et sociales, les déséquilibres nutritionnels observés dans les pratiques alimentaires relèvent des politiques de santé publique.

Aussi j'espère que les débats dans cet hémicycle seront riches d'enseignement et nous permettrons d'agir auprès des jeunes pour leur offrir toutes les chances de préparer au mieux leur avenir.

M. Jean Chappellet, *Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur*

Monsieur Le Président,
Mesdames, Messieurs,

Permettez-moi d'abord, Mesdames, Messieurs, en vous saluant de souligner l'intérêt fondamental que présente la réunion simultanée dans cet hémicycle d'acteurs aussi variés.

Je voudrais également remercier le président du conseil régional de nous accueillir aujourd'hui, et surtout d'être à l'initiative de cette journée : la santé publique, dont nous avons tous présent à l'esprit la définition, ne saurait s'accommoder des cloisonnements institutionnels : s'il appartient à l'Etat de coordonner et de définir la politique de santé, sa mise en œuvre, surtout dans le domaine de la prévention, suppose que chaque institution intègre dans l'exercice de ses compétences, dans la mise en œuvre de ses politiques sectorielles l'impératif de santé : la contractualisation sur le thème de la santé publique dans le cadre du CPER d'abord, l'organisation de cette journée ensuite va tout à fait dans ce sens.

Le thème choisi « les troubles du comportement alimentaire chez les jeunes dans la Région » est un thème de santé fondamental, et d'ailleurs au cœur de nos politiques de santé. C'est sans doute également un domaine où les actions concrètes sont les plus complexes à définir, à mener et évaluer et de ce fait qui suppose quelques principes d'actions.

I – Un thème fondamental d'abord :

a) l'alimentation est en effet un déterminant majeur de la santé publique.

Il est aujourd'hui parfaitement démontré que l'alimentation et l'état nutritionnel participent de façon essentielle au développement de la santé et à l'expression clinique des maladies les plus répandues chez les adultes : maladies cardiovasculaires, tumeurs malignes, ostéoporose, diabète et obésité.

En ce qui concerne plus particulièrement les enfants et les jeunes, c'est la prévalence notamment du surpoids et de l'obésité, qui augmente depuis quelques années en France comme dans l'ensemble des pays industrialisés, qui montre l'importance des problèmes liés au comportement alimentaire dès le plus jeune âge et aux conséquences à long terme induites par un mauvais équilibre nutritionnel.

L'étude globale du Haut comité de santé publique, les différents travaux d'expertise collective publiés notamment dans le domaine de la santé des jeunes, ainsi que l'ensemble des études menées depuis plusieurs années par les hautes instances de recherche en santé publique notamment l'Inserm, le conseil national de l'alimentation, l'institut de veille sanitaire, l'agence française de sécurité alimentaire, de même que celles de nos partenaires institutionnels (Caisses nationales d'assurance maladie, Fédération nationale de la mutualité française) et de personnalités scientifiques, concourent à mettre en évidence l'impact de ce déterminant de santé qu'est l'alimentation sur le plan individuel et par voie de conséquence sur l'ensemble des enjeux économiques et sociaux de la collectivité.

Le comportement alimentaire peut être également une manifestation d'un état de mal être psychologique authentique chez les jeunes, avec les conduites anorexiques ou boulimiques.

b) Si la nutrition est un déterminant majeur de l'état de santé lorsque l'on aborde la santé sous l'angle des publics prioritaires, on trouve en première ligne la santé des jeunes, et plus précisément la souffrance psychique et les inégalités d'accès aux soins et à la santé. Les enquêtes nationales adolescents, notamment l'enquête Choquet- Ledoux illustre parfaitement mon propos.

II - L'approche croisée du déterminant nutrition et du public jeune est donc particulièrement adéquate, ce qui explique que l'on retrouve dans plusieurs de nos politiques nationales ou régionales l'alimentation notamment chez les jeunes :

a) Dans le programme national nutrition santé, annoncé lors des Etats généraux de l'alimentation pour la période 2001-2005 : je ne développerai pas ce plan dont Mme le Docteur LUCAS nous parlera, sinon pour dire que c'est un programme complet de santé publique qui cherche à prendre en compte les multiples dimensions de la nutrition : santé, plaisir, culture, économie.

b) Au titre du programme régional de santé « santé des enfants et des jeunes » ; je rappelle que notre région est en position très défavorable pour les indicateurs de mal être : symptomatologie dépressive, consommation de drogues, conduites violentes.

c) Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins en direction des populations démunies : une formation à l'intention des associations caritatives a été récemment organisée sur le thème de l'approche nutritionnelle en direction des populations précaires.

d) Et bien sûr le plan Cancer, compte tenu des liens qui existent entre la nutrition et cette maladie (la consommation d'alcool étant incluse dans cette approche).

e) A l'avenir ce sera également un thème fort et obligé de nos politiques nationales et régionales de santé publique, je rappelle en effet, qu'au titre des 100 objectifs de santé publique annexés au projet de loi figurent 9 objectifs quantifiés et évaluables concernant la nutrition.

III- Thème important, au cœur de nos politiques, mais complexe à mettre en œuvre

Il s'agit en effet d'agir sur les comportements individuels, à titre préventif : outre les difficultés inhérentes à toute démarche préventive, les multiples dimensions de la nutrition, dont je parlais à l'instant, nécessitent une approche très large.

Les acteurs à mobiliser sont nombreux, et pour certains peu connus du milieu sanitaire et social que nous représentons, je pense au secteur privé de l'alimentation.

Enfin, la population jeune nécessite une approche particulière sinon plus délicate.

Cette difficulté ne doit cependant pas susciter le découragement ; dès lors que certains principes d'actions sont respectés, des actions concrètes et efficaces peuvent être développées :

- d'abord le respect des bonnes pratiques en éducation à la santé mis en évidence dans le schéma régional d'éducation pour la santé,
- l'implication de tous les acteurs, à commencer par ceux du triangle famille – école – quartier,

- l'inscription des projets dans une dimension territoriale, et de fonctionnement en réseau seront également prépondérants,
- la participation de tous les intervenants concernés, de l'Education, sociaux, économiques et les acteurs de santé au premier rang desquels les professionnels libéraux ; la multiplicité des acteurs, leur diversité nécessite que la coordination des interventions soit encore renforcée.

Ces principes ne sont pas neufs, ni originaux dans le cas particulier de l'alimentation chez les jeunes ; ils sont inhérents à toutes démarches de santé publique.

Je pense, comme le soulignait récemment le DGS, lors de sa visite la semaine dernière à Marseille, que nous disposons ici en PACA d'un contexte favorable à la santé publique ; je souhaite que cette journée puisse voir développer des propositions concrètes nous permettant d'enrichir nos programmes et actions de santé.

M. le professeur Roland Sambuc, *Vice-Président du Comité Régional d'Education pour la Santé, PACA*

Merci beaucoup, M. le Président, et merci d'avoir organisé cette journée, qui va permettre, concernant cette question fondamentale de la nutrition, de structurer peut-être des actions et des programmes à l'échelle de notre région.

Je dois dire que l'Organisation Mondiale de la Santé a récemment, dans ses rapports, mis l'accent sur le poids majeur des maladies chroniques, et l'on sait aujourd'hui qu'à peu près 60 % des décès dans le monde seraient dus à des maladies chroniques.

Les déterminants de ces maladies sont les suivants : tension artérielle élevée, taux de cholestérol élevé, faible consommation de fruits et légumes, surcharge pondérale, sédentarité et consommation de tabac.

On voit que la majorité de ces déterminants touchent des problèmes d'alimentation et d'inactivité physique.

Ce constat amène à fonder des actions de santé publique et d'éducation pour la santé destinées à réduire si possible les risques de surmortalité que nous voyons en particulier dans nos pays industrialisés.

Le rapport 2002 du Haut Comité de la Santé Publique a également pointé deux difficultés majeures et deux points faibles, dans notre système de santé, qui sont :

- la mortalité prématurée avant l'âge de 65 ans, trop importante dans notre pays, et également
- les inégalités de santé, en particulier les inégalités d'accès à la prévention.

Les actions sur l'alimentation doivent donc concerner tous les âges de la vie, tout au long de la vie, mais, comme le soulignait M. Chappellet, il est clair que la période de l'enfance joue un rôle particulier, ne serait-ce que parce que c'est dans l'enfance que se forment fort probablement les comportements pour le reste de l'existence, et qu'une fois ces comportements ancrés dans l'individu, il est très difficile d'en changer.

L'Académie de médecine a mis en évidence le rôle très important des actions menées pendant l'enfance, et certainement, celles en relation avec l'Education nationale se développeront dans l'avenir beaucoup plus dans notre pays.

En ce qui concerne l'activité physique, le constat est également déplorable, puisque nos jeunes sont de plus en plus attirés, fascinés par les écrans, que ce soit de télévision ou d'ordinateur, et la sédentarité se développe de manière inquiétante. La cité est presque même désorganisée, en ce qui concerne l'activité physique, puisqu'il est très difficile de faire du footing sur les trottoirs sans être rapidement bloqué par des voitures, par des poubelles mal rangées, etc.

On se rend donc compte de la nécessité de prendre en compte les problèmes de comportement de santé, qu'il s'agisse de la nutrition ou de l'activité physique, dans leur contexte ; justement, M. Chappellet citait trois éléments majeurs de ce contexte : la famille, l'école et le quartier.

Je suis tout à fait d'accord avec cette interprétation.

Le Programme national concernant la nutrition et la santé va sûrement développer, si les moyens suffisants lui sont donnés, des avancées en direction de ces objectifs. Cependant, il est clair qu'il ne s'agit pas simplement de moyens financiers. Il s'agit aussi d'arriver à développer des coopérations et collaborations entre les différents partenaires, à développer le civisme à l'échelle de la population tout entière, à faire en sorte — M. Jean-Louis San Marco en dira un mot cet après-midi — que les municipalités développent des espaces de jeu, des espaces d'activités physiques, de détente, et que l'activité sportive puisse devenir un réflexe quotidien dans la population, et ce, dès l'enfance.

M. Chappellet a évoqué les grands axes de ce Programme National Nutrition Santé (PNNS) - le Dr Lucas y reviendra tout à l'heure - qui constitue un enjeu majeur pour l'avenir de notre système de santé et de la santé publique. Il faut absolument arriver à enrayer le développement croissant du surpoids et de l'obésité, puisque actuellement 14 % des garçons et 18 % des filles dans notre pays sont concernés. C'est à mon avis l'une des priorités nationales, juste après la lutte contre le tabagisme.

Comme chaque année, le CRES est particulièrement heureux d'organiser cette journée de travail, en collaboration très étroite et à la demande du Conseil régional et de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

Nous partageons effectivement les inquiétudes qui ont été signalées par les orateurs précédents relatives aux comportements des jeunes et à l'évolution des troubles du comportement alimentaire dans notre région comme dans le reste du pays.

Les problèmes de prise de poids, de grignotage, sont en relation avec le mal-être, ce que soulignait M. Chappellet, mal-être psychique et souffrance psychique, qui s'expriment en grande partie aussi au travers du comportement alimentaire.

C'est donc un problème très vaste, qui doit être abordé selon une approche globale, par des réflexions sur les représentations sociales de la santé chez les jeunes. De nombreuses recherches restent probablement à développer pour bien comprendre les ressorts de la mise en place de ces comportements et pouvoir suggérer des actions efficaces et pérennes, probablement concentrées si possible autour de l'enfance.

Je dois avant de conclure remercier l'ensemble des organisateurs, particulièrement M. Giorgetti, qui représente ici le Conseil régional, et dire qu'en cette fin de mandature, nous sommes sensibles aux actions qui ont été menées par le Conseil régional dans le domaine de la santé publique.

Je remercie aussi la DRASS de faire confiance au CRES en lui donnant l'opportunité de pouvoir réaliser des missions de santé publique dans un contexte favorable et dans le cadre de relations professionnelles privilégiées avec l'ensemble des acteurs.

M. le Président, M. le Vice-président, Monsieur le directeur de la DRASS, ce sont des remerciements très personnels que je tiens ici à vous adresser. Et je dois aussi remercier, vous me permettrez de le faire, toute l'équipe du CRES qui, sous la direction de Mme Mansour, a collaboré à la bonne organisation de cette journée. Merci beaucoup.

Etats des lieux, approches épidémiologique et sociologique

Dr Cécile Lucas, DRASS PACA

Le programme National Nutrition Santé (PNNS)

Le Programme national nutrition santé fait suite à un rapport établi par le Haut Comité de Santé Publique dont le Vice-Président, M. Roland Sambuc, est présent, qui avait pour thème *Pour une politique nutritionnelle de la santé publique en France* en juin 2000.

Les États généraux de l'alimentation ont complété ce travail en décembre 2002 avec les expressions des usagers et de tous les partenaires. Un programme, le PNNS (Programme national nutrition santé), a ensuite été publié en 2001 ; vous pouvez le consulter de façon globale sur le site du ministère de la santé. Ce programme a été complété et officialisé par une circulaire de la DGS du 9 janvier 2002.

Que contient ce programme ?

Un objectif général : améliorer la santé de la population en agissant sur la nutrition. Les enjeux de santé publique dans lesquels les facteurs de nutrition sont impliqués sont très importants. Ce sont toutes les maladies cardio-vasculaires, le cancer, l'obésité, l'ostéoporose, le diabète.

Avant de décliner les différents objectifs de ce Plan nutrition santé, il est important de souligner les principes sur lesquels s'appuient les mesures et les actions qui seront développées.

Il s'agit d'abord d'un principe de choix, de libre choix : le choix alimentaire est un acte libre. Le Plan nutrition santé comporte une triple dimension, comme l'a dit M. Chappellet, de l'acte alimentaire, qui est une dimension à la fois biologique, symbolique et sociale : l'important, c'est de garder le plaisir d'être à table et de manger ; le citoyen a droit à une information scientifique valide et compréhensible pour faire ce choix de façon délibérée.

Les actions ont pour finalité de promouvoir dans l'alimentation les facteurs de protection, réduire l'exposition aux facteurs de risque vis-à-vis des maladies chroniques et, dans les groupes à risques, diminuer l'exposition aux problèmes spécifiques.

Le programme prend en compte tant la composante « apports nutritionnels » que la composante « dépenses physiologiques », essentiellement les dépenses énergétiques liées à l'activité physique, afin de maintenir un équilibre entre les deux.

La cohérence est le mot-clé de ce plan nutrition santé, cohérence entre les stratégies et les actions.

Ce plan comporte neuf actions prioritaires, neuf objectifs spécifiques et six axes stratégiques.

Nous allons d'abord envisager les modifications de la consommation alimentaire ; il faut :

Augmenter la consommation de fruits et légumes, afin de réduire au moins de 25 % le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes : on appelle petits consommateurs de fruits et légumes des personnes qui ne mangent pas plus de 1 à 1,5 fruits par jour et 2 portions de légumes ; ils sont nombreux.

Augmenter la consommation de calcium, afin de réduire de 25 % les apports de calcium en dessous des apports nutritionnels conseillés et de réduire la prévalence des déficiences en vitamine D.

Augmenter la consommation de glucides, afin qu'ils constituent plus de 50 % de l'apport journalier ; mais ce sont des glucides à base de sucre amidon et de fibres ; en revanche, il faut diminuer les sucres rapides, les sucres simples, qui sont au contraire chez les jeunes très fortement consommés.

Diminuer d'autres catégories d'aliments : ce sont les apports lipidiques totaux et la consommation d'alcool, qui constituent également un problème chez les jeunes.

En revanche, il faut augmenter l'activité physique, pas obligatoirement sportive, mais physique ; l'ORS l'avait bien dit lors d'une des conférences régionales de santé, faire une demi-heure de marche par jour augmente de 8 ans l'espérance de vie. Le PNNS propose d'augmenter de 25 % le pourcentage de sujets faisant au moins une demi-heure par jour d'activité physique (marche...) ; et chez les enfants, cela veut dire diminuer le temps de présence devant l'ordinateur ou les écrans, tout en sachant qu'il ne faut pas tomber dans l'excès inverse, car sinon, plus de 6 à 8 heures de sport intensif par semaine entraîne d'autres problèmes chez l'enfant.

Réduire la cholestérolémie moyenne chez l'adulte ; le but du PNNS serait de diminuer celle-ci de 5 % chez l'adulte, et de diminuer de 10 mm de mercure la tension artérielle systolique des adultes.

Et, ce qui nous intéresse plus particulièrement ici, réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité, c'est-à-dire un IMC supérieur à 25 kilos/m² chez les adultes, et chez l'enfant interrompre cette augmentation très importante de l'obésité.

Le Plan nutrition santé comporte neuf objectifs nutritionnels prioritaires. Il s'accompagne donc de neuf objectifs spécifiques :

Durant la grossesse, réduire la carence en fer.

Chez les femmes en âge de procréer, améliorer le statut par rapport aux folates, qui entraînent des problèmes chez l'embryon.

Promouvoir l'allaitement maternel.

Chez l'enfant et l'adolescent, améliorer le statut en fer, en calcium et en vitamine D.

Chez la personne âgée, améliorer le statut en calcium et en vitamine D, mais aussi prévenir, dépister et limiter la dénutrition.

Ensuite, dans les populations en situation de précarité, diminuer les déficiences vitaminiques et minérales et la dénutrition ; le secrétariat d'État a lancé à l'automne un plan concernant les personnes défavorisées, et certains d'entre vous se sont rendus à une journée spécifique à ce sujet.

Protéger les sujets suivant des régimes restrictifs contre les déficiences vitaminiques et minérales.

Prendre en charge les problèmes nutritionnels des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire.

Prendre en compte aussi les allergies alimentaires ; une circulaire est parue pour la prise en compte de ces allergies dans la restauration collective des lycées et collèges.

Le plan s'appuie aussi sur six axes stratégiques, définis au niveau national :

Informar et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant.

Éduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant ; c'est pour cette raison qu'ont été créés des logos, des guides alimentaires — distribués à l'accueil et que l'on peut acheter en librairies.

Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins, et pour cela : faciliter les accès à la consultation de nutrition à l'hôpital et en ville, développer la prise en charge nutritionnelle à l'hôpital, améliorer l'état nutritionnel en pratique clinique, avec augmentation du nombre de postes de diététiciennes, de praticiens hospitaliers spécialisés en nutrition, et création d'un CLAN (Comité de lutte d'alimentation nutritionnelle), information des professionnels-relais sur les facteurs nutritionnels impliqués dans le déterminisme des maladies (ostéoporose, cancer), et impliquer les acteurs économiques, producteurs, industriels de l'agroalimentaire, distributeurs et restauration collective, ainsi que les consommateurs, par des informations très spécifiques.

Dans les six axes stratégiques, un système de surveillance alimentaire est également mis en place au niveau national, avec la création d'une unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle. Le ministère de la Recherche instaure un réseau alimentaire de référence pour l'Europe.

Il y a également des actions spécifiques complémentaires à destination des populations particulières et spécifiques : celles-ci porteront sur les femmes pendant leur grossesse, les femmes en âge de procréer, l'allaitement maternel, les enfants et les adolescents, les personnes âgées, les personnes en situation de précarité, les sujets suivant des régimes restrictifs pour éviter les déficiences vitaminiques et minérales, les sujets présentant des troubles du comportement, les allergies alimentaires.

Tous ces axes stratégiques se définissent en une ou plusieurs actions, et pour chacune d'elles, le plan détaille les objectifs, le constat et décrit des actions, ce qui nous aide dans la région à choisir au Comité technique régional de la nutrition les actions plus spécifiques à mettre en application.

Je vous remercie.

Mme Zeina Mansour, *directrice du CRES PACA*

Nous profitons de la présence du Dr Lucas pour lui poser d'éventuelles questions sur ce sujet extrêmement complexe et que vous pouvez trouver sur différents sites : le site du CRES (cres-paca.org) ou le site du ministère de la santé.

Les outils pédagogiques qui vous ont été remis à l'accueil ont été envoyés par l'INPES, que nous tenons à remercier pour sa collaboration permanente.

Mme Corinne Delamaire, *nutritionniste, Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)*

Présentation des résultats du Baromètre santé nutrition et des outils réalisés dans le cadre du PNNS

Je remercie le CRES PACA de m'avoir invitée aujourd'hui pour intervenir à l'occasion de ce colloque.

Je vais vous présenter une de nos enquêtes barométriques nationales, le Baromètre santé nutrition, édité pour la deuxième fois en 2002 et les outils réalisés par l'INPES dans le cadre du Programme national nutrition santé.

Le Baromètre santé nutrition 2002

Cette enquête aborde de nombreux sujets, en lien avec l'alimentation, mais aussi avec l'activité physique. Elle étudie les attitudes, les opinions, les connaissances, les représentations en matière d'alimentation ; le rythme et la structure des repas, la fréquence de consommation, la qualité, la périodicité des aliments consommés par la population ; elle étudie également le niveau d'activité physique ; les prévalences de surpoids et d'obésité dans la population française.

Nous avons réalisé en 2002 une nouveauté par rapport au baromètre précédent : nous avons établi une typologie de consommateurs, dont je n'aurai pas le temps de vous parler ; nous avons également effectué en 2002 une étude comparative de deux régions de France : le Languedoc-Roussillon et le Nord-Pas-de-Calais.

Je ne vous dirai que deux mots au sujet de la méthodologie : c'est une enquête aléatoire, qui se déroule durant deux mois en hiver, en février et mars ; les interviews s'effectuent par téléphone.

Les questions qui concernent les consommations alimentaires et le niveau d'activité physique portent sur les 15 derniers jours et également sur la veille de l'interview : on fait donc appel aux souvenirs des enquêtés. De nombreux redressements sont réalisés pour les analyses statistiques :

- en 1996, l'échantillon atteignait 1984 sujets, âgés de 18 à 75 ans ;
- en 2002, nous avons étendu la taille de l'échantillon à 3153 sujets pour intégrer également les adolescents de 12 à 17 ans, soit un échantillon de sujets âgés de 12 à 75 ans.

Ces différents éléments font de cette enquête une enquête nationale et représentative de la population vivant en France.

Faute de temps, je ne pourrai pas aborder tous les grands volets que recouvre ce baromètre. Vous trouverez les résultats complets de cette étude dans un ouvrage que nous publierons en avril.

Je vais vous donner quelques chiffres qui concernent les attitudes, opinions, connaissances et représentations des Français en matière de nutrition :

D'abord, le plaisir de manger représente une des dimensions chères aux yeux des Français, on le sait, cela a encore été confirmé par cette étude, puisque 41 % d'entre eux déclarent manger pour le plaisir, que celui-ci soit gustatif ou lié à la convivialité du repas.

Ensuite, ils sont trois-quarts à être influencés par la santé lorsqu'ils composent leur menu, davantage d'ailleurs les femmes et les personnes âgées que les adolescents et les hommes.

Enfin également, ce qui est rassurant, plus de 80 % des personnes interrogées connaissent le lien entre l'alimentation et l'apparition de certaines maladies comme l'obésité et les maladies cardio-vasculaires, le diabète, l'ostéoporose et le cancer.

L'analyse des réponses aux différentes questions du baromètre, selon le sexe et l'âge, montre que les plus préoccupées par tout ce qui touche à l'alimentation sont les femmes. Egalement, plus on avance en âge, plus on est préoccupé par l'alimentation.

Pourquoi ? Elles sont plus nombreuses que les hommes :

- . à considérer en priorité le facteur santé dans leurs choix alimentaires ;
- . à manger pour conserver la santé ;
- . à connaître le lien existant entre l'alimentation et le déterminisme de certaines pathologies
- . à déclarer manger équilibré ;
- . à avoir de meilleures connaissances sur le sujet ;
- . à se considérer comme bien informées sur le sujet de l'alimentation ;
- . à lire les étiquettes des produits alimentaires ;
- . mais aussi à suivre un régime amaigrissant : elles sont donc moins préoccupées par la dénutrition, et elles sont deux fois plus nombreuses que les hommes à suivre un régime amaigrissant.

En revanche, les moins préoccupés par tout ce qui touche à l'alimentation sont les adolescents :

- . ils mangent parce que c'est indispensable pour vivre ;
- . leur niveau de connaissance est moins bon que celui des adultes en matière d'alimentation ;
- . ils sont moins influencés qu'eux par la santé quand ils composent leurs repas ;
- . ils abordent aussi moins souvent ce thème quand ils consultent leur médecin.

D'autres éléments interviennent ; mais je ne peux pas tous vous les citer.

Avant de vous donner quelques éléments sur les consommations alimentaires, l'activité physique, voici les chiffres que nous avons obtenus concernant les prévalences de surpoids et d'obésité dans la population française. Je vous rappelle que nous avons interrogé des sujets âgés de 12 à 75 ans :

- le surpoids concerne 25,4 % de la population,
- l'obésité 7,1 % ;
- les hommes sont davantage concernés par le surpoids et l'obésité que les femmes
- les personnes de 60-75 ans sont à peu près 1 sur 2 à être concernées par ce problème.

Les chiffres que nous avons obtenus sont légèrement inférieurs à ceux révélés par l'enquête Obépi en juin 2003 dernier ; en réalité, on ne peut pas vraiment comparer ces deux enquêtes, parce qu'elles appliquent des méthodologies différentes ; elles ne couvrent pas non plus la même tranche de population (l'âge est différent).

Quoi qu'il en soit, nous utilisons pour chaque baromètre santé nutrition des méthodes toujours analogues pour le calcul et le recueil des données ; cela nous permet d'effectuer

des comparaisons d'une enquête à l'autre, donc tous les 6 ans, et de noter des variations éventuelles.

Ainsi, en 6 ans, de 1996 à 2002, nous avons noté :

- une augmentation de 31 % de l'obésité uniquement chez les hommes, passant de 7,4 % à 9,7 % ;
- une augmentation de 38 % des régimes amaigrissants chez les femmes, passant de 6,8 % à 9,4 %.

J'aborde maintenant la partie consommation alimentaire, avec les repas, leur rythme et leur structure. L'ensemble des résultats concernant ce sujet montre qu'en France certaines traditions perdurent comme le fait de prendre toujours trois repas principaux quotidiennement : 90 % de la population prend ces trois repas dans la journée.

Le fait également que nous prenons ces repas, en tout cas pour les personnes vivant accompagnées dans leur foyer, en famille ou entre amis : pour les déjeuners, les trois-quarts de la population les font en famille ou entre amis, et les dîners, 96,6 %. Un autre élément ne change pas depuis 1996 : c'est la durée des repas pour le déjeuner et le dîner.

En revanche, si certaines traditions perdurent, un élément extrêmement important apparaît : les repas se simplifient, en tout cas pour le déjeuner et le dîner ; davantage de personnes passent de trois ou quatre plats, en 1996, à deux plats pour le déjeuner ou le dîner.

Je passe à maintenant à la partie consommation alimentaire, à la qualité, à la périodicité des aliments consommés par les Français, et je vais prendre comme référence les recommandations du Programme national nutrition santé.

Nos analyses montrent que :

Les Français consomment en moyenne 2,4 fois des fruits et des légumes par jour, ce qui est assez faible, lorsque l'on sait que la recommandation est d'au moins 5 fois par jour. Les femmes sont plus nombreuses à consommer des fruits et légumes que les hommes ; de même, les personnes les plus âgées sont plus nombreuses à en consommer que les personnes les plus jeunes.

En ce qui concerne les produits laitiers, la moyenne est de 2,3 produits laitiers par jour ; en revanche, ils sont davantage consommés par les plus jeunes.

5 % de personnes sont capables de restituer la recommandation du PNNS, repère de consommation pour les fruits et légumes (au moins 5 par jour) ; pour les produits laitiers, c'est à peu près 1 personne sur 5 ; pour l'activité physique, 37 % de la population.

En ce qui concerne la "consommation réelle", c'est-à-dire la consommation obtenue grâce à nos données pour la fréquence correspondante : une personne sur 10 en France consomme au moins 5 fruits et légumes par jour.

Pour les produits laitiers : un quart de la population ; il faut aussi savoir que certaines personnes consomment plus de 3 produits laitiers (14 %), essentiellement les adolescents, ce qui n'est pas plus mal, car la prochaine recommandation qui va paraître pour les adolescents dans les guides alimentaires indique 3 à 4.

Pour les féculents, nous n'avons pas trop de souci à nous faire — tout dépend encore de la tranche d'âge concernée —, puisque 75 % de la population consomment au moins 3 portions de féculents par jour, la recommandation étant d'en consommer à chaque repas.

En ce qui concerne le groupe que j'appelle groupe VPO, c'est-à-dire des viandes, des produits de la pêche et des oeufs, ils sont près de 80 % à en consommer à la fréquence recommandée, c'est-à-dire 1 à 2 fois par jour, et pour ce qui concerne le poisson au moins 2 fois par semaine, ils sont environ un tiers de la population ; nous avons donc encore des efforts à fournir en matière d'information.

Pour l'activité physique, je vous demande de considérer ce chiffre avec précaution car il est très difficile de se faire une idée par l'intermédiaire d'un questionnaire du niveau d'activité physique des personnes, cela reste très subjectif ; en tout cas, environ deux tiers de la population pratiquent une activité quotidienne d'une durée d'au moins une demi-heure. Mais la marche est-elle rapide ? C'est un peu petit peu difficile à évaluer.

A propos de l'étude comparative que nous avons menée entre deux régions géographiquement opposées en France, le Nord-Pas-de-Calais et le Languedoc-Roussillon, nous avons noté des consommations alimentaires très différentes : les viandes, les pommes de terre, les produits de snacking, la bière, les alcools forts, le soda et l'huile de tournesol sont les aliments les plus consommés dans le Nord-Pas-de-Calais. Dans le Languedoc-Roussillon, nous avons noté que le poisson est davantage consommé, les fruits et légumes, le fromage, le pain, le vin rouge, les confiseries (étrangement) et l'huile d'olive.

Concernant ces consommations alimentaires, nous avons également vu des différences d'opinions, de connaissances, de représentations en matière d'alimentation.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, les habitants sont plus sédentaires, regardent davantage la télévision (nous avons utilisé les marqueurs de sédentarité que sont la télévision, les écrans d'ordinateur et les consoles de jeux), ils présentent davantage de surpoids et d'obésité, avec une prévalence plus élevée, et ils mangent davantage pour vivre : en effet, pour eux, l'acte alimentaire représente une chose indispensable pour vivre ou pour conserver la santé.

En revanche, dans le Languedoc-Roussillon, les personnes ont répondu qu'elles mangeaient davantage pour des raisons de convivialité, de plaisir de se retrouver à table ; on note également dans cette région un score de connaissances plus élevé en matière d'alimentation, et les personnes sont plus nombreuses à déclarer manger équilibré.

Voici un aperçu de toutes les analyses que nous avons réalisées.

Nous utilisons les résultats de cette enquête dans différents buts :

- pour mieux connaître la population : c'est un outil de surveillance, d'observation
- pour orienter nos actions de communication
- pour adapter des recommandations de santé publique aux besoins des populations.

Nous comparons également nos résultats à ceux des autres enquêtes qui utilisent éventuellement une méthodologie différente, afin de valider ces résultats.

Ce baromètre fait partie intégrante du dispositif de surveillance de la consommation alimentaire et de la situation nutritionnelle de la population, avec les autres enquêtes

menées par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et l'Institut de veille sanitaire. Ce dispositif permettra d'évaluer le Programme national nutrition santé.

Présentation des outils réalisés dans le cadre du PNNS

Je vais maintenant passer à une autre activité de l'INPES. Après vous avoir présenté un outil de surveillance nutritionnelle, je vais vous décrire d'autres types d'outils que nous réalisons dans le cadre du PNNS.

Ceux-ci appartiennent à plusieurs types :

- des outils de communication ;
- des outils d'information ;
- des outils de ressources documentaires : un cd-rom a été créé de fonds documentaire et pédagogique en éducation pour la santé ;
- des outils pédagogiques, qui sont en cours de réalisation, en particulier une mallette pour le collège qui va couvrir le champ de la nutrition ;
- des outils d'aide à l'action qui vont être créés dans le cadre du Programme national nutrition santé ;
- un outil de surveillance nutritionnelle, enfin, qui est le Baromètre santé nutrition dont je viens de vous parler.

Je vais citer les outils de communication que nous utilisons et les prochaines campagnes de communication que nous allons mener à l'Institut national de prévention dans le cadre du PNNS.

L'objectif de la prochaine campagne sera de promouvoir l'activité physique dans la population générale ; la première campagne, vous vous en souvenez, a commencé en 2001 par la promotion de la consommation des fruits et légumes, et se poursuit depuis cette date ; tous les ans, nous la renforçons.

Le dispositif a utilisé l'affichage, la presse, la radio ; nous avons également réalisé des affichettes et des dépliants. Le guide alimentaire est paru en septembre 2001, et s'intitule « La santé vient en mangeant ». D'autres paraîtront, qui vont concerner des populations spécifiques. Tout d'abord, les enfants. Le guide a déjà été écrit par un comité d'auteurs et nous allons publier un guide à destination des parents d'enfants de 0 à 18 ans en septembre 2004. Un autre guide à destination des adolescents des classes de 5^{ème} va paraître, accompagné comme toujours du Guide pour les professionnels de santé (le document d'accompagnement).

Je vais également vous parler des disques de mesure de l'indice de masse corporelle (IMC) que nous avons diffusés pour les adultes et pour les enfants.

Nous avons également réalisé des documents d'accompagnement pour utiliser ces disques à bon escient. Le kit complet, contient les disques d'IMC, les documents d'accompagnement et une affichette qui reprend tous les repères de consommation du Programme national nutrition santé, qui concerne tous les groupes d'aliments, également l'activité physique et le sel : c'est le tableau que vous trouvez en fin du guide alimentaire *La santé vient en mangeant*.

Je vais commencer par vous parler du guide alimentaire pour tous, *La santé vient en mangeant*, document de référence en matière de nutrition dans le cadre du Programme national nutrition santé.

Que contient ce document ? Quels en sont les objectifs ?

Il s'agit de donner des repères de consommation concrets, également des conseils sur la manière de réaliser ces recommandations.

Les informations fournies sont valides, scientifiques ; elles sont validées par des instances de santé publique ainsi que par le comité d'experts en nutrition humaine de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments. Elles conservent la dimension hédoniste et conviviale de l'acte alimentaire, ce qui est primordial, indispensable. Elles respectent le libre choix du consommateur. Dans ce guide alimentaire, nous avons fait en sorte de ne surtout pas donner d'interdit alimentaire : aucun aliment n'est en lui-même diabolique, nous recommandons seulement d'éviter la consommation excessive de certains aliments et donc d'en privilégier d'autres. Il n'y a pas non plus d'injonction ; le ton de ce document n'est pas normatif, pas plus que moralisateur.

Enfin, nous essayons de rassurer et de déculpabiliser le lecteur, en tenant compte de son mode de vie, de ses habitudes alimentaires, de ses goûts ; nous lui montrons, conseils et astuces à l'appui, comment il peut atteindre les repères de consommation tout en conservant le plaisir de manger ; c'est une notion extrêmement importante.

Les portraits présents dans le guide s'intitulent par exemple "Je mange souvent au restaurant", "J'ai des interdits religieux", "Je dois manger rapidement", tous titres qui couvrent quasiment toutes les habitudes que peuvent avoir les Français en matière d'alimentation.

Je voudrais ouvrir une parenthèse pour vous signaler que ce principe des portraits a parfaitement fonctionné ; nous avons d'abord pré-testé ce guide alimentaire avant de le diffuser, et nous avons constaté que ce principe séduisait beaucoup.

Nous venons également de post-tester cet outil, et les résultats seront rendus publics très prochainement. Nous avons questionné 10 groupes de 10 personnes à Paris et également en province, et nous avons constaté que les enquêtés avaient accueilli de manière très favorable l'ensemble du guide : le fait de pouvoir s'identifier ; qu'on leur dise enfin que tous les aliments étaient permis ; cela les a réconfortés, et surtout déculpabilisés — ce mot est souvent revenu dans la bouche des enquêtés.

En fin de livre figure un tableau récapitulatif des repères de consommation pour chaque grand groupe d'aliments, comme je vous le disais tout à l'heure, ainsi que l'activité physique. Ce tableau a également été très bien accueilli par les enquêtés, qui nous ont dit qu'ils l'afficheraient volontiers sur leur frigo.

Nous avons également réalisé une affiche au format 60 x 40 cm.

Je voudrais également vous parler du document d'accompagnement pour les professionnels de santé. Celui-ci se structure en trois parties :

- la première concerne le rôle des guides alimentaires dans le Programme national nutrition santé ;
- la deuxième, la plus importante, concerne les fondements scientifiques de chacun des

neuf objectifs du programme ;

- une troisième partie introduit des notions nutritionnelles complémentaires que je vous laisse découvrir.

Ainsi, une page-type donne les arguments scientifiques des objectifs, détaillés sur plusieurs pages et une rubrique fournit quelques conseils pour dialoguer avec les patients :

- d'abord la recommandation pratique, qui concerne par exemple le calcium ("Il faut consommer trois produits laitiers par jour", etc.) ;

- ensuite, une rubrique intitulée "Repérer le profil de vos patients",

- enfin, un argumentaire pour conseiller le patient selon ses problèmes spécifiques, ses habitudes, ses mode de vie, ses goûts.

Nous avons élaboré, dans ce document, des tableaux qui donnent des exemples d'échanges possibles entre le patient et le professionnel de santé.

Je termine par la nouveauté du Programme national nutrition santé, les disques de mesure de l'IMC (Indice de Masse Corporelle) (le vert est pour les adultes, le bleu pour les enfants).

Les objectifs de ces outils sont de sensibiliser les professionnels de santé au suivi de la corpulence et au statut nutritionnel de leurs patients. Ils sont réalisés et devraient être utilisés dans un but de prévention et de prise en charge ; nous conseillons donc de les utiliser en tant qu'outils de diagnostic, de repérage, et surtout de dialogue.

Le document d'accompagnement des disques de l'IMC permet d'obtenir des explications sur l'indice de masse corporelle, la façon dont on le calcule, et celle dont on établit les courbes de corpulence.

Nous fournissons des exemples de situations pratiques, ainsi que des conseils pour accompagner les adultes ou les enfants, mais aussi leur famille, dans leurs changements d'habitudes alimentaires s'il y a besoin ainsi que d'activités physiques.

Je voudrais terminer cette présentation par un vœu : je souhaite, et je pense que nous souhaitons tous, que nous finissions par sortir de cette cacophonie diététique qui règne depuis de trop nombreuses années en France, rendant fous et sceptiques les consommateurs — il n'y a pas qu'eux, d'ailleurs — pour parvenir enfin à une cohérence des messages nutritionnels, comme c'est le but du Programme national nutrition santé.

C'est grâce aux différents outils que je viens de vous présenter mais aussi aux outils à venir, à ceux que les acteurs de terrain créent, aux multiples actions en éducation nutritionnelle qui sont menées en France dans tous les secteurs, dans tous les milieux, que nous y parviendrons.

Je n'oublie pas non plus les scientifiques et les journalistes qui jouent un rôle primordial dans la diffusion des messages nutritionnels.

Je vous remercie de votre attention.

Mme Zeina Mansour

Je pense que l'information qui vient de nous être donnée est extrêmement dense, et cette présentation d'outils est peut-être pour certains le déclencheur de l'action qu'ils souhaitent mener ; je pense qu'il faut s'en saisir : ces documents sont disponibles en quantité très importante, et il faut en profiter.

L'URML, l'ORS et l'URCAM, dans le cadre d'un partenariat, ont réalisé au cours de l'année 2003 une étude auprès d'un panel de médecins libéraux.

M. le docteur Jean-Claude Gourheux, *Président de l'URML*

La prise en charge du surpoids et de l'obésité en médecine générale, résultats de l'enquête « Panel Obésité 2003 »

M. le Président, Mesdames et Messieurs, je voudrais tout d'abord remercier le CRES de nous avoir invités, c'est-à-dire d'avoir invité la représentation de la médecine libérale à ce colloque.

Pourquoi sommes-nous impliqués ? Parce que les médecins libéraux, comme les professionnels de santé libéraux, sont des acteurs pleins et entiers de santé publique.

L'Union régionale des médecins libéraux a voulu il y a déjà trois à quatre ans se doter d'un outil pour pouvoir étudier, évaluer les pratiques professionnelles des médecins, et pour cela, elle a mis en place, grâce à la méthodologie de l'ORS, à l'aide de l'URCAM, un panel de médecins généralistes, c'est-à-dire une représentation, par 600 médecins répartis sur l'ensemble de notre région, de l'activité de l'ensemble de la médecine générale, donc des plus de 6 000 médecins libéraux généralistes de notre région.

Le thème de l'obésité nous avait paru, il y a plus d'un an, représenter un thème excessivement important de santé publique, puisqu'on entendait un cri d'alarme au sujet du fait que, si notre région était encore privilégiée en nombre, elle ne l'était pas quant à la cadence, à la vitesse de rattrapage de surpoids que représente aujourd'hui l'analyse que l'on fait dans la population, et surtout vis-à-vis des enfants.

Cette étude analyse l'approche, la représentation dans l'activité du médecin généraliste de la prise en charge de l'obésité, à la fois ses réticences, ses manques. Elle doit affiner les moyens à donner aux médecins libéraux, afin de délivrer un message beaucoup plus efficient vis-à-vis de la prise en charge globale, collective de ce problème.

Je vais donner la parole à Aurélie Bocquier qui va vous exposer le travail réalisé.

Aurélie Bocquier,

La prise en charge du surpoids et de l'obésité en médecine générale, résultats de l'enquête « Panel Obésité 2003 »

Le surpoids et l'obésité constituent aujourd'hui des problèmes de santé publique majeurs et communs à de nombreux pays. En 1998, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a même employé le terme d'épidémie au sujet de l'obésité [1]. La France n'est pas épargnée : en 2003, la prévalence du surpoids chez l'adulte (Indice de masse corporelle (IMC) 25,0-29,9 kg/m²) a été estimée à 30,3 % et celle de l'obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) à 11,3 % [2]. Ces prévalences augmentent puisqu'en 1997, elles étaient respectivement de 28,5 et 8,2 % [3]. En 2000, la prévalence de l'obésité chez l'adulte en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (9,5 %) était proche de celle au niveau national, mais elle avait subi une des plus fortes augmentations depuis 1997 (+ 48,4 %) par rapport aux autres régions [3].

Les médecins généralistes, en tant que médecins de premier recours, sont les professionnels de santé les plus consultés au cours de l'année [4] et rencontrent donc fréquemment des patients présentant des problèmes de poids. Selon les recommandations françaises pour la prise en charge des obésités [5], ils ont un rôle à jouer dans la prévention, le diagnostic, la définition des objectifs de la prise en charge et la mise en place des premières mesures thérapeutiques.

Dans ce contexte, l'URML PACA, en collaboration avec l'ORS PACA et l'INSERM U379 et avec le soutien du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), a réalisé, au printemps 2003, une vague d'enquête auprès du PANEL¹ régional de médecins généralistes afin de mieux connaître les attitudes et les pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la prise en charge du surpoids et de l'obésité. Ce document présente les résultats de cette enquête et propose quelques axes de réflexion pour l'amélioration de la prise en charge du surpoids et de l'obésité en médecine générale de ville.

« Une réelle conscience de l'importance de ce problème de santé publique chez les médecins du panel »

La quasi totalité (99,2 %) des médecins interrogés est d'avis qu'avoir un poids normal est important pour la santé et que, chez des patients en surpoids ou obèses, une perte de poids même faible induit des bénéfices pour la santé. De plus, une large majorité de médecins (90,3 %) considère l'obésité comme une maladie nécessitant une prise en charge sur le long terme.

En ce qui concerne les enfants et les adolescents, la totalité des médecins pense que le surpoids et l'obésité nécessitent une prise en charge. Néanmoins, 13,7 % d'entre eux sont d'accord avec le fait que le surpoids et l'obésité s'effacent en grandissant.

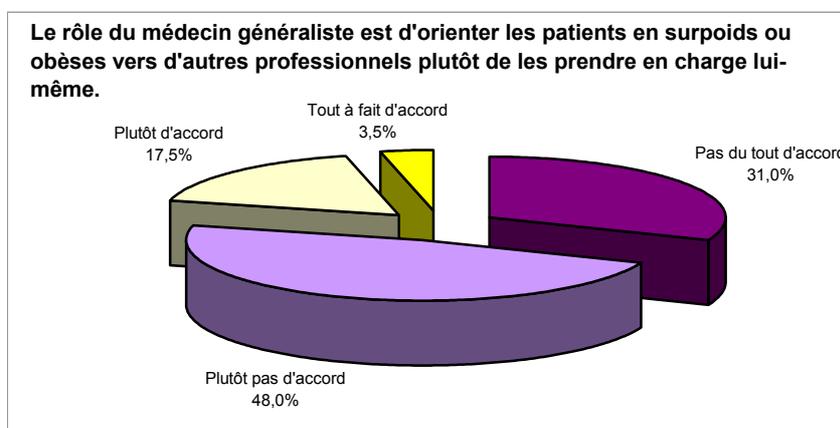
¹ Le PANEL de médecins généralistes libéraux a été mis en place en 2002. Il a pour objectif de documenter et d'évaluer les pratiques, attitudes et opinions des médecins sur des problèmes de santé publique actuels. Il est constitué de 600 médecins et est représentatif de la population des médecins généralistes libéraux de la région PACA, selon le sexe, l'âge et la taille de l'unité urbaine à laquelle appartient la commune d'exercice.

Par ailleurs, les médecins ont conscience des principaux risques liés à l'obésité, bien que les risques d'infertilité et de certains cancers chez les adultes souffrant d'obésité soient un peu moins bien connus, de même que certaines complications de l'obésité durant l'enfance et l'adolescence (risques de complications respiratoires, d'hypertension artérielle, de diabète de type II et d'anomalies endocriniennes).

« Une forte implication des médecins du panel dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité »

La grande majorité des participants (79 %) pense qu'il est de son ressort de prendre en charge les patients en surpoids et obèses. Au-delà de cette implication professionnelle, 83,5 % pensent devoir s'impliquer personnellement en assurant un rôle de modèle par le maintien d'un poids normal.

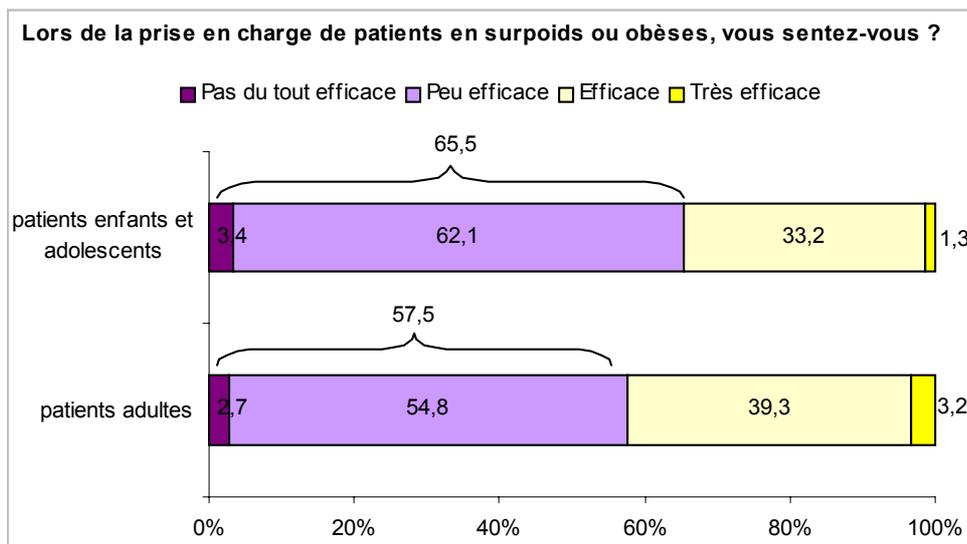
Pour la quasi-totalité des médecins, la prise en charge ne doit pas être limitée aux problèmes de poids les plus sévères. En effet, plus de 90 % sont d'avis que la plupart des patients devraient être pris en charge dès la présence d'un surpoids.



« Et pourtant... plus d'un médecin sur deux ne se sent pas efficace dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité »

Malgré cette forte implication, 57,5 % des médecins se sentent pas ou peu efficaces dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'adulte et 65,5 % chez l'enfant et l'adolescent. Du point de vue des médecins, l'amélioration des habitudes alimentaires et des pratiques d'activité physique est le signe le plus important de réussite de la prise en charge, suivi de la perte de poids jusqu'à un Indice de masse corporelle normal, de l'amélioration de l'image de soi et d'une perte de poids même faible mais durable. Il semble donc que le sentiment d'inefficacité éprouvé par les médecins traduise des difficultés à induire un changement de comportement chez le patient et à obtenir une perte de poids conséquente.

A partir des résultats de cette enquête, plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour tenter de comprendre le sentiment d'échec ressenti par une majorité de médecins lors de la prise en charge du surpoids et de l'obésité.

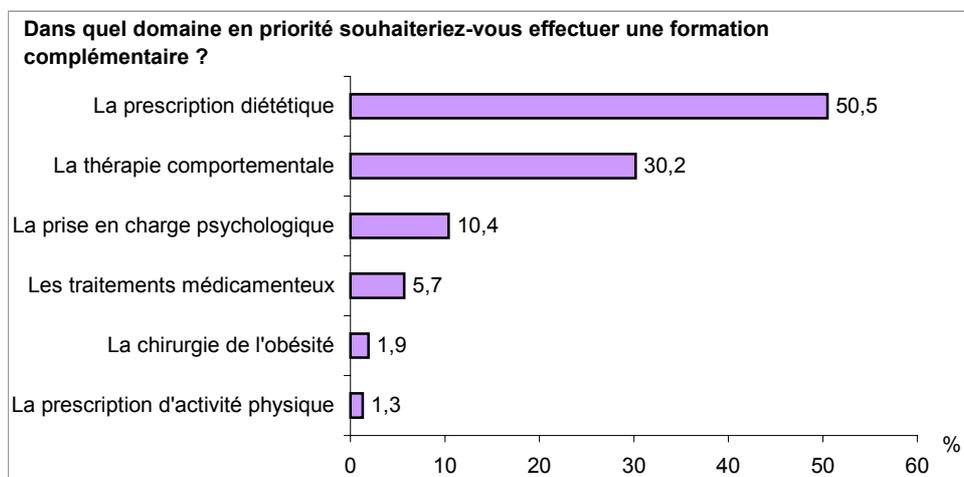


« Une formation encore insuffisante »

Bien que la plupart des médecins (67,6 %) se sente professionnellement bien préparée à prendre en charge les patients en surpoids ou obèses, 80 % considèrent leur formation médicale initiale insuffisante et ressentent le besoin de connaissances supplémentaires, surtout en matière de prescription diététique, et les trois quarts se disent prêts à consacrer entre un et cinq jours à une formation complémentaire.

En dehors de la formation initiale, un peu plus de la moitié des médecins a déjà suivi une formation dans le domaine de la prise en charge des problèmes de poids et ceux-ci se sentent plus efficaces que les médecins n'en ayant pas suivie.

Concernant les sources d'information, la moitié des médecins utilise principalement les journaux médicaux, un quart la formation médicale continue et 10 % l'expérience des patients. Par contre, moins de 10 % des médecins connaissent le guide pratique pour la prise en charge des obésités publié en 1998 et, parmi eux, seuls 60 % s'y réfèrent dans leur pratique. Parmi ceux ne connaissant pas ce guide, près des trois quarts en ressentent le besoin.

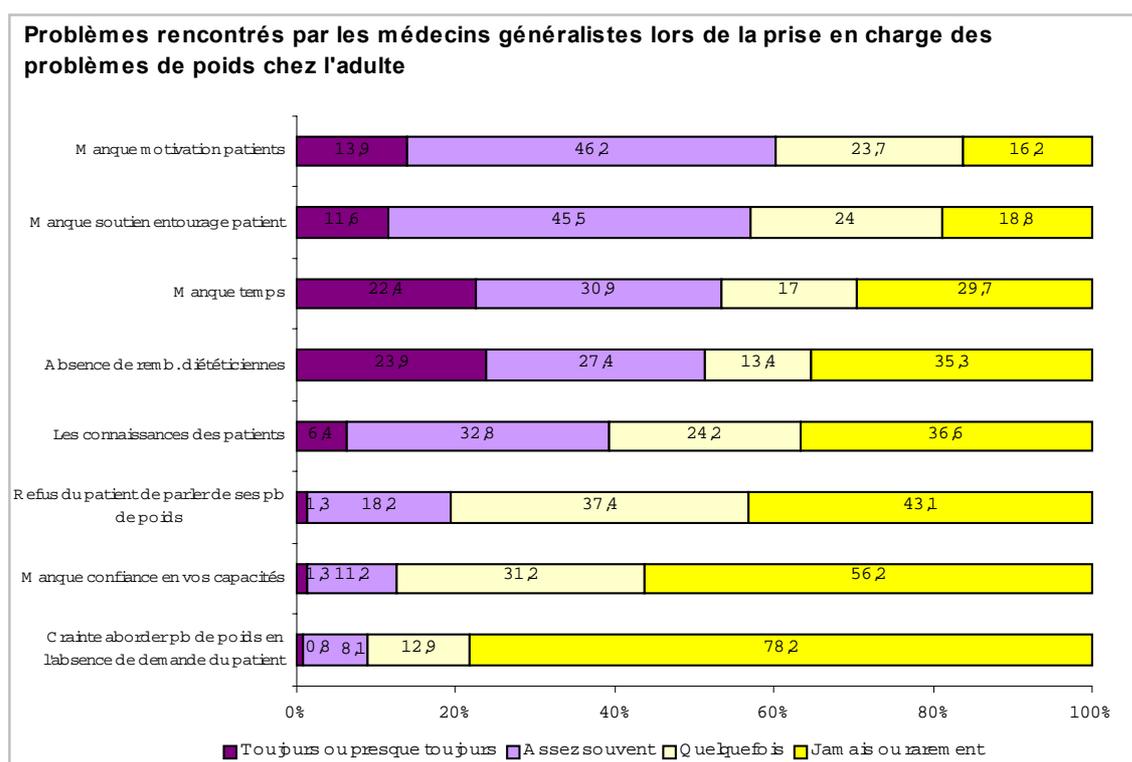


« Des médecins face à des besoins et des obstacles »

Lors de la prise en charge de patients en surpoids ou obèses, 62 % des médecins éprouvent souvent le besoin d'outils d'évaluation des apports alimentaires. Environ la moitié ressent souvent le besoin de matériel adapté, de consultations spécialisées de diététique et d'outils d'évaluation de l'état psychologique. Seuls 40 % ressentent souvent le besoin d'outils d'évaluation de la dépense énergétique et 30 % de structures spécialisées de prise en charge des patients. Ces besoins varient néanmoins selon les médecins.

D'autre part, les médecins rencontrent divers problèmes lors de ces prises en charge, qu'ils soient liés aux patients, à la nature du système de soins ou encore à eux-mêmes. Les obstacles auxquels les médecins déclarent le plus couramment se heurter sont le manque de motivation des patients et le manque de soutien de leur entourage (60 % des médecins le rencontrent souvent), suivis du manque de temps et de l'absence de remboursement des consultations de diététique (50 %).

Outre le manque de motivation de certains patients déclaré par 75,8 % des médecins, des obstacles spécifiques sont rencontrés lors de la prise en charge d'enfants et d'adolescents : les conflits familiaux (61,4 %), le manque d'implication ou le déni des parents.



« Des différences de perceptions entre les médecins et les patients »

Du point de vue des médecins, les principaux facteurs de risque de l'obésité sont liés à des facteurs contrôlables, c'est-à-dire les comportements des patients vis-à-vis de l'alimentation et de l'activité physique. Le stress, le chômage, qui sont des facteurs de risque de l'obésité reconnus, sont perçus comme beaucoup moins importants. Concernant les conséquences de l'obésité, les problèmes médicaux sont prédominants du point de vue des médecins, devant les problèmes psychologiques et sociaux, comme par exemple les difficultés scolaires chez les enfants et les adolescents. Or, d'autres études ont montré que

ce modèle de représentation de l'obésité des médecins diffère de celui des patients, qui attribuent l'obésité plutôt à des facteurs non contrôlables (problèmes hormonaux, métabolisme lent) et pour qui les difficultés sociales constituent la principale conséquence de cette maladie [6].

D'autre part, près de 60 % des médecins du panel sont pessimistes quant à la capacité des patients en surpoids ou obèses à perdre du poids et maintenir cette perte, en raison d'un manque de motivation des patients.

Cette différence de représentation de la maladie, le médecin imputant la responsabilité de ces problèmes et de leur amélioration aux patients, et les patients attendant des solutions thérapeutiques extérieures, peut favoriser des réactions négatives et de découragement chez les patients et alimenter un cercle vicieux d'échec de prise en charge.

Une prise de conscience des médecins de l'impact que leurs opinions peuvent avoir sur la prise en charge pourrait atténuer ce décalage et participer ainsi à l'amélioration des soins.

« Des pratiques globalement proches des recommandations... mais des objectifs exigeants et certains outils peu utilisés »

Le diagnostic

Concernant le diagnostic des problèmes de poids chez les patients adultes, 88,5 % des médecins déclarent calculer souvent l'IMC et 41,1 % mesurent souvent le tour de taille, mesure préconisée afin de diagnostiquer l'obésité abdominale laquelle est associée à des complications métaboliques et vasculaires. Chez les enfants et les adolescents, plus de 80 % des médecins utilisent souvent les courbes d'IMC en fonction de l'âge, comme cela est recommandé. Moins de la moitié utilisent souvent le rebond d'adiposité visible sur cette courbe, qui, lorsqu'il est précoce (avant l'âge de 6 ans) doit conduire à des mesures de prévention particulières.

L'Indice de Masse Corporelle (IMC)

En clinique, le diagnostic de l'obésité repose sur le calcul de l'IMC.

$$\text{IMC} = \text{Poids (kg)} / [\text{Taille (m)}]^2$$

Chez l'adulte (classes en fonction de l'IMC) :

Poids normal	18,5 - 24,9
Surpoids	25,0 - 29,9
Obésité modérée	30,0 - 34,9
Obésité sévère	35,0 - 39,9
Obésité morbide	≥ 40,0

Chez les enfants et les adolescents (2-18 ans) :

Une définition internationale vient d'être adoptée, s'appuyant sur les courbes d'IMC en fonction de l'âge (dans les carnets de santé version 1998)

Les seuils définissant les degrés 1 et 2 de surpoids (surpoids et obésité) sont constitués par les courbes d'IMC atteignant à 18 ans les valeurs 25 et 30 kg/m².

Sources : [5, 7]

L'évaluation clinique

Lors de la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'adulte, l'évaluation clinique réalisée par les médecins du panel apparaît relativement complète, s'intéressant

notamment aux habitudes alimentaires, à l'activité physique, à la motivation du patient, son état psychologique, l'existence de problèmes respiratoires ou à l'état veineux et lymphatique.

Le tour de taille

Le tour de taille permet d'estimer l'importance des dépôts adipeux abdominaux.

Un tour de taille de plus de 90 cm chez la femme et de plus de 100 cm chez l'homme caractérise l'obésité abdominale.

Source : [5]

Les objectifs de perte de poids

Dans la prise en charge du surpoids, la majorité des médecins fixe habituellement une perte de poids de 5 à 15 % du poids initial et son maintien, conformément aux recommandations.

Concernant l'obésité, 34,3 % des médecins fixent une perte de poids de 5 à 15 %, jugée réaliste et suffisante pour entraîner des bénéfices pour la santé par les recommandations ; 64,3 % fixent une perte de poids de plus de 15 % ou un retour à un IMC normal, des objectifs jugés trop exigeants par les recommandations.

Les conseils pour l'alimentation et l'activité physique

Concernant la prise en charge diététique des patients adultes, la majorité des médecins donnent des conseils précis relatifs à la consommation de matières grasses, de sucre ou de boissons caloriques par exemple. Moins de 40 % interdisent souvent certains aliments définitivement et 22 % utilisent souvent les régimes à très basses valeurs caloriques (moins de 1 200 kcal/j). Cependant, ces derniers ne sont pas conseillés par les recommandations. La majorité des médecins pratiquent une éducation alimentaire auprès de leur patients ayant des problèmes de poids, mais ils conseillent peu souvent à leurs patients l'utilisation d'un carnet alimentaire, un outil utile pour aider et suivre les modifications de comportement alimentaire.

Concernant les enfants et les adolescents, plus de 95 % des médecins conseillent la mère sur l'alimentation familiale et 89 % conseillent de réduire les activités sédentaires. Presque 55 % interdisent souvent la consommation de certains aliments, mais le guide pratique insiste plus sur des recommandations positives (ne pas 'diaboliser' certains aliments mais plutôt apprendre aux enfants à consommer des quantités raisonnables de produits à forte densité calorique).

Le suivi des patients et le recours à d'autres professionnels

Au début d'une prise en charge concernant des problèmes de poids, 96 % des médecins voient leur patient au moins une fois par mois et 39 % proposent souvent un suivi téléphonique entre deux consultations, conformément aux recommandations de bonne pratique.

Par contre, le recours à des diététicien(ne)s n'est pas systématique, puisque seuls 30,9 % des médecins du panel leurs adressent souvent leurs patients. Le guide pratique pour le traitement des obésités souligne l'importance de l'intervention de ces professionnels dans l'information nutritionnelle et la prescription diététique ; mais

l'absence de remboursement des consultations de diététique constitue un obstacle à leur recours et est d'ailleurs mentionné par 50 % des médecins.

« Une approche plus curative et probablement pas assez préventive »

Les médecins ont une image de la situation épidémiologique de l'obésité et du surpoids en France qui s'écarte de la situation réelle. En effet, environ la moitié des médecins sous-estime la prévalence du surpoids chez l'adulte et surestime celle de l'obésité chez l'adulte comme chez l'enfant.

Ces résultats laissent penser que, face aux problèmes de poids, les médecins ont une approche plus curative que préventive, alors que des études suggèrent qu'il est plus facile de ne pas prendre de poids que d'en perdre [5].

Le repérage systématique des problèmes de poids par le calcul de l'IMC et la mesure du tour de taille devraient être encouragés afin d'informer le patient, avant le stade d'obésité, sur les facteurs qui peuvent entraîner une prise de poids excessive et les moyens de l'éviter.

CONCLUSION

Les médecins du panel ont bien conscience de l'importance et des risques liés aux problèmes de poids et se sentent fortement impliqués dans leur prise en charge. De plus, leurs pratiques sont globalement proches des recommandations. Cependant, la majorité des médecins interrogés se sent peu efficace dans la prise en charge des problèmes de poids.

Cette enquête suggère différentes pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge de ces problèmes et contribuer à ralentir la progression de l'épidémie de surpoids et d'obésité en France. Ces pistes sont relatives d'une part à l'amélioration des pratiques elles-mêmes et d'autre part au système de soins.

Concernant les pratiques, des actions de sensibilisation auprès des médecins apparaissent nécessaires pour les aider à prendre conscience des différences de représentations entre eux et leurs patients concernant l'obésité et des répercussions de ces différences sur l'issue de la prise en charge.

L'enquête fournit également des exemples concrets de points qui devraient être améliorés dans la pratique, tels que, par exemple, fixer des objectifs pondéraux moins exigeants.

Par ailleurs, il paraît nécessaire de mieux sensibiliser et former les médecins à l'utilisation d'outils pouvant aider les patients dans la prise en charge (carnet alimentaire, documents d'information notamment).

Enfin, d'autres actions relèvent plus de l'organisation du système de soins, comme par exemple le remboursement des consultations de diététique ou le renforcement des actions de prévention et d'éducation. Des dispositions devraient être prises pour faciliter et mieux prendre en compte les actions de prévention et d'éducation en médecine de ville, essentielles dans la lutte contre de nombreux problèmes de santé publique.

Dr Pierre Verger, *Directeur d'études, Observatoire régional de la santé*

La prise en charge du surpoids et de l'obésité en médecine générale, résultats de l'enquête « Panel Obésité 2003 »

Une des premières conclusions que je tirerai personnellement des résultats de cette enquête, c'est ce résultat globalement assez positif : on constate que les médecins sont extrêmement majoritaires à avoir conscience de l'importance du problème de santé publique que représente la prise de poids, qu'il s'agisse du surpoids ou de l'obésité ; qu'ils se sentent très fortement et très majoritairement impliqués dans sa prise en charge — c'est leur affaire et c'est quelque chose dont ils ont à s'occuper ; qu'ils appliquent, vous l'avez vu également, et je pense que c'est finalement un résultat quand même assez optimiste, des pratiques globalement assez proches des recommandations qui ont été édictées au niveau français, mais également au niveau international.

En revanche, résultat assez surprenant, une majorité de médecins se sent, en quelque sorte, en échec dans la prise en charge de l'obésité, d'ailleurs davantage chez les enfants et adolescents que chez l'adulte.

Je ne reviens pas sur les différentes raisons, évoquées par Aurélie, qui peuvent expliquer ce sentiment d'échec et reflètent vraisemblablement d'ailleurs une difficulté réelle de la prise en charge des problèmes de poids dans la population.

Je vais plutôt essayer, à partir des données et informations que nous avons recueillies dans le cadre de cette enquête, d'en tirer quelques éléments, quelques pistes qui nous permettent de déterminer dans quelle mesure les pratiques pourraient être améliorées d'une part, et l'action des médecins généralistes contribuer à l'endiguement de cette épidémie, de cette pandémie même d'obésité à laquelle nous assistons actuellement.

Ces pistes sont de deux natures : certaines concernent la pratique et l'attitude des médecins proprement dites, et d'autres suggérées dans cette enquête, ont trait davantage à l'organisation des soins, du système de soins.

En ce qui concerne les attitudes et les pratiques des médecins, on constate bien, au vu des résultats de cette enquête, que des actions de sensibilisation pour faire prendre conscience aux médecins des différences de représentation de l'obésité qui existe entre eux-mêmes et les patients semblent nécessaires, devraient être réalisées de façon à ce que la relation entre le médecin et le malade puisse se dérouler dans les meilleures conditions possibles.

Comme le disait Aurélie, on voit bien que ces différences de représentation sont susceptibles d'induire en quelque sorte un cercle vicieux d'échec de prise en charge ; nous avons là un élément qui, sans être obligatoirement suffisant, est probablement nécessaire.

L'enquête que nous venons de vous présenter met en évidence un certain nombre de points tout à fait concrets également, qui devraient être relevés pour permettre d'améliorer concrètement et spécifiquement les pratiques des médecins.

Il y en a deux :

- d'une part, vous l'avez vu, les objectifs de perte de poids sont fixés en matière d'obésité par une majorité de médecins de façon beaucoup trop draconienne, et l'on sait aussi que fixer des objectifs thérapeutiques trop importants, trop stricts, constitue également un facteur d'échec du traitement ;

- d'autre part, on voit bien que des actions de sensibilisation devraient être menées auprès des médecins pour les amener à utiliser davantage un certain nombre d'outils qu'ils doivent communiquer, donner à leurs patients comme le carnet alimentaire, des documents divers et variés sur l'alimentation, la nutrition et les régimes.

Ainsi, voit bien globalement qu'autour de ces questions de pratiques, pas tellement de connaissances, car finalement, les connaissances des médecins sont quand même assez bien établies, mais de pratiques et d'opinions, des actions de sensibilisation, de formation s'avèrent nécessaires auprès des médecins ; et d'ailleurs, ceux-ci les demandent, les revendiquent, en nous signifiant de façon très claire et majoritaire dans cette enquête qu'ils considèrent que la formation initiale en médecine sur le plan de la nutrition est insuffisante et qu'ils ont besoin de renforcer leur formation continue sur ces questions.

Ensuite, apparaissent les *questions relatives à l'organisation du système de soins*.

A ce sujet deux pistes semblent importantes :

- La première est qu'il semble tout de même important de rendre plus accessibles les consultations de diététique auprès des patients. Aurélie vous disait que peu de médecins avaient le réflexe d'adresser leurs patients en consultation de diététique ; c'est sans doute lié à une certaine façon de travailler des médecins qui ne partagent peut-être pas encore suffisamment les soins avec d'autres professionnels de santé : c'est une explication possible, mais ce n'est pas la seule, et vous savez également que les consultations de diététique ne sont pas remboursées. Il ne semblerait donc pas complètement incohérent, alors que la prise en charge de l'obésité dans notre pays est considérée comme une priorité de santé publique, de réfléchir aux aménagements possibles de la prise en charge des consultations de diététique ;

- Une deuxième piste a également été suggérée par l'intervention d'Aurélie : en médecine générale, l'accent est peut-être encore trop mis sur le volet curatif — je parle de manière assez générale — et pas assez sur le volet préventif. Ceci devrait peut-être nous conduire à une réflexion sur la manière d'améliorer les conditions de la consultation, et notamment de la consultation de prévention et d'éducation, ce qui reste, concernant un problème comme l'obésité, une question de fond.

Sur ce plan, il semblerait qu'un certain nombre d'experts, notamment ceux du groupe technique national de définition des objectifs, qui a été réuni pour faire des propositions tout à fait concrètes pour la loi de santé publique, ont effectivement proposé d'instituer des consultations de prévention, comportant une tarification spécifique pour les personnes âgées, mais également à un certain âge-clé pour les adolescents.

En conclusion, je soulignerai que, d'une certaine façon, cette étude illustre assez bien à notre avis qu'un tel observatoire des pratiques en médecine générale de ville présente vraiment un intérêt, un intérêt pour décrire les pratiques, mais aussi pour essayer aussi de les comprendre, de comprendre pourquoi elles diffèrent d'un médecin à l'autre et pourquoi toutes les recommandations ne sont pas nécessairement toujours appliquées, éventuellement même pourquoi elles ne seraient pas toujours applicables.

C'est ma conclusion. On voit qu'à partir des résultats que nous avons recueillis dans cette enquête, nous sommes en mesure d'émettre un certain nombre de propositions assez spécifiques, tout de même, à la fois pour améliorer la formation ou l'information des médecins, mais également faire des propositions pour l'organisation du système de soins.

Je vous remercie de votre attention.

M. le docteur Djamel Bouriche, *ethnopsychiatre, centre hospitalier Édouard-Toulouse, Marseille*

Les déterminants culturels de l' alimentation.

Je suis à l'origine pédopsychiatre ; j'exerce dans les quartiers nord de Marseille, dans le 15^{ème} arrondissement. Je remercie le CRES de m'avoir invité aujourd'hui. Certes, le sujet en lui-même, les déterminants culturels de l'alimentation, s'avère assez complexe et fastidieux : lorsqu'on commence à y plonger, soit on a une indigestion, soit cela ouvre l'appétit, cela dépend du moment.

Pour commencer mon propos, je parlerai de mon exemple, car étant issu de l'immigration maghrébine, je suis venu évidemment de l'autre côté de la Méditerranée il y a quelques années, et il est vrai que toute une population est arrivée à Marseille avec un panel de pratiques culinaires, d'us et coutumes, une langue.

Nous étions situés dans le 14^{ème} arrondissement de Marseille, à la Busserine. Il est clair qu'entre nous, les garçons — puisqu'il est vrai que le monde est clivé entre celui des garçons et celui des filles : le monde du dehors est celui des hommes et le monde du dedans, celui des femmes -, nous étions ensemble et essayions de comprendre un peu ce que nous mangions.

Le plat traditionnellement consommé était évidemment le couscous ; derrière ce couscous, nous nous comparions les uns aux autres : les couscous de Bejaïa, de Tizi Ouzou, d'Alger ou de Tlemcen différaient beaucoup les uns des autres, et nous essayions de comprendre ce qui faisait la différence.

Finalement, derrière cette consommation d'un plat traditionnel, considéré à l'origine comme un plat du pauvre, nous avons vu comment se construisaient les communautés. Progressivement, nous avons pris conscience que finalement, la différence naissait justement à travers l'alimentation. Nous construisons donc évidemment les sujets à travers l'alimentation ; comme dit le vieil adage : Dis-moi ce que tu manges, je te dirai qui tu es. On voit donc un peu comment les gens se construisent avec l'alimentation. A travers cette réflexion sur le couscous, nous avons pu voir ce qui pouvait se passer concernant cette logique de consommation.

Un deuxième aspect, qui était aussi important, était le fait d'aller manger ailleurs, c'est-à-dire de quitter le contexte familial pour pouvoir déjeuner soit à la cantine, soit chez d'autres personnes ; les considérations, qui étaient plutôt les interdits familiaux, surtout maternels, étaient du type : Fais attention à ce que tu manges quand tu vas chez les gens.

C'était donc la question, surtout lorsque l'on est adolescent, même plus jeune, de savoir pourquoi on nous interdisait de manger n'importe quoi chez les gens. Souvent, on refusait donc de manger chez les personnes chez qui on allait, puisque les parents, et surtout la mère, considéraient qu'il était interdit d'aller manger là-bas.

Progressivement, avec le recul et le temps, on a essayé de comprendre un peu ce qui se passait, et c'est alors que l'on s'est rendu compte que, derrière cet interdit alimentaire d'aller consommer chez les gens, il y avait toujours cette logique d'incorporation :

l'alimentation est dangereuse pour le corps, et d'une certaine façon, il y a risque de tomber malade.

Aujourd'hui, on a évoqué surtout les maladies somatiques ; mais les maladies psychiques liées à la consommation sont aussi importantes ; c'est tout ce qui a trait à l'attaque du corps, de la pensée : les parents demandent donc aux enfants d'éviter de manger n'importe quoi chez les gens, surtout si l'on considère que l'on ne connaît pas ces aliments.

Vous voyez donc bien que, à travers ces deux situations, chaque société, chaque communauté, chaque groupe humain va d'abord essayer de réfléchir à la manière dont on va manger et comment manger.

Je vais donner un exemple concret — c'est une notion un peu compliquée à expliquer en peu de temps. Les gens posaient ce type d'interdit parce qu'ils étaient venus avec une vision du monde complètement différente. L'idée était que l'on est un sujet dans un environnement, dans une cosmogonie ; la cosmogonie pense l'invisibilité, et comme on est dans une invisibilité, il faut faire attention à ce que l'on mange, à ce que l'on incorpore. Ainsi, l'acte alimentaire d'incorporation fait qu'il faut un peu surveiller ce que l'on mange.

Je voulais également revenir sur ma pratique dans les quartiers nord de Marseille. Depuis tout à l'heure, on parle de l'aspect comportemental des sujets, de la manière de manger, où manger, à travers des études, des chiffres, des questions précises que l'on posait aux gens.

Je pense qu'il paraît important de revenir à la manière dont l'alimentation se passe dans les familles en général, de comprendre les rouages essentiels de l'alimentation pour peut-être essayer de réfléchir aux déterminants culturels. Je prends l'exemple concret des familles comoriennes ; travaillant dans les quartiers nord, j'ai été confronté à une famille comorienne, chez laquelle je me rendais, et, ce qui était très étonnant, c'était surtout la liberté dans la manière de consommer de l'alimentation : la maman se réappropriait l'alimentation qu'on lui proposait dans le pays d'accueil et essayait de la façonner, c'est-à-dire de respecter ses propres règles culinaires de manière à sacraliser, en quelque sorte, l'alimentation afin que les gens puissent la consommer dans les meilleures conditions.

Les Comoriens récupéraient l'alimentation proposée ; la mère les façonnerait en tenant compte de ses règles culinaires de manière à se les réapproprier, à les redonner aux enfants et à les nourrir dans les meilleures conditions.

Lorsque l'on considère, par exemple, la psychologie de développement des enfants, les interactions précoces entre la mère et l'enfant, la manière de porter l'enfant, de le nourrir, on voit rapidement que, derrière la manière d'alimenter l'enfant se trouve toute une histoire, de nombreuses traditions, qui vont permettre à la mère de prendre confiance quant à la manière de nourrir son enfant.

On parlait tout à l'heure de prévention secondaire ou primaire, et il paraît opportun de revenir justement à la périnatalité, de manière à comprendre ce qui se passe quand on nourrit un enfant dans la petite enfance.

Quand je travaillais en maternité, je me suis rendu compte que, derrière la conflictualité de maternage, il y avait aussi la question de l'alimentation : l'alimentation était souvent refoulée, culpabilisée quant à la manière de nourrir un enfant. Et c'est là que cela

commence, car quand la mère vient d'un autre pays, elle sait que la manière dont elle nourrit son enfant et le porte, ce que l'on appelle le berceau culturel, va permettre à cet enfant de se développer dans les meilleures conditions.

Le problème qui se pose, c'est qu'à partir du moment où elle est inscrite dans un système social autre, elle essaie de refouler ses pratiques alimentaires pour justement adopter celles du pays d'accueil. Cette conflictualité entre ce qui se passe à la maison et ce qui se passe dans les institutions crée une situation où la mère se retrouve dans une position défensive et nourrit mal son enfant, d'où la psychopathologie qui peut naître à ce moment-là chez le bébé qui commence à développer un problème psychosomatique (vomissements, etc.). A travers ces interactions précoces, on voit rapidement que la conflictualité des techniques d'alimentation a un effet très négatif sur le développement de l'enfant.

Lorsque l'enfant grandit, il est clair qu'à partir du moment où la mère, précocement, n'a pas pu pratiquer ce qu'elle désirait, elle essaie quand même d'arriver à l'alimenter d'une manière un peu différente. Et c'est là que l'on constate aussi les conflictualités qui vont naître, puisque l'enfant qui grandit dans un environnement différent va lui aussi adopter les modes alimentaires du pays d'accueil. C'est alors qu'apparaît progressivement l'acculturation dans le domaine alimentaire également, qui fait que la famille va essayer de répondre à la demande de l'enfant tout en ne perdant pas son âme.

Il y a également la prohibition de certains aliments : étant moi-même issu de l'immigration, comme je vous le disais tout à l'heure, il est clair que la question de la prohibition de la consommation du porc avait un impact très fort, puisque l'école en proposait et à la maison il n'était pas consommé. Vous voyez bien que cet interdit était quand même sous-tendu par un fort déterminant culturel : c'était aussi une manière de préserver tout un patrimoine.

On me demande à chaque fois pourquoi, alors que je ne pratique par l'Islam, je ne mange pas de porc ; laissez-moi le seul élément qui pourrait me raccrocher encore un peu à mes origines et à mes racines ! Je crois que, dans cette pratique alimentaire, on voit aussi l'intérêt de pouvoir maintenir son identité, maintenir aussi une certaine altérité, la différence, et surtout respecter l'appartenance au groupe et au clan auquel on appartient.

Pour en revenir à la petite enfance, puisque qu'on a parlé des facteurs de risque et de la prévention possible auprès de ces enfants, je pense qu'avant d'imposer des programmes, il faut peut-être essayer d'observer comment les familles se pensent elles-mêmes, comment elles pensent la nourriture, pour savoir exactement ce qui est en jeu.

Par exemple, pour revenir à la consommation de sucre, comme il en a été question tout à l'heure, il est évident qu'au Maghreb, le sucre est un élément fondamental de l'alimentation : quand vous allez en Algérie, au Maroc ou en Tunisie, on voit bien que le lien affectif tourne autour de la logique du sucre ; tout ce qui a trait au lien affectif est lié au sucre. Lorsque l'on comprend cela, on comprend mieux les rouages existant entre les enfants et les parents.

Je vais vous rapporter une anecdote : je connaissais un père qui avait un enfant autiste, qui avait des difficultés d'affiliation avec son fils. Progressivement il m'expliqua comment il le nourrissait, le père, et non pas la mère, car c'est lui qui s'occupait des enfants quand il venait les chercher à l'école. Il me racontait venir les chercher avec un sac rempli de bonbons, qu'il distribuait à 18 h. C'était en un rituel pour lui relatif à la question de l'affilia-

tion ; en quelque sorte, il avait besoin de créer un lien affectif avec son enfant, qui était quand même autiste, et l'autre aussi, et pour lui, c'était fondamental.

Pour en revenir à la psychopathologie, à la maladie, le diabète est une maladie importante au sein de la communauté maghrébine — on s'en rend compte quand on va dans les quartiers nord et à l'hôpital Nord de Marseille. Il paraît important de comprendre ce qui se déroule, car il ne faut pas oublier que l'on est confronté à des systèmes communautaires, que la séparation du sujet de son clan, parce qu'il vit dans une société où l'hyperindividualisme est important, va avoir aussi des effets sur les parents ; c'est ainsi que l'on voit parfois apparaître des diabètes consécutifs à la séparation un peu brutale d'un enfant de sa famille.

Ayant réalisé une étude sur ce sujet à propos de quelques patients, j'ai pu me rendre compte que finalement, la logique de séparation, d'individuation des sujets du système clanique ou familial allait comporter des effets négatifs sur des comportements alimentaires, avec un risque de décompensation diabétique. J'ai fait cette étude sur 10 familles et je me suis aperçu qu'il y avait quelque chose de fondamental qui se passait à ce moment-là.

Concernant les comportements alimentaires ou la façon de manger des enfants, il est difficile pour les enfants en bas âge de comprendre les rouages — en tout cas les implicites sont fort mais les explicites n'y sont pas ; et, étant donné les difficultés d'adaptation de certaines familles dans les quartiers, l'alimentation reste l'élément moteur du lien affectif.

C'est par ce biais que l'on comprend un peu comment les choses se passent : un système familial en situation de vulnérabilité, isolé de ses affiliations, vit en France. Il va, à travers le rite alimentaire, essayer de compenser justement cette coupure d'avec ses affiliations.

Legendre parle beaucoup actuellement de nos sociétés complètement désaffiliées ; et c'est encore plus fort dans la logique de la migration ; et l'on se rend compte de la manière dont les familles essaient progressivement de compenser à travers l'alimentation, avec un laisser-aller : les enfants, à travers l'acculturation, et en même temps la façon d'être avec leurs familles — je le constate dans les familles aujourd'hui -, les règles habituelles de l'alimentation étant un peu remises en question, progressivement essaient de s'alimenter un peu comme ils le désirent. Il n'y a pas réellement de frustration.

Je vous parle de cela parce que, lorsque j'ai rencontré les professionnels sur le terrain, ils avaient un peu de mal à comprendre ce qui se déroulait dans les interactions entre la mère et l'enfant concernant la question de l'alimentation dans laquelle il n'y a pas de frustration : les interdits se posent sur les aliments purs et impurs, les interdits alimentaires sont posés en fonction de certains critères, de la cosmologie dont je vous ai parlé. Cependant, concernant tout ce qui a trait au lien affectif, il est clair que l'enfant consomme quand il le veut, comme il le veut.

Personnellement, ayant vécu dans cet environnement, je n'ai pas l'impression d'être obèse, mais tout concerne le lien affectif. Car sinon, on a une vision quelque peu réductrice qui ne fait pas confiance aux gens : on ne comprend pas les règles alimentaires, de nutrition.

Il y a donc ici une dimension importante pour essayer de comprendre pourquoi les familles continuent à pratiquer certaines conduites alimentaires et pas d'autres ; sinon, on

ne comprend pas, on se retrouve à chaque fois avec le service d'endocrinologie à l'hôpital nord qui s'arrache les cheveux parce que Mme Untel refuse de suivre le régime et qui se fait hospitaliser pour un coma acidocétosique tous les 15 jours ; et l'on se rend compte qu'il y a quand même des notions importantes de filiation et d'affiliation, de liens d'appartenance, et d'identité, qui vont aussi avoir un impact sur la manière de penser le régime.

Avec les sociétés modernes d'aujourd'hui, la situation s'est complexifiée. Je constate, par exemple, dans les quartiers nord que le contexte social n'est pas favorable ; les familles vivant en situation de précarité ont tendance à revenir à des alimentations de base, et l'on retrouve les alimentations classiques (pâtes, pommes de terre...), ce qui va leur permettre justement de survivre, et non pas de vivre. Certaines familles s'inscrivent vraiment dans une logique de survie, et à travers cela, il est difficile de penser la bonne nourriture, de manger correctement, d'être bien avec l'alimentation, à partir du moment où il n'y a qu'un quotidien, sans possibilité de projection, sans possibilité de pouvoir organiser un peu les repas différemment, de rythmer le temps, de structurer le temps et l'espace pour les enfants, à partir du moment où la seule logique, c'est d'aller chercher d'abord à manger pour savoir comment les enfants vont pouvoir manger le soir ou le lendemain.

A cet égard, il convient donc de prendre en compte des notions d'environnement social qui restent fondamentales. Sinon, on ne sait pas de quoi on parle.

Je me rends dans certaines familles du 15^{ème} arrondissement, et ce n'est pas simple ; parfois, les réfrigérateurs sont vides et on remarque que la seule chose qui trône, c'est la télévision et parfois le magnétoscope : on voit donc bien le contexte de solitude dans lequel certaines familles se trouvent, et que le seul lien avec la société, c'est la télévision, qui justement leur permet d'éviter de souffrir de cette solitude trop importante, avec parfois des effets négatifs justement sur leurs comportements alimentaires.

Aujourd'hui, j'ai vraiment l'impression que l'on est dans ce que l'on appelle la « gastroanomie », cette impossibilité pour certaines familles de penser la nourriture : il s'agit d'un comportement un peu boulimique, d'ingurgitation, et l'on a du mal à pouvoir donner du sens, à resacraliser l'alimentation, à lui redonner une importance fondamentale pour justement éviter la décompensation psychopathologique ou psychosomatique, ou tout simplement somatique.

On sent que les familles éprouvent de la difficulté à construire des règles culinaires un tout petit peu différentes, à essayer de les repenser en fonction du processus d'adaptation à la société dans laquelle elles vivent, et de reconsidérer leurs techniques de préparation. Car tout aliment a une histoire ; tout à l'heure, j'ai évoqué le couscous : celui-ci a une histoire, sur laquelle je ne reviendrai pas car ce n'est pas le propos ; mais on comprend bien que derrière cette logique de préparation culinaire, quelque chose est transmis de génération en génération, un peu implicitement, par habitude ; derrière cette alimentation et ces règles culinaires, il y a quelque chose de sacré qui est transmis.

On sait bien qu'aujourd'hui, avec le processus de modernisation, chaque famille pense l'alimentation différemment. Les déterminants culturels dont on parle depuis tout à l'heure concernant la logique d'identité, d'altérité, de règles communes, sont remis complètement en question, car finalement, chaque famille va essayer de repenser son système culinaire, en ne se fondant pas obligatoirement sur une logique d'appartenance à des règles culinaires communes.

Dans les communautés maghrébines, on voit bien qu'aujourd'hui, chaque famille — car je rencontre aussi des familles de deuxième génération —, si l'acculturation leur a permis d'introduire de nouveaux éléments dans leur cuisine, a ensuite pratiqué un peu différemment. Le processus de modernisation a donc aussi un effet de modification trop important, d'où justement la survenue des problèmes d'obésité et de prise de poids, puisqu'une consommation anarchique se met en place et que l'on a grande difficulté à pouvoir donner du sens à cette consommation.

Voilà un peu comment je me représente la société dans laquelle vivent les populations migrantes.

TABLE RONDE

Mme Zeina Mansour

La parole est à la salle ; la totalité des intervenants de la matinée est en tribune. Vous pouvez poser vos questions sur toutes les interventions qui ont été présentées ce matin.

Mme Sylvie S., diététicienne, conseil général

Je voudrais tout d'abord poser une question au docteur Djamel Bouriche. J'ai travaillé et travaille toujours dans des consultations en protection maternelle et infantile, et je voudrais savoir quelle est la dimension psychologique du bébé gros dans les familles maghrébines ? Parce que nous voyons souvent des bébés très forts. Je parle d'enfants d'un âge inférieur à 1 an — et quand nous parlons avec les parents, ceux-ci n'ont pas du tout l'impression d'avoir affaire à un bébé beaucoup trop gros par rapport aux standards.

M. le docteur Djamel Bouriche

C'est une situation que l'on retrouve souvent : le bébé gros, un peu lourd. Je pense que l'on se confronte là justement aux représentations de l'enfant ; certes, le contexte de la migration modifie complètement celle-ci, mais il est clair que l'enfant bien portant est un enfant qui a un certain poids.

Intervient ensuite une deuxième dimension fondamentale pour comprendre ce qui se passe : c'est la relation fusionnelle entre la mère et le fils, qui peut être très longue ; un garçon qui vit avec et est élevé par sa mère — je ne sais pas si c'est une famille qui vient d'arriver ou si elle est là depuis longtemps ?

Mme Sylvie S.

J'ai à l'esprit le cas d'un père comorien qui arrivait avec son bébé ; je lui ai dit que son enfant ne pouvait plus respirer, de regarder ses cuisses, je lui ai demandé ce qu'il lui donnait à manger. Il a répondu : le lait que tu m'as donné.

M. le docteur Djamel Bouriche

C'est donc une famille comorienne.

Mme Sylvie S.

Oui ; mais il y a aussi d'autres cas avec des familles du Maghreb.

M. le docteur Djamel Bouriche

Chaque situation est un peu différente ; il faut savoir dans quel contexte l'enfant est porté, comment se passe la relation entre la mère et l'enfant. Vous rencontrez l'enfant à un moment donné ; mais je pense qu'il faut le replacer dans le contexte de l'histoire de la

famille et dans la manière dont l'enfant y est représenté sinon, on ne comprend pas cette prise de poids.

L'idée est de parler de l'enfant, d'essayer de l'évoquer autrement ; car si on l'évoque simplement sur le registre alimentaire, c'est un peu comme concernant les critères de beauté chez certaines femmes qui ont une prise de poids importante, qui se sentent jolies mais un peu décalées des critères d'aujourd'hui.

Ici il faudrait donc voir comment la mère pense son enfant : pour elle, le voir de cette manière, est-ce le sentir bien dans sa peau ? Est-il dans un bien-être ou pas ?

Je pense que la négociation pourra se réaliser concernant l'alimentation à partir du moment où l'on aura un peu compris comment la famille pense l'enfant dans cette famille ; sinon, on restera dans un rapport de force, de conflictualité entre une institution et une famille, ce qui n'apportera pas de réponse ; chacun campera sur ses positions sans possibilité de dialogue, cela sera très compliqué.

Mme Sylvie S.

Je vous remercie. Ma deuxième question est la suivante : j'aurais voulu savoir combien de temps est consacré à l'étude de l'alimentation et de la nutrition pendant les études médicales.

M. le docteur Jean-Claude Gourheux

Je pense que le professeur Sambuc sera mieux à même de nous donner ce renseignement en ce qui concerne la formation initiale. Quant à la formation continue, celle-ci n'étant pas obligatoire, elle reste à la discrétion des acteurs.

On sait que, depuis un certain nombre d'années, les associations de formation médicale continue incluent dans leur programme la nutrition, notamment la prise en charge de l'obésité, ou la nutrition cancer ; elles ont des plans de formation de nutrition dans la formation médicale continue, mais cela reste quand même un domaine accessoire.

M. le professeur Roland Sambuc

Vous imaginez bien que je ne connais pas le décompte précis, mais il est clair que les problèmes de nutrition sont abordés tout au long des études médicales, aussi bien à l'occasion des fonctions physiologiques dans les premières années qu'ensuite lors des différents enseignements dédiés soit à la pédiatrie, soit aux personnes âgées : à chaque fois, le volet nutrition est abordé dans les cours.

L'est-il suffisamment ou pas ? Je pense qu'il faudrait réaliser un audit, d'une part sur l'ensemble des thèmes d'enseignement, pour déterminer quel est le nombre d'heures consacrées, et surtout d'autre part essayer de savoir ce qu'il en reste dans la mémoire des étudiants. Il faudrait aussi ajouter un questionnaire sur la fréquence et l'importance de ce sujet dans les questions d'examen, car celles-ci traduisent l'intérêt que les enseignants portent aux sujets qu'ils traitent, et les étudiants savent souvent ce qui tombe ou pas. C'est donc un sujet important, qui est abordé, mais on peut s'interroger sur la capacité que l'on a peut-être à améliorer la façon dont c'est enseigné.

M. le docteur Pierre Verger

Ce que vient de dire le professeur Sambuc montre à l'évidence que la formation continue reste quand même un aspect essentiel. Nous avons posé une question dans le

panel non pas pour savoir si oui ou non les médecins seraient prêts à suivre de la formation continue, mais pour leur demander combien de journées dans l'année ils seraient prêts à accorder à une formation continue sur l'obésité : ils sont une très large majorité à nous avoir répondu jusqu'à 5 journées par an pour la formation sur ce problème de l'obésité, ce qui est quand même assez significatif.

M. le docteur Patrick Gomez, *responsable d'un Centre d'examens de santé de l'assurance maladie, Var*

Dans le centre d'examens de santé de l'Assurance Maladie, nous effectuons à la fois bien sûr des bilans de prévention, mais aussi de l'éducation pour la santé pour les personnes qui nous consultent, et je serais très intéressé — ma question s'adresse donc à Mme Delamaire — par un outil audiovisuel pour les personnes qui réalisent cette éducation pour la santé.

Je sais que, sur le site de l'INPES, il existe un outil interactif, mais qui n'est pas tout à fait utilisable en tant que tel ; existe-t-il un projet dans ce sens ?

Mme Corinne Delamaire

Pour quel type de population ? C'est pour des professionnels de santé que vous désirez avoir ce type d'outil ?

M. le docteur Patrick Gomez

Ce serait effectivement une aide à des professionnels de santé, à des professionnels de l'éducation pour la santé. Je crois que les populations cibles sont, comme on en a parlé tout à l'heure, les jeunes, les personnes âgées, les personnes qui souffrent de surpoids, etc. Le livret que vous avez réalisé, peu importe la population cible, est utilisable comme tel. Un outil audiovisuel disponible est-il prévu ou serait-il utile à votre sens ?

Mme Corinne Delamaire

Je pense que ce serait très utile en effet. Pour le moment, cela n'est pas prévu ; mais pourquoi pas ? L'important serait, je pense, d'effectuer une enquête pour connaître les besoins des professionnels de santé. Nous allons, au cours du premier trimestre ou au début du deuxième trimestre de l'année 2004, réaliser ce que l'on appelle un post test, c'est-à-dire que nous allons évaluer les outils de nutrition que nous avons réalisés pour les professionnels de santé. Ce sont : le document d'accompagnement du Guide alimentaire, des disques IMC et des brochures.

Je vais m'occuper de cette étude ; et, par la même occasion, nous demanderons quels sont les besoins des professionnels de santé pour tout ce qui a trait à la nutrition ; et je pense que c'est une très bonne idée.

M. le docteur Patrick Gomez

J'aurais une deuxième question, peut-être un peu plus spécialement adressée à Mme Lucas. Le PNNS vise des objectifs dont certains sont quantifiés : la mesure de la tension artérielle, le taux de cholestérol et le poids.

Quels sont les outils à notre disposition avant le plan, après le plan, pendant le plan, pour justement connaître ces éléments d'évaluation quantifiés ?

Mme le docteur Cécile Lucas

C'est la même démarche que l'on va devoir aussi appliquer pour tout ce qui concerne les indicateurs à propos des 100 objectifs de santé publique de la future loi de santé publique. C'est donc toute une démarche qui est en cours de réflexion. Un énorme travail reste à mener ; il existe un groupe de travail national à ce sujet, et nous n'en sommes qu'au tout début.

Mais vous savez très bien que, dans la région pour l'instant, à part des études très ponctuelles menées, on ne connaît pas pour chaque indicateur exactement l'état de la population.

C'est d'ailleurs pour cela que moi-même j'avais une question à poser à la représentante de l'INPES : concernant le bilan d'État que vous avez publié en avril, vous avez comparé certains indicateurs entre le Languedoc-Roussillon et le Nord-Pas-de-Calais, ce qui veut dire que vous disposez d'indicateurs fiables pour une région. Pourrions-nous connaître de façon spécifique tous les indicateurs PACA ?

Mme Corinne Delamaire

En fait, je crois ne pas l'avoir dit pendant la présentation : nous avons réalisé cette étude comparative en utilisant deux échantillons de 1 000 sujets chacun ; c'est donc vraiment une petite étude à part.

En revanche, nous disposons évidemment de données pour chaque région de France, mais portant sur un nombre restreint de sujets ; je pense que ce sera donc peut-être un peu difficile, mais nous avons quand même des éléments.

M. Jean Chappellet, DRASS

Je voulais préciser les indications qu'a données Mme Lucas. Il y a, bien entendu, une cohérence entre le Plan national nutrition santé et les 100 objectifs du projet de loi de santé publique qui sont annexés à la loi.

Quelle est cette cohérence ? Les indicateurs annexés à la loi sur le déterminant nutrition correspondent à chacun des axes stratégiques du plan.

Il y a trois types d'indicateurs :

- un *premier groupe* pour lequel nous disposons déjà du nécessaire pour établir une quantification ; cela veut dire que l'on peut mesurer un état de départ, et, de ce fait, on sait où l'on doit aller et on pourra savoir si on y est arrivé ;
- un *deuxième groupe* pour lequel on ne peut pas encore réaliser un travail pour mesurer l'état de départ et fixer l'état d'arrivée parce qu'il y a pour préalable la production d'informations épidémiologiques : lorsque l'on dit qu'il faut diminuer d'au moins 25 % la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes et passer à une prévalence de l'ordre de 45 % à 60 %, on ne sait pas comment mesurer le nombre des petits consommateurs de façon suffisamment précise pour fixer un objectif ;
- un *troisième objectif*, la présence des folates. Nous sommes en train de développer un programme pour les agents de l'administratif, pour lequel il faut au préalable disposer de l'évaluation d'un certain nombre de programmes pilotes avant de pouvoir être au point concernant les indicateurs.

Ce que nous sommes en train de faire, c'est justement de trier, parmi ces différents indicateurs, ceux pour lesquels nous pouvons d'ores et déjà avoir une mesure d'état de départ et d'arrivée : c'est le plus grand nombre pour le programme en question ; et comme le disait Mme Lucas, nous le faisons pour tous les objectifs.

Nous devrions donc pouvoir d'une part, avec nos ressources interne, d'autre part, en mobilisant les institutions qui disposent de l'information, l'ORS, grâce aux tableaux de la FNORS, l'Assurance Maladie, qui a d'autres éléments, assez rapidement avoir au moins une connaissance nous permettant d'établir un tableau de bord.

Entre le début et la fin du tableau de bord, entre l'état initial et l'état auquel on doit arriver ou auquel on arrivera, on a la déclinaison du Programme national nutrition santé pour sa partie régionale.

Mme Ouarda Kaboun, *médiatrice de vie, foyer de jeunes travailleurs d'Antibes*

Ma question s'adresse au Dr Bouriche. Vous expliquiez dans la première partie de votre intervention que la mère demandait à l'enfant d'éviter de manger chez les gens, voire le lui interdisait ; je me demandais si cette interdiction, et en fait tout ce comportement, ce rapport qui pouvait exister entre l'enfant et la mère pouvait amener à un comportement anorexique.

M. le docteur Djamel Bouriche

A l'adolescence ou bébé ? Les deux ? Petit, car bébé, c'est un peu difficile.

Je ne le crois pas. Cela, d'abord parce que les interdits posés visent surtout une protection : l'interdit en lui-même est pensé comme une protection du sujet et non pas comme une sanction. Je pense qu'au contraire, sur le plan affectif, la mère a envie de transmettre à son enfant quelque chose, à sa fille en particulier ; et je ne pense pas que cela ait un rapport.

Je crois plutôt que la question de l'anorexie chez les jeunes filles de ce système familial est davantage liée à une conflictualité entre le je et le nous, sa difficulté à s'individualiser, mais pas tellement à un élément relatif à l'interdit alimentaire ou plutôt la phobie que met en scène cette prohibition alimentaire. Personnellement, je n'ai pas rencontré ce genre de situation.

Mme M., *cadre de santé en milieu hospitalier*

Les médecins libéraux font remonter l'idée du besoin de professionnels de santé associés à leur travail ; dans le cadre du PNNS, 800 postes de diététiciennes étaient prévus, et je voudrais savoir où l'on en est aujourd'hui.

M. Jean Chappellet

Il s'agit là de compétences davantage de nature hospitalière ; c'est donc plus une question qu'il faudrait poser au directeur de l'ARH, puisque cela ressort totalement de ses compétences.

En tant que vice-président de l'ARH, je peux vous dire que le déploiement de ces postes de diététicienne en milieu hospitalier a commencé ; mais il est prévu qu'il s'étale sur une durée de plusieurs années, ce qui correspond à peu près à la durée du PNNS.

Quant à savoir où ont été créés les postes, bien entendu les postes supplémentaires puisqu'il y avait déjà dans les établissements hospitaliers des diététiciennes, soit pour la préparation des repas des malades, soit dans certains services où la diététicienne fait partie du personnel développant des actions d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique, je ne pourrai pas vous le dire.

Il faudrait que l'on fasse un décompte plus exact, que l'on pourrait par exemple joindre, lors de la publication des actes du colloque, sous forme de réponse à cette question. Mais vous dire combien et où, je ne le peux pas ; je sais seulement que le déploiement a commencé.

M. le docteur Jean-Claude Gourheux

Je répondrai à la première partie de la question sur l'organisation de la médecine libérale concernant ce transfert vers d'autres acteurs de santé.

Il est certain qu'aujourd'hui, on l'a vu en résumé, on se pose la question d'une consultation de prévention, d'une consultation-conseil, en fonction des pathologies, le plus souvent chroniques, dans lesquelles le conseil diététique ou le suivi diététique doit apporter quelque chose de beaucoup plus important vis-à-vis de la relation du professionnel à son patient.

Cela pose le problème de la réorganisation du temps de travail, de la réorganisation à la fois du contenu d'une consultation de prévention, voire des acteurs autour d'une consultation de prévention.

Et dans ce cadre, la médecine libérale expérimente en Poitou-Charentes des consultations de prévention dans lesquelles on fait de l'éducation à la santé, notamment pour la prise en charge des diabétiques, et également une consultation diététique. Nous sommes en train d'évaluer ce nouveau mode de consultation et d'application de la médecine libérale et cela doit, bien sûr, se traduire également par une nouvelle prise en charge matérielle ; on ne peut pas le voir décemment dans une consultation normale. C'est pour cette raison que nous réalisons ce genre d'expérimentation dans les URML.

M. le docteur Gabriel Pignoly, pédopsychiatre, service de psychiatrie infanto-juvénile, CHS de Laragne, Hautes-Alpes

Je me posais une question en vous entendant : déployer un programme de nutrition santé ne va-t-il pas être encore un "plouf" parmi un tas d'informations que nous avons, et que surtout les gens reçoivent à la télévision, dans les journaux féminins, etc., qui se contredisent d'une année sur l'autre ? Et les usagers ne vont-ils pas se dire que c'est encore un programme de plus, pour ne pas maigrir, pour grossir, etc. ? Ne serait-ce pas là un premier danger ?

Le deuxième danger, s'ils prennent ce que vous dites au sérieux, c'est qu'ils se disent qu'ils vont se débrouiller tout seuls : mon fils est un peu plus gros, moi je suis un peu trop gros ou un peu trop maigre, mais cela ne fait rien. Je vais un peu regarder ce qui se dit là, me faire ma propre sauce, et finalement, ne pas aller voir un médecin, quelqu'un qui puisse me conseiller. N'y aurait-il pas ce danger ?

M. le professeur Roland Sambuc

Votre question est importante, parce qu'elle montre bien qu'en fait, il faut bien distinguer les deux approches :

- l'approche individuelle, dans laquelle effectivement, le programme en lui-même et son organisation ne vont pas toucher comme acteurs organisationnels les individus ;

- mais le programme touche en fait tous les acteurs intermédiaires de santé qui peuvent contribuer à l'évolution de l'obésité, de la nutrition et des bonnes pratiques.

La construction d'un programme de santé - et c'est assez nouveau en France puisque l'on a commencé depuis une dizaine d'années - apporte des avantages dans le suivi, dans l'évaluation, dans l'état des lieux initial, dans la structuration des actions, qui permettent d'avoir probablement plus d'efficacité — ce sont les Canadiens et les Anglo-Saxons qui nous l'ont appris — dans la mise en oeuvre.

Effectivement, pour le patient ou le citoyen, le fait qu'il existe un programme de santé va peut-être se traduire par des messages particuliers, le fait qu'il sera associé à des consultations ; mais la construction même du programme ne le concerne pas directement ; elle concerne des acteurs de santé.

Et je dois dire que la loi de santé publique, que discutent actuellement le Parlement et le Sénat, institutionnalise et concrétise ce principe de programme de santé avec des objectifs, des moyens d'évaluation et des indicateurs qui sont en train d'être mis en place, et avec un suivi d'évaluation. Je crois que c'est ce type de démarche qui est en cours.

Un médecin

Je voudrais répondre à la question de l'approche de la relation entre le médecin et son patient. Depuis 10 ans, et cela s'est accéléré depuis mars 2002 avec la loi Kouchner, on doit communiquer l'information à ses patients et eux-mêmes ont une information, notamment via Internet.

Et il ne nous semble pas, en pratique médicale, que le fait que le patient devienne beaucoup plus acteur dans la gestion de sa santé lui fasse délaissier les professionnels, bien au contraire.

Je crois que nous souhaitons que le patient prenne son rôle d'acteur de santé, et non pas simplement de subisseur de curatif ou récepteur de conseils, qu'il devienne un véritable acteur, et notamment le domaine de la nutrition, avec toutes les règles hygiéno-diététiques, rentre pleinement dans ce cadre. Et cela n'enlève en rien la demande supplémentaire d'information ; je crois que la connaissance fait rechercher d'autres connaissances et un peu plus de connaissances, et c'est dans l'ignorance que l'on ne va pas chercher le renseignement.

M. Jean Chappellet

Vous posez une question que nous nous sommes posée : lorsqu'il s'agit de mettre en place des programmes, qu'ils soient nationaux ou la déclinaison de programmes nationaux, on se demande si l'on ne va pas répéter la même chose. Pour le Plan national nutrition santé, il y a un peu plus d'un an, nous avons des affiches très bien faites, très visibles : qui s'en souvient encore ? A-t-on constaté une modification du comportement ? On pourrait donc sombrer dans le pessimisme, pas seulement s'agissant de ce programme, mais aussi de nombreux autres.

Je crois qu'un programme présente **trois avantages** :

Le premier avantage, c'est de mettre en synergie des acteurs extrêmement éloignés, et c'est donc très important ici, car si l'on veut agir sur la nutrition dès le plus jeune âge, on passe par des acteurs qui ne sont pas nécessairement des acteurs de santé, mais aussi des acteurs sociaux, ou des acteurs de la société civile, y compris des industriels, que l'on ne connaît pas sous l'angle de la nutrition, mais que l'on connaît davantage sous celui de l'hygiène : il est vrai que l'on contrôle les entreprises ou les restaurants et qu'en général, on leur dit que ce n'est pas propre, que l'hygiène n'est pas du tout correcte, mais jamais on ne parle de nutrition.

Le deuxième avantage, c'est qu'il permet de préciser les cibles et de mener des actions ciblées. Il va de soi que les actions que l'on va développer ou que l'on a commencé à développer dans le cadre du Programme nutrition santé, si je devais les résumer, concernent moins certaines personnes de certains quartiers que certaines personnes d'autres quartiers. Ce n'est pas très clair. En d'autres termes, je crois que, lorsque l'on fait un programme, on va, comme on a commencé à le faire, mener des actions ciblées pour les hommes seuls dans des centres d'hébergement et de réadaptation sociale ou développer une action d'information sur la nutrition à destination des associations qui gèrent les Restaurants du cœur ou l'aide aux personnes en difficulté, pour faire passer des messages ou mettre en place des actions qui vont permettre le bien-nourrir ou le bien-manger à destination de certaines populations en difficulté. C'est plus difficile ; cela nécessite une approche particulière ; mais on peut y arriver. Je crois que les Restaurants du cœur sont passés, depuis qu'ils existent, d'une approche quantitative à une approche qualitative. Et l'on peut aussi, sous certaines conditions — c'est le thème de la campagne que l'on a faite il y a peu de temps -, pour 1 euro par repas arriver à une alimentation équilibrée ; vous me direz que 1 euro par repas, cela peut être dans certains cas encore beaucoup, mais on retrouve là l'aspect social.

Le troisième avantage, qui est de plus en plus fort avec la loi de santé publique, c'est que l'on a des objectifs quantifiés ; c'est très important, car dépenser des crédits, mettre en place des actions, c'est facile, mais il faut absolument que l'on sache d'où l'on part — c'était la question précédente -, où on veut arriver et si l'on est arrivé, non pas en termes d'actions mises en oeuvre, de suivi d'actions — ce qui est déjà important -, mais surtout en termes de résultat : c'est l'enjeu de la loi de santé publique, et c'est sur ce plan que nous allons jouer notre crédibilité en santé publique, vous et nous, dans les années à venir et que nous tiendrons vis-à-vis des financiers.

M. le docteur Febvrell, *direction du service Santé-Environnement, ville de Marseille*

Si j'ai bien compris, le Programme national nutrition santé n'est pas un énième programme de lutte contre l'obésité et le surpoids.

Le PNNS est donc un programme sur la qualité nutritionnelle et sur la question de l'activité physique. Je voudrais, à ce sujet, interroger sur la cohérence et l'universalité de ce programme, sous deux aspects :

Premièrement, ce qui a été effectivement montré dans le baromètre santé nutrition, à savoir la différence entre le Nord-Pas-de-Calais et le Languedoc-Roussillon, dans lequel on va englober la région PACA pour faire simple, c'est-à-dire le Sud ; à propos du Sud, on va trouver un mode alimentaire de base, de référence, que l'on va appeler méditerranéen.

Cela rejoint ce que disait Djamel Bouriche très justement : l'alimentation touche à l'identité culturelle.

Mais en même temps, la question que l'on peut se poser lorsque l'on essaie finalement de voir quels types de recommandations de programme efficace et pertinent, par exemple à l'échelle de la ville de Marseille puisque c'est là que je travaille, est la suivante : quelles seraient-elles, en tenant compte de cette spécificité culturelle, tout en préservant l'universalité ou la cohérence des messages nutritionnels ?

Et même dans les indicateurs de surveillance de l'efficacité de ce programme : quels seraient ceux qui, pour la région ou pour une ville comme Marseille, avec ses spécificités, s'avèreraient les plus pertinents concernant cette question ?

Sachant que nous sommes quand même dans un contexte dans lequel il existe un mode alimentaire dit mondialisé qui a un certain poids ; si j'ai bien entendu et aussi compris, dans le domaine de la politique de la ville, les retours, de plus en plus nombreux, qui me reviennent disant que les collégiens sont de moins en moins nombreux à avoir envie d'aller manger à la cantine. S'ils ne le font pas, où vont-ils déjeuner, s'ils ne le font pas non plus

chez eux ? De fait, c'est à cet endroit qu'il va falloir agir. Sur ce plan, quant à la déclinaison des recommandations du PNNS, quel est le poids par rapport au reste ? Il me semble que c'est là un des enjeux.

Dernier point : pour des personnes qui souffrent de problèmes de surpoids, il peut s'avérer assez troublant tout à coup de lire *La santé en mangeant*, disant que l'on peut manger des féculents trois fois par jour.

Mme Zeina Mansour

Il est difficile de vous répondre ; nous réfléchissons. Je voudrais savoir si Bernadette Krajevitch, diététicienne, a un élément de réponse.

Mme Bernadette Krajevitch, diététicienne

Parmi les trois féculents, il y a le pain ; cela veut dire que c'est un plat de féculents et du pain répartis entre les trois repas. En effet, dans les quantités journalières, trois féculents si l'on n'est pas sportif feraient évidemment trop. Formulé comme ça, c'est un peu juste : il faut expliciter le propos.

Concernant la restauration scolaire, vous touchez à un point que j'aimerais aborder cet après-midi ; cela m'intéresse énormément mais c'est une question que je pose aussi par rapport à la circulaire sur la restauration scolaire ; Où en est-on de son application ?

Mme Catherine Fournier, conseillère d'orientation - psychologue, Martigues

Cela va tout à fait dans le sens de ce qui vient être dit. Je suis très choquée que, dans les distributeurs, l'eau coûte le même prix que le Coca-Cola ; ce sont de petits détails. Mais ne peut-on faire quelque chose à leur sujet ? Cela peut quand même agir. Quand on a une petite bouteille d'eau et une bouteille de Coca-Cola au même prix, que choisit-on ?

Il en va de même pour les établissements scolaires : je trouve qu'on les laisse bien seuls se déterminer sur les distributeurs. Quel poids et quel choix ? Il y a derrière cela des problèmes de financement de projets, pour un certain nombre d'établissements scolaires. Ce sont aussi de petites choses, bien plus petites que ce dont a parlé mon prédécesseur, mais cela va aussi le même sens. J'aimerais également que ce soit traité.

Mme L., infirmière scolaire

Les deux personnes qui viennent de parler reprennent exactement ce que je voulais dire. Je suis infirmière scolaire, et nous avons énormément de mal, en tant que professionnels de santé, à faire passer ces messages. Je me suis battue pendant un an pour faire enlever la mayonnaise et le ketchup en libre-service, et je vous assure que cela a été très difficile : on est venu me faire subir des pressions personnelles. Sans compter que le personnel des cuisines n'est pas toujours formé dans le domaine de l'alimentation des adolescents ; je travaille dans un lycée, où il y a même des sportifs : je suis quand même arrivée à faire ajouter un féculent au moins avec les légumes pour qu'ils puissent avoir quelque chose dans le ventre pour toute la journée.

Je voulais savoir si justement, ce plan nutrition pouvait financer ou tout au moins apporter une méthodologie ou une aide vraiment spécifique sur le terrain ; car les élèves n'ont aucune notion de l'équilibre alimentaire, c'est une catastrophe chez les adolescents. On sait bien que c'est une période intermédiaire de la vie et peut-être changeront-ils de comportement ; mais c'est un moment difficile, et l'on a du mal à faire passer le message, sans compter les gaspillages.

M. Jean Chappellet

Ce serait davantage à la conseillère technique du Recteur que j'ai vue tout à l'heure de répondre. Je dirai très rapidement que :

- premièrement, dans le cadre du Programme régional de santé des jeunes, nous avons prévu d'augmenter de façon assez importante le nombre des établissements déployant un programme d'éducation à la santé, et cela progresse : entre 50 et 80 % des établissements y viennent ;

- deuxièmement, je peux difficilement vous en dire plus, sinon que cette année, nous commençons à travailler sur la restauration collective, pas seulement de l'Éducation nationale, mais également des établissements de santé et sociaux et des entreprises. Nous devrions obtenir des résultats et nous sommes effectivement prêts à financer des actions qui permettraient non pas de compenser le manque de crédits pour acheter des aliments, mais plutôt de faire en sorte que tout le monde soit sur la même longueur d'onde.

Mme Zeina Mansour

Joëlle Durand souhaitait-elle répondre ?

Mme Joëlle Durand, infirmière conseillère technique auprès du recteur de l'académie d'Aix-Marseille

Ce que je peux apporter concernant l'Education nationale répond à deux interrogations :
- premièrement, en ce qui concerne l'application de la circulaire sur les repas, une enquête sera menée par le ministère de l'Education nationale. Cela apparaît dans le plan quinquennal paru en décembre 2003 sur la circulaire santé des jeunes dans l'Education nationale ;

- ensuite, il est demandé d'inciter les établissements à mener une réflexion au sein des conseils d'administration sur la présence de distributeurs et surtout sur leur contenu. Dans l'Académie d'Aix-Marseille, nous allons mener cette réflexion et voir effectivement comment nous pouvons y travailler et mieux amener les chefs d'établissements à entamer cette réflexion. Ce sont les premiers éléments de réponse.

Mme Zeina Mansour

Nous allons vous remercier d'avoir participé à la matinée. Les actes de ce colloque seront disponibles dans un mois ou deux en version papier et en version électronique sur le site Internet du CRES.

Il vous a été aussi remis un dossier documentaire ce matin et je voulais remercier les documentalistes du CRES qui l'ont réalisé. Je voulais également remercier toutes les personnes qui se sont associées à la préparation de cette journée, en particulier la Commission solidarités santé prévention, représentée ici par plusieurs personnes, l'équipe du CRES et le Conseil régional également, les services de la communication et les services du protocole.

Les dérives alimentaires chez les jeunes : causes ou conséquences d'un mal-être

M. René Giorgetti, *Président de la Commission Solidarités, Santé Prévention du Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur*

Cet après-midi, nous allons aborder les questions des dérives alimentaires chez les jeunes, causes ou conséquences du mal-être. Le professeur Jean-Louis San Marco, président de l'INPES et directeur du Laboratoire de la santé publique à la Timone, animera les débats.

Le Président Vauzelle viendra vous saluer dans l'après-midi. Il était prévu que ce soit lui qui ouvre le colloque ce matin. Mais une réunion s'est tenue à la préfecture des Bouches-du-Rhône à la suite des catastrophes naturelles qu'a subies notre région et notamment la ville d'Arles et ses environs, ainsi que Marseille et quelques villes du Vaucluse.

Je laisse la parole au Professeur San Marco.

M. le professeur Jean-Louis San Marco, *Président de l'INPES, directeur du Laboratoire de la santé publique à la Timone*

Je suis simplement là pour animer, c'est-à-dire pour essayer de veiller à ce que les intervenants ne dépassent pas leur temps. Je vais donc tout de suite donner la parole à Mme Malfatti, qui, comme vous le savez, est diététicienne et travaille au CODES des Bouches-du-Rhône.

Mme Géraldine Malfatti, diététicienne, éducatrice de santé au CODES 13

Alimentation et équilibre, l'atelier parents-tartine

Je vais vous parler d'une expérience qui a été mise en place à Port-de-Bouc. Cette expérience a été rendue possible parce que nous avons pu engager un partenariat approfondi avec nombre de partenaires : l'Éducation nationale, le centre social Jacques Brel, la ville de Port-de-Bouc, mais aussi le conseil général et le conseil régional.

Il est important de le spécifier parce que toutes ces actions peuvent être entreprises puis poursuivies si ce partenariat se réalise dans de bonnes conditions.

Pour vous parler de ces "Parents-tartines", il faut d'abord essayer de replacer cela dans le temps. Au début, nous avons mené des interventions dans les écoles. Nous sommes intervenus dans le quartier des Amarantes, qui accueille une école maternelle et une école primaire.

A la suite de constats réalisés par les enseignants relatifs à l'hygiène de vie et à l'alimentation, nous avons pu mettre en place des actions. Celles-ci portaient surtout sur l'alimentation. Les enfants arrivaient le ventre vide le matin, le goûter de 10 h était composé de chips, de pizza, de boîtes de biscuits apéritifs, de pains au chocolat. Certaines mamans venaient chercher les enfants à 11 h 30 avec des morceaux de pizza. Autre constat : certains enfants ne mangeaient rien entre le repas du matin et celui du soir parce que dès la sortie, ils allaient dans la rue puis retournaient à l'école l'après-midi, bien souvent sans avoir déjeuné.

Les interventions que nous avons mises en place sur l'équilibre alimentaire consistaient d'abord à parler avec eux des différents groupes d'aliments afin d'estimer leurs connaissances.

Nous essayons de partir de la parole de l'enfant, de faire avec lui l'inventaire de ce qu'il connaît et de déterminer avec lui quelles connaissances nous pouvons lui apporter. Ces connaissances sont adaptées au niveau, bien sûr, puisque je suis intervenue de la maternelle jusqu'au CM2.

Ensuite, nous essayons de voir la répartition des aliments entre les différents repas et la répartition des repas dans la journée - cela a été assez difficile, surtout quand on sait que des enfants ne déjeunent pas le midi.

Finalement, nous avons essayé de mettre tout cela en pratique en instaurant des petits déjeuners ou des goûters, toujours équilibrés, avec le concours des enseignants, des directeurs des écoles maternelle et primaire. Bien sûr, ces jours-là, nous les avons bien préparés : nous avons demandé aux familles de ne pas donner de petits déjeuners à l'enfant puisqu'ils allaient en prendre un à leur arrivée à l'école. Nous avons essayé de leur donner des aliments qu'ils n'avaient pas l'habitude de consommer et ils les ont mangés facilement.

Dans le quartier des Amarantes, l'école maternelle, l'école primaire et le centre social sont très proches. Ce partenariat est vraiment très important parce que, ensuite, nous avons relayé notre action au centre social et auprès des mamans.

Nous avons mis en place des ateliers PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins) au centre social Jacques Brel. Au début, les interventions ne se faisaient qu'auprès des mamans. On y parlait de l'alimentation équilibrée et des petits budgets. L'objectif était de donner aux mamans les mêmes informations que celles que nous avions données aux enfants pour que ces informations puissent être relayées dans les familles, qu'ils en parlent ensemble soit quand la petite fille aidait la maman à préparer le repas, soit même lors du repas du soir quand toute la famille était présente.

Dans ce quartier, j'interviens également dans les consultations de PMI, ce qui me permet de pouvoir rencontrer encore une fois les mamans, les parents, parfois même les grand-mères.

Nous avons reconduit ces actions dans les écoles, au centre social, pour pouvoir en faire profiter le plus grand nombre d'enfants et de parents ; puis nous avons mis en place cet atelier "Parents-tartines".

La première année s'est effectuée avec les mamans qui participaient à l'atelier "Alimentation-petits budgets". En fait, nous préparions nos repas sur ce thème de l'alimentation équilibrée. Ensuite, nous préparions le goûter. Ce goûter était destiné aux enfants qui venaient au soutien scolaire le soir. Cela avait lieu le lundi soir. Les mamans restaient et préparaient le goûter. Au préalable, nous avons quand même un peu informé les mamans sur ce que nous allions faire.

Ensuite, nous avons appris à ces mamans à essayer de comprendre que le goûter pouvait être composé d'autre chose que de pains au chocolat, de croissants, de gâteaux trop sucrés ou de canettes de Coca-Cola, aliments qu'on trouvait souvent à la sortie des écoles.

Il faut savoir que ces mamans se sont toutes portées volontaires. Petit à petit, nous sommes parvenus à changer les habitudes.

Ces goûters étaient préparés de manière variée : nous essayions de faire des choses différentes tous les lundis pour donner une idée de tout ce qui pouvait être fait. Ensuite, les mamans les distribuaient elles-mêmes aux enfants.

Comme exemple de goûter, nous avons un morceau de pain avec une barre de chocolat, un verre de lait et un fruit.

Lorsqu' était prévu un atelier "Parents-tartines" le lundi soir, les enfants ne recevaient pas de goûter pendant la journée parce qu'ils savaient que, justement, au soutien scolaire, ils allaient se voir donner ce goûter. Nous faisons cela un peu pour éviter que les enfants mangent sans cesse, vu que nous luttons contre le grignotage, et pour éviter aussi que les parents nous disent le soir "Je ne comprends pas : mon enfant ne mange pas".

Ensuite, nous avons continué cet atelier "Parents-tartines", mais cette fois nous avons essayé d'y impliquer un peu plus les mamans, de les rendre un peu plus autonomes.

Cette année, nous avons constitué un tableau qui répertorie tous les aliments qui pouvaient être donnés au goûter. Nous les avons répertoriés en trois groupes qui sont : les aliments bâtisseurs, les aliments énergétiques et les aliments protecteurs ; avec un code

de couleur : rouge pour bâtisseurs, jaune pour énergétiques et vert pour les aliments protecteurs.

J'étais simplement là pour superviser. Ce sont les mamans qui, à force de travailler ensemble, ont pris elles-mêmes en charge cette confection de tableaux.

Nous avons constitué ces trois tableaux et nous en avons réalisé un dernier, à la fin, à deux entrées, avec une répartition des aliments : les rouges, les verts, les jaunes et les différents goûters que l'on pouvait préparer : celui qui avait été préparé le lundi précédent, celui que nous préparions le jour même et celui que nous allions préparer le lundi suivant, pour qu'elles aient toujours sous les yeux les différents goûters qui avaient été préparés et surtout pour que ces goûters soient le plus variés possible.

Nous avons fait un constat avec les enseignants : nous nous sommes rendu compte que, petit à petit, tant à 10 h qu'à 16 h, nous voyions moins de pains au chocolat, moins de biscuits en sachets, les petites briques de jus de fruits ont remplacé les sodas. Je ne dis pas que tous les enfants agissent de la sorte, bien évidemment ; mais un pas est déjà fait vers ce type d'alimentation que nous essayons de rendre un peu plus équilibrée.

Je voulais aussi ajouter une précision : pour ces mamans, cela s'est avéré difficile au début parce qu'elles avaient acquis des habitudes alimentaires. Il s'agit principalement des mamans d'origines très diverses qui arrivent dans un pays où on a l'habitude d'organiser des goûters de telle manière, où on voit tout un tas de publicités à la télévision, qui peuvent vous entraîner vers certaines dérives. Elles ne savent plus trop ce qu'il faut faire, comment se conduire en bonne maman, comment bien nourrir son enfant.

Donc, le but a aussi été de leur redonner confiance en leurs capacités. Ce sont des mamans qui savent très bien cuisiner, qui ont aussi de bonnes idées, qui font de bons gâteaux (je peux en attester). Il faut essayer de remettre en place cet équilibre, de diminuer cet apport un peu important de graisses et de sucres, et de leur redonner confiance en leurs capacités de maman. Je pense que cela est important. Merci.

M. le professeur Jean-Louis San Marco

Merci Mme Malfatti. M. Vauzelles, notre hôte, est arrivé. Bienvenue, M. le Président.

M. Michel Vauzelle, *Président de la Région PACA*

Merci Monsieur le Professeur. Merci d'être présents aussi nombreux. Je vois ici beaucoup de personnes de grande qualité, toutes ayant choisi, j'imagine, non seulement par leur métier, par leur choix professionnel, mais peut-être d'abord par morale ou éthique, le métier ou la responsabilité qui sont les leurs.

Je pense que, dans une région qui est belle, qui a une image brillante, mais quelquefois un peu fausse, cachant des réalités plus noires que ne le sont notre lumière, notre Côte d'Azur, notre Provence, nos Alpes, il y a le problème de la santé.

Je dois dire qu'une des choses qui m'a frappé, lorsque j'ai été élu Président de Région, c'est que, tenant à assurer moi-même la présidence de l'Observatoire Régional de la Santé pour mieux me tenir au courant de ce qui se passe en réalité en région, j'avoue avoir été impressionné par l'état de préoccupation dans lequel nous devons être, les uns et les autres, face à la santé physique et à la santé morale et psychologique des jeunes de cette région.

Il est très important, je crois, que la dimension politique, au sens noble du terme, de ce problème de santé soit prise en compte. C'est une dimension éthique qui est tout simplement celle du respect que nous devons aux jeunes, à leur personne - physique et morale ; et, compte tenu du fait que l'une et l'autre ne sont pas séparables, il est évident que l'attention que nous portons, grâce à vous, au problème des dérives alimentaires, aux troubles du comportement alimentaire, liés à l'évolution de la société, à la mondialisation, à l'influence de la télévision, à l'évolution de la famille, à l'évolution de l'autorité, à l'évolution des comportements de populations qui sont fragiles, les enfants, les adolescents qui naturellement, s'ils ne sont pas guidés, orientés, conseillés dans le respect de leur liberté se voient mis en péril. Et quand on voit l'état de ce problème dans certains pays, on ne souhaite pas que ce qui s'y passe ait lieu dans quelques années dans notre pays.

De ce point de vue, je sais que si, en effet, notre région n'est pas montrée du doigt aujourd'hui par le nombre d'enfants qui voient ce problème de dérives alimentaires se poser, en tout cas, la progression du mal est extrêmement forte dans notre région et elle montre que nous devons, dès à présent, apporter un soin très attentif.

C'est pourquoi je suis très heureux de vous accueillir, même avec retard. Si je n'ai pas pu le faire ce matin comme je le souhaitais, et comme c'était mon devoir et mon souhait, c'est tout simplement parce que la vie d'un président de Région est ainsi faite : c'est la santé des jeunes ; mais c'est aussi la détresse, en ce moment, des populations sinistrées à Arles et dans notre région, après les inondations.

Je tenais à venir vous saluer cet après-midi, non par un geste démagogique ou de simple courtoisie, mais parce que je me rends bien compte du rôle que vous devez jouer dans la façon dont nous préparons la société de demain.

Naturellement, je n'ai pas pu saluer le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales, qui était présent ce matin, ni le Président du Comité Régional d'Education pour la Santé.

Pourtant, je voudrais d'abord saluer, si vous le permettez, avec beaucoup de respect et avec l'amitié que je lui porte, le professeur Jean-Louis San Marco que je connais bien et pour lequel j'éprouve une grande admiration.

Je mentionnerai ses interventions sur tous les problèmes qui concernent la santé, les problèmes que nous avons connus cet été, ceux que nous avons connus dans d'autres circonstances, ceux qui sont abordés aujourd'hui, l'acceptation très aimable qu'il a eue de venir à la rencontre du Conseil Régional des Jeunes, jeunes auxquels j'ai demandé de réfléchir eux-mêmes sur ces problèmes de santé et de nutrition.

Je tiens à saluer, dans cet homme, non seulement un très grand scientifique mais également une belle image de la médecine dans ce qu'elle a de plus humain et de plus généreux.

J'ai aussi beaucoup de compliments à adresser à Mme Zeina Mansour, la directrice du Comité régional d'éducation pour la santé, pour ses qualités propres, si elle me permet de porter une appréciation sur ce point, mais aussi pour les hautes fonctions qui sont les siennes au sein d'un organisme qui est absolument essentiel - et qui le deviendra de plus en plus - pour la santé, physique et morale, de la Région elle-même.

Je voudrais également saluer mon collègue René Giorgetti, qui a bien voulu me céder le siège présidentiel et qui préside avec beaucoup de dévouement et de compétence la commission « Solidarité, Santé et Prévention ». Il a pris la suite de Danièle De March, personne pour laquelle j'ai beaucoup de respect, qui s'est éloignée de notre hémicycle mais qui reste très présente par son action et par les idéaux qu'elle défend.

Je salue également Mme Odette Boivin, la présidente de la commission « Formation initiale et Recherche ».

Je voudrais d'abord vous dire pourquoi j'ai tenu à vous dire que le sujet que vous abordez aujourd'hui, les troubles du comportement alimentaire chez les jeunes de notre région, est un sujet important au-delà de notre région, quand on observe l'évolution récente du nombre de personnes qui sont atteintes par les problèmes de surpoids ou d'obésité. Ce problème concerne, en effet, d'abord les jeunes et en particulier des enfants et les adolescents.

Ceci peut paraître paradoxal dans notre région dans la mesure où nous sommes une région méditerranéenne, où nous connaissons les vertus de l'huile d'olive et de la façon crétoise de bien nous nourrir. Je pensais que nous pouvions espérer échapper à ce problème grâce à nos traditions culinaires méditerranéennes.

Pourtant, la Méditerranée n'est pas à l'abri de la mondialisation ; et, dans une région réputée pour la qualité de ses produits, la traçabilité de son alimentation, si nous abandonnons les clichés - c'est ce que je disais tout à l'heure pour la Côte d'Azur qui cache quelquefois derrière ses palaces des quartiers recélant une misère tout à fait indigne de notre région et de notre pays -, pour regarder en face le malaise de notre jeunesse, dont on sait qu'elle est ici, dans cette région, plus en souffrance qu'ailleurs. Cela peut également paraître paradoxal.

La santé des jeunes, dans ces conditions, représente un sujet qui me préoccupe beaucoup. C'est une autre des raisons pour lesquelles je tenais à venir vous saluer. Nous

sommes là en présence d'un domaine qui ne relève pas des compétences légales de la Région, vous le savez. Mais, pour autant, nous avons décidé, parce que c'est un problème qui ne peut pas nous laisser indifférents ou inactifs, de nous impliquer au nom de la proximité et de la continuité de notre action dans ce combat, dont vous constituez le fer de lance.

En matière de santé, comme dans d'autres domaines, nous sommes allés plus loin que ce que nous imposait la loi, pour être plus proches des habitants, pour mieux tenir compte de leurs difficultés et de leurs problèmes au quotidien et pour peut-être mieux les accompagner dans la continuité de leur vie de tous les jours.

Le mot-clé de notre intervention dans ce domaine, comme dans les autres, c'est évidemment le partenariat. Pas de démocratie maintenant qui arrive d'en haut, par une signature impériale ou parisienne ou bruxelloise. La démocratie doit être participative ; et, par conséquent elle se doit de reposer constamment sur un échange avant la décision prise par les élus, comme après la décision, c'est-à-dire : concertation puis explication dans la concertation de l'exécution des décisions et par conséquent partenariat, le plus souvent, avec vous, les professionnels via les centres de ressources avec lesquels nous avons mis en oeuvre une action pérenne, avec une vision d'ensemble qu'est précisément le contrat de Plan dans notre Région.

Je pense en particulier, dans ces organismes partenaires : à l'ORS, que j'ai l'honneur de présider, au CRIPS, à l'AMPTA et bien sûr au Comité Régional d'Education pour la Santé, l'organisateur de ce troisième colloque régional sur la santé des jeunes, et dont je remercie les responsables parce que cette manifestation revêt une grande importance pour la région.

Alors que s'achève cette mandature, je voulais saluer justement ce partenariat, qui a été le nôtre pendant toutes ces années, avec vous, acteurs et professionnels de la santé, de la santé publique.

M. le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales ne m'aurait pas contredit, je pense, si je souligne que la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur est allée plus loin que d'autres dans le domaine de la santé et qu'elle entend rester, non pour une vaine gloire, mais parce que c'est son devoir, pilote par rapport aux autres.

Nous le devons à l'excellent travail de la commission « Solidarité, Santé et Prévention » et de ses deux présidents successifs, Danièle De March d'abord et René Giorgetti. Mais nous le devons aussi à la qualité et à l'implication personnelle des agents du service « Solidarité, Santé et Prévention » de la Région, comme à vous, qui avez été des guides, des conseils, précieux, et des bras armés, dans notre volonté politique d'améliorer le sort et la vie de nos jeunes.

Pour cela, pour ces années de travail commun où j'ai beaucoup appris, je dois le dire, à vos côtés comme à ceux de nos jeunes, je tenais à vous exprimer tout simplement ma gratitude et celle de la Région.

Bien sûr, il ne s'agit pas de nous en tenir à une forme d'autosatisfaction et aux compliments que je vous adresse maintenant et de considérer que nous avons fait ainsi assez. Pour la santé de nos jeunes, et surtout au vu des éléments dont nous disposons, nous n'en faisons et nous n'en ferons jamais assez, c'est clair.

C'est pour cette raison que j'ai saisi directement le Conseil Régional des Jeunes, dont le troisième mandat vient de débuter, sur la question de la santé, des politiques de prévention des conduites à risque et de promotion de la santé.

Je crois qu'avec les images télévisées colportées chaque soir, les faits divers alimentent un gros quart d'heure au début de nos journaux, dont bien souvent les jeunes sont les malheureux héros, parce que l'on désigne ici un acte de violence dans un lycée, là un autre dans un quartier ; et, bien souvent, c'est un jeune, un adolescent qui est au centre du drame, qui est pointé du doigt. S'il est d'origine maghrébine, pire encore.

Cette répétition dans l'image ou le lien que peut établir un regard inattentif à l'image télévisée fait que, dans une certaine catégorie de population, il peut se développer un racisme anti-jeunes qui n'ose pas dire son nom mais qui existe et qui voit dans le jeune une possibilité de troubles ou d'agressions.

Là, il est très important que les jeunes n'éprouvent pas ce sentiment, sans quoi ils vont se replier dans un ghetto de jeunes et, naturellement ils s'exprimeront de la pire des manières, c'est-à-dire d'une façon plus ou moins violente verbalement ou physiquement.

En tant que responsable des lycéens et des apprentis dans cette région, je m'en suis bien rendu compte : chaque fois qu'on leur manifeste respect et écoute, ils comprennent que nous les aimons et ils changent ou du moins ils adoptent une attitude de responsabilité qui est étonnante à leur âge. Ils font preuve d'une maturité que les générations comme la mienne n'avaient peut-être pas à leur âge parce qu'ils se voient justement confrontés à ces problèmes de santé ainsi qu'à tant d'autres problèmes : ceux de l'argent, des transports, de la sécurité, de l'accès au sport, de l'accès à la culture, qui font que cette maturité, chez eux, loin d'être un motif de protestation et de repli sur eux, doit être au contraire un motif de les engager à réfléchir avec nous, avec vous surtout, aux problèmes qui se posent à eux dans la solitude et quelquefois dans le désespoir. On connaît en effet l'état mental, psychologique et moral très préoccupant de beaucoup de nos jeunes dans notre région.

Je leur donc ai demandé de travailler sur une évaluation de toutes les actions en faveur de la santé des jeunes soutenues par la Région, les partenariats, les dispositifs, et de nous dire très exactement quelle en est leur vision. Leur perception de ces dispositifs sera très intéressante.

Sont-ils adaptés, selon eux ? Bien faits ? Est-ce que cela leur apprend quelque chose ? Est-ce que cela est utile pour eux ? Est-ce que cela les aide ou les a aidés ? Est-ce qu'ils ont réfléchis à leurs comportements et, le cas échéant, en ont changés s'ils les estiment à risque ?

Voilà ce que j'attends du Conseil régional des jeunes. C'est la troisième mandature. Ce sont des jeunes qui travaillent vraiment sérieusement comme un vrai conseil auprès du conseil régional.

Il leur appartient donc d'organiser des enquêtes qui leur permettront de tester les outils de communication, de prévention et d'éducation, produits à leur intention.

La présentation d'une première partie de ce travail d'évaluation fera l'objet d'une séance plénière thématique, en liaison avec les services de la Région, avec les centres régionaux

d'information de la jeunesse et, je l'espère, avec l'appui technique des différents centres de ressources, en particulier bien sûr du CRES.

Cette évaluation sera suivie de la formulation - par les jeunes toujours - de propositions pour une politique régionale de promotion de la santé des jeunes cohérente et efficace.

Ensuite, ce sera à nous bien sûr, adultes, de savoir donner une réponse adéquate à la parole de ces jeunes et de bâtir un grand programme d'éducation à la santé pour nos lycéens, nos apprentis et nos jeunes les plus en difficulté, notamment ceux que nous aidons à travers les missions locales.

J'espère - et je sais - dans cet avenir pouvoir compter sur vous toutes et vous tous, sur les centres ressources de la Région et sur des personnalités comme le professeur San Marco, que je salue à nouveau.

Même si nous avons déjà fait beaucoup, le temps et les moyens nous ont manqué pour aller au bout de nos ambitions en matière de santé des jeunes. J'espère que nous aurons ce temps et ces moyens demain ; mais c'est à vous toutes et à vous tous que je m'adresse également pour continuer à innover dans cette Région et pour mettre en oeuvre le grand projet d'éducation à la santé dont elle a besoin.

Très sincèrement – ce que je vais dire n'est pas très original, mais ce sera ma conclusion tout de même – s'occuper de la santé des jeunes va au-delà. Il s'agit donner un signe fort à toute une population, la vôtre, celle des parents, celle des enseignants, celle des citoyens de cette Région, celle des grands-parents qui sont heureux, réconfortés, rassurés en tout cas, dans une période où beaucoup souffrent, où tous sont inquiets. S'occuper de la santé des jeunes dépasse largement ce secteur et constitue un élément de réconfort et de santé morale pour l'ensemble de notre région.

Je vous remercie de votre attention.

Monsieur le Professeur, je vous rends la parole.

M. le professeur Jean-Louis San Marco

Merci Monsieur, et merci pour ces paroles d'encouragement. Je donne la parole au conseiller auprès du Directeur Régional de la Jeunesse et des Sports, à propos du danger des vitamines et des compléments alimentaires chez les jeunes sportifs, M. Pruvost.

M. le docteur Jacques Pruvost, *médecin-conseil du Directeur Régional de la Jeunesse et des Sports de Provence-Alpes-Côte-d'Azur*

Réalités et danger des vitamines et des compléments alimentaires chez les jeunes sportifs.

Merci à Mme Mansour de m'avoir invité pour parler d'un problème qui n'a pas été abordé jusqu'ici : les relations entre l'alimentation et la performance. Mon discours portera sur la performance sportive ; mais vous pouvez l'adapter aux performances scolaires, estudiantines ou professionnelles.

Je voulais surtout vous mettre en garde vis-à-vis d'une culture qui est en train d'arriver par le sport mais pas seulement : celle des compléments alimentaires, avec l'énorme marché qu'ils représentent.

Nous avons mis en place, à la Direction régionale de la Jeunesse et des Sports, avec le soutien du Conseil régional et de l'Observatoire régional de la santé, une étude sur les jeunes sportifs et les jeunes sportifs intensifs dans la région PACA, poursuivant plusieurs objectifs, notamment celui d'améliorer nos dispositifs préventifs.

Les populations ciblées étaient des sportifs âgés de 16 à 24 ans, des sportifs intensifs qui sont inscrits dans les pôles et centres de formation de la région PACA (20 pôles France, 20 pôles espoirs, 7 centres de formation concernant essentiellement les formations de football mais aussi de basket) ;

Versus une autre population que nous avons pu comparer : c'est ce que nous appelons les "stages de Ligue", c'est-à-dire que ce sont des sportifs intensifs de niveau correct, mais pas de haut niveau interrégional ni national.

L'enquête a *duré* de février à avril 2003.

996 sportifs intensifs ont été étudiés.

Le sport intensif correspond à plus de 8 heures de sport par semaine.

Des 458 sportifs qui sont inscrits dans les pôles, seuls 30 % sont inscrits sur les listes de haut niveau.

Une question a été posée à tous ces sportifs, par l'Observatoire régional de la santé, à partir d'une question issue des baromètres Santé et Santé jeunes :

"Si vous avez pris des médicaments dans les 30 derniers jours, étaient-ce des médicaments contre la douleur, contre une maladie infectieuse, pour améliorer vos performances physiques (vitamines), pour dormir, contre la nervosité, l'anxiété et autres ?

Pour améliorer vos performances sportives :

Chez les sportifs qui sont dans les pôles et les centres de formation, les garçons et les filles ont répondu à peu près au même niveau - c'est une première surprise. Les sportifs intensifs, filles comme garçons, utilisent à 30 % des vitamines et des compléments alimentaires.

Pour les sportifs des stages - je vous rappelle que ce sont des sportifs de moindre niveau mais qui s'entraînent intensément -, une nette différence sépare garçons et filles, mais les garçons de ce niveau moindre utilisent à peu près autant les compléments et les vitamines alimentaires que les sportifs d'un niveau national ou international.

30 % des garçons sportifs intensifs ayant consommé des médicaments dans le dernier mois avaient utilisé des vitamines et des compléments alimentaires. Pas de différence chez les garçons ; en revanche, une différence chez les filles : celles-ci, qui sont à un moindre niveau de sport, utilisent nettement moins les compléments alimentaires, même si elles représentent quand même 15 à 17 % des filles.

Je vous livre une brève définition des compléments alimentaires, retrouvée dans le *Journal officiel* du 12 avril 1996 : ces compléments alimentaires sont

« ... des produits destinés à être ingérés en complément de l'alimentation courante afin de pallier l'insuffisance réelle ou supposée des apports journaliers. »

Voici maintenant un court florilège des suppléments alimentaires à la mode dans le milieu sportif - mais je vous répète que vous retrouvez exactement les mêmes chez les jeunes ou les adolescents qui poursuivent des études et des études intensives :

- toutes les vitamines sont à la mode,
- les nutriments : protides, lipides, hydrates de carbone,
- les micronutriments : la mode des micronutriments envahit les stades depuis quelques années, surtout lorsqu'il s'agit d'acides aminés branchés - les résultats sont tout de suite meilleurs,
- les minéraux : le magnésium, le fer, le calcium, et
- les antioxydants, eux aussi à la mode depuis peu, avec un argument de vente dont on reparlera tout à l'heure : le sélénium, le zinc, le cuivre et tous les pigments végétaux.

Vous voyez que l'ensemble n'est pas très différent de ce que vous retrouvez dans les revues concernant la santé.

Le plus grave, c'est que ce sont des produits en vente libre, en pharmacie, et qu'on les trouve aussi dans toutes les grandes surfaces et magasins diététiques et évidemment en vente dans toutes les grandes surfaces du sport. Il en existe qu'on peut trouver en vente par correspondance, dans des points de vente dits "agrés", sur Internet également, ce qui est extrêmement facile, ainsi que dans les salles de sport.

Pour quelle utilisation ?

C'est la question que nous posons régulièrement aux sportifs : "A quoi cela sert-il de prendre des compléments alimentaires ?" et « pour quelle raison en prenez-vous ? »

La première réponse : « c'est contre la fatigue »

La deuxième réponse : « c'est pour me booster ». C'est donc alors plutôt un stimulant.

Certains le prennent aussi pour se rassurer. Il est très intéressant que le même produit puisse être à la fois un stimulant et un anxiolytique.

Pour augmenter les quantités d'entraînement et améliorer les performances sportives. Là, on est dans l'ergogénie.

Et puis, de plus en plus, quand on parle de protéines : pour augmenter la récupération musculaire ou la masse musculaire.

Quant aux compléments alimentaires, ils sont utilisés pratiquement comme un anabolisant ou comme un anabolisant léger.

Il est aussi intéressant de demander à l'encadrement : "Pourquoi donnez-vous ces médicaments ? ou Pourquoi décidez-vous de pousser vos enfants ou les sportifs que vous encadrez à prendre ces médicaments ?"

Le premier argument des parents, mais aussi des encadrements sportifs, c'est pour améliorer la santé. "Docteur, mon fils, travaille jour et nuit. Il passe son bac dans 15 jours.

Il est épuisé. Vous êtes médecin sportif, vous devez connaître des médicaments qui sont bons pour stimuler."

L'autre réponse, c'est parce que le sport intensif entraîne systématiquement des carences. Là - nous y reviendrons tout à l'heure -, il semble que ce soit plutôt un argument pseudo-scientifique.

Une autre réponse invoque la réduction des risques. C'est-à-dire que, si nous ne prescrivons pas nous-mêmes ces compléments alimentaires, ces sportifs ou ces jeunes iront les chercher ailleurs, chez des personnes qui n'appliquent pas la même déontologie, le même mode de fonctionnement ou de perception que nous.

Un dernier argument que nous entendons très souvent est celui de la parade au dopage. Nous en reparlerons, c'est vraiment un argument fallacieux.

"Quels sont les dangers de ces compléments alimentaires ?

Ce sont les dangers liés à une pratique d'automédication ajoutés à ceux du milieu sportif. L'automédication comporte des dangers pharmacologiques tels que : interactions, surdosages. Dans cette automédication, ce qui est spécifique au milieu sportif, c'est que ces compléments alimentaires sont « pollués » pour la plupart, et s'ils ne l'étaient pas, ils n'auraient aucune efficacité donc ils ont intérêt à l'être. Donc, on se retrouve avec des sportifs qui sont positifs à des contrôles antidopage et qui ont eu pourtant la bonne foi d'aller chercher leurs compléments alimentaires en pharmacie ou dans des grandes surfaces du sport.

Le deuxième problème majeur dans l'encadrement des sportifs - c'est qu'il s'ensuit une dépendance à ces produits, d'origine psychologique. Surtout que passer par les compléments alimentaires, c'est pour moi la première étape ou la première marche vers le dopage - tous les sportifs qui sont orientés vers le dopage vous en parlent très bien.

Des dispositifs de santé publique ont été mis en place au niveau national, mais aussi dans la région PACA, pour contenir un peu ce mode de fonctionnement. Nous l'avons adapté dans la région PACA.

La loi de 1999 impose aux sportifs sur liste ministérielle - nous en comptons 1 500 dans la région -, depuis la fin 1999 et le début de l'année 2000, de se soumettre à trois examens médicaux systématiques par an, avec un suivi clinique, biologique, nutritionnel et psychologique.

Voici le petit carnet de santé *Atout corps* qui est distribué à ces 1 500 sportifs dans notre région. Ceux-ci accèdent à trois visites gratuites prises en charge par l'État et dans le contrat de Plan État-Région.

Les résultats, au bout de trois ans, c'est qu'il s'avère important de personnaliser le suivi nutritionnel en fonction des sports pratiqués. Il est évident qu'on ne suit pas de la même façon une gymnaste de 45 kilos et un lanceur de poids de 120 kilos.

La plus grande partie des erreurs - et les conseils nutritionnels portent là-dessus en majorité -, provient de l'utilisation des glucides. Quoi qu'on dise, quoi qu'on pense, il faut reprendre systématiquement chez ces jeunes sportifs l'utilisation des glucides.

Comme on l'a amplement dit ce matin, l'obésité et le surpoids sont un problème majeur mais pas chez les jeunes sportifs où le problème numéro un est le surpoids, mais surtout l'anorexie. Nous demandons à nos intervenants d'être très prudents quand ils parlent de nutrition à de jeunes sportifs parce qu'ils ont face à eux des gens, et souvent des filles, qui

sont extrêmement motivés et déterminés. Leur présenter la nutrition n'est pas toujours facile et cela peut quelquefois déclencher des anorexies. D'autant que l'anorexie dans le sport est valorisée : par des résultats, surtout dans les sports d'endurance, c'est-à-dire que moins on pèse lourd, plus on va vite. Et aussi dans d'autres sports comme la gymnastique où l'aspect extérieur a un impact considérable sur les résultats.

Les seules carences qui ont été mises en évidence par ce suivi biologique longitudinal chez ces sportifs intensifs concernent le fer. Nous avons donc un argument pour dire que le seul intérêt chez ces sportifs est de suivre leur métabolisme du fer et éventuellement de leur donner du fer quand ils sont fatigués et présentent des anomalies de leur numération-formule sanguine.

D'autres structures de prise en charge, d'écoute, d'assistance existent, que vous ne connaissez peut-être pas, mais qui ont été mises en place depuis trois ans par le ministère des Sports. Ce sont le numéro Vert Écoute-dopage et les antennes médicales de prévention et de lutte contre le dopage dans chaque Région - nous en avons une à Nice et une autre à Marseille. Nous travaillons par ailleurs avec le ministère des Sports, bien sûr, mais aussi avec le Centre antipoison. Il est très intéressant de pouvoir téléphoner au Centre antipoison quand on se retrouve face à un complément alimentaire dont on ne connaît pas l'origine ni la composition.

Nous en avons beaucoup parlé ce matin : il est très important que l'encadrement de ces sportifs tienne le même discours, qu'il délivre des informations précises, validées, que le discours soit commun et le message cohérent.

Nous avons mis en place, à la direction régionale de la Jeunesse et des Sports, avec l'aide du Centre d'information de ressources sur les drogues et les dépendances, une revue intitulée *Performance et Santé*, qui est diffusée à 4 000 exemplaires, à tous les encadrements sportifs de la région PACA.

Avec un leitmotiv : la rubrique *Alerte*. 12 % des compléments alimentaires qui sont vendus en France et fabriqués en France sont pollués, c'est-à-dire que, si on les analyse, on y retrouve des produits interdits. Quand on va sur Internet chercher ce type de produit, ou aux Pays-Bas ou ailleurs en Europe, on arrive pratiquement à 25 % de compléments alimentaires pollués, donc dangereux.

Le volet « *éducation pour la santé* » est ce que nous essayons de mettre en place pour discuter avec ces sportifs. Nous essayons de leur faire discerner la part des discours commerciaux du discours scientifique.

Il est très difficile de dire à un sportif et même à son encadrement que rien ne prouve que ces compléments alimentaires et ces vitamines entraînent une amélioration directe de la performance.

Il faut repérer les incitations au dopage. En effet, les sociétés qui vendent ces compléments alimentaires sont sûrement encadrées par des psychologues qui savent comment vendre leurs produits. Je n'ai absolument pas inventé ce que vous pouvez lire ici, vous le retrouvez pratiquement dans toutes les revues : « Vous vous entraînez dur, vous vous alimentez bien et pourtant vos performances ne progressent plus. » C'est le meilleur moyen et là vous avez ouvert la porte : « Prenez et essayez la créatine ou tel autre produit absolument interdit ».

Il faut se mettre à la place des sportifs et de leur encadrement, qui ont le culte de la potion magique - comme tous les Français - le culte du corps comme tous les jeunes sportifs et qui se voient pris entre l'arbre de l'industrie alimentaire et l'écorce de l'industrie pharmaceutique.

En conclusion, j'insiste en disant que ce marché est énorme, qu'il entre dans la culture des jeunes, que les garçons qui ont le culte des abdominaux et des pectoraux sont très friands de ces compléments alimentaires et que nous avons intérêt, à mon sens, à faire une importante mise en garde face à tous ces produits.

Je vous remercie de votre attention.

M. le professeur Jean-Louis San Marco

Merci M. Pruvost de nous avoir ouvert à ce sujet qui, sans être directement un problème d'obésité, constitue cependant un des problèmes centraux sur le plan alimentaire.

Les questions seront regroupées après les trois intervenants.

Je donne maintenant la parole à Mme Graff, de l'Ecole des parents, et des éducateurs des Bouches-du-Rhône, qui va nous exposer sa vision de l'alimentation des adolescents.

Mme Myriam Graff, *psychologue clinicienne, École des parents :*

Les conduites alimentaires à l'adolescence : réminiscence du lien primaire à la mère ?

Le trouble de la conduite alimentaire se définit par l'excès tout autant que par la carence de nourriture, de même que par une attitude singulière à l'égard des aliments, tant dans la fréquence, que dans la quantité et dans la manière de s'alimenter. Dans tous les cas, c'est bien l'hyper-investissement de l'aliment ou de la nourriture, qui souligne le trouble, que ce soit par excès ou que ce soit par défaut.

Il est utile de rappeler que l'adolescence est la période des remises en cause. Le jeune tente une autonomisation et la revendique, en même temps qu'il envisage mal qu'elle devienne une réalité complète. Cette tentative d'autonomisation sera manifeste dans bien des registres de sa vie, parfois surtout dans ceux qui auront été investis ou au contraire désinvestis par ses parents ou ses éducateurs. Le travail, la tenue vestimentaire, les valeurs politiques ou religieuses en sont autant d'exemples fortement ébranlés ou questionnés au moment de l'adolescence.

Mais le "manger" aussi peut être une valeur familiale présente au quotidien et parfois fortement imbriquée dans des valeurs religieuses ou éthiques (ramadan, carême, manger bio ou végétarien, culture mac do...), ou au contraire délaissée par manque de goût, de temps, d'envie...

De ce point de vue, le trouble alimentaire, comme la tenue vestimentaire, le choix politique extrême, etc... peut être interprété comme une simple "réaction adolescente", qui peut du reste disparaître avec le temps. A la différence tout de même qu'un choix politique ou vestimentaire n'engage pas le corps et le mécanisme physiologique de la même façon que la nourriture, et ne supporte pas les mêmes conséquences. Ainsi, il y a dans le choix du jeune pour ce type de réaction, un sens inconscient qu'il est bon de repérer pour ne pas le confondre avec un simple comportement adolescent, en particulier lorsque le trouble perdure ou qu'il génère des troubles physiologiques.

Alors pourquoi le jeune fait-il le "choix" de la nourriture plutôt qu'un autre, pourquoi en effet choisir cet élément à la fois si vital et si discuté ? Nous tenterons d'en chercher l'origine dans l'histoire du jeune, son histoire en rapport avec les premiers moments liés au "manger".

Nous proposons un éclairage de ces troubles par le chemin du développement psychoaffectif du petit enfant. Reprenons l'histoire à son début, au tout premier moment où l'être humain a besoin de manger, au moment également où pour le faire, il a besoin de sa mère. Ce double besoin constitue pour le nouveau-né le lien premier, le lien primaire, celui qui unit l'enfant à sa mère, au moment même où sa survie passe par les soins maternels.

La nourriture est le premier objet, le premier manque, le premier plaisir éprouvé par l'enfant lorsqu'il vient au monde. C'est en tout cas ce que nous supposons au vu de nombreuses observations. Cet objet, pour le nourrisson, qui n'en est encore qu'au stade de l'éprouvé corporel qu'est la faim, vient dans un premier temps le calmer de ce ressenti douloureux.

Simultanément, la mère ou l'objet maternel interprétera le mal-être physique du nourrisson en décrétant qu'il a faim. Le nourrisson en effet a besoin de nourriture. L'apaisement éprouvé par l'enfant viendra de cet apport de nourriture, mais aussi du contact physique nécessaire à ce nourrissage de même que des mots posés par sa mère au moment où elle va le nourrir. Le lait, le contact et les mots de la mère formeront alors un tout comblant, apaisant, réconfortant. Il dissipera la sensation douloureuse produite par la faim et amènera le réconfort et le plaisir à l'enfant. A l'enfant, mais aussi à la mère, qui verra son petit s'endormir, repu, dans ses bras et sous son regard.

Mais l'éprouvé douloureux de la faim (mais aussi du froid, etc...) précède forcément l'éprouvé agréable du manger. Cette sensation désagréable, réellement douloureuse n'a dans un premier temps aucun sens pour le nourrisson qui n'a pas encore accès à une représentation de ce qu'il éprouve. Il éprouve, c'est tout. L'angoisse qui accompagne cet éprouvé brut qu'est la faim est primaire, profonde, sourde. Cet éprouvé douloureux privé de sens plonge le petit enfant dans une détresse intense. Il hurle. Il crie. Rien ne peut le calmer.

La mère pressent, suppose, imagine, "sait" qu'il a tout simplement faim. Elle sait aussi qu'elle va devoir agir, vite, pour soulager l'enfant. Elle va le nourrir. De même qu'elle va le nourrir parce qu'elle suppose qu'il a faim, elle va lui parler de cette faim. Elle va interpréter son état douloureux comme étant de la faim. La mère va poser du sens à l'endroit où l'enfant ne fait qu'éprouver. "Bien sûr, tu as faim!" Va-t-elle lui dire en même temps qu'elle lui tendra le biberon ou le mettra au sein. Elle va donner à l'enfant simultanément la nourriture dont il a besoin et le sens de son besoin. En même temps que le lait nourrira l'enfant pour lui permettre de vivre, les mots et le sens posés par la mère nourriront petit à petit sa capacité à se représenter ce qu'est la faim. La mère nourrit physiquement en même temps qu'elle nourrit psychiquement l'enfant.

Pour qu'une mère puisse supposer que son enfant a faim, et même en être si profondément convaincue qu'elle n'hésite pas une seconde devant cette détresse pour agir en le nourrissant, il faut bien qu'elle-même soit en capacité de se distancier suffisamment des cris de son enfant et de ne pas se laisser envahir par l'angoisse ou l'inquiétude. Ceci semble banal.

Mais avez-vous déjà entendu un nourrisson qui a faim pleurer ? Rien ne peut le calmer et ses cris manifestent une souffrance quasi-intolérable. D'autant plus intolérable qu'il ne sait pas ce qu'il a . Pour l'instant, c'est sa mère qui le sait pour lui. Et si elle ne le sait pas encore parce que personne ne le lui a dit, la puéricultrice de la maternité, le pédiatre, la grand-mère etc... vont le lui apprendre. Et il est bon qu'elle les croie.

Nous voyons déjà à quel point le besoin vital de l'enfant passe par la capacité de sa mère ou des objets maternants. Et qu'il passe par le manger. Pas encore le "bien manger", le "bon manger" mais déjà par le "assez mangé" le "beaucoup mangé", c'est à dire par une valeur quantitative et pas encore qualitative. La qualité du manger, à ce stade, passe uniquement par la qualité du soin, la façon de nourrir, la façon de donner à manger.

Petit à petit, les besoins de l'enfant vont changer, se développer, se modifier, dans le temps et dans leurs modalités. Il a faim, oui mais il a aussi sommeil, ou peur, ou mal au ventre, ou bien alors il est mouillé et il manifeste qu'il n'est pas bien. En même temps qu'elle lui prodiguera les soins, sa mère donnera à l'enfant les raisons de son malaise. "Oh! mais tu es mouillé!" etc... Elle mettra sur chaque ressenti manifesté douloureusement par son enfant, le sens qu'elle lui donnera.

Bien entendu, elle peut se tromper, changer l'enfant alors qu'il est sec, le nourrir alors qu'il est mouillé etc... Mais la plupart du temps, son interprétation sera juste et l'enfant se sentira mieux.

Il arrive parfois que pour la mère elle-même, l'anxiété d'entendre pleurer son enfant l'empêche de le comprendre, d'interpréter correctement son besoin, et de vouloir à tout prix faire cesser les pleurs qui lui sont si pénibles par un agir qui n'est pas assez souvent adapté au réel besoin de l'enfant. Il faut qu'il mange, parce qu'il pleure. S'il ne mange pas, il va peut être tomber malade, ou pire... Manger devient le remède à l'anxiété, non pas de l'enfant, cette fois, mais de la mère. L'enfant doit alors manger pour combler non pas sa faim, mais l'angoisse de la mère.

Le sens porté à cette nourriture qui ne vient pas forcément au bon moment devient ambigu pour l'enfant. Je mange parce que cela calme ma mère. Le ressenti douloureux de l'enfant portera bientôt sur autre chose que sur son propre besoin de se nourrir. Il portera sur le besoin de sa mère. En plus de ce risque, l'enfant associera très vite le manger à un moyen d'apaiser toute forme d'angoisse, et le besoin de se nourrir viendra comme un besoin de calmer l'angoisse, la nourriture comme un remède. La nourriture ou toute autre substance passant par la bouche; autrement dit, manger peut devenir alors une conduite addictive au même titre que d' autres.

L'histoire de cet enfant pour sa mère date probablement d'avant sa naissance. Elle vient se redire avec lui, se rejouer sur des modalités nouvelles, mais elle est certes ailleurs, dans le passé de cette mère, dans son histoire à elle, de petite fille nourrie ou mal nourrie, comblée ou trop frustrée par l'objet nourrissant, le sein, le regard de sa propre mère sur son corps, sur ses pleurs, sur sa vie.

Petit à petit notre bébé grandit en ayant compris de façon implicite ce qui rassure et ce qui angoisse sa mère dans le rapport qu'elle a à nourrir son enfant, à le voir se nourrir, dans le lien qu'elle entretient avec les aliments, dans ses choix, ses réflexions, ses goûts et ses dégoûts. Manger, ne pas manger, la conduite devant la nourriture devient aussi un moyen de pression sur la mère, sur l'entourage.

En grandissant, le petit enfant sait sur quelle base il peut vérifier à tout moment avec la nourriture, le pouvoir, l'ascendant et les limites de ceux-ci sur son entourage affectif.

Arrivé à l'âge où il est bon de re-questionner les valeurs parentales et de trouver toutes les failles de ses parents pour s'y engouffrer avec autant de plaisir que d'angoisse, l'enfant devenu ado va "choisir" inconsciemment l'endroit de ces failles où il pourra jouer avec sa relation à ses parents.

Pour la jeune fille qui voit son corps se transformer et peut interpréter ses rondeurs comme autant de remplissages nourriciers qui la "gonflent", le refus ou l'excès de nourriture sont autant de moyens de masquer la métamorphose. La masquer réellement, mais aussi la masquer psychologiquement, obliger l'entourage à détourner les yeux d'un corps qui se sexualise pour ne voir qu'un corps amaigri ou trop gros, bref un corps qui traite avec du manger et non pas avec du sexuel, avec de l'oral et non pas du génital.

Elle confondrait les rondeurs de la puberté avec les rondeurs de la croissance. Elle préférerait supposer et interpréter ses rondeurs comme des conséquences du "manger"

que comme les signes prémonitoires que son corps se sexualise, devient désirable, féminin, qu'elle est au seuil d'une sexualité qui la dérangerait encore beaucoup trop.

Dans l'anorexie, le fait de se priver génère un plaisir provoqué par une certaine maîtrise des sensations et de l'environnement. Ce qui était de la douleur pour le nourrisson affamé devient une jouissance pour la jeune fille ou le jeune homme anorexique. Que cherchent-ils à éprouver à nouveau ? Quelle attention maternelle cherchent-ils à attirer qui leur aurait fait défaut ?

De même, dans la boulimie et autres conduites par excès, quel plaisir autrefois éprouvé mais de façon insuffisante, le jeune veut-il ré-éprouver sans fin et sans faim ? Quelle angoisse lui réveille un corps vide, et que pourrait-il y avoir dans ce vide ?

Bref, on entrevoit maintenant comment la conduite alimentaire de l'adolescent, lorsqu'elle est excessive dans ses modalités, que ce soit dans un sens ou dans un autre, peut être entendue comme une tentative nouvelle de faire appel à l'autre pour qu'il lui donne le sens profond de son besoin, son besoin vital, son besoin physique mais aussi son besoin psychique: comment ce sens pourra ou non aider le jeune à re-trouver en lui ce qui relève de son désir propre en deçà du désir ou du besoin de sa mère, pour pouvoir vivre et supporter la frustration, toute frustration, dont le manger ne constitue qu'une représentation, la plus simple peut-être, la plus accessible au sujet en proie à ses doutes existentiels.

CONCLUSION

La clinique nous confirme également, et il n'est pas inutile de le rappeler ici, qu'il n'est pas question, devant les comportements alimentaires des adolescents, de juger d'une mère insuffisamment bonne ou insuffisamment capable de répondre au besoin primaire de son enfant et de lui donner du sens, mais bien du vécu personnel de l'enfant, du fantasme de l'enfant à être mal compris, mal venu, mal comblé dans ses besoins. Sauf inadaptation profonde et chronique de la mère à comprendre les besoins de son enfant, toute mère, même en agissant au plus juste, se trouvera confronté à l'opposition parfois complète entre ce qu'elle croit et ce que l'enfant imagine. Il est ainsi impossible de "prévoir" le comportement futur d'un enfant à l'égard de la nourriture parce qu'il n'est pas possible de savoir comment le petit enfant est capable d'interpréter le sens de son ressenti, même si la mère se trouve positionnée au plus près et au plus juste de son besoin.

Appelons ce processus le "malentendu primaire", c'est à dire l'endroit de la vie où l'autre, l'enfant, nous échappe parce qu'il a, dans sa capacité d'interprétation propre, donné un autre sens à son ressenti, et que ce sens, traduit en fantasme, l'a orienté vers une solution inadaptée à son besoin.

M. le professeur Jean-Louis San Marco

Merci, Madame ; et merci à vous trois pour la qualité de vos exposés et la richesse de vos présentations qui montrent bien que l'alimentation fait référence à bien d'autres aspects qu'à l'alimentaire.

Je donne la parole à la salle.

TABLE RONDE

Une intervenante

Je voudrais poser une question à la personne qui est intervenue sur l'anorexie. C'était particulièrement intéressant. On voit quand même apparaître de plus en plus de jeunes filles anorexiques. Les garçons commencent aussi à entrer dans ce travers, si on peut appeler cela un travers - c'est plus une maladie et un enfer.

Selon votre approche, pourquoi aujourd'hui les enfants percevraient-ils plus mal les comportements alimentaires de leurs mères ? Pourquoi les mères seraient-elles moins en adéquation ?

Mme Myriam Graff

Je crois qu'il y a un phénomène social psychologique, que je n'ai pas pu aborder parce que ce n'était pas le propos, mais qui joue quand même en faveur de l'augmentation des anorexies : les images, les modèles proposés sont pressants dans la vie des jeunes.

On leur demande d'être minces tout le temps, toujours plus, etc. ; et cela joue dans le choix du symptôme. C'est-à-dire que, il y a 20 ans, le choix du symptôme aurait peut-être été ailleurs, tandis que, aujourd'hui, il porte peut-être plus sur la nourriture et sur l'image du corps qu'auparavant.

L'obésité est touchée par le même raisonnement que l'anorexie, selon moi. Ce que j'ai essayé de dire, c'est que ce n'est pas la question des mères qui est en jeu, mais celle des filles, de la sexualité et de l'image de soi.

Bien sûr, l'environnement familial va aussi fabriquer ou non du symptôme. Mais ce n'est plus la question des mères comme cela l'a été. Malheureusement, on nourrit une image de la femme qui est telle que la jeune fille en recherche de modèles ne peut qu'arrêter de manger si elle veut leur ressembler.

Une intervenante

Je suis tout à fait d'accord avec ce que vous dites. Ce matin, les interventions portaient essentiellement sur l'obésité, qui est certes un problème évident mais, justement, il y a énormément - je choisis ce terme exprès - d'interventions sur l'obésité. Ces interventions répétées, ces conseils alimentaires amènent aussi à des conduites anorexiques chez des enfants de plus en plus jeunes.

Il y a un tel matraquage, à un moment donné, d'informations, sur bien se nourrir, bien se comporter, qu'on finit par tomber dans des dérives opposées.

Sur ce qui a été dit ce matin et cet après-midi, le Plan National Nutrition Santé doit vraiment être apporté dans les collèges et lycées, dans les médias, avec beaucoup de prudence parce que l'effet de balancier est très important.

Je connais moins bien l'enfer des obèses ; mais l'enfer des anorexiques bascule dans un monde qui n'est plus accessible quasiment à la médecine. Il n'y a pas de réponse. On va arriver à encadrer un obèse en indiquant des comportements alimentaires, en essayant de mettre des barrières ; mais face à l'anorexie, on va se trouver beaucoup plus démuni. Dans les plans qui sont faits, y a-t-il également des prises en charge, des constitutions de services, des lits d'hôpitaux qui sont envisagés ?

Mme Myriam Graff

A Marseille, il existe un service qui s'occupe des anorexiques, qui est connu, qui est efficace.

Une intervenante

Il dispose de huit lits pour toute la région.

Mme Myriam Graff

Je crois aussi que les niveaux de prise en charge diffèrent en fonction des patients. Toutes les anorexies ne sont pas à mettre sur le même niveau de dangerosité pour la jeune fille ou pour le jeune. Il existe des extrêmes et il existe des épisodes anorexiques correspondant à un mal-être momentané qui, grâce à une prise en charge psychologique, nutritionnelle, disparaissent.

Je crois que, comme toujours, cela reste à traiter au cas par cas : A quel moment agit-on ? Comment agit-on ? L'anorexie est un problème difficile parce que c'est entre la vie et la mort et on ne sait pas à partir de quel moment on est capable de laisser filer la vie. Pour vous répondre, beaucoup de gens travaillent sur l'anorexie. Cela laisse un peu impuissants les travailleurs comme les mères devant leurs filles anorexiques, de la même façon. C'est violent. Et également pour les soignants, pour les psychologues. Nous travaillons. Nous nous réunissons beaucoup sur ce sujet. Si cela peut vous donner de l'espoir.

Une intervenante

Je ne disais pas que personne ne travaillait. Ce n'est pas mon propos. On trouve plus facilement une vulgarisation des thèmes sur l'obésité.

M. le professeur Jean-Louis San Marco

Très en amont, je crois qu'il faut que nous revenions sur l'orientation trop diététique de l'alimentation, et que nous réorientions deux notions qui sont le plaisir de manger et le plaisir de manger ensemble au moment du partage des repas, et que ces mots puissent reprendre un sens.

Mme Joëlle Durand, *Education Nationale*

Je vais poser une question pratique au Dr Pruvost. Je la pose au nom de mes collègues infirmières, qui se voient confrontées dans les établissements scolaires ou pôles pour sportifs de haut niveau qui sont mis en place dans certains établissements scolaires dans l'académie d'Aix-Marseille, au passage de certains élèves, vous l'avez dit, fatigués par la pratique sportive de plus de 8 heures par semaine, par des régimes importants, voire quelquefois draconiens. Elles sont également chargées du suivi de ces élèves. Quel partenariat pourrions-nous mettre en place, puisqu'on nous répond que le suivi médical ou santé ne nous regarde pas ?

M. le docteur Jacques Pruvost

Je pense que vous parlez de la gymnastique ou de ce type de sport.

M. le docteur Jacques Pruvost

Je l'ai dit tout à l'heure : il est très difficile de travailler avec ce type de sport, la valorisation se fait sur l'anorexie ; effectivement ces jeunes filles sont sous-alimentées, on leur interdit pratiquement de manger pour ne pas grandir. Nous sommes au courant de cela. Je suis de formation pédiatre. Si je pouvais interdire la gymnastique de haut niveau, je le ferais. Nous essayons de faire évoluer les entraîneurs, mais nous allons au conflit avec eux systématiquement.

M. le professeur Jean-Louis San Marco

De temps en temps, les conflits sont nécessaires et dans cette situation-là tout particulièrement.

Mme Marie-Claude M., proviseur, Tarascon

Par rapport à ce que vient de dire Mme Durand, il faut savoir que la question de l'alimentation figure parmi les préoccupations majeures des établissements scolaires. Dans nos comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, en général, il y a un volet concernant l'alimentation. Selon les établissements, ce sera "nourrir suffisamment les élèves". Moi qui ai travaillé dans des quartiers un peu difficiles de Marseille ou autre, je sais que cela été le cas. A l'heure actuelle, il s'agit plus de questions d'anorexie.

Pour la question du sport, je crois que, comme nous l'avons dit ce matin, il faut travailler en partenariat, revenir au bon sens, établir un partenariat avec les parents parce que l'on entend une discordance dans les avis techniques spécialisés : si les spécialistes, ceux qui encadrent les sportifs de haut niveau, tiennent un certain discours parce qu'ils visent les performances sportives et uniquement cela, je crois que, avec les élèves, les jeunes et leurs parents, et bien sûr avec les médecins, les infirmières, etc., nous pouvons discuter plus globalement du devenir de l'élève.

Je voulais témoigner que c'était l'une des préoccupations et qu'il fallait en revenir à la globalité du développement de l'enfant et de l'adolescent. La relation à l'alimentation est une question qui surgit davantage chez les adolescents.

M. le professeur Jean-Louis San Marco

Merci, Madame, pour cette intervention qui souligne bien toutes les dimensions inhérentes à l'alimentation. C'est une bonne chose qu'on voie qu'il n'y a pas que des problèmes d'obésité d'une part et que des problèmes de diététique d'autre part.

Mme Zeina Mansour

Nous écoutons maintenant une intervention en tandem, qui va être assurée par le Dr Pignoly, pédopsychiatre au centre hospitalier de Laragne, et par une diététicienne, Mme Bernadette Krajévitch.

Si nous avons souhaité ce tandem, c'est afin d'aborder la prise en charge tant des cas précoces de dérive alimentaire que des cas qui s'avèrent pathologiques. Nous parlons beaucoup du haut de l'iceberg ; mais il y a aussi la partie immergée, parfois beaucoup plus importante, et à laquelle on n'attribue peut-être pas l'importance qu'elle mérite. Vous avez maintenant la parole.

M. le docteur Gabriel Pignoly, *psychiatre des hôpitaux, chef du service de psychiatrie infanto-juvénile au CHS de Laragne*

Les dérives alimentaires chez les jeunes, prises en charge précoce et prise en charge des cas pathologiques.

Je vais parler de la pratique de notre travail en service de pédopsychiatrie dans les Hautes-Alpes, puisque ce service public couvre tout un département.

Nous allons essayer de dire comment nous travaillons ensemble, pédopsychiatres et diététicienne, pour nous occuper, entre autres, des conduites alimentaires et d'anorexie, puisque l'anorexie vous intéresse particulièrement.

Je voudrais d'abord faire quelques réflexions sur ce qui a été dit. Je trouve remarquable l'exposé qui a précédé le nôtre parce qu'il livre une description très intéressante de ce qui se passe entre une mère et son enfant. Malheureusement, je la trouve trop angélique.

C'est-à-dire que, de l'ange nous allons passer au démon et à l'enfer, à celui que nous vivons, en rencontrant des enfants ou des adolescents qui présentent des troubles de la conduite alimentaire.

Pour cela, je partirai du mot "manger" puisque la conduite alimentaire, c'est manger. Que veut dire manger ?

Est-ce que cela veut seulement dire être en vie, vivre, avoir une pulsion de vie ? Nous voyons très vite que cette pulsion de vie est liée à une autre pulsion, comme disait Freud, aussi dramatique et aussi importante qu'est la pulsion de mort. Nous sommes programmés pour mourir.

Notre alimentation, notre façon de manger nous programme aussi pour mourir, et ce dès le plus jeune âge. Elle a parlé du nourrisson avec sa maman. Moi, je parlerai de la dévoration, qu'on retrouve dans tous les contes pour enfants : peur de dévorer, peur de manger.

Manger, c'est dévorer. Manger, cela peut être dévorer l'autre ou être dévoré soi-même. Nous retrouvons dans toutes les civilisations le cannibalisme, l'ogre, la peur des animaux sauvages, du déchirement, du démembrement. Tout cela est lié à la dévoration et à la bouche - mordre. Et Dieu sait qu'entre deux et trois ans les enfants mordent !

Tout cela fait partie de manger, dévorer et peut-être aussi dévorer l'autre. C'est le premier aphorisme que je voulais donner : manger comporte quelque chose de l'ordre de la dévoration, d'un danger extrême. Manger, c'est aussi être mangé.

Et puis, manger, c'est la jouissance, le plaisir. Nous en avons un peu parlé, peut-être pas assez. Là aussi, le plaisir et la jouissance, c'est aussi un enfer. Parce que trop jouir, trop manger, à quoi cela mène-t-il ? Cela mène à mettre notre organisme en état d'alerte et sur le chemin de la destruction, de la mort. Mal manger, trop manger tirent la sonnette d'alarme : Attention ! la mort est là, qui va nous prendre.

Donc, attention au mot "jouissance". C'est-à-dire que le plaisir hédonique, agréable, on mange bien, on est gros, on est beau, etc., quand on mange, on est entre copains, c'est bien. Mais manger trop, non ! Rappelez-vous le film *La Grande Bouffe* : cette horreur de trop manger, et de trop manger en convivialité. Même dans le fait de bien manger, il ne faut pas aller aussi loin que cela.

D'où le contraire : ne pas manger ! C'est une horreur de manger, une horreur abominable. Dévorer, manger jusqu'à la mort, c'est affreux donc on s'arrête de manger. Là encore, c'est une jouissance. Elle aura une autre forme de plaisir, que certains appellent narcissique, mais que l'on peut appeler de toute-puissance, c'est-à-dire pouvoir contrôler son corps *absolument*.

Notre esprit peut se passer de manger. Dans toutes les religions, cela existe : dans les ascèses, dans les jeûnes, dans les abstinences. Il faut se rappeler tout cela quand on parle d'alimentation. Nous allons retrouver tout cela dans les pathologies que nous allons rencontrer. Ce sont des choses qui existent sans être uniquement liées à la civilisation.

Ce n'est pas notre civilisation qui fait que nous observons des cas d'anorexie plus nombreux. Pas seulement. Pas seulement nos problèmes actuels de jeunes filles qui ne sont pas assez belles parce qu'elles sont trop grosses. Ce n'est pas que cela. Il y a toujours eu des anorexiques. J'exerce ce métier depuis maintenant 35 ans. La première malade que j'ai soignée, la première psychothérapie que j'ai réussie, traitait une anorexique et date de plus de 30 ans. Je vous assure que cela a toujours existé et que cela existera toujours parce que l'anorexique est une révolte contre - et cela, on ne l'a pas dit - peut-être la mère, et contre sa condition de femme aussi.

Nous passons à la mère. Là encore, la mère. On parle de bonne mère, de mauvaise mère. On amène l'enfant chez une bonne mère parce que sa mère est trop mauvaise. Toutes les mères sont à la fois bonnes et mauvaises. Pire que cela : la mère donne la vie.

Elle le sait. Etre mère, c'est donner la vie ; mais c'est aussi donner la mort. La mère, au fond d'elle-même, le sait très profondément. Etre mère, c'est vouer à la mort son enfant. Et cela, c'est très grave pour une mère, parce qu'une mère qui pense cela - heureusement d'ailleurs qu'elle le pense - va vouloir que son enfant vive à tout prix. Elle veut que son enfant vive et elle va faire tout pour qu'il vive. Absolument tout, même les bonnes intentions qui l'amène à l'enfer. Il faut se rappeler cela.

Nous n'avons pas parlé du père. Le père joue peut-être un rôle extrêmement important. Il est là pour rassurer la mère sur sa fonction de vie et de mort et lui dire qu'il va l'aider à faire vivre cet enfant. Mais non pas le faire vivre en mangeant, en nourriture, en amour ; mais le faire vivre dans une société, le faire vivre ailleurs qu'avec elle.

Cela soulagera alors la mère à porter le poids, cette responsabilité énorme de faire vivre ou de faire mourir son enfant. Elle va être aidée par la fonction du père. Un des problèmes actuels, c'est vrai, c'est une démission de cette fonction de père pour aider la mère. Cela est extrêmement grave.

Voilà sur ce à quoi nous devons réfléchir quand nous travaillons avec des anorexiques ou des boulimiques - c'est pareil. Dans tous les troubles de conduites alimentaires, on trouve ce problème de vie et de mort, ce problème de plaisir et de jouissance, ce problème

de savoir si on ira dans la société ou si on va se retourner sur soi-même. Est-ce que je vais devenir une femme ? Un homme ?

Enfin, quand je rencontre des enfants qui présentent des troubles de la conduite alimentaire - j'en rencontre de plus en plus -, le fait de société est que, la plupart du temps, il y a le manque de présence du père. Mais c'est aussi parce qu'on favorise la femme par rapport à la mère : la femme qui travaille, la femme dans notre société, etc. La mère n'est pas laissée à sa place, cette place si douloureuse et si belle mais, en même temps, si dure à supporter.

Je trouve de plus en plus d'anorexies du nourrisson dans mon service. J'observe des allaitements maternels prolongés pendant cinq ans par des mères disant "au moins il ne mangera pas des cochonneries". Et oui ! On ne voit que cela à la télévision : le lait maternisé est une cochonnerie ; tel lait risque de donner la maladie de la vache folle, donc "je vais nourrir mon enfant le plus longtemps possible".

Tout cela crée des inquiétudes, par exemple l'inquiétude de la mère, dont je parlais, de ne pas pouvoir faire vivre son enfant correctement. On trouve aussi des phobies alimentaires chez les parents, qui vont obliger l'enfant à manger n'importe quoi, des galettes de truffes, de galettes de graines ou des graines grillées ; parce que le reste, c'est mauvais.

Mme Bernadette Krajevitch, *diététicienne*

Les dérives alimentaires chez les jeunes, prise en charge précoce.

L'unité de soin et d'accueil pour adolescent « Ladoucette » du service de psychiatrie infanto-juvenile des Hautes-Alpes accueille des patients de 12 à 18 ans. Le médecin responsable de l'unité est le Dr. Bossoni.

Cette équipe repère depuis quelques années une augmentation des troubles de conduites alimentaires chez les jeunes, principalement :

- des déséquilibres alimentaires, habituels à cet âge (avec des repas « sautés », grignotage, régimes fantaisistes)
- Surpoids et obésité (en lien ou non avec d'autres pathologies et une réduction de l'activité physique)
- anorexie, boulimie

La prise en charge des troubles des comportements alimentaires constitue une des orientations importantes de l'unité depuis 2001 et a nécessité l'intégration d'une diététicienne à l'équipe de soins.

Cette orientation est une volonté de l'unité de soin et d'accueil d'assurer la prise en charge des dérives alimentaires chez les adolescents avec les moyens départementaux. La vocation du service public est de soigner les enfants et les adolescents au plus près de leur famille (même si parfois il faut les en séparer).

En 2003, sur une file active de 396 patients, 70 jeunes ont bénéficié d'une prise en charge diététique spécialisée en suivi individuel pour la plupart et en groupe pour un plus petit nombre où ils ont été accueillis en activité thérapeutique cuisine et repas. Comme l'ensemble des autres prestations en psychiatrie hospitalière, les soins sont gratuits.

Quelle place pour la diététicienne dans l'équipe ?

La diététicienne est référent de la prise en charge alimentaire qui peut être de l'ordre :

- de la thérapie pour les soins ambulatoires ou les hospitalisations (en particulier anorexie ou autre trouble du comportement alimentaire, obésité concomitante à une autre pathologie psychiatrique) ;
- du conseil et de l'éducation à la santé en entretien personnalisé avec les patients ;
- du travail d'équipe avec les soignants sur l'acte alimentaire et les pratiques observées ;
- de l'organisation de la restauration des jeunes adolescents au sein de l'unité (groupe thérapeutique repas – atelier thérapeutique cuisine).

La diététicienne, personnel medico-technique, professionnel de la nutrition et de l'alimentation complète l'équipe de soin (composée de 2 médecins pédopsychiatres, 6 infirmiers, 2 psychologues, une secrétaire et des temps de psychomotricienne, relaxologue et musicothérapeute et autres intervenants). L'acte alimentaire est intégré dans ses différentes dimensions biologique, psychoaffective, symbolique et sociale. L'ensemble des déterminants des choix alimentaires et des anomalies qui peuvent y être associés est pris en compte dans la relation éducative avec le patient, ou les groupes de jeunes pour un travail se situant dans le soin et la prévention secondaire.

I - En ce qui concerne le soin, l'approche diététique permet :

1- Une approche globale de l'acte alimentaire au sein même de l'équipe soignante.

On pourrait dire que le corps et l'esprit sont pris en compte au même endroit, ce qui est rare à notre époque de prise en charge fragmentaire.

Il y a meilleure cohérence de soins alimentaires et des messages transmis (en particulier pour la réalimentation des anorexiques).

2- Un autre regard sur l'alimentation.

La diététicienne retrouve la place qu'elle avait à l'origine dans la médecine grecque (*diata* : ensemble des habitudes du corps et de l'esprit, dont l'alimentation fait partie).

La fonction de diététicienne ne se résume pas aux recettes pour maigrir ou grossir, au calcul des apports nutritionnels, mais ce rapporte à l'ensemble des déterminants du comportement alimentaire et de l'hygiène de vie, et rejoint ici la dimension d'éducateur de santé du patient ;

3- La connaissance de l'alimentation et la maîtrise des techniques alimentaires d'un des soignants de l'équipe permet de donner un sens aux réalités alimentaires.

Le lien entre savoir et savoir-faire, pour aider l'adolescent dans son être et son devenir, devient plus évident. On sort du discours pour aller vers les plaisirs et les contraintes de la pratique.

Par exemple : l'acquisition d'un minimum de techniques culinaires procure le plaisir d'un plat réussi, augmente la confiance en soi et donne au jeune les moyens d'utiliser les produits de son environnement pour diversifier son alimentation.

Autre exemple : chez l'anorexique, il est parfois nécessaire, pour enrayer et corriger le processus de dénutrition, d'avoir recours à l'assistance nutritionnelle. Il est important que l'équipe soignante visualise cette technique non pas comme un gavage évoquant le Périgord et les oies, mais plutôt comme le cordon ombilical reliant le fœtus à la mère.

Les techniques alimentaires deviennent donc un moyen de communication entre jeunes et soignants eux-même (notamment en réunion clinique hebdomadaire où s'ajustent les différentes disciplines). Les techniques alimentaires prennent du sens tant sur le plan biologique que psychologique voire social et éducatif.

II - L'autre versant de l'activité diététique est tourné vers la prévention, rarement prévention primaire (faute de temps et de moyens), fréquemment, des surpoids, éventuellement de l'obésité.

La diététicienne est souvent repérée par les jeunes comme un interlocuteur spécialisé, compétent dans le domaine de l'alimentation et capable de les aider dans le fouillis de leurs multiples informations.

Prenons le cas de Stéphane pour illustrer l'intervention en prévention secondaire.

- il est suivi dans l'unité depuis le début de l'année pour maltraitance. Il y a 15 ans. Retiré de sa famille, placé en institution, hospitalisé un temps dans le service de psychiatrie infantile, il est ensuite placé en famille d'accueil et a repris une scolarité normale à la rentrée 2003-2004.

- Le médecin pédopsychiatre constate en septembre 2003 une prise de poids de 6 kg, un IMC dans la zone de surpoids en partie lié à une alimentation anarchique et lui propose de rencontrer la diététicienne de l'équipe, ce qu'il accepte.
- Il continue son suivi avec le médecin pédopsychiatre et a bénéficié de séances de psychomotricité, d'atelier « écriture » et de groupe de parole.

Au cours des entretiens, il a été mis en évidence :

- un grignotage excessif en compensation de repas « sautés » ou réduits ;
- une activité physique et sportive satisfaisante ;
- le nouveau comportement alimentaire est apparu durant l'été, en centre de vacances où il éprouvait un sentiment de malaise et où la cuisine et les menus n'étaient pas à son goût ;
- il est possible d'envisager avec lui des changements et d'adapter ses repas de la journée en fonction des ses lieux de repas (le matin et le soir, il est en famille, il déjeune au collège le midi où il est demi-pensionnaire) ;
- il a fallu créer un lien entre ses connaissances biologiques et les réalités de son assiette, par le biais d'un outil pédagogique connu par lui (méthode d'éducation nutritionnelle du CRES PACA) et de son relevé alimentaire hebdomadaire ;
- il n'y a pas souhaiter que sa famille d'accueil participe au suivi alimentaire (habituellement les parents ou les éducateurs collaborent au suivi diététique) ; il a préféré transmettre lui-même les consignes alimentaires.

Au cours des activités thérapeutiques « cuisine » et « repas », il a été possible à Stéphane :

- de se mettre en représentation, de s'exprimer, de s'affirmer ;
- d'amorcer un travail éducatif dans des ateliers qui demandent respect des consignes et créativité, pour acheter, préparer cuisiner décorer et manger de tout (les fruits et les légumes en particulier) ;
- il a pris un réel plaisir dans l'acquisition d'un petit savoir-faire culinaire, et aussi à jouer le rôle d'un serveur stylé à table (sans oublier l'humour !)

En résumé, il appris à gérer son alimentation en trois mois, sans régime particulier. Actuellement, il a récupéré un IMC correct pour son âge. La prise en charge éducative diététique a permis d'éviter l'alternance régime restrictif/reprise de poids souvent observée.

Il s'est souvent découvert des capacités et un intérêt particulier pour le domaine alimentaire. Suite à un bilan d'orientation, il intégrera probablement un lycée hôtelier à la rentrée scolaire 2004-2005.

III - En conclusion, l'expérience professionnelle de suivi de différents types de population (jeunes et autres) montre que les consignes alimentaires mettent en jeu :

- d'une part, la dimension individuelle du libre-choix, à concilier avec les menus de la famille et du restaurant scolaire (ou d'autre lieu de restauration) ;
- d'autre part, les pratiques personnelles, familiales et scolaires à relier aux connaissances, croyances, savoir-faire, aux problèmes psychoaffectifs à l'environnement.

La prise en charge pluridisciplinaire a l'avantage d'offrir un soin complet sur l'ensemble du comportement ; en effet, les conseils alimentaires isolés sont souvent

inopérants dans la durée. Toutefois, les diététiciens représentent un rouage essentiel dans l'éducation nutritionnelle et alimentaire.

L'évolution du comportement alimentaire, en dehors des cas pathologiques, passe par la famille et par l'école.

- si le patrimoine culinaire et la gastronomie sont largement promus dans notre société, les pratiques culinaires courantes et l'utilisation des nouveaux produits sont souvent méconnus des jeunes, la transmission familiale ferait-elle défaut ?
- pour l'école, on constate des discontinuités en matière d'éducation alimentaire :

1) Le collège ne dispense plus d'apprentissage pratique de l'alimentation ; celui-ci a disparu des programmes de technologies depuis 1985. Il serait intéressant que l'alimentation « nutrition » enseignée en biologie soit complétée par l'alimentation « plaisir de faire ». Il existe actuellement une commission organisée par le Ministère de l'Education Nationale pour réactualiser les programmes de technologie. La question de la place des savoirs techniques relatifs à l'alimentation devrait y être posée. On peut espérer une nouvelle introduction de l'enseignement de savoir-faire indispensables à l'évolution des comportements.

2) La mise en application de la circulaire de juin 2001 en matière de restauration scolaire se fait lentement. L'intervention de diététiciens pourrait être une aide à l'élaboration de menus répondant aux consignes générales nutritionnelles et aux fréquences des plats indiquées par famille d'aliments et type de cuisson. Des expériences peuvent être relatées dans ce domaine.

L'éducation dispensée à l'école et à la maison doit prendre en compte l'éducation alimentaire, part d'accès à la culture générale de notre société et garant de l'évolution des comportements alimentaires proposés par le PNNS.

Mme le docteur Catherine Lacoste, *médecin endocrinologue, clinique les Cadrans solaires, Nice*

Une expérience de prise en charge de l'obésité chez les adolescents en institutions.

Notre une unité accueille une vingtaine d'adolescents obèses, pour des séjours de quelques mois, en général la durée d'un trimestre scolaire.

La réflexion que je vous propose de mener, c'est de savoir quand il est une bonne indication d'envoyer un adolescent obèse dans un centre, que ce soit une clinique ou un centre spécialisé de moyen séjour, quand il faut se décider à lui proposer un tel séjour.

Il est bien évident qu'il n'est pas question d'envoyer systématiquement un adolescent obèse dans un centre spécialisé, premièrement parce que, généralement, la prise en charge ambulatoire de ville s'avère nécessaire et suffisante, deuxièmement parce que le coût financier pour la Caisse d'assurance maladie serait trop important, troisièmement parce que cela conduirait très souvent à des échecs à plus ou moins court terme.

La réflexion que je vous propose de mener porte sur la question : quel type d'adolescents et surtout à quel moment proposer un tel séjour ?

Pourquoi en institution ?

La première question est la suivante : Quelle est la particularité d'un centre par rapport à une prise en charge ambulatoire ? Que va-t-il apporter de plus ?

En premier, c'est un lieu où l'on peut réunir tout un panel de professionnels de la santé, ou hors santé d'ailleurs, qui portent un regard tout à fait différent et ont une approche totalement différente de l'obésité. Je crois que c'est l'une des particularités qui distingue la prise en charge ambulatoire : des regards et des approches différents, très variés.

Ce genre de centre, en général, réunit des médecins, des infirmières, des diététiciennes, des kinésithérapeutes, des psychologues, des psychiatres, des animateurs sportifs, des éducateurs spécialisés, des assistantes sociales. Vous imaginez tout ce panel agissant en même temps dans un même lieu. L'avantage considérable est que nous pouvons communiquer entre nous, ce qui n'est pas très facile en ambulatoire.

Réalisant également des suivis ambulatoires en consultation, je connais la difficulté de partager un lien avec d'autres professionnels, en particulier des psychothérapeutes ou des diététiciennes, et de prendre le temps de parler ensemble des mêmes patients. Ce genre d'institution offre cette capacité qui s'avère très avantageuse.

Autre avantage : c'est un lieu adapté aux adolescents. Il faut savoir que nous vivons dans un pays où l'idéal de minceur se trouve valorisé de façon abusive et, je dirais même, dangereuse et que l'adolescent obèse se voit totalement stigmatisé, exclu, mis à l'écart de la société des jeunes ; ces adolescents-là ne sont plus intégrés dans le monde des adolescents.

Ma perception de cet aspect pourra être biaisée, parce que je ne vois que ces adolescents-là ; mais je peux vous dire qu'ils sont en proie à une souffrance morale totale,

lorsqu'ils sont mis à l'écart, qu'ils ne vivent plus avec leur pairs, à tel point que certains sont même déscolarisés et ne veulent plus retourner dans leur collège ou leur lycée parce qu'il souffrent trop des moqueries des autres.

Un centre comme le notre leur permet de réintégrer le monde des jeunes parce que, tout simplement, ils se retrouvent entre eux, entre adolescents obèses. Ils ne sont plus stigmatisés ni mis à l'écart. Ils réapprennent à vivre ensemble et à pratiquer des activités ensemble, chose qu'ils ne faisaient plus, en général depuis leur petite enfance.

Quelles sont les indications du séjour ?

La première, évidemment, est d'ordre médical. Il est évident que nous recevons un très grand nombre de demandes et que nous mettons en priorité l'urgence somatique. Nous prenons évidemment les obésités les plus sévères.

En général, elles dépassent largement un indice de masse corporelle supérieur à 30. Évidemment, le retentissement somatique existe. Il est rare d'observer des complications cardio-vasculaires au stade de l'adolescence ; chez l'adulte, il en va différemment.

Au stade de l'adolescence, ce sont très souvent des retentissements de nature orthopédique, rarement métaboliques quoique nous voyions apparaître depuis trois ans du diabète de type II, pathologie que nous ne rencontrons pas auparavant. Évidemment, ceux-là sont prioritaires par rapport aux autres.

Il faut savoir que nous donnons également priorité aux adolescents dont l'obésité n'est pas nécessairement sévère, avec un simple surpoids, mais dont on peut identifier, par l'intermédiaire du médecin ou de la famille ou de l'adolescent lui-même, un trouble vrai du comportement alimentaire.

Il faut savoir que, chez la plupart des adolescents obèses, le problème de comportement alimentaire est en général banal et normal. Ce sont de simples grignotages répétés dans la journée ; on ne peut pas appeler cela un comportement alimentaire pathologique. Je dirais que c'est simplement le comportement alimentaire de la plupart des adolescents - et même des adultes d'ailleurs - et on ne peut pas le considérer comme pathologique.

En revanche, je peux vous dire qu'il existe toute une population d'adolescents obèses qui présentent de véritables troubles du comportement alimentaire, peut-être pas de type boulimique mais en tout cas des compulsions alimentaires, des alternances de restrictions et d'hyperphagies qui amènent à des fluctuations pondérales très importantes et des troubles psychologiques importants (sentiment de honte et de culpabilité.)

Il faut savoir que ceux-là sont accueillis essentiellement pour la prise en charge psychologique, qui va être abordée de façon particulière. Nous en reparlerons plus tard.

Dans quelles conditions, dans quel contexte décidons-nous d'accepter un adolescent ?

La première condition, c'est que nous ne prenons jamais en première intention un adolescent obèse qui n'a pas fait quelques tentatives, une ou plusieurs, de prise en charge

en ambulatoire, avec médecin et psychologue. Il serait inconcevable de prendre un adolescent obèse en première intention sans avoir réalisé d'essai auparavant.

La deuxième condition pour que ce séjour ne se solde pas par un échec, c'est la nécessité d'une certaine maturité psychique de l'adolescent et la possibilité d'identifier ses motivations propres, qui doivent être distinguables de celles des parents.

Je dis cela parce que, bien souvent, on s'aperçoit rapidement que l'adolescent est venu pour faire plaisir à ses parents ou, plus ou moins, sous la contrainte du médecin ou de la famille, lesquels ont exercé sur lui une certaine pression.

Ce sont là des situations pour lesquelles on sait qu'on ne pourra pas vraiment accomplir un réel travail d'approche, de réflexion sur la problématique de l'obésité avec l'enfant, parce qu'il ne sera pas réellement capable d'élaborer mentalement et de s'exprimer sur le problème de l'obésité.

J'insiste sur cet aspect très important. C'est pour cette raison que nous sommes un peu réticents à prendre des enfants ou des adolescents jeunes qui n'ont pas atteint un développement psychique suffisant pour accepter une certaine réflexion, une remise en cause, etc., pour avancer un petit peu plus loin dans la résolution de la problématique de l'obésité.

Le troisième aspect est celui de l'investissement de la famille. C'est également là une difficulté majeure que nous pouvons rencontrer et qui constitue aussi une limite à la prise en charge institutionnelle.

Il est inconcevable qu'un séjour pour un adolescent s'effectue sans la participation de la famille, non seulement pour le problème diététique. Ce n'est pas simplement transmettre à la famille les bonnes conduites alimentaires, c'est aussi travailler dans la réflexion sur le vécu de l'obésité de leur enfant, la relation qu'ils entretiennent avec leur enfant.

Très souvent, on observe des conflits, des reproches, un manque de communication entre eux. Il faut absolument que la famille s'investisse un tant soit peu dans cette prise en charge qui va nous permettre de travailler sur la relation entre parents et enfants et sur le thème de l'obésité, mais pas seulement sur cela.

Objectifs du séjour

Le premier objectif vise à amorcer une perte de poids significative. Pourquoi cela ? Parce qu'il faut tout simplement prouver à l'adolescent - et le convaincre - que ce qui va se faire pendant le séjour fonctionne. Il faut, pendant le temps de ce séjour, avoir amorcé une perte de poids significative, tout en sachant que le but n'est absolument pas d'atteindre un poids idéal, d'abord parce que la durée du séjour est trop courte pour cela et ensuite, parce que le but du séjour n'est pas d'atteindre ce poids idéal. Le but du séjour consiste simplement à accepter un certain mode de vie, une hygiène de vie qu'il est capable de continuer une fois rentré à la maison. Quand il se sent capable de poursuivre cela à la maison, il peut partir, même s'il n'a perdu que quelques kilos.

Le deuxième objectif est celui des troubles du comportement alimentaire. Il faut les identifier parce que, très souvent, ils ne sont pas exprimés par l'adolescent, à cause d'un sentiment de honte et de culpabilité. Cela reste le plus souvent caché. Il est vrai qu'un séjour dans une institution permet d'observer et donc de constater l'existence de réels troubles du comportement alimentaire qui n'avaient pas été détectés jusqu'à présent.

Le troisième objectif, tout aussi important, cherche à améliorer le bien-être psychique de ces adolescents souvent fragilisés. C'est le propre de cette période de l'adolescence : l'enfant est en recherche d'identité et ne se sent pas très bien dans sa peau. L'obésité vient en ajouter. Parfois, l'obésité n'est que le symptôme d'une souffrance morale et le trouble du comportement alimentaire n'est qu'un moyen de défense et de lutte contre un phénomène d'anxiété.

D'ailleurs, quand nous organisons des groupes de parole, nous posons aux adolescents la question des causes de l'obésité.

Nous leur demandons d'énumérer les causes. Je vous laisse deviner ce qu'ils répondent. Peut-être imaginez-vous qu'ils répondent « On mange trop ». Pas du tout. La première cause qu'ils nous citent est « le stress et les soucis. »

Nous faisons des séances comme cela tous les trimestres et je suis chaque fois étonnée d'entendre cette première réponse. Je crois que cela veut tout dire. Ils expriment par ce biais-là l'état de souffrance dans lequel ils se trouvent.

En ce qui concerne les moyens : la prise en charge est pluridisciplinaire : diététique, sportive, psychologique, sociale, éducative et pédagogique.

Sur le plan alimentaire, nous travaillons avec des diététiciennes. Il n'y a pas de régime amaigrissant. Nous instaurons simplement une alimentation équilibrée qui, le plus souvent, n'existait pas, qui est légèrement hypocalorique. Cette alimentation apporte autour de 1 800 à 1 900 calories pour les régimes les plus bas. Très souvent, elle tourne autour de 2 000 calories pour les garçons qui présentent une masse musculaire importante. Elle présente surtout l'intérêt d'être équilibrée, d'être ingérée à l'occasion de repas intervenant à des horaires réguliers et surtout de réaliser ce sevrage, si je puis dire, de grignotage, de se contenter de trois repas par jour plus le goûter.

Nous essayons aussi d'intervenir et de faire participer la famille à la notion de repas. Il faut savoir - je crois que nous avons entendu une intervention sur ce sujet - que les repas ne sont plus pris ensemble. C'est vrai. Il n'y a plus de repas en famille. Par ce biais-là, nous essayons d'investir la famille et l'information que peuvent donner les diététiciennes, le message essentiel que nous faisons passer aux familles, c'est : Prenez des repas ensemble.

Il y a 15 jours, aux vacances de Noël, un adolescent entré dans le centre. Avec sa maman, le premier jour, j'ai demandé comment se passaient les repas. Le jeune a répondu : « Il n'y a pas de repas chez moi ; On ne mange pas ensemble. »

Chaque enfant - il y avait trois enfants dans la famille - mange dans sa chambre devant la télé. Ce n'est pas un cas exceptionnel.

J'ai peut-être effectivement un biais. Nous ne voyons que les obésités les plus problématiques ; cependant, je crois que le phénomène est très fréquent : les familles ne mangent plus ensemble ; il n'y a plus de repas et n'y a plus de communication. Or, c'est un temps pour communiquer. Les familles ne parlent plus ensemble. Les enfants ne parlent plus avec leurs parents. C'est notre message essentiel, les diététiciennes en parlent très souvent et elles essaient de le transmettre aux familles.

Je passe rapidement sur les activités physiques. Nous faisons un entraînement à l'effort qui est encadré par les kinésithérapeutes. Il consiste à travailler en endurance. Nous organisons plusieurs séances par semaine, régulières, de 45 minutes de sport en endurance : que ce soit le vélo, la marche, la natation. Le but est purement physique, médical, très bénéfique dans les problèmes d'obésité.

Un deuxième aspect est que nous favorisons les activités physiques à but ludique, occupationnel et collectif. Nous cherchons à proposer une activité collective en groupe, avec les autres. Ces adolescents aiment le sport ; or, ils ne le pratiquent plus parce que, là aussi, ils sont mis à l'écart du fait de leurs très faibles performances. Étant mis à l'écart, ils sont censurés; mais, en général, ils adorent le sport et surtout la natation. Pourtant, ils ne s'autorisent plus à en faire et ont honte de leur corps. L'institution permet la redécouverte de ces activités et cela en collectivité, de surcroît.

Pour ce qui est de la prise en charge psychologique, je ne vais pas en parler : elle a été largement évoquée, et par des personnes qui en parlent mieux que moi. Il est évident qu'elle est capitale et essentielle. Sans ce travail-là, la prise en charge de l'obésité s'avère nettement insuffisante et aboutit à un échec. En l'absence de prise en charge psychologique, cela ne fonctionne pas.

Le travail psychologique consiste à parler du vécu de l'obésité, de l'estime de soi qui est hautement fragilisée chez ces adolescents obèses, qui négligent leur corps, ne veulent plus en entendre parler, éprouvent une grande honte de leur image. C'est tout le travail des psychothérapeutes que de traiter cet aspect.

J'ouvre une parenthèse sur les enjeux psychologiques de la perte de poids. Il faut savoir qu'il n'est pas facile de maigrir, surtout quand cette obésité avait un sens, permettait une certaine défense contre l'anxiété, constituait un moyen de lutte contre l'angoisse de séparation - nous évoquions la séparation de la mère et de la fille - contre l'angoisse de la sexualité.

Un tel type de séjour permet d'en parler ; en effet, il nous arrive souvent d'entendre les adolescentes dire au psychologue qu'elles sont en train de maigrir puis lui demander comment elles vont s'y prendre avec les garçons.

Cette perte de poids fait qu'elles se féminisent et, si elles se féminisent, elles deviennent un objet de séduction. Cette perte de poids se trouve parfois à l'origine d'une très grande angoisse parce que l'obésité constituait une sorte de protection contre cela. Perdre du poids signifie quelque chose et peut provoquer des troubles psychologiques. L'amaigrissement peut faire apparaître - sans les provoquer - des troubles psychologiques. Il faut se montrer extrêmement vigilant de ce côté-là et voire même arrêter le séjour ou arrêter l'amaigrissement tout en continuant la prise en charge psychologique parce qu'on peut extrêmement fragiliser un adolescent si on ne s'occupe que du poids.

En ce qui concerne la prise en charge éducative. Il faut savoir que la possibilité de réunir des intervenants de plusieurs professions nous permet de réaliser une prise en charge globale, qui n'est pas seulement centrée sur l'obésité mais l'est aussi sur la personne elle-même.

Très souvent, on voit l'adolescent en tant qu'obèse. Or il est avant tout une personne. Nous nous occupons donc aussi des problèmes propres de l'adolescence, divers et variés : de la sexualité, du lien familial, de la drogue, etc.

Nous travaillons avec des assistantes sociales, des infirmières et des éducateurs, qui s'occupent d'aborder tous ces problèmes un peu propres à l'adolescence, sans oublier les difficultés d'ordre familial.

Concernant la prise en charge pédagogique, son intérêt est que nous pouvons nous permettre de faire des séjours prolongés parce que la scolarité se poursuit sur site. Il faut savoir que ces adolescents obèses sont très souvent en échec scolaire de par leur souffrance psychologique ; toutes les moqueries qu'ils peuvent subir retentissent sur leur scolarité. Nous essayons de les revaloriser et de les remettre en confiance aussi par le biais de la scolarité.

Je dirai en conclusion que la prise en charge institutionnelle ne doit jamais se faire en première intention ; c'est bien évident. Elle ne doit pas non plus constituer une solution finale c'est-à-dire essayer cela comme rien d'autre n'a réussi.

Je crois que si j'ai un message à faire passer, c'est qu'il faut absolument choisir le moment propice pour proposer un tel séjour. En général il n'est jamais trop tard. Mais il est parfois trop tôt, surtout du fait de l'immaturité psychique de l'adolescent. J'insisterai aussi sur le fait d'associer les familles comme partenaires actifs.

Un troisième élément est que la limite d'un tel séjour vient du fait que c'est quand même un milieu artificiel totalement différent de l'environnement habituel de l'adolescent. Ainsi, il ne faut pas trop s'installer dans une institution et parfois mieux vaut s'en tenir à des séjours courts, quitte à les répéter, plutôt que de proposer à l'adolescent de rester des mois et des mois jusqu'à ce qu'il atteigne son poids idéal.

TABLE RONDE

Mme Dominique H., *médecin coordinateur, ville de Cannes*

Ma question s'adresse au docteur Lacoste, qui nous a donné les critères de sélection des adolescents. J'aurais voulu savoir comment vous examiniez les dossiers, qui recevait, s'il y avait un travail préalable par un médecin de ville ou comment cela se passait.

Mme le docteur Catherine Lacoste

En général, nous connaissons les médecins qui nous adressent leurs patients. Nous finissons par les connaître et ils savent comment nous travaillons, que ce soit des médecins hospitaliers ou ceux de ville.

Ensuite, nous réalisons des préadmissions. Quand nous recevons un dossier, en général les informations sont très succinctes et ne nous permettent pas de savoir justement si c'est une bonne indication ou pas, Nous convoquons donc en consultation la famille et l'enfant, lesquels rencontrent toute l'équipe, y compris les psychothérapeutes, les diététiciennes, etc. Et nous pratiquons une première évaluation. Nous refusons très souvent l'admission au terme de ces préadmissions.

CONCLUSION

M. René Giorgetti

Je souhaite vous remercier d'avoir participé à cette journée. Nous avons tous besoin d'informations sur de telles thématiques.

Merci à tous les intervenants, qui ont été d'une grande qualité. Et merci, bien sûr, à Mme Mansour et à son équipe du CRES. Vous remercieriez aussi le président Garnier, qui n'a pas pu être parmi nous toute la journée. Le professeur Roland Sambuc est resté avec nous une partie de la matinée.

Merci beaucoup et à bientôt.

ANNEXES