



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin inspecteur de santé publique

Promotion 2006-2007

Date du Jury : **14 septembre 2007**

**LA PLACE DES ATELIERS SANTE VILLE
DANS LA PREVENTION DE L'OBESITE DE
L'ENFANT EN SEINE-SAINT-DENIS :
REGARDS ET PERSPECTIVES**

Sylvie FLOREANI

Remerciements

A mes enfants Vincent, Laurène et Martin qui ont du faire face à mon indisponibilité croissante...

A toutes les personnes qui m'ont consacré du temps, en particulier les coordonnateurs des ateliers santé ville.

A Marie-France d'ACREMONT, Dominique BAUBEAU, Jeannick DEVORS, Fabienne FOUCHER, Etienne LECOMTE, Noëlle PENCIOLELLI et François PETITJEAN, pour leurs conseils.

A la promotion de MISP 2006-2007.

A Patricia MARTINIAULT de l'assistance informatique, pour son aide dans mes relations souvent tendues et parfois conflictuelles avecWORD.

*« La situation actuelle est inédite, il faut apprendre à s'habituer à la pléthore,
alors que nous étions programmés pour résister aux famines »*

(Rapport Dériot)

*« Il arrivera un jour on l'on expliquera que la santé dépend avant tout
des liens de l'individu avec son entourage et son environnement »*

Norbert Elias

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 - UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE... DES RÉPONSES.....	5
1.1 <i>L'obésité chez l'enfant : un problème majeur de santé publique...</i>	5
1.1.1 Une pathologie dont la prévalence est en progression constante	6
1.1.2 Des conséquences sanitaires mais aussi psychosociales importantes	6
1.1.3 Une pathologie dont les causes sont multifactorielles	8
1.2 <i>La prévention : une réponse essentielle</i>	12
1.2.1 Une nécessité : agir dans un cadre de promotion de la santé	12
1.2.2 D'un programme national à la déclinaison d'actions locales	14
2 - LES ATELIERS SANTE VILLE, UN OUTIL DE PROMOTION DE LA SANTE	19
2.1 <i>Présentation des ASV</i>	19
2.1.1 Une histoire	19
2.1.2 Un contexte : la territorialisation des politiques de santé	20
2.1.3 Un cadre juridique	21
2.1.4 Leur objectif est la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé	22
2.1.5 La mise en œuvre d'un atelier santé ville	23
2.1.6 Les points forts de l'ASV	25
2.2 <i>Les ASV en Seine-Saint-Denis : une histoire particulière</i>	25
2.2.1 Contexte :	25
2.2.2 La Seine-Saint-Denis a expérimenté le dispositif des ASV dès 2001	27
3 - ETUDE ET METHODE	29
3.1 <i>Le cadre de l'étude</i>	29
3.2 <i>La méthodologie</i>	29
3.2.1 La recherche bibliographique	29
3.2.2 Réunions, conférences, colloques	30
3.2.3 Entretiens	30
4 - RESULTATS	33
4.1 <i>L'obésité chez l'enfant : une priorité identifiée au niveau local ?</i>	33

4.1.1	Le diagnostic local partagé a, en partie, permis de repérer l'obésité chez l'enfant comme une priorité locale.....	34
4.1.2	D'autres facteurs ont été déterminants	36
4.2	<i>Les actions coordonnées par l'ASV sur le thème de la nutrition</i>	37
4.2.1	Un préalable : l'appel à projet	37
4.2.2	Résultats de l'appel à projet 2006 dans le domaine de la nutrition.....	38
4.2.3	Actions et prévention de l'obésité chez les enfants.....	38
4.3	<i>La difficile construction du réseau partenarial</i>	41
4.3.1	Certains acteurs sont très impliqués	41
4.3.2	La mobilisation d'autres institutions reste à mettre en œuvre.....	42
4.3.3	Des modes de fonctionnement très diversifiés.....	44
4.4	<i>Une formation des acteurs qui reste insuffisante</i>	45
4.5	<i>Une démarche participative encore balbutiante</i>	45
4.5.1	La trop faible participation des habitants.....	45
4.5.2	Un problème de représentation de la santé et de l'obésité.....	46
4.5.3	Favoriser la participation.....	47
4.6	<i>L'évaluation : un chantier à mettre en œuvre</i>	47
4.7	<i>D'autres éléments émergent</i>	48
5 -	DISCUSSION	49
5.1	<i>Limites de l'étude</i>	49
5.2	<i>Discussion des résultats</i>	49
5.2.1	Des freins structurels	50
5.2.2	Des freins institutionnels	51
5.2.3	Une absence de données locales concernant la prévalence de l'obésité chez l'enfant.....	53
5.2.4	Des freins culturels	54
5.2.5	Un manque d'investissement dans le domaine des activités physiques et sportives	55
5.3	<i>Préconisations</i>	56
5.3.1	Animer et piloter.....	56
5.3.2	Soutenir	57
5.3.3	Accompagner les actions de prévention de l'obésité :.....	58
5.3.4	Développer l'évaluation :.....	59
5.4	<i>Rôle du MISP</i>	59

CONCLUSION	61
Bibliographie	63
Glossaire	72
Liste des annexes	75

Liste des sigles utilisés

Acsé : Agence nationale pour la cohésion sociale et à l'égalité des chances
AFSSA : Agence française de sécurité sanitaire des aliments
ASV : Atelier santé ville
CMS : centre municipal de santé
CNA : Conseil national de l'alimentation
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CODES : Comité d'éducation pour la santé
COPIL : Comité de pilotage
CRS : Conférence régionale de santé
CS 24 : Consultation du 24^{ème} mois
CUCS : Contrat urbain de cohésion sociale
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS : Direction générale de la santé
DIV : Délégation interministérielle à la ville
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRASSIF : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île de France
DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
EPODE : Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants
ERE : Équipe de réussite éducative
IA : Inspection Académique
IASS : Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
IDF : Île-de-France
IMC : Indice de masse corporelle
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS : Institut national de veille sanitaire
IOTF : International obesity task force
GRSP : Groupement régional de santé publique
LSP : Loi de santé publique
MEN : Médecin de l'éducation nationale
MISP : Médecin inspecteur de santé publique
OMS : Organisation mondiale de la santé
OPEPS : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé
ORSIF : Observatoire régional de la santé d'Île de France

PdV : Politique de la ville

PRE : Programme de réussite éducative

PMI : Protection maternelle et infantile

PrLSP : Programme local de santé publique

PNNS : Programme national nutrition santé

PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

PRSP : Plan régional de santé publique

REP : Réseau d'éducation prioritaire

REPOP : Réseau de prévention de l'obésité pédiatrique

SCHS : Service communal d'hygiène et de santé

WHO : World health organisation

ZEP : Zone d'éducation prioritaire

INTRODUCTION

L'obésité infantile : un problème de Santé Publique

L'Organisation Mondiale de la Santé définit l'obésité comme « *un excès de masse grasse qui entraîne des conséquences néfastes sur la santé* ». C'est, selon cette organisation, la « *première épidémie non infectieuse de l'histoire* » considérée comme « *un contributeur majeur au poids global des maladies* » (WHO, 1997).

La progression de l'obésité chez l'enfant a suscité une prise de conscience des acteurs sanitaires et a conduit à la mobilisation de la plupart des pays occidentaux.

En France, les autorités sanitaires évoquent « *une crise en devenir* » sans toutefois parler d'une situation de gravité¹. Ainsi, dans notre pays, la proportion d'enfants obèses ou en surpoids a connu une augmentation de 20 % ces vingt dernières années pour représenter aujourd'hui, selon l'INSERM, 18%² des 5 -18 ans avec une hausse plus importante pour les obésités sévères. En outre, cette pathologie s'exprime de plus en plus tôt : un enfant sur six présente un indice de masse corporelle* supérieur au 97^{ème} percentile* en grande section de maternelle, soit deux fois plus qu'il y a une quinzaine d'années³.

L'obésité, si elle est d'origine multifactorielle, associe généralement une alimentation déséquilibrée et une activité physique insuffisante mais l'analyse de sa répartition montre de fortes disparités sociales et territoriales.

En effet, l'obésité affecte plus particulièrement les populations de faible niveau socio-économique. Ces disparités ont de plus un caractère précoce, puisque des différences sociales marquées en matière d'obésité s'observent dès l'âge de six ans.

Chez les enfants, le risque est important de voir cette obésité impacter leur vie d'adulte en raison des conséquences lourdes en terme de morbidité et de mortalité prématurée*.

Une priorité dans le département de Seine-Saint-Denis

L'Île-de-France est l'une des régions les plus touchées par l'affection, les études révèlent en effet, une augmentation importante et récente de la prévalence* de l'obésité, particulièrement sensible en zones d'éducation prioritaire*, zones fortement touchées par la précarité.

Le rapport sur la santé des franciliens de mars 2007 confirme ces inégalités territoriales et sociales de répartition de l'obésité infantile.

¹ Houssin Didier : rencontres parlementaires : « *l'obésité un nouveau défi pour notre société* » 14 décembre 2006.

² Selon les normes IOTF, (le chiffre est de 16,2% selon les normes françaises).

³ Avis n°54 du Conseil national de l'alimentation, p. 13.

La Seine-Saint-Denis est du fait de ses particularités économiques, sociales et démographiques, en tête des départements affectés par l'obésité infantile dans la région. En témoignent les chiffres fournis par la récente enquête des médecins de l'Education Nationale qui fait apparaître des valeurs très supérieures à la moyenne nationale⁴.

Une affection qui appelle des réponses à tous les niveaux

La lutte contre l'obésité infantile est un enjeu à la fois :

- Sanitaire, du fait des conséquences lourdes de cette affection en particulier à l'âge adulte
- Social, en raison de l'inégale répartition de cette pathologie.
- Economique, le coût de l'obésité est estimé entre 2% et 7 %⁵ des dépenses de santé.

La réponse à l'accroissement de l'obésité pédiatrique demande une mobilisation de l'ensemble des acteurs impliqués dans le domaine de la nutrition, aux différents échelons du territoire, afin de mettre en place des stratégies préventives. L'efficacité de cette prévention réside dans sa capacité à lutter contre l'ensemble des déterminants de cette affection, à être globale et multipartenariale.

Les pouvoirs publics ont donc décidé d'intervenir pour infléchir cette évolution : la mise en place, en 2001, du premier Programme National Nutrition Santé (PNNS), puis du deuxième pour la période 2006-2010, a fait de la lutte contre l'obésité, une priorité nationale de santé publique. Un objectif majeur de ce programme est de stabiliser la prévalence de l'obésité pédiatrique dans les cinq prochaines années. Cette priorité a, par ailleurs, été reprise dans le Plan Régional de Santé Publique d'Île-de-France (PRSP).

Les programmes insistent sur la nécessité de cibler les populations en situation de précarité et de favoriser les actions locales de prévention et de promotion de la santé impliquant les acteurs de terrain. De nombreuses initiatives locales ont ainsi été mises en place sous l'impulsion du PNNS.

Cependant le rapport du Sénateur Gérard Dériot⁶ souligne les faiblesses de ces actions. Ainsi, elles sont trop souvent dispersées voire « émietées », ce qui nuit à leur cohérence ; elles reposent trop souvent sur le bénévolat et des financements non pérennes ce qui limite leur durée dans le temps et elles ne bénéficient pas d'une évaluation rigoureuse. Elles souffrent aussi d'une insuffisance de cadrage méthodologique. Le rapport insiste également sur les obstacles rencontrés par les programmes de prévention de l'obésité, qui se heurtent

⁴ Ginioux C., Grousset J., Mestari S. et al. *Prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant et l'adolescent scolarisé en Seine-Saint-Denis*. Santé publique, 2006, vol. 18, n°3. pp. 389-400.

⁵ Expertise collective INSERM. *Obésité : bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge*. 2006, p.55.

⁶ Rapport de l'OPEPS, Gérard Dériot. *Obésité : Comprendre, aider, prévenir, principaux constats et principes d'actions* - <http://www.senat.fr.rap/r05-008/r05-00825.html>,

notamment aux déterminants socio-économiques contribuant au développement de cette affection.

Une implication du médecin inspecteur de santé publique (MISP)

Croissance de l'obésité chez l'enfant, prévention, inégalités sociales de santé... sont des questions de Santé Publique auxquelles est confronté le MISP en Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Ce dernier est en effet chargé d'animer et de décliner les programmes nationaux et régionaux de santé publique au niveau local. La nutrition fait partie de son champ de compétence à travers le PNNS et le volet nutrition du PRSP, même si le sujet n'est toujours une priorité départementale.

En outre, le MISP par ses missions, doit pouvoir participer à la lutte contre les inégalités sociales de santé, un des objectifs prioritaires de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique⁷. Il peut ainsi contribuer au pilotage départemental d'un dispositif tel que celui des ateliers santé ville, qui représente l'une des déclinaisons territoriales des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

À l'occasion de mon stage en région Île-de-France (IDF), j'ai été alertée par les chiffres relatifs au surpoids et à l'obésité dans le département de Seine-Saint-Denis et ce, malgré la mise en place de nombreuses actions locales dans le domaine de la prévention de l'obésité chez l'enfant sur ce territoire.

J'ai fait le choix initial de consacrer mon étude à ces actions avec le souci d'en comprendre les facteurs de réussite ou d'échec. Ayant constaté une implication forte et un intérêt croissant des **ateliers santé ville (ASV)** de Seine-Saint-Denis pour cette thématique, j'ai dirigé mes investigations en direction de ce dispositif en tentant d'appréhender la façon dont ces derniers s'emparaient de la question de l'obésité chez l'enfant mais aussi quel pouvait être le rôle du MISP concernant l'accompagnement d'un tel dispositif.

L'atelier santé ville, un outil de promotion de la prévention de l'obésité chez l'enfant ?

Il convient de s'interroger sur le dispositif ASV et d'observer la mise en œuvre de programmes locaux de santé publique (PrLSP) ou d'actions coordonnées sur le thème de la prévention de l'obésité de l'enfant dans le cadre de la démarche ASV. Ceci afin d'évaluer la plus-value d'un tel dispositif en particulier au regard des critiques formulées dans le rapport Dériot et des recommandations du PNNS concernant la prévention de l'obésité chez l'enfant.

⁷ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, article 2, alinéa 7.

La circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000⁸ relative à la mise en œuvre des Ateliers Santé Ville présente le cahier des charges et les principales caractéristiques des ASV :

L'atelier santé ville, outil d'animation et de programmation d'une politique territoriale de santé publique, a vocation à coordonner des actions émergeant d'un diagnostic local grâce à la mise en place d'un réseau partenarial et à une démarche participative. Cette programmation est un outil permettant la déclinaison locale des politiques de santé publique en articulant les priorités régionales, départementales et locales.

L'ASV peut donc apparaître comme un dispositif innovant susceptible de se saisir localement de la question de l'obésité infantile en ciblant les populations les plus défavorisées.

La question principale est la suivante :

Quels sont les freins observés dans la programmation d'actions de prévention de l'obésité infantile en Seine-Saint-Denis à travers les ateliers santé ville ?

Cette question centrale peut se décliner en quatre sous-questions :

- Les ASV agissent-ils dans le cadre d'un diagnostic local partagé ayant mis en évidence l'obésité comme un problème perçu à l'échelle locale ?
- La programmation d'actions de prévention de l'obésité dans le cadre des ASV permet-elle de décliner les objectifs du PNNS et du PRSP ?
- Les ASV permettent-ils le développement d'un véritable réseau partenarial avec l'ensemble des acteurs concernés par la question de l'obésité chez l'enfant ?
- Les ASV mettent-ils en place une démarche participative impliquant notamment les parents des enfants concernés par ces actions de prévention afin de lutter plus efficacement sur les déterminants socio-économiques de l'obésité ?

L'étude s'efforcera de répondre à ces questions, en présentant dans un premier temps l'obésité, son évolution et ses facteurs de risque, puis en détaillant ensuite la politique de prévention de l'affection en France, en mettant en évidence l'articulation entre niveau national, régional et local. Elle présentera ensuite le dispositif des ASV en France et en Seine-Saint-Denis.

Les deux dernières parties, consacrées à l'implication des ateliers santé ville dans le département de Seine-Saint-Denis sur le thème de l'obésité infantile, ont pour but de mettre en évidence les faiblesses mais aussi les atouts du dispositif ainsi que le rôle du médecin inspecteur de santé publique notamment concernant l'accompagnement du dispositif.

⁸ Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville dans le volet santé des contrats de ville (2000-2006).

1 - UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE... DES RÉPONSES

1.1 L'OBESITE CHEZ L'ENFANT : UN PROBLEME MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE...

L'obésité chez l'enfant peut-être estimée par la mesure de l'indice de masse corporelle* (IMC) mais cet indice variant avec l'âge, il est nécessaire d'une part, d'utiliser des courbes de référence et d'autre part, de définir des seuils. Toutefois, courbes d'IMC et seuils de référence diffèrent selon les pays. C'est pourquoi en 2000, une définition internationale de l'obésité de l'enfant a été adoptée⁹: Ainsi, le surpoids s'observe pour des courbes de centiles atteignant à 18 ans la valeur de **25** (courbe de centile IOTF C25), et l'obésité pour des courbes de centiles atteignant à 18 ans la valeur de **30** (courbe de centile IOTF C30).

Ce nouveau consensus permet d'effectuer des comparaisons entre différents pays.

En France, un IMC¹⁰ **supérieur au 97^{ème} percentile** définit l'obésité. Cependant, en 2001, dans un souci de simplification clinique, un groupe d'experts a proposé une nouvelle présentation des courbes de corpulence, intégrant les courbes françaises et les courbes de centiles IOTF C30, permettant ainsi de distinguer deux degrés d'obésité : [figure1]

- L'obésité de degré 1 pour des IMC égaux ou supérieurs au 97^e percentile des courbes d'IMC françaises (proche du centile 25 IOTF, et donc de la définition du surpoids par l'IOTF).
- L'obésité de degré 2 pour les IMC égaux ou supérieurs à la courbe IOTF C30 (correspondant à la définition de l'obésité pour l'IOTF).

Auteurs	Termes utilisés	Seuils
Rolland-Cachera	Obésité	97 ^{ème} percentile des références françaises
IOTF	Surpoids Obésité	Centile IOTF C-25 Centile IOTF C- 30
Courbes du PNNS adaptées à la pratique clinique	Obésité degré 1(ou surpoids) Obésité degré 2 (ou obésité)	97 ^{ème} percentile des références françaises Centile IOTF C- 30

Figure 1 : tableau comparatif des termes et seuils utilisés pour définir le surpoids et l'obésité chez l'enfant

⁹ Cette définition a été établie par l'international obesity task force (IOTF) à partir des courbes de référence de six pays.

¹⁰ Courbes de Rolland Cachera (introduites dans les carnets de santé depuis 1995).

L'IMC, s'il constitue actuellement le meilleur reflet de l'adiposité, comporte toutefois des limites : ainsi, cet indice ne permet pas d'estimer la morbidité à l'âge adulte. Néanmoins, il constitue un moyen fiable pour évaluer le statut pondéral de l'enfant et effectuer des comparaisons à la fois géographiques et sociales.

1.1.1 Une pathologie dont la prévalence est en progression constante

Selon l'enquête ObEpi 2000, 13,3% des enfants français de 2 à 17 ans sont en surpoids ou obèses. Entre l'âge de 6 et 8 ans cette proportion est plus élevée puisqu'elle atteint 18,1 % (enquête Cnam-Invs 2000, normes IOTF).

L'analyse de données, provenant de différentes sources¹¹, fait apparaître une augmentation constante de l'obésité chez l'enfant, différente selon les régions et l'âge de la population observée. Ce phénomène est inquiétant car il semble s'accélérer ces dernières années et concerne particulièrement les obésités massives. En outre, l'obésité se développe de plus en plus précocement et paraît maintenant associée à des pathologies qui, jusqu'à présent, n'affectaient que les adultes.

Une étude menée par l'Education nationale a montré que l'obésité a progressé d'un 1/3 entre 1992 et 2000 pour les enfants de 5 à 6 ans, d'autres travaux ont mis en évidence un triplement des chiffres en 20 ans¹² (Rolland-Cachera et coll.).

Cette hausse est plus importante pour les obésités sévères (multipliées par 5 en 16 ans), que pour les obésités modérées qui elles ont été multipliées par 2 au cours de la même période¹³.

1.1.2 Des conséquences sanitaires mais aussi psychosociales importantes

L'obésité chez l'enfant est à l'origine de pathologies associées constatées dans les formes sévères, mais également de conséquences psychosociales non négligeables.

D'après l'OMS, le retentissement psychosocial et la persistance de l'obésité à l'âge adulte, sont les principales conséquences de l'obésité de l'enfant

- a) Des conséquences sanitaires dominées par le développement de facteurs de risque cardiovasculaires

Certaines affections sont associées à l'obésité sévère de l'enfant. Ainsi, outre des complications respiratoires ou orthopédiques ; une augmentation de la pression artérielle, des

¹¹ INSERM, expertise collective. *Dépistage et prévention de l'obésité chez l'enfant*, 2000

¹² <http://www.jand-hd-ibd.net/pdf/Rolland-Cachera.pdf>

¹³ B. Oberkamp, rencontres parlementaires. *L'obésité un nouveau défi pour notre société*. 14 /12/2006.

troubles endocriniens (puberté précoce, aménorrhée) ou métaboliques (insulinorésistance pouvant évoluer vers un diabète de type 2, dyslipidémie) peuvent être observés.

Hypertension artérielle, dyslipidémie et diabète de type 2 (que l'on croyait jusqu'à présent réservé à l'adulte) constituent des facteurs de risque cardiovasculaires reconnus.

Les différentes études épidémiologiques concluent à une association entre l'obésité dans l'enfance et une surmortalité à l'âge adulte de 50 à 80 %, d'origine essentiellement cardiovasculaire¹⁴.

Lorsque l'obésité est modérée, si les signes cliniques sont le plus souvent inexistantes ou discrets, les valeurs moyennes de la tension artérielle, du cholestérol total et des triglycérides, sont plus élevées que dans une population d'enfants de poids normal.

b) Des conséquences psychosociales non négligeables

Les enfants obèses sont fréquemment l'objet de moqueries et d'une stigmatisation, de la part des autres enfants voire des adultes, et peuvent adopter des conduites d'évitement et d'isolement.

Cette stigmatisation conduit à un cercle vicieux psychologique et social [fig. 2]. En effet, elle provoque une désocialisation, qui, en favorisant le développement de troubles du comportement alimentaires plus ou moins compensatoires, va à son tour favoriser l'obésité.

Les observations font état chez l'enfant obèse d'une mauvaise estime de soi et de troubles anxiodépressifs. La désocialisation et la dévalorisation accompagnant la stigmatisation ont un impact sur la réussite scolaire, à l'origine d'une tendance à la diminution des performances scolaires chez le jeune obèse (*expertise INSERM, 2000*).

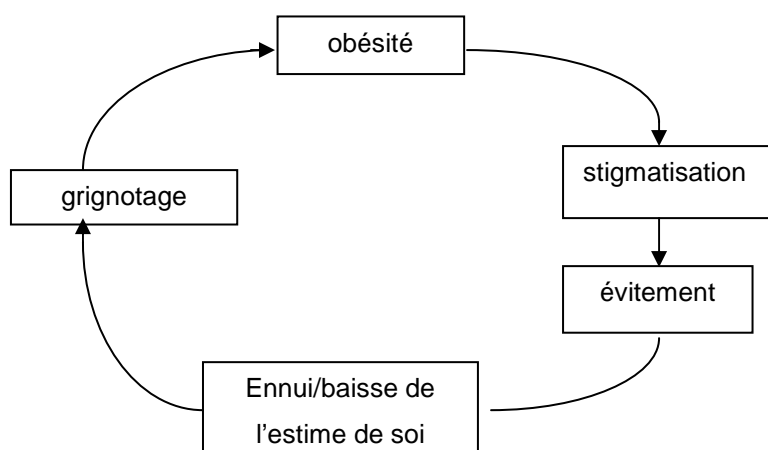


Figure 2 : « le cercle vicieux » de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent (d'après ML Frelut)

¹⁴ INSERM, expertise collective. 2000. *Op. cit.*, p. 39.

c) Un risque important de persistance de l'obésité à l'âge adulte

Une enquête¹⁵ sur la santé des élèves, réalisée en 2000-2001 a montré que 60 % des élèves de troisième en surcharge pondérale présentaient déjà un excès de poids à l'âge de 6 ans. Quant à la probabilité de persistance de l'obésité à l'âge adulte, elle varie de **20 à 50 %** si l'obésité s'est installée avant la puberté et de **50 à 70 %** après la puberté¹⁶. Chez le jeune enfant l'existence d'une l'obésité parentale accroît fortement ce risque¹⁷.

1.1.3 Une pathologie dont les causes sont multifactorielles

La plupart des spécialistes s'accordent de plus en plus aujourd'hui pour souligner la polyfactorialité en jeu dans l'étiologie de l'obésité. [Annexes. 3 et 4]

L'obésité résulterait de l'expression d'une susceptibilité génétique dans un environnement favorable : les travaux scientifiques montrent que cette affection relève de l'association de nombreux déterminants, comportementaux, psychologiques, sociaux et de facteurs de prédisposition biologiques en partie génétiques.

Cependant, quels que soient les facteurs impliqués, le surpoids et l'obésité sont toujours la résultante d'un déséquilibre entre apports et dépenses énergétiques.

a) Les facteurs génétiques

Des progrès importants ont été accomplis dans la compréhension des bases génétiques de l'obésité et de nombreuses études plaident en faveur de l'existence de facteurs génétiques : un petit nombre de gènes semblent être impliqué dans la corpulence et le pourcentage de masse grasse¹⁸.

Ainsi le risque d'obésité chez l'enfant est maximal lorsque ses deux parents sont obèses ou lorsque les deux sont en surpoids et que l'un au moins est obèse¹⁹.

b) Les facteurs environnementaux ou comportementaux

"Notre environnement est obésogénique hostile à une alimentation saine et à une activité physique quotidienne." ²⁰

¹⁵ Etude associant le ministère de l'éducation nationale, la DRESS et l'InVS.

¹⁶ INSERM, expertise collective 2000. *op.cit*, p. 33.

¹⁷ Vincelet C., Galli J. *Regard sur la santé des franciliens*. INSEE, mars 2007, p. 34.

¹⁸ INSERM, expertise collective. 2000. *op.cit*. p. 221.

¹⁹ Vincelet C., Galli J, *op. cit*. p. 34.

²⁰ N.Vercruysse, commission européenne, rencontres parlementaires du 14 décembre 2006.

- Les facteurs nutritionnels

Si l'alimentation est beaucoup plus diversifiée qu'il y a une cinquantaine d'années, les déséquilibres alimentaires sont au premier plan : la consommation de certains aliments (Soda, viennoiserie, biscuits sucrés), a "explosé" notamment chez les enfants, naturellement attirés par les goûts sucrés. Or, tous ces aliments, riches en lipides et en glucides rapides et hautement palatables*, ont une forte densité calorique (apport calorique important dans un petit volume) qui pousse à une consommation importante et par conséquent, trop riche en calories, pour obtenir un effet de satiété.

De plus, la disponibilité de ces produits les rend particulièrement accessibles.

D'une façon générale, la société est marquée par une déstructuration des repas avec une diminution du temps qui leur est consacré (disparition du repas traditionnel) ce phénomène favorise les prises alimentaires multiples et anarchiques (grignotage).

Des études récentes ont mis en évidence des facteurs nutritionnels précoces dans la genèse de l'obésité²¹ :

- Des facteurs favorisant l'obésité : obésité ou diabète maternel, dénutrition de la mère, surpoids mais aussi petit poids de naissance, diversification alimentaire trop précoce. Le tabagisme maternel est également mis en cause.
- Des facteurs protecteurs tels que l'allaitement maternel. D'une durée supérieure à 6 mois, il entraîne une diminution faible mais certaine, du risque de surpoids et d'obésité chez l'enfant.²²

Le rebond d'adiposité* avant l'âge de 6 ans, constaté chez la plupart des enfants obèses, plaide en faveur de l'existence de facteurs précoces responsables de l'obésité chez l'enfant.

- L'activité physique*

L'activité physique est un élément déterminant dans la constitution d'une obésité, toutefois ce n'est que récemment que ce facteur a été pris en compte²³.

Or, le niveau d'activité physique chez l'enfant est en baisse en France comme dans la plupart des pays industrialisés faisant de « l'inactivité physique un véritable problème de santé publique » (Haut comité de santé publique, 2000).

²¹ Professeur A. Basdevant. rencontres parlementaires : « l'obésité un nouveau défi pour notre société » 14 décembre 2006.

²²INSERM, expertise collective.Obésité : bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. 2006, p. 25.

²³ M.L.Frelut. Obésité de l'enfant et de l'adolescent. Encycl.Med.Chir.(Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés) AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 8-0317, 2002, 6 p.

Diminution de l'activité physique et hausse de la sédentarité* sont favorisés par la systématisation des transports motorisés, le développement des loisirs sédentaires (ordinateurs, jeux vidéos, ...) ou encore l'augmentation du temps passé devant la télévision. À ce sujet, les études suggèrent l'existence d'une corrélation étroite entre le temps passé devant le petit écran et le pourcentage de sujets obèses²⁴.

L'exposition à la publicité télévisée a un impact majeur : 10 % des programmes regardés par les enfants de 4 à 10 ans sont des publicités. Le mercredi, la publicité compte plus de 60% de spots alimentaires destinés aux enfants, dont la moitié concernent des produits gras et sucrés. Or, plusieurs rapports montrent que la publicité télévisuelle entraîne une augmentation de consommation de ce type de produits²⁵. De surcroît, un enfant n'a aucun regard critique sur la publicité, d'autant plus que celle-ci prend souvent la forme de dessins animés ou donne un rôle valorisant à l'enfant, le rendant donc plus sensible à la sollicitation publicitaire.

c) Des facteurs psychosociaux intriqués avec les autres facteurs

La répartition de l'obésité n'est pas aléatoire, le milieu social a une influence sur la prise alimentaire et l'activité physique.

Les études menées sur le sujet font état d'un taux d'obésité plus important dans les milieux défavorisés et immigrés²⁶, surtout en ce qui concerne les obésités graves pour lesquelles on retrouve plus fréquemment un niveau socio-économique défavorisé (on relève quatre à cinq fois plus d'obèses chez les enfants d'ouvriers que chez les cadres²⁷).

L'enquête triennale, réalisée en 1999/2000 en grande section de maternelle, montre une prévalence de surpoids et d'obésité plus élevée lorsque l'enfant est scolarisé dans un établissement en ZEP que lorsqu'il est situé en zone hors ZEP (17,3% contre 13,9 %) ²⁸. À ce sujet, un nombre important de données laissent à penser que la distribution sociale de l'obésité pourrait être associée à des niveaux d'éducation et économique plus faibles chez les parents²⁹.

La situation est particulièrement défavorable pour les ZEP situées en région parisienne³⁰. Le rapport de mars 2007 « regard sur la santé des franciliens³¹ », avec ce titre : « influence

²⁴ 8^{ème} congrès de l'obésité infantile, Paris, septembre 1998.

²⁵ <http://www.afssa.fr/Ftp/Afssa/24726-24728.pdf>

²⁶ 25 % des enfants de milieu défavorisés seraient en surpoids.
http://www.cres-paca.org/activites/pdf/actes_obesiteprecarite.pdf

²⁷ Avis n°54 du CNA, p.10.

²⁸ Guignon N., Niel X. *L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions*. N°250. Juillet 2003.

²⁹ Avis n°54 du CNA, p.10.

³⁰ Badeyan G., N. Guignon, *disparités régionales de l'état de santé des enfant de 5 à 6 ans*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°39/2003, 30 septembre 2003. pp. 181-184.

³¹ Vincelet C., Galli J. *Regard sur la santé des franciliens*. INSEE, mars 2007, p. 34.

déterminante de l'environnement familial sur l'obésité des enfants » souligne le lien marqué entre l'obésité des enfants et le niveau d'études des parents.

Les études concernant les achats alimentaires en fonction des revenus, révèlent de manière très nette, que les différences dans le contenu du « panier » des ménages se retrouvent dans les fruits et légumes frais³². Ce phénomène est probablement lié à leur prix élevé (le coût de la calorie est en baisse alors que le prix des fruits et légumes connaît une hausse d'un tiers³³) mais également à leur moindre attrait en raison d'une insuffisance d'informations concernant leurs qualités nutritionnelles. Pour des raisons similaires, et comme le montrent toutes les recherches ; ce sont les groupes les moins favorisés socialement qui pratiquent le moins d'activité physique.³⁴

Dans son ouvrage récent³⁵, Martin Hirsh pointe du doigt cette réalité sociale, au sujet des enfants pauvres voici ses propos lors d'un entretien :

« Ils souffrent plus souvent [...] de surpoids... La question de l'alimentation est particulièrement grave : les fruits et légumes sont chers [...] Le risque d'obésité est cinq fois plus élevé chez les enfants de chômeurs que chez les enfants de cadres! Les foyers démunis sont plus vulnérables à la pression publicitaire. On leur vend une part de rêve empoisonné. [...]! Nous sommes pris dans une course-poursuite assez folle. On court après des inégalités qu'on laisse se creuser! C'est vain, inefficace et coûteux pour la société. »

Sont également mis en évidence l'implication affective parentale, l'influence des modèles alimentaires parentaux ainsi que la façon dont s'exercent les contrôles parentaux sur l'alimentation des enfants.

Les facteurs psychologiques peuvent également jouer un rôle déterminant dans la constitution d'une obésité. Le comportement alimentaire est en effet très sensible au stress et aux émotions³⁶. Enfin, ce comportement est étroitement lié au développement affectif et repose sur des habitudes familiales, sociales et culturelles. Cette réalité est à intégrer dans les actions de prévention.

³² Rapport Dériot, chapitre ; « les difficultés de lutte contre l'obésité ». http://www.senat.fr/rap/r05-008/r05-008_mono.html#toc1

³³ Ibidem.

³⁴ L'homme malade de sa sédentarité, Le Figaro, 04/12/2006, p.12.

³⁵ Hirsh Martin: la pauvreté en héritage : deux millions d'enfants pauvres en France. Robert Laffont, novembre 2006.

³⁶ N. Rigal, rencontres parlementaires, l'obésité un nouveau défi pour notre société, 14 /12/2006

La progression de l'obésité infantile apparaît donc comme directement en lien avec les évolutions sociétales à l'origine de modifications des habitudes alimentaires et d'un mode de vie plus sédentaire, favorables au développement de l'obésité.

Ce phénomène touche particulièrement les populations vulnérables. La société doit donc s'interroger sur les corrections à apporter notamment concernant l'environnement de l'enfant et de sa famille afin de mettre en place une politique de prévention efficace.

1.2 LA PREVENTION : UNE REPONSE ESSENTIELLE

Les actions de prévention de l'obésité infantile devraient intervenir le plus précocement possible, avoir pour cadre général la promotion de la santé et s'inscrire dans une approche environnementale³⁷ ; l'objectif étant de construire autour de l'enfant un environnement favorable à l'activité physique et à une alimentation « saine ». Une telle conception de la prévention nécessite l'implication de toutes les parties prenantes de la société et un renforcement de la coordination de l'ensemble des politiques publiques (santé, transport, éducation).

Afin de mettre en place des stratégies efficaces, celles-ci doivent donc être globales, participatives, multipartenariales et permettre des modifications de l'environnement³⁸.

1.2.1 Une nécessité : agir dans un cadre de promotion de la santé

En raison de la polyfactorialité de cette pathologie, de la nécessité de tenir compte de l'environnement de la personne, et de mettre en place des stratégies d'actions globales et utilisant une approche participative, la politique de prévention de l'obésité s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé. C'est ce que souligne le professeur Arnaud Basdevant, lors d'un entretien récent, accordé à la revue « santé de l'homme³⁹ : « *Ma conviction est que l'on a intérêt à faire plus de promotion de la santé que de prévention de l'obésité* ».

La charte d'Ottawa définit la promotion de la santé comme : « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci⁴⁰ ». Agir dans ce cadre c'est :

Agir sur l'ensemble des déterminants de l'obésité : la prévention de l'obésité infantile passe en effet, par la prise en compte de l'ensemble des déterminants de cette obésité. Elle nécessite le développement de nouvelles approches. Il apparaît essentiel que celles-ci ne

³⁷ AVIS n°54 du CNA, p. 40.

³⁸ « Changer les environnements revient à dire qu'il faut rendre les choix santé faciles et les choix moins santé plus difficile ».

³⁹ Basdevant A. *Obésité des jeunes, une maladie en pleine progression*. La santé de l'homme n°386, p. 5.

⁴⁰ Extrait de la charte d'Ottawa, 21 novembre 1986.

soient pas uniquement axées sur le renforcement de l'information et des compétences de l'individu (prévention active) mais qu'elles soient associées à une modification de l'environnement afin de changer les comportements (prévention passive⁴¹). L'objectif est de favoriser des choix alimentaires « appropriés », l'activité physique et sportive et la lutte contre la sédentarité (Ce dernier point, apparaît comme l'un des facteurs clés de la prévention de l'obésité chez l'enfant⁴²). En effet, les actions dirigées sur le seul individu et sur son éducation n'ont, au mieux, qu'un faible impact⁴³.

Cependant agir sur les comportements demande de prendre en compte la dimension sociale, affective et culturelle de ceux-ci.

Agir de manière coordonnée : les diverses actions mises en place nécessitent l'implication de l'ensemble des acteurs concernés dans des domaines aussi divers que la politique, l'économie, l'agroalimentaire ou l'éducation, mais leur coordination et leur cohérence sont également essentielles. Le rapport Dériot⁴⁴, à ce sujet, évoque la nécessité « d'actions concertées et cohérentes sur le plan national, ciblant les différents niveaux et impliquant de nombreux secteurs d'intervention ».

L'exemple le plus manifeste d'incohérences dans le domaine de la nutrition est celui des interactions parfois contradictoires entre une politique nutritionnelle équilibrée et les intérêts de lobbies agricoles (citons par exemple, la campagne en faveur du sucre en 2005/2006).

Agir de manière adaptée et viser l'égalité en matière de santé

Lutter contre l'obésité infantile en visant les populations les plus exposées grâce à une politique de prévention adaptée, est essentiel. En matière de prévention de l'obésité, les aliments dont on souhaite augmenter la consommation sont les plus coûteux et, paradoxalement, les aliments les plus denses énergétiquement sont ceux qui fournissent les calories les moins chères. Le coût d'un régime alimentaire, conforme aux recommandations, constitue dès lors un obstacle pour les ménages modestes et comporte le risque de majorer les inégalités sociales observées en terme de répartition de l'obésité. De même, l'accessibilité et la disponibilité des lieux et équipements, représentent un frein économique à la pratique des activités physique et sportives parmi les personnes de faible niveau socio-économique. À ce sujet, Martin Hirsh, dans un numéro récent du bulletin épidémiologique hebdomadaire⁴⁵,

⁴¹ Le concept de prévention jouant sur des modifications de l'environnement est qualifiée par certains de prévention « passive » ou « sans effort », elle est fondée sur des actions n'impliquant pas en premier lieu les individus.

⁴² Avis 54 du CNA p. 54.

⁴³ Rapport Dériot chap. *programmes et actions de prévention au plan international*. http://www.senat.fr/rap/r05-008/r05-008_mono.html#toc27.

⁴⁴ *ibidem*.

⁴⁵ HIRSCH M. *La réduction des inégalités est au cœur de la cohésion sociale*. BEH pp. 2-3. 23 janvier 2007

observe que les grandes politiques de prévention, contre les comportements alimentaires à risque notamment, ont davantage tendance à aggraver les inégalités qu'à les réduire.

1.2.2 D'un programme national à la déclinaison d'actions locales

« La prévention de l'obésité chez l'enfant doit être « pilotée, affichée, coordonnée.. »⁴⁶

a) Le PNNS: la mise en place d'une politique nutritionnelle au niveau national

Le niveau national intervient au niveau de l'expertise, de la cohérence des actions, des orientations stratégiques, de l'élaboration des référentiels. C'est également à ce niveau que se mettent en place les actions et les options majeures concernant l'offre alimentaire, le marketing et les mesures concernant les activités physiques et sportives.

Le premier programme national nutrition santé (PNNS), établi pour une durée de cinq ans (2001-2005) exprime une politique nutritionnelle de santé publique.

S'appuyant sur les travaux d'experts, ce programme fixe le cadre de la politique nationale en matière de nutrition afin de définir les repères de consommation pour l'ensemble de la population et des objectifs accessibles et chiffrables sur une période donnée.

Le 6 septembre 2006, Xavier Bertrand⁴⁷ a annoncé le lancement du deuxième PNNS qui doit « amplifier la dynamique » suscitée par le premier plan, pour la période 2006-2010.

Ce deuxième programme, basé sur les recommandations du professeur Serge Hersberg, les travaux du CNA et le rapport de l'OPEPS (rapport Dériot)⁴⁸, reprend les grands axes du premier programme en mettant l'accent sur les problèmes de surpoids et en affichant de nouvelles ambitions en matière de prévention et d'éducation pour la santé.

L'enjeu du PNNS réside dans sa capacité à assurer la complémentarité, la cohérence et la synergie entre niveau national et local et entre les actions au niveau local. Sa réussite dépend de la capacité des acteurs de terrain à s'approprier les outils et les objectifs du PNNS et à développer des actions.

Avec la mise en place du PNNS, la France fait de la nutrition l'une de ses priorités, même si cette mise en place semble être intervenue avec retard⁴⁹ par rapport au cri d'alarme de l'OMS en 1992 lors de la conférence internationale sur la nutrition à Rome.

⁴⁶ *L'obésité n'est pas une fatalité*, intervention du Professeur Ricour lors de la conférence de presse de lancement de la journée nationale de prévention des assureurs santé le 8 novembre 2005.

⁴⁷ En septembre 2006, Xavier Bertrand était ministre chargé de la santé.

⁴⁸ http://www.senat.fr/rap/r05-008/r05-008_mono.html#toc27.

⁴⁹ Rapport Dériot, étude de l'INSERM, *programme et actions de prévention en France*, p.1.

L'objectif général du PNNS est « l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : La nutrition. »

Le programme se fixe un objectif général et des objectifs prioritaires ou spécifiques. La lutte contre l'obésité infantile fait partie des neuf objectifs prioritaires de ce programme, ainsi, l'objectif n°8 vise : « **l'interruption de l'augmentation particulièrement élevée au cours de ces dernières années de la prévalence de l'obésité chez l'enfant** » en particulier en favorisant les repères pour une alimentation saine et en réduisant la sédentarité chez les enfants. Ces derniers apparaissant comme une cible privilégiée.

Le premier programme, dans son axe n°1 « informer, orienter, éduquer », s'appuyait sur la promotion des fruits et légumes ou encore la diffusion de guides alimentaires spécifiques et d'outils pédagogiques.

Le deuxième PNNS prévoit de nouvelles orientations : une place plus importante aux activités physiques et sportives, un renforcement des outils d'éducation sanitaire, des actions ciblant davantage les populations défavorisées⁵⁰. Le programme souhaite impliquer davantage les acteurs associatifs et les collectivités territoriales, en particulier les villes, dans l'aménagement des espaces afin de promouvoir l'activité physique et sportive.

Dans ce cadre, de nouvelles dispositions sont adoptées : promotion des fruits et légumes frais grâce à des opérations « bons d'achats » ou soutien financier aux actions locales.

En outre, ce deuxième PNNS prévoit le développement de réseaux de proximité pour décliner les actions nationales et transmettre les informations adaptées aux différents publics en particulier dans les quartiers difficiles.

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004⁵¹ confirme ces orientations :

L'objectif n°12 se fixe comme ambition d' « interrompre la croissance et la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant », reprenant ainsi l'objectif n°8 du PNNS.

La loi comporte de plus un certain nombre de dispositions relatives à la prévention de l'obésité chez l'enfant. Ainsi, les distributeurs automatiques de boissons et de friandises ont été supprimés dans les établissements scolaires à la rentrée 2005 et l'article L.2133-1 du code de la santé publique prévoit que les messages publicitaires sur les boissons et les aliments sucrés ou caloriques doivent être assortis d'une information à caractère sanitaire. Cette disposition est entrée en vigueur le 1^{er} février 2007.

⁵⁰ Une des critiques adressée au PNNS1 était sa difficulté à atteindre les populations défavorisées.

⁵¹ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Tout comme les dispositions, prises en milieu scolaire

En lien avec le PNNS, le ministère de l'Éducation Nationale a diffusé une circulaire⁵² en 2001, concernant la composition des repas servis en restauration scolaire.

En outre, saisie par la Direction générale de la santé (DGS), l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) a rendu, le 3 mars 2004⁵³ un avis concernant la collation matinale en école maternelle. Elle a conclu à son caractère injustifié et susceptible d'apporter un message contradictoire au regard des actions de lutte contre l'obésité infantile. En conséquence, la lettre adressée aux recteurs d'Académie le 25 mars 2004 recommande la suppression de cette collation tout en envisageant des adaptations locales.

b) La nutrition : une priorité déclinée dans le plan régional de santé publique (PRSP) d'Île-de-France

Le PRSP⁵⁴ est un ensemble coordonné de programmes et d'actions, élaborés en interaction avec la conférence régionale de santé - qui contribue à la définition des objectifs- et mis en œuvre par un groupement régional de santé publique (GRSP).

Le PRSP d'Île-de-France constitue pour cinq ans (2006-2010) le cadre de référence de la politique de santé publique dans la région. Il résulte d'un diagnostic approfondi de l'état de santé des franciliens et de la prise en compte des plans et programmes existants, dont le PNNS. [Annexe 5]

Le diagnostic régional partagé en Île-de-France a permis d'identifier, à partir notamment des spécificités régionales et des plans stratégiques nationaux, 5 axes d'actions prioritaires. Ce diagnostic a mis en particulier en évidence, un phénomène de surcharge pondérale de l'enfant de 6 ans, associé à l'urbanisation, à la précarité et à la situation en ZEP⁵⁵.

En outre, la progression de l'obésité et du surpoids est très rapide puisque celle-ci a été proche de **30 %** entre 1997 et 2000, les courbes observées étant parallèles à celles des États-Unis.

La lutte contre l'obésité infantile a donc été retenue comme une priorité dans l'élaboration du PRSP (2006-2010); ce que traduisent deux objectifs développés dans l'axe prioritaire n° 3 « promouvoir des comportements favorables à la santé ».

⁵² Circulaire 2001-118 du 25/06/2001 relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments.

⁵³ AFSSA 03/03/04 Avis de l'Agence relatif à la collation matinale à l'école. <http://www.afssa.fr/Ftp/Afssa/22354-22355.pdf>

⁵⁴ La loi de santé publique identifie la région comme le niveau optimal de planification des actions et de coordination des acteurs. Le texte propose d'organiser la politique de santé publique dans le cadre de plans régionaux de santé publique (art. L1411-11 LSP), arrêtés par le préfet.

⁵⁵ PRSP Île de France, 2006-2010.

L'objectif 23 vise à prévenir l'obésité infantile (0-11 ans⁵⁶), notamment par l'éducation critique à la consommation [...] et l'objectif 24 vise à lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie en associant une alimentation équilibrée et diversifiée.

Par ailleurs, les objectifs 26 et 27 de l'axe 4 « promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale » et déclinés dans le PRAPS ciblent spécifiquement les populations en situation de précarité.

La conférence régionale de santé (CRS), lors de son avis du 29 mars 2006, s'est prononcée favorablement sur ces deux axes et a formulé des recommandations. Ainsi, la CRS insiste sur l'importance de la territorialisation des actions de santé et indique que **les Ateliers Santé Ville (ASV) sont des dispositifs qu'il convient de soutenir**. Elle précise qu'une attention particulière sera portée aux familles vivant dans des conditions socio-économiques défavorables, étant donné le lien entre obésité et milieu social. Par conséquent, elle souhaite mettre l'accent sur les actions permettant d'agir sur les inégalités de santé.

Toutes ces actions s'ajoutent aux différents modes d'intervention et actions du programme spécifique : « programme de santé des jeunes en milieu scolaire », mis en place dans le cadre du PRSP⁵⁷ et dont l'ambition est de permettre à chaque élève d'adopter des comportements positifs en matière de santé et ce, dès l'école maternelle.

La Conférence recommande une plus grande complémentarité de ce dispositif avec le programme « réussite éducative » menée dans le cadre de la politique de la ville et de ne pas exclure de la mise en œuvre de ce programme des intervenants extérieurs à l'éducation nationale.

Une implication du Réseau pour la Prise en charge et la Prévention de l'Obésité en Pédiatrie

Les réseaux de prévention de l'obésité pédiatrique ont été mis en place en 2003, à la demande du ministère de la Santé. Leur but est de coordonner de façon multidisciplinaire la prise en charge des jeunes patients obèses, leur dépistage et de promouvoir la prévention.

Fortement encouragés par le PNNS, les Répop sont actuellement implantés dans cinq régions françaises, dont l'Île-de-France. Le Répop Île-de-France est un réseau de soins ville-hôpital. Il couvre quatre départements : dont la Seine-Saint-Denis depuis 2005. Au-delà de la prise en charge des enfants en surpoids, la plupart ont mis en place des actions de prévention et d'éducation à la santé. Le Répop 93 a initié quelques actions dont une

⁵⁶ La tranche d'âge 0-11 ans a été choisie en raison d'actions visant plus spécifiquement le milieu familial et l'environnement extrascolaire.

⁵⁷ Il s'agit d'un des programmes obligatoires qui organisent l'action en direction de certains publics et mis en œuvre dans le cadre du PRSP.

formation pour les femmes relais et les sages femmes du département et a développé un partenariat avec la médecine scolaire et les services de PMI.

c) L'obésité infantile et la politique territoriale de santé en Seine-Saint-Denis

C'est au niveau local que se mettent en place la plupart des actions de prévention de l'obésité chez l'enfant⁵⁸. Plusieurs initiatives, encouragées, par le PNNS ou encore la conférence régionale de santé, ont été prises.

Ainsi le réseau des villes OMS qui comprend une soixantaine de villes (dont trois en Seine-Saint-Denis) adhérant au réseau des Villes Santé a développé un guide nutrition avec un souci de mettre en place des actions au plus près des besoins de la population. Les villes « actives PNNS » quant à elles, s'engagent à mettre en œuvre des outils d'information et d'éducation nutritionnelle, validés par le PNNS. Une ville du département a pour l'instant, décidé de devenir « ville active PNNS ».

Citons encore les projets portés par les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), les centres municipaux de santé (CMS) ou les actions de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Enfin, des projets coordonnés dans le cadre des ateliers santé ville se mettent en place sur les territoires de la politique de la ville.

La mise en place de politiques de santé publique à l'échelle locale dans le cadre de dispositifs s'inspirant des principes de la promotion de la santé se retrouve, en particulier, à travers la démarche initiée par les ateliers santé ville.

⁵⁸ Il n'existe pas de ville appartenant au réseau EPODE en Seine-Saint-Denis.

2 - LES ATELIERS SANTE VILLE, UN OUTIL DE PROMOTION DE LA SANTE

Le constat, en France, d'inégalités sociales et territoriales de santé et en particulier d'inégalités d'accès à la prévention pour les personnes en situation de précarité, a conduit les pouvoirs publics à développer une approche globale de la santé sur les territoires marqués par la précarité, en disposant d'un outil mobilisateur pour aborder les questions de santé en programmant et en développant des projets locaux de santé publique. Ces projets résultent d'une coproduction entre les élus et les services déconcentrés de l'Etat.

2.1 PRESENTATION DES ASV

Dispositif mis en place dans le cadre de la politique de la ville*, l'atelier santé ville (ASV) représente l'une des déclinaisons territoriales de la politique de santé publique mais peut également développer des outils et des stratégies propres sur les territoires de la politique de la ville. Il permet d'optimiser le volet santé de contrats de ville (CdV)* grâce à la programmation et à la mise en cohérence d'actions de santé au niveau local ainsi que l'optimisation des ressources.

Point de convergence entre deux politiques grâce à l'articulation du volet santé de la politique de la ville et du volet anti-exclusion de la politique de santé par le biais des (PRAPS), l'ASV permet le rapprochement des acteurs de santé et ceux de la politique de la ville.

Pour le chargé de mission de la direction générale de la santé⁵⁹, il s'agit d'une « *démarche inter institutionnelle d'animation et de programmation* ». Pour sa part, un consultant en santé publique⁶⁰ les considère comme la « *Cheville ouvrière de la construction d'une politique cohérente de santé publique* ».

2.1.1 Une histoire

La participation des villes à la politique de santé, à travers l'action des centres municipaux de santé par exemple, n'est pas nouvelle. Depuis 1997, diverses actions ont été mises en place dans le cadre de la politique de la ville puisque au XIème plan, les trois quarts des contrats de ville* comptaient un volet santé.

⁵⁹ Propos recueillis lors d'un entretien.

⁶⁰ Propos recueillis lors d'un entretien.

Cependant les actions pouvaient apparaître comme « émiettées » ou relevant du « bricolage » et ainsi perdre en efficacité. La nécessité de développer un outil permettant de donner une cohérence aux actions de santé au niveau local s'est donc imposée.

La création des ASV a été décidée par le comité interministériel à la ville le 14 décembre 1999 ; les villes en contrat de ville ont donc eu l'opportunité de se porter candidate à la mise en place de ce dispositif sur leur territoire.

Expérimentés dès l'année 2000 dans deux régions pilotes : Île-de-France avec une expérimentation conduite en Seine-Saint-Denis et Provence-alpes-côte-d'azur, les ASV se sont développés ensuite sur l'ensemble du territoire. Leur généralisation a été décidée dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale^{*61} (CUCS), afin de couvrir l'ensemble des quartiers prioritaires de la politique de la ville. On en compte à ce jour environ 150.

2.1.2 Un contexte : la territorialisation des politiques de santé

La démarche de territorialisation des politiques de santé remonte aux années 1990 avec la mise en place des schémas régionaux d'organisation sanitaire puis des programmes régionaux de santé. Une territorialisation plus poussée se met en place au début des années 2000 (animation territoriale de santé, atelier santé ville).

Cette démarche permet aux grandes priorités sanitaires, sociales et médico-sociales retenues au niveau national, de trouver leur traduction dans une approche davantage territorialisée des principales actions de santé notamment grâce au développement d'une politique de santé de proximité.

Ainsi, sur un territoire pertinent⁶², les choix stratégiques effectués au niveau national peuvent être déclinés en fonction des spécificités de la population locale, assurant ainsi des réponses plus efficaces aux besoins de santé perçus par les professionnels et les usagers.

Le rapport de l'IGAS « pour une politique de prévention » publié en 2003, souligne l'importance de ces actions de proximité, en précisant notamment que la mise en œuvre des actions de prévention doit s'effectuer au plus près de l'utilisateur.

La territorialisation permet la création d'une dynamique locale sur les questions de santé publique, notamment en associant professionnels et usagers mais aussi les élus. Elle favorise le décloisonnement entre les secteurs sanitaires et sociaux et une plus grande cohérence entre programmes de santé régionaux et locaux.

⁶¹ Mis en place en janvier 2007, les CUCS remplacent les contrats de ville, la santé y est l'un des cinq thèmes prioritaires.

⁶² En fonction des problèmes traités et des capacités d'actions locales.

Elle permet une meilleure prise en compte de la santé dans les projets de développement de ces territoires contribuant ainsi à la réduction des inégalités territoriales de santé.

La commune apparaît comme un échelon de proximité à privilégier puisque les villes, au-delà de leurs compétences réglementaires⁶³, ont une légitimité à se saisir de problèmes de santé publique.

En effet, l'échelon communal permet une meilleure approche des besoins et des attentes des habitants et facilite leur mobilisation sur les questions de santé. Le maire, en tant que représentant de l'État a le pouvoir de convoquer l'ensemble des acteurs de santé publique mais aussi de mobiliser des acteurs locaux issus de champs très divers et de les fédérer autour d'un projet commun. En outre, la commune dispose de leviers d'action du fait de ses compétences propres, qui lui permettent d'avoir une influence sur les déterminants de santé essentiels. Enfin, elle peut mettre en place des actions de proximité et mener des projets intégrant les priorités de l'État favorisant ainsi l'articulation entre politiques régionales et locales de santé publique.

Ainsi, si la Santé Publique est une compétence de l'État, les villes représentent une réelle valeur ajoutée pour décliner et surtout adapter cette politique au niveau local.

La difficulté pour les élus réside dans l'identification de leur rôle et de leur place dans le domaine de la santé publique.

2.1.3 Un cadre juridique

Un certain nombre de textes encadre la mise en place des ASV, notamment,

- Loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, qui instaure la mise en place des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins.
- La circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000, qui précise le cadre de référence et le cahier des charges des ASV.
- La loi du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, qui prévoit la déclinaison locale des PRAPS dans les ZUS, par le développement des ASV.
- Le comité interministériel du 9 mars 2006, qui instaure les contrats urbains de cohésion sociale en remplacement des contrats de villes et la circulaire interministérielle du 4 septembre 2006 qui prévoit la généralisation des ASV à l'ensemble des territoires comportant au moins une ZUS dans le cadre des CUCS.

⁶³ Loi municipale de 1884 sur l'hygiène publique.

- La loi de santé publique d'août 2004, qui comporte un objectif de réduction des inégalités de santé sociales et territoriales.

2.1.4 Leur objectif est la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

Les inégalités de santé des populations en situation de précarité expliquent en grande partie leur surmortalité prématurée⁶⁴. L'objectif des ASV est de lutter contre ces disparités de santé en améliorant la cohérence et la pertinence des actions destinées aux publics prioritaires des territoires de la politique de la ville.

a) Une méthodologie de projet [Annexe 7]

L'identification des besoins spécifiques des populations défavorisées et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie mais aussi le recensement des ressources disponibles, constituent une phase de bilan initial. Cette étape est indispensable à la construction d'un projet local de santé et à l'élaboration de programmes de santé adaptés, à partir de priorités de santé publique, identifiées. Ce diagnostic doit être un préalable à la définition d'objectifs précis susceptibles d'être évalués.

La constitution d'un réseau partenarial permet la coordination des différents acteurs (de santé mais aussi ceux de la politique de la ville) pour accroître la cohérence et l'efficacité des actions.

La mise en oeuvre de programmes d'actions concertés doit permettre de diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins.

La construction de protocoles de suivi et d'évaluation sur le plan quantitatif et qualitatif fait partie intégrante des ASV. Cette étape permet d'analyser l'impact des actions, d'apprécier le degré de participation de la population mais aussi d'apporter des corrections éventuelles.

L'évaluation est inscrite dans les CUCS: « *Pour satisfaire aux impératifs de lisibilité et d'efficacité, l'élaboration de projets locaux ou territoriaux de santé doit répondre à une méthodologie rigoureuse intégrant des éléments de pilotage commun, de suivi et d'évaluation* » (circulaire du 4 septembre 2006).

Le tableau de bord testé sur trois régions et diffusé à l'ensemble des ASV depuis le printemps 2007 est un outil de pilotage et de suivi du dispositif. Il est renseigné par le niveau local pour le niveau départemental, régional (GRSP) et national (DIV). Comportant différents indicateurs qualitatifs et quantitatifs (nombre de diagnostics, programmation d'actions, partenariat, participation de la population.....), Il représente un des outils de l'évaluation car il permet une bonne connaissance de l'activité et de son évolution.

b) Une dimension participative

Les ASV reposent sur une démarche participative qui associe les usagers à toutes les phases des programmes (diagnostic, définition de priorités, programmation, mise en œuvre et évaluation). Cette démarche est considérée comme un critère de qualité⁶⁵ dans les politiques locales de santé publique, notamment dans le cadre des PRAPS ou des ASV. Ainsi, prendre en compte les usagers et notamment les déterminants socioculturels de santé, est essentiel dans cette démarche qui favorise le développement de stratégies au plus près des besoins de la population. La participation permet au citoyen de devenir acteur de sa propre santé mais aussi d'être associé aux décisions le concernant.

« Il serait illusoire de penser qu'il est possible de mettre en œuvre avec succès à long terme des actions de prévention ne recueillant pas un large assentiment de la part des usagers. Outre qu'une telle tentation est potentiellement dangereuse dans la mesure où elle est de nature à ouvrir la voie à une intrusion institutionnelle dans des sphères de la vie relevant du privé et de l'intime, elle est par nature inefficace [...] une modification des comportements passe [...] par une implication de l'individu dans un projet qui le touche.⁶⁶ »

2.1.5 La mise en œuvre d'un atelier santé ville

a) La mobilisation des acteurs

L'impulsion à la création d'un ASV est avant tout départementale : la mise en place d'un ASV nécessite un engagement du sous-préfet à la ville et du Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

La direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) dispose d'un rôle à la fois pivot et moteur, elle permet la mobilisation des principales institutions concernées (Assurance maladie, Education Nationale, CAF...). Elle assure le copilotage des ASV et représente également une instance de suivi notamment en terme de formation des acteurs, d'accompagnement, d'actualisation des politiques de santé publique, d'évaluation et de capitalisation des expériences.

La mise en place d'un ASV exige une volonté forte des élus locaux notamment au niveau communal, de se porter candidats à la création d'un ASV. Elle engage les élus à la mise en œuvre d'une politique de santé publique adaptée au contexte local.

⁶⁴ Haut Comité de Santé Publique. Rapport. La santé en France, 2002, pp. 223-224.

⁶⁵ Lamoureux P. *L'approche participative dans un projet de santé*. La santé de l'homme, n°382, p. 12.

⁶⁶ Rapport IGAS : *pour une politique de prévention*. 2003, p. 288-289.

L'implication de l'ensemble des acteurs et structures des champs sanitaires et sociaux (médecins de ville, établissements de santé, services de santé scolaire, professionnels de l'éducation..) est primordiale.

b) Le recrutement d'un coordonnateur :

Son rôle est l'animation, l'aide à la concertation et le soutien méthodologique au niveau local. Il anime un réseau de proximité à l'échelle de quartiers prioritaires. Il apporte un soutien aux acteurs (par exemple les adultes relais) et valorise la participation des habitants dans les projets locaux de santé. Il est un des acteurs de la réalisation du diagnostic local partagé et de la programmation des actions. Il favorise la mobilisation des professionnels, d'élus, d'habitants.

c) Un comité de pilotage départemental mais aussi local

Le comité de pilotage départemental identifie et mobilise les ressources du département. Il assure la cohérence entre les différents niveaux d'intervention (en particulier entre le PRSP et les projets locaux de santé publique). Ce comité, animé par la DDASS, est composé notamment de représentants de la délégation interministérielle à la ville (DIV), des services de la préfecture chargés de la politique de la ville, de l'Assurance Maladie, de l'Inspection Académique, du Conseil Départemental de L'Ordre des Médecins, des collectivités territoriales, du chef de projet CdV/CUCS, des coordonnateurs des ASV. Un MISP peut faire partie de ce comité de pilotage.

Un comité de pilotage local coordonne les initiatives, élabore une programmation d'actions à partir des priorités identifiées et en assure le suivi et l'évaluation. Font partie de ce COPIL : le coordonnateur, l'élu à la santé, les professionnels des différents secteurs concernés, sont invités : des représentants de la DDASS, des collectivités territoriales ou de l'Assurance Maladie.

d) Un financement

Les ASV bénéficient d'un soutien financier de l'Etat. Ainsi, les crédits de la politique de la ville et le budget du GRSP assurent le développement ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre des projets locaux de santé publique⁶⁷. Le budget moyen d'un ASV est d'environ 60 000 €, consacré essentiellement au poste de coordonnateur. Sans être négligeable, ce budget reste bien en dessous des sommes accordées au titre de la politique de la ville.

La commune constitue également une source de financement pour l'ASV.

⁶⁷ Le GRSP finance les dépenses structurelles, les actions dans le cadre de la procédure d'appels à projet ainsi qu'une partie du poste de coordonnateur ; la politique de la ville l'ingénierie de projet.

A partir de 2008, le financement Etat des ASV s'effectuera par le biais du GRSP : les crédits à vocation sociale de la PdV seront transférés au groupement, par l'agence nationale pour la cohésion sociale et à l'égalité des chances (Acsé), la nouvelle structure de gestion des ASV.

2.1.6 Les points forts de l'ASV

- L'ASV permet de manière encadrée et financée de développer une approche globale des problématiques santé et précarité et d'engager des actions afin d'améliorer l'état de santé des publics concernés.
- Il incite les villes à mettre en œuvre une politique de santé publique adaptée à l'échelon local. Il favorise l'émergence d'un réseau partenarial entre différents secteurs.
- L'ASV n'est pas un dispositif supplémentaire il doit favoriser l'accès aux services sanitaires et sociaux de droit commun.
- Pour les structures déconcentrées, comme pour les élus locaux, ce dispositif favorise la transparence et la lisibilité des actions.
- Le financement conjoint de l'ASV par la ville et l'Etat favorise le rapprochement des deux politiques au service des populations. À travers l'ASV, se développe un partenariat Etat/commune.

2.2 LES ASV EN SEINE-SAINT-DENIS : UNE HISTOIRE PARTICULIERE

2.2.1 Contexte :

- a) Un département qui cumule des handicaps

La Seine-Saint-Denis présente une situation socio-économique et sanitaire dégradée. (*sources : tableau de bord du conseil général 93, <http://www.senat.fr/rap/ro6-049-1/r06-049-164.html>*)

Un territoire très urbanisé : la Seine-Saint-Denis comporte quarante communes dont plus de la moitié comptent plus de 30 000 habitants. Avec 1,4 millions d'habitants, la densité moyenne du département est de 5916 habitants /km².

Une situation économique défavorable : Le niveau de qualification est plus faible que dans la région : 24% des plus de 15 ans non scolarisés n'ont aucun diplôme (16% en Île-de-France). Le taux de chômage est important : il concernait 13,3 % de la population active en 2005 (pour une moyenne nationale à 9,2 %) et peut même atteindre plus de 20 % dans certains quartiers, les jeunes de moins de 25 ans étant particulièrement touchés. 14,5% des salariés occupent un emploi précaire. En outre, alors que l'Île-de-France se caractérise par le revenu moyen par foyer fiscal le plus élevé de France, celui de la Seine-Saint-Denis, le plus bas de la région, est inférieur à la moyenne nationale.

42% des établissements scolaires sont classés en ZEP avec une surreprésentation d'élèves issus de milieu socioprofessionnels défavorisés (48,8% contre 38% pour l'Académie).

Un département qui se caractérise par l'importance des situations de précarité : 10% des ménages vivent principalement des prestations des caisses d'allocations familiales (7% en IDF). La Seine-Saint-Denis est le deuxième département en nombre d'allocataires du RMI et celui ayant le taux de bénéficiaires de la CMU complémentaire le plus élevé de France métropolitaine, soit le double de la moyenne nationale.

Une situation sanitaire alarmante : concernant l'offre de soins, les chiffres révèlent un taux d'équipements hospitaliers inférieur à la moyenne régionale et une faible densité de professionnels libéraux qu'il s'agisse d'omnipraticiens (83/100 000 contre 93/100 000 en IDF) ou de spécialistes. Des observations similaires peuvent être faites au sujet des professionnels du secteur paramédical. Les indicateurs sanitaires sont préoccupants : la mortalité prématurée est la plus élevée d'Île-de-France et les études révèlent une surmortalité par tumeurs dans les deux sexes. En outre, le département est après Paris, le deuxième département le plus touché par le SIDA et la tuberculose.

Enfin, l'enquête réalisée par les médecins de l'éducation nationale fait apparaître des chiffres d'obésité chez l'enfant bien supérieurs à la moyenne nationale. [figure 3]

Age	Prévalence obésité France	Prévalence obésité 93
2 ans		14,5 % CS 24 93(2006)
2-6 ans (1)		17,8 % PMI 93 (2005)
6 ans (1)	14% (INSEE 2000)	19,5 % (3) (Inspection Académique 93, 2003-2004)
6 ans (2)	10,6% (DREES 1999 -2000)	13,9% idem
15 ans (2)	11,3% (DRESS 2000-2001)	14,3 % idem

(1) normes IOTF (2) normes françaises (IMC > 97^{ème} percentile) (3) conversion normes IOTF établie par le service épidémiologie et statistiques du service de PMI de la Seine-Saint-Denis

Figure 3 : Comparaison des chiffres de l'obésité en Seine-Saint-Denis et en France

b) Un département qui dispose néanmoins de nombreux atouts :

Avec près de 30 % de jeunes de moins de 20 ans (ce taux pouvant atteindre 35 % dans le nord du département) et 5% de personnes de 75 ans ou plus, la population est relativement jeune ce qui lui confère un certain dynamisme.

La vitalité économique est importante, puisque avec un grand nombre d'entreprises implantées sur le territoire, la Seine-Saint-Denis est classée au deuxième rang des départements les plus riches de France.

Concernant les ressources sanitaires, les structures de prévention non hospitalières sont particulièrement développées puisqu'on compte 66 centres de santé (soit 22% de la région) et 110 centres de protection infantile. En outre, l'implication des municipalités sur les questions de santé est ancienne. Certaines villes avaient développé des projets locaux de santé ainsi que de nombreuses actions dans le domaine de la nutrition. De plus, le département possède un tissu associatif particulièrement dense.

Largement bénéficiaire des politiques de la ville⁶⁸, le département a souvent été pilote pour la mise en œuvre ou l'expérimentation de nouveaux dispositifs : ainsi la Seine-Saint-Denis a été candidate à l'expérimentation des ASV dès l'année 2001.

2.2.2 La Seine-Saint-Denis a expérimenté le dispositif des ASV dès 2001.

Les premiers ASV ont vu le jour dans des villes souvent très engagées en matière de santé, prévention et lutte contre les exclusions.

Le département a bénéficié dès le démarrage d'un accompagnement fort de la DDASS, de l'association RESSCOM et de « profession banlieue » : le centre de ressources documentaires de la politique de la ville. Cinq ASV ont, à leur création, bénéficié du soutien méthodologique de RESSCOM. L'expérimentation s'est accompagnée de la mise en place, d'ateliers départementaux, de groupes de travail et de rencontres entre les acteurs afin de permettre la capitalisation des enseignements issus des observations des démarches en cours.

Le rôle de la DDASS a été essentiel : « elle a su mobiliser, concerter et associer les services du département (Conseil général), la CPAM et divers autres acteurs au sein du "comité de partenaires» assurant le suivi départemental de la démarche auprès et avec les villes⁶⁹. » La démarche a pu se développer en raison d'un engagement conjoint de l'Etat et des municipalités et en particulier grâce à la très forte implication d'une conseillère technique de la DDASS. Toutes les conditions étaient réunies affirme cette dernière : un sous-préfet et un directeur de DDASS qui ont « pris le dossier à cœur » et des villes qui « n'attendaient que ça ». Actuellement dix-neuf ASV sont mis en place dont deux en cours de développement et trois projets d'atelier santé ville ont été déposés à la DDASS. [annexe 6]

⁶⁸ 31 communes ont signé un contrat urbain de cohésion sociale sur le département.

⁶⁹ http://www.professionbanlieue.org/thema/c_thema.php?id=23&large=&cle_id=94.

L'ensemble des ASV du département se situe à un échelon communal. Le Blanc Mesnil et Dugny, deux communes ayant leur ASV propre, ont également souhaité mettre en place un ASV intercommunal sur deux quartiers sensibles.

À l'exception d'un ASV qui relève d'une association, tous les ASV du département sont portés par des communes.

C'est encore le département de Seine-Saint-Denis qui a été à l'origine de la réalisation du tableau de bord en association avec la DIV.

Commune	Date de création	Effectif population	Existence d'un SCHS	Existence d'un CMS
Aubervilliers	2001	71 000 hab.	oui	oui
Bagnolet	2003-2004	33 000 hab.	oui	oui
Le Blanc Mesnil	2001	51 000 hab.	oui	oui : 2
Bobigny	2004	43 800 hab.	oui	non
Bondy	2005	46000 hab.	oui	oui : 1
Clichy	2001	30 000 hab.	non	non
Dugny	2001	10 400 hab.	non	oui: 1
Epinay	2005	48 000 hab.	non	non
La Courneuve	2001	36 000 hab.	oui	oui
Le Pré Saint Gervais	Projet 2007	16 377 hab.	non	non
Montfermeil	2006	24 000 hab.	non	non
Montreuil	2001	101 400 hab.	oui	oui : 5
Noisy le sec	2002-2003	38 000 hab.	non	oui
Pantin	2004	52 000 hab.	oui	oui : 3
Pierrefitte	2001	28 000 hab.	non	oui
Rosny sous bois	2006	39 000 hab.	non	oui
Saint Denis	2002	90 000 hab.	oui	oui : 4
Sevran	2003	50 000 hab.	non	oui : 1
Stain	2002	35 000 hab.	oui	oui
Tremblay	Projet 2007	34 000 hab.	oui	oui : 1
Villepinte	Projet 2007	34 000 hab.	oui	1 centre de prévention
Villetaneuse	2004	11 000 hab.	non	non

Figure 4 : caractéristiques des communes ayant un ASV en Seine- Saint-Denis

Outils de choix pour la programmation d'actions de prévention déclinant les grandes priorités nationales et régionales sur les territoires de la politique de la ville, les ASV, se sont fortement impliqués dans la prévention de l'obésité de l'enfant en Seine-Saint-Denis.

Au regard des démarches en cours, quelles sont les faiblesses observées du dispositif sur cette thématique ?

3 - ETUDE ET METHODE

3.1 LE CADRE DE L'ETUDE

L'étude a été limitée :

- Aux actions de prévention en direction de la population d'enfants de 3 à 10 ans : en effet, cette population fréquente des établissements scolaires (écoles maternelles et primaires) qui relèvent des communes pour la restauration scolaire et les activités périscolaires. Cette population peut également être considérée comme « captive » et donc être concernée par l'ensemble des actions mises en place à l'échelon communal. De plus ce sont les enfants de cette classe d'âge pour lesquels les modifications de comportements sont les plus faciles à mettre en place.
- Aux actions de prévention primaire
- Au département de Seine-Saint-Denis car les services déconcentrés sont fortement impliqués dans la prévention de l'obésité chez l'enfant, mais aussi parce que c'est dans ce département, comme cela a été précisé plus haut, que la prévalence de l'obésité infantile est la plus élevée en Île de France. Par ailleurs l'histoire des ASV et leur expérimentation dans le département permettent d'amorcer quelques réflexions concernant leur action.

3.2 LA METHODOLOGIE

3.2.1 La recherche bibliographique

Cette recherche a eu pour objectif :

- D'appréhender la question de l'obésité pédiatrique en France et plus particulièrement en Île de France dans le département de Seine-Saint-Denis.
- De comprendre l'articulation entre politique nationale, régionale et locale en matière de prévention de l'obésité.
- D'appréhender plus spécifiquement la politique territoriale de santé et ses enjeux.
- De comprendre le dispositif des ateliers santé ville.

La recherche s'est faite essentiellement sur Internet notamment grâce au moteur de recherche Google. D'autres sites ont été visités, en particulier : site du ministère de la santé, site de l'ENSP, de la Politique de la Ville, du Sénat, du Conseil National de l'Alimentation et de Légifrance.

La consultation d'ouvrages, de périodiques et de la presse quotidienne a complété cette recherche bibliographique. Certains documents ont été particulièrement utiles, notamment les expertises collectives de l'INSERM sur la prévention de l'obésité pédiatrique de 2000 et de 2006, les publications de la délégation interministérielle à la ville, certains numéros de la revue « santé de l'homme » édités par l'institut national de prévention et d'éducation sanitaire (INPES), les rapports de l'observatoire régional de santé d'Île-de-France (ORSIF), les études épidémiologiques concernant l'obésité infantile ou encore le PRSP d'Île-de-France.

Le CD ROM édité par le conseil général de Seine-Saint-denis a fourni des données concernant la situation socio-sanitaire du département.

3.2.2 Réunions, conférences, colloques

La participation à des réunions, des conférences ou des colloques a permis d'enrichir la recherche. Il s'agit :

- D'un congrès international de médecine du sport avec une journée et demie, consacrée au sujet de l'obésité chez l'enfant.
- Des rencontres parlementaires de décembre 2006 consacrées au thème de l'obésité.
- Des journées de l'INPES (ateliers) concernant la territorialisation des politiques de prévention illustrées par de nombreux exemples sur la nutrition et les actions locales de prévention.
- De la première réunion du comité de pilotage du PNNS 2.
- D'une après-midi de formation sur la nutrition à destination des coordonnateurs d'ASV et des femmes relais de Seine-Saint-Denis, organisée conjointement par la DDASS et le Repop 93.

3.2.3 Entretiens

a)auprès des coordonnateurs d'ateliers santé ville :

Seize entretiens directs semi-directifs d'une durée moyenne de 2 heures ont été réalisés.

Ils avaient pour objet d'identifier la pertinence du choix de décliner le thème de l'obésité pédiatrique au sein de l'ASV mais aussi de mettre en évidence les freins et leviers dans la construction de partenariats, la mise en place de la démarche participative et la cohérence des actions avec les plans nationaux et régionaux

La plupart de ces entretiens ont ensuite fait l'objet d'une demande d'informations supplémentaires qui s'est effectuée par téléphone.

Dans deux communes pour lesquelles le coordonnateur de l'ASV n'avait pas été recruté (à la suite de démissions) les entretiens ont été réalisés avec : dans un cas le médecin responsable du service communal d'hygiène et de santé et dans l'autre avec des acteurs de la Politique de la Ville et du secteur petite enfance.

Lors de quatre de ces entretiens d'autres professionnels étaient présents : médecin nutritionniste, infirmière de PMI, médecin responsable d'un service communal d'hygiène et de santé, directrice du pôle santé de la ville.

Ces entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide. La synthèse s'est faite grâce à une analyse verticale (synthèse individuelle de chaque entretien) et horizontale en traitant chaque thème de façon transversale.

b) Rencontres avec des acteurs institutionnels

Des entretiens ont eu pour objectifs d'avoir une vision générale du dispositif des ASV. Ils ont concerné : le conseiller technique sur les PRAPS et les ASV à la DGS, la chargée de mission sur les ateliers santé ville à la DIV et un médecin de santé publique dispensant des formations actions aux acteurs des ASV (notamment aux coordonnateurs).

D'autres entretiens ont visé à appréhender la mise en place de la politique de prévention de l'obésité au niveau national et régional. Des rencontres ont eu lieu avec le chef de projet PNNS à la DGS, le chef de projet nutrition au niveau de la CRAMIF et le référent nutrition au niveau de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île de France (DRASSIF).

Concernant l'implication des acteurs dans le dispositif ASV et dans la prévention de l'obésité chez l'enfant ; plusieurs entretiens ont été menés :

- À la DDASS 93, avec la chargée de mission sur le PRAPS et les ASV et avec le MISP référent en nutrition.
- À l'Inspection Académique (IA) avec un médecin de l'éducation nationale.
- auprès de la caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis (CPAM 93) avec la responsable du pôle éducation sanitaire et ses deux collaboratrices.
- auprès du Répop 93.
- Un entretien a eu lieu à la DDASS des Yvelines avec le MISP chargé du PRSP et de la Politique de la Ville afin de repérer le rôle du médecin inspecteur chargé de mettre en place des ASV sur son territoire d'exercice.

4 - RESULTATS

Le travail conduit en Seine-Saint-Denis a montré un engagement fort des ateliers santé ville pour la thématique nutrition et obésité chez l'enfant, puisque 82,3 % d'entre eux, soit quatorze ASV sur les dix-sept mis en place ont retenu la prévention de l'obésité infantile dans leur programmation d'actions.

Un ASV a prévu d'orienter ses projets vers cette thématique pour l'année 2007-2008 et deux des trois communes ayant un projet d'ASV sur leur territoire prévoient la mise en place de programmes de lutte contre l'obésité chez l'enfant.

Un autre ASV envisage de programmer des actions dans cette direction mais estime que pour l'instant, il n'a pas encore tous les moyens à sa disposition pour traiter le problème de manière optimale.

Enfin, une commune ne souhaite pas faire porter ce thème par son ASV car le service communal d'hygiène et de santé de la ville a déjà en charge la politique locale de prévention de l'obésité.

Le thème de l'obésité ou plus généralement de la nutrition n'est devenu que récemment un thème prioritaire des ASV. Une enquête nationale⁷⁰ de la délégation interministérielle à la ville réalisée en 2003, montre en effet, que cette thématique n'était alors retenue que dans 15 % des ASV ; les thèmes des actions intégrées aux ASV étant dans l'ordre : santé mentale, accès aux droits, accès aux soins et toxicomanie/addiction.

4.1 L'OBESITE CHEZ L'ENFANT : UNE PRIORITE IDENTIFIEE AU NIVEAU LOCAL ?

Lors de la démarche d'élaboration du PRSP, un diagnostic partagé a été mené au niveau de chaque département de la région Île-de-France. Le diagnostic partagé en Seine-Saint-Denis a permis de mettre en évidence le problème du surpoids et de l'obésité dans le département. Il existait auparavant un grand nombre d'actions locales sur le thème mais, comme le rapporte un médecin consultant en santé publique, elles constituaient : « *Un véritable patchwork et mettaient en évidence le morcellement de ces différentes actions* »

La DDASS 93 a donc encouragé les communes à se saisir de cette thématique dans le cadre des ateliers santé ville.

Un diagnostic local à l'échelon communal a permis de déterminer si l'obésité était ressentie comme un problème local par les professionnels, les élus ou les habitants.

⁷⁰ Bertolotto. F. Etude auprès de 27 ateliers santé vile. La DIV, 15 mars 2003.

4.1.1 Le diagnostic local partagé a, en partie, permis de repérer l'obésité chez l'enfant comme une priorité locale

Le diagnostic local partagé permet de réaliser un état des lieux de la situation socio sanitaire, afin de mettre en place une programmation d'actions permettant de décliner sur le plan local les objectifs du PNNS et du PRSP dans le cadre d'un programme local de santé publique. Il associe un recueil, un traitement et une analyse de données ainsi qu'une consultation de population et des personnes ressources⁷¹. [figure 5]

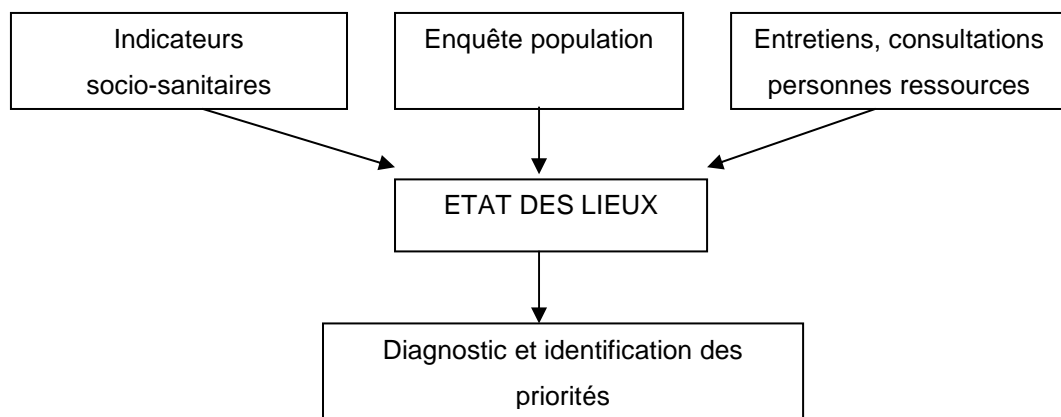


Figure 5 : le diagnostic partagé

La totalité des ASV consultés ont effectué ce diagnostic local partagé afin de faire émerger les priorités locales de santé publique sur leur territoire. Parfois il s'agissait de la réactualisation de diagnostics effectués antérieurement.

Les diagnostics ont été réalisés dans quatre communes par des consultants extérieurs qui se sont appuyés sur les associations et les professionnels. Dans les autres cas, la démarche diagnostique a été réalisée par les acteurs de l'ASV.

Dans une commune candidate à la mise en place prochaine d'un ASV l'importance de ce diagnostic est soulignée par le chef de projet CUCS :

« Dans notre ville, il n'y pas de centre municipal de santé ni de service communal d'hygiène et de santé nous n'avons aucune idée des problèmes de santé sur la ville, les professionnels ont cette connaissance mais elle est sectorielle. La première action est donc le démarrage d'un diagnostic de santé pour pouvoir programmer des actions en fonction des préconisations du diagnostic ».

⁷¹ Sont considérées comme des personnes ressources les différents professionnels du secteur sanitaire, social et éducatif.

Cependant la coordonnatrice d'un ASV fait cette remarque :

« Il faut mettre l'accent sur ce diagnostic qui parfois est très flou, c'est ce qu'il faut réaliser ou mettre à disposition en premier. »

Concernant l'analyse des indicateurs socio-sanitaires :

- Pour les chiffres de l'obésité pédiatrique : l'enquête des médecins de l'Education Nationale a constitué une source de données déterminante pour l'ensemble des ASV. Ont également été pris en compte les données du diagnostic partagé départemental réalisé en 2004-2005, et les données de la CPAM 93. L'utilisation ou non des données de la PMI issues des consultations, du 24eme mois (CS 24) n'est pas ressortie des entretiens.

Enfin, dans quatre ASV des données locales ont été exploitées : mesures d'IMC dans les écoles de deux communes, dans un service de protection maternelle et infantile municipal et dans un centre municipal de santé dans le dernier cas.

- Les données concernant l'offre sanitaire locale ont été fournies par les annuaires locaux, le CD Rom du conseil général 93 et la cartographie⁷² des ASV, réalisée par la DDASS 93.

- Les indicateurs socio-économiques locaux ont également servi de base aux choix de l'obésité infantile comme priorité locale. En effet, le lien entre obésité et précarité, comme cela a été écrit plus haut, étant démontré ; dans certaines communes, le constat d'indicateurs socio-économique défavorables a permis aux acteurs d'estimer que l'obésité chez l'enfant apparaissait comme une question prioritaire localement. Les sources d'informations ont été recueillies en particulier grâce à la cartographie des ASV, au tableau de bord édité par le conseil général de Seine-Saint-Denis ou encore par l'étude des données de l'observatoire national des zones urbaines sensibles.

Concernant les personnes ressources : les professionnels consultés appartenaient au secteur sanitaire : infirmières scolaires, infirmières de PMI, médecins scolaires, médecins libéraux, médecins de santé publique, professionnels de PMI ; au secteur éducatif : animateurs en cantine scolaire, éducateurs en crèche... ou au secteur social : assistants de service social, acteurs associatifs. Les élus municipaux ont également été consultés.

Afin d'obtenir une approche plus fine des besoins ressentis, la coordonnatrice d'un ASV a élaboré un outil comportant quatre rubriques à renseigner par les différents professionnels : les trois priorités ressenties (en fonction de leur gravité, de leur fréquence et des possibilités d'intervention), les déterminants de santé, les actions en cours et les attentes en terme de méthodologie de projets. Sur ce territoire, cet outil a permis a été d'identifier la question de la nutrition et en particulier de l'obésité chez l'enfant comme une priorité.

⁷² Cartographie réalisée par un groupe de travail piloté par la DDASS 93, à la demande des villes inscrites dans les ASV et les principaux partenaires.

Parfois davantage que les conclusions du diagnostic local, ce sont des demandes de professionnels qui ont orienté le choix de l'ASV. Le repérage du problème de l'obésité pédiatrique et le souhait d'une coordination d'actions pour prévenir cette affection dans le cadre de l'ASV, émanait dans cinq cas sur 14 de professionnels de la santé dont quatre demandes d'intervention de l'ASV provenant des infirmières scolaires (une infirmière scolaire avait repéré un taux d'obésité et de surpoids de 50 % dans une classe).

« J'en vois de plus en plus, les infirmières scolaires en parlent, ça interpelle tout le monde ! », tels sont les propos d'un médecin d'un service de prévention dans une commune candidate à la mise en place d'un ASV.

Dans cinq cas sur quatorze, il s'agissait de professionnels du secteur éducatif ou social et dans trois cas sur quatorze d'élus locaux.

Seules six communes ont impliqué la population dans cette démarche diagnostique par le biais notamment de questionnaires ou de forums. Dans la commune de Bobigny, la réalisation du diagnostic s'est effectuée avec une participation active de la population en particulier grâce à des personnes relais.

4.1.2 D'autres facteurs ont été déterminants [figure 6]

La mise en place du PNNS et sa reconduction, ainsi que la campagne nationale autour de ce programme mais aussi l'objectif de lutte contre l'obésité chez l'enfant affiché dans le PRSP d'Île-de-France, ont servi de « catalyseur » et ont suscité chez les acteurs des différents ateliers santé ville, un intérêt pour la thématique ainsi qu'une volonté de l'inscrire parmi leurs priorités d'actions.

Les sollicitations du ministère de la santé dans un but d'adhésion des communes à la « charte ville active PNNS » ont souvent eu un impact sur le choix des municipalités.

En outre, dans sept ASV, l'existence d'actions antérieures sur ce thème préalablement à la mise en place de l'atelier santé ville a constitué également un élément décisif : dans certaines communes, le sentiment de dispersion des actions était fort, dans d'autres le constat était celui d'une progression des chiffres de l'obésité de l'enfant malgré le développement de nombreux projets. La volonté a alors été d'optimiser ces actions et de leur donner de la cohérence à travers l'ASV.

Des sollicitations d'acteurs départementaux ont également eu une incidence sur le choix de programmer des actions de prévention de l'obésité, ainsi le Repop 93 est intervenu dans trois ASV et les organismes d'Assurance Maladie dans deux autres cas. Le rôle de la DDASS est à souligner, comme le remarque un coordonnateur d'ASV :

« On a senti un grand encouragement de la DDASS sur ce thème »

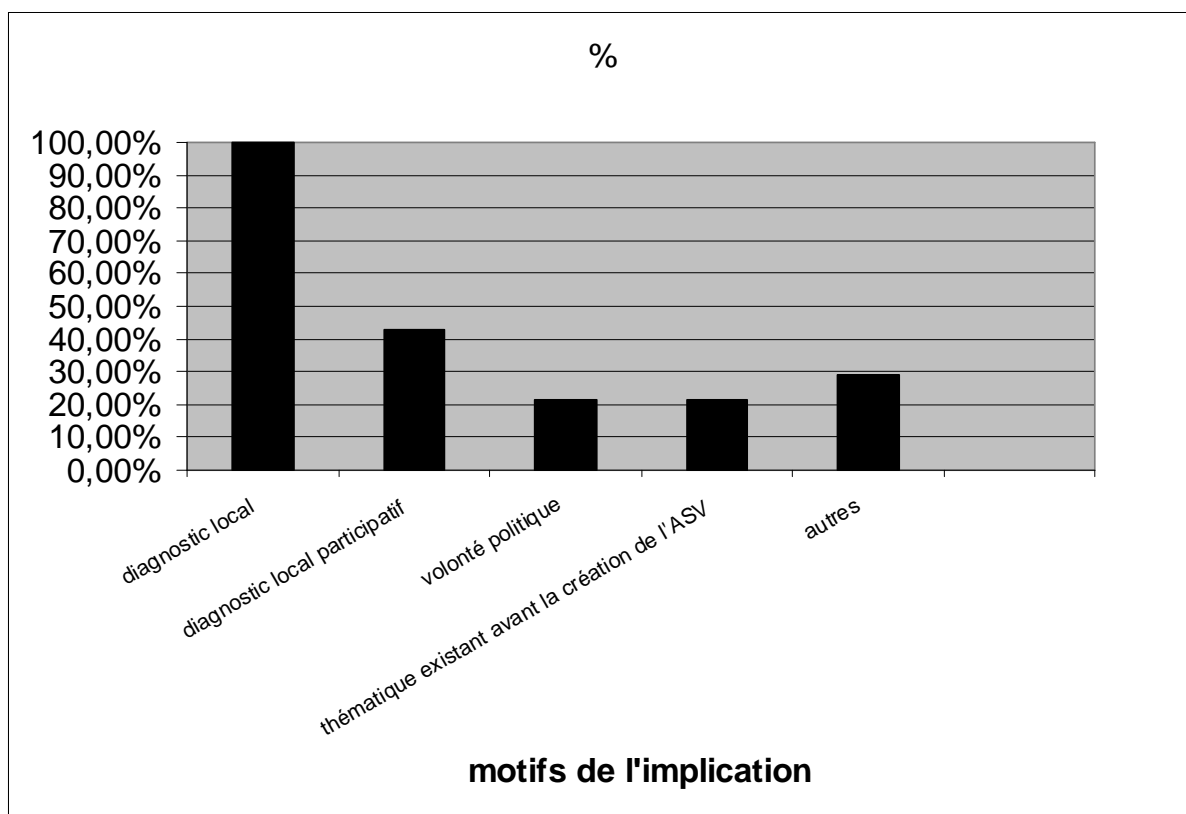


Figure 6 : les motifs d'implication des ASV sur le thème de la nutrition

4.2 LES ACTIONS COORDONNEES PAR L'ASV SUR LE THEME DE LA NUTRITION

Dans le domaine de l'obésité de l'enfant, les programmes doivent être en cohérence avec les priorités nationales et régionales.

4.2.1 Un préalable: l'appel à projet

Pour développer leurs programmes d'actions et en obtenir le financement, les ASV (comme d'autres promoteurs) répondent à des appels à projets.

Ces appels à projets établis avec les chefs de projets sur les différentes thématiques de santé publiques sont diffusés par la DRASSIF auprès des promoteurs dans un document intitulé : « Guide du promoteur ».

Pour la thématique nutrition, la chefferie de projet a été confiée à la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF). Des fiches actions ont été établies en janvier 2007 après une consultation des différents MISP concernés, et en référence au PNNS 2. Ces fiches actions reflètent donc un consensus régional.

Trois fiches actions concernent l'obésité chez l'enfant et une vise spécifiquement sa prévention chez les enfants en milieu scolaire (fiche action n°3-23-1 en référence à l'objectif

23 de l'axe n°3 du PRSP). Elles constituent un outil auquel doit se référer tout projet d'actions présenté par un promoteur.

L'examen et la sélection des projets se font selon une procédure qui comporte différentes étapes: [annexe 8]

Dans le domaine de la nutrition, pour être retenu, et bénéficier d'un financement par le GRSP, un projet doit présenter un certain nombre de critères et en particulier être en cohérence avec le PNNS et le PRSP. Ainsi certains projets ont-ils été refusés ou modifiés en raison d'utilisation d'outils ou de communications pouvant apparaître en contradiction avec les messages du PNNS.

Le GRSP souhaite désormais mettre en place des outils permettant d'attribuer un financement pluriannuel⁷³ à certains projets. Cependant comme le relève un professionnel de la CRAMIF, les conditions de ce financement sont encore un peu « floues ».

4.2.2 Résultats de l'appel à projet 2006 dans le domaine de la nutrition

Après examens des appels à projets par les différentes instances de concertation : 95% des avis départementaux concernant la thématique nutrition ont été suivis au niveau du GRSP et donc obtenu un financement de la part du groupement.

Parmi les projets retenus 25 % concernaient le département de Seine-Saint-Denis.

Enfin, et en fonction de la grille de lecture, 42 à 62 % des réponses positives⁷⁴ concernaient des projets sur des territoires en CUCS. Il faut relever, à ce sujet, que sur le département de Seine-Saint-Denis, la très grande majorité des actions santé sur des territoires en CUCS s'effectuent dans le cadre des ASV.

4.2.3 Actions et prévention de l'obésité chez les enfants

Concernant les actions de prévention de l'obésité de l'enfant, cinq ASV sur les quatorze concernés par cette thématique, ont élaboré un programme local de santé publique spécifique, dont pour l'un d'entre eux, la programmation d'un « plan triennal de lutte contre l'obésité »⁷⁵. Deux ASV ont inclus la prévention de l'obésité dans des programmes plus larges intitulés « éducation sanitaire » ou « prévention » et deux ASV envisagent d'élaborer un PrLSP sur le thème de l'obésité infantile. Dans les autres cas, les actions n'entrent pas dans le cadre d'un programme bien défini.

⁷³ Jusqu'à présent il s'agissait de financements annuels

⁷⁴ Une nouvelle lecture a été demandée par la DRASSIF, qui craignait un biais de sélection, concernant l'estimation des projets situés sur territoires en CUCS. Cette nouvelle lecture a fourni un nouveau pourcentage de 42%

⁷⁵ Dans cette commune l'action est portée par le service communal d'hygiène et de santé mais la coordination d'actions se fait dans le cadre de l'ASV.

Les actions réalisées dans le cadre de la coordination par les ASV sont diverses et variées comme le montre la figure 7.

La référence au PNNS est, la plupart du temps, mentionnée par les promoteurs de projets, avec parfois une demande d'utilisation du logo PNNS pour labelliser les actions.

Une commune a souhaité adhérer au réseau des « villes actives PNNS ». Une autre a engagé une démarche dans ce sens.

Concernant l'alimentation :

- Tous les ASV coordonnent des actions d'éducation sanitaire : les séances ont lieu dans les écoles, dans les centres de loisirs mais aussi, afin de cibler les parents et en particulier les mères, dans les centres d'action sociale ou à l'occasion de cours d'alphabétisation.
- Les outils utilisés sont diversifiés :
 - Il s'agit dans certains cas de campagnes de communications utilisant les affiches du PNNS ou des supports produits dans le cadre de la coordination ASV (les services de communication municipaux sont parfois sollicités à ce sujet) . Dans un ASV, un « manuel interculturel d'alimentation à la maison » (MIAM) est destiné à délivrer des conseils en matière d'alimentation à des femmes de cultures différentes : sa présentation, proche d'un livre pour enfants et sa traduction en plusieurs langues facilite son utilisation par des femmes non francophones.
 - Des ateliers cuisines ou des ateliers délivrant des conseils de base sont mis en place dans près d'un quart des ASV.
 - La sensibilisation à la nutrition se fait aussi au cours de petits déjeuners (8 actions de ce type sur 14) dans les écoles associant ou non les parents, lors de collations matinales « aménagées » ou de goûters.
 - Des jeux ont été créés afin de faciliter l'appropriation des messages par de jeunes enfants. (trois ASV sont concernés par ce type d'actions)
 - Dans cinq communes, des manifestations festives ou des forums ayant eu lieu au cours de l'année avaient pour thème de la nutrition.
- Des formations d'acteurs travaillant dans le secteur de l'enfance et de la petite enfance (3 ASV sur 14) sont assurées par des diététiciennes, des médecins nutritionnistes, des intervenants du réseau Repop ou des intervenants de la CRAMIF : ces formations visent en particulier, les animateurs de cantines scolaires, de centres de loisirs ou les infirmières de l'Education Nationale.
- Onze communes bénéficient de l'intervention d'une ou plusieurs diététiciennes parfois dans un cadre intercommunal. Un ASV travaille avec une animatrice du goût.

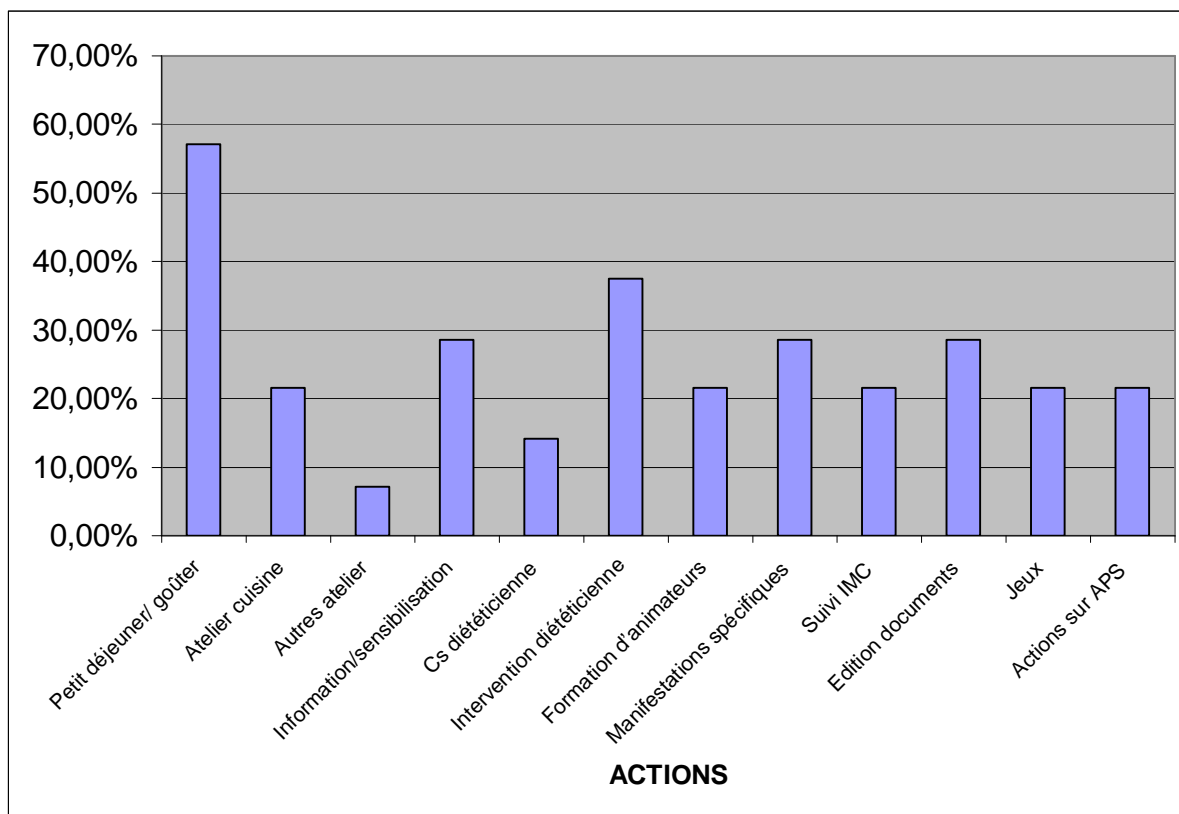


Figure 7 : Actions mises en place dans les ASV sur le thème de la nutrition

Concernant la promotion des activités physiques et sportives :

Les actions sont en nombre plus restreint et ne concernent que six ASV sur les quatorze

- Dans trois ASV, il s'agit d'un travail préparatoire consistant à établir la cartographie des espaces verts et des lieux de pratique d'activités physiques et sportives afin de réaliser des documents (affiches, plans..) à destination des habitants.
- Dans un ASV une semaine « marche dans la ville » et une « semaine sans télé » vise à sensibiliser les enfants à la pratique d'une activité physique.
- Dans deux communes les actions consistent à faciliter la pratique d'un sport chez l'enfant : présence d'animateurs périscolaires assurant les trajets entre l'école et le stade ou le gymnase, possibilité d'inscription à une activité en cours d'année.

A la question : « pensez-vous que les actions coordonnées dans le cadre de l'ASV sont en accord avec le PNNS et les objectifs nutrition du PRSP ? » La réponse est affirmative dans tous les cas. Une coordonnatrice précise :

« Oui, d'ailleurs on utilise les outils proposés par le PNNS »

Une autre :

« On va demander la labellisation PNNS de nos supports de communication »

Un coordonnateur a cependant cette réflexion :

« Ce sont les outils du PNNS qui ne sont pas adaptés: on ne voit que des blancs sur les affiches et les menus sont des menus occidentaux »

Ce coordonnateur précise que le comité départemental d'éducation sanitaire (CODES) de Seine-Saint-Denis travaille à la réalisation de documents susceptibles de cibler les familles du département, à partir des outils PNNS.

4.3 LA DIFFICILE CONSTRUCTION DU RESEAU PARTENARIAL

L'atelier santé ville a vocation à coordonner l'action de l'ensemble des acteurs concernés par une thématique et à faire émerger des synergies. Toutefois, la construction d'un réseau de partenaires concernés par le thème de l'obésité rencontre des obstacles. En effet, pour certains acteurs clés, l'implication est particulièrement difficile.

Ces obstacles rencontrés dans la construction d'un réseau d'acteurs ont d'ailleurs conduit le responsable du service de santé publique d'une commune du département à différer le projet d'un programme de prévention de l'obésité de l'enfant, alors même que le sujet lui apparaît être une priorité localement. Voici ses propos :

« Le repérage de l'obésité est facile, la prévention est difficile, il faut des acteurs susceptibles de travailler ensemble sur le long terme ».

4.3.1 Certains acteurs sont très impliqués

C'est le cas de l'ensemble des acteurs des structures municipales ; qu'il s'agisse des centres municipaux de santé, des services communaux d'hygiène et de santé, des acteurs de la petite enfance, des partenaires du programme de réussite éducative⁷⁶ (PRE), des agents communaux des services de la restauration scolaire, du service municipal des sports ou des services de protection maternelle et infantile. La plus-value apportée par l'existence de structures municipales de santé est souvent soulignée.

Pourtant, dans une commune on relève des difficultés dans le partenariat avec le centre municipal de santé, la coordinatrice le déplore : *« Les médecins du CMS ne font aucune prévention »*

Des associations locales s'investissent également dans les projets de lutte contre l'obésité infantile (associations d'aide aux devoirs, associations de quartiers, associations d'insertion..).

⁷⁶ Les dispositifs de réussite éducative ont été définis par les programmes 15 et 16 du plan de cohésion sociale et la loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005. L'objectif du programme « réussite éducative » est d'accompagner depuis l'école maternelle et jusqu'au terme de la scolarité obligatoire, les enfants et les adolescents qui présentent des signes de fragilité.

Le réseau de partenaires est très dépendant de l'organisation des services au niveau communal et de la richesse du tissu associatif local : dans certaines communes, les associations sont très peu nombreuses ce que souligne un médecin de santé publique et coordonnateur d'ASV :

« Il y a peu d'associations dans le domaine de la prévention et de la santé, le partenariat est local, on est peu nombreux, on se rencontre de manière informelle »

Dans près de la moitié des communes, l'existence d'équipe de réussite éducative (ERE) permet l'articulation du programme local de prévention de l'obésité de l'enfant avec le PRE. Une ville du département a ainsi mis en place un projet d'accompagnement des enfants en surpoids ou obèses, en partenariat avec les différents acteurs concernés (service municipal des sports, psychologue, diététicienne..) dans le cadre d'un projet de réussite éducative mais le lien avec l'ASV reste à établir.

Dans d'autres communes, les coordonnateurs n'ont pu pour l'instant mettre en place un partenariat avec les acteurs de ce programme en l'absence d'ERE sur leur territoire.

4.3.2 La mobilisation d'autres institutions reste à mettre en œuvre

Dans le domaine de l'obésité pédiatrique, l'implication d'acteurs pourtant incontournables, demeure difficile.

À une exception près, la totalité des ASV de Seine-Saint-Denis signalent des difficultés concernant l'implication des médecins libéraux et pour plus de la moitié d'entre eux, un partenariat difficile avec l'éducation nationale.

Concernant la médecine libérale, les réflexions des coordonnateurs d'ASV vont toutes dans le même sens :

« C'est super, super difficile » ; « Je les ai relancés plusieurs fois, mais impossible d'avoir un rendez-vous ou « je n'ai jamais eu de nouvelles »

Et lorsqu'on interroge sur les raisons de cette non-implication : *« Ils sont intéressés par l'obésité mais ils ont peu de temps disponible »*

Une consultante en santé publique explique : *« Le système libéral n'a pas de vision santé publique, il n'a qu'une vision curative de la santé »*

Dans une commune des relations conflictuelles entre les omnipraticiens libéraux et les structures municipales de santé constituent un frein supplémentaire.

Interrogés sur le dispositif, trois médecins généralistes du département avouent ne pas le connaître, et un évoque la saturation et la surcharge de travail auxquels ils doivent faire face.

Un quatrième, membre du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, juge l'ASV inadapté à une implication de médecins libéraux.

Cependant, des initiatives ont été prises. Ainsi, dans une commune, l'organisation de « midi santé », lieu d'échanges de savoir et de pratiques autour d'un café, ont permis une participation réelle des médecins libéraux aux ASV ; dans une autre, le coordinateur prévoit d'organiser des dîners débats avec les différents acteurs et en particulier avec les médecins libéraux de la ville. Une coordonnatrice propose d'envisager une compensation financière pour les médecins libéraux impliqués dans un ASV. Un dernier ASV édite une « lettre interprofessionnelle » destinée à fournir aux professionnels libéraux, des informations sur la politique de santé locale.

Au sujet du partenariat avec les acteurs de l'éducation nationale, même si certaines villes connaissent un succès dans ce domaine (en particulier lorsque l'ASV a été sollicité sur le thème de l'obésité par un professionnel de l'éducation nationale) les remarques sont tout aussi nombreuses :

« Ça marche sur des actions ponctuelles c'est plus difficile à les impliquer sur une longue durée »

« Les enseignants ne s'intéressent pas à nos interventions, certaines institutrices corrigent leur copie pendant ce temps, d'autres sortent de la classe »

Et concernant les motifs :

« L'infirmière scolaire est débordée »

« On n'a un médecin scolaire que depuis six mois »

« Les plages horaires accordées dans les écoles ne sont pas suffisantes »

Dans un ASV, la construction d'un partenariat efficace avec l'éducation nationale a retardé la mise en place d'un programme de prévention de l'obésité (il ne démarrera qu'à la rentrée) bien que le problème de l'obésité pédiatrique ait été identifié localement depuis plusieurs années.

Un médecin de l'éducation nationale (MEN) souligne que les actions en maternelle doivent se recentrer sur la visite de grande section de maternelle, elle doit pouvoir concerner 90 % des enfants de cette tranche d'âge. Ceci est difficilement compatible, avec une implication des médecins ou des infirmières de l'éducation nationale dans les actions de santé publique. Par ailleurs, ce médecin souligne la difficulté, parfois, de travailler avec les municipalités en ce qui concerne les menus des cantines ou la collation matinale. Ce professionnel explique que des intérêts politiques sont souvent en jeu et que les relations sont très personnes dépendantes.

Pour d'autres acteurs, la mise en réseau est également source de difficultés : les structures de PMI lorsqu'elles ne relèvent pas d'un contrat entre la municipalité et le conseil général ne s'impliquent que rarement dans les actions de prévention de l'obésité par le biais de l'ASV. Quant au Repop 93, peu connu des coordonnateurs, il explique un partenariat difficile en raison d'un manque de moyens financiers et en personnel, mais son responsable souhaite se rapprocher davantage des ASV. Pour un coordonnateur, « *le Repop 93 est assez loin* ». Enfin pour tous les ASV à l'exception d'un seul, les liens avec l'hôpital sont très difficiles à établir.

4.3.3 Des modes de fonctionnement très diversifiés

Un comité de pilotage local ou un comité de suivi de l'ASV est en place dans chaque commune : « *en tout cas, il existe sur le papier* » relève une professionnelle des services déconcentrée.

Localement les constats sont plus mitigés : seules huit communes ont un dispositif de pilotage identifié mais sa mise en place est envisagée dans les autres cas.

Ces comités de pilotage lorsqu'ils existent sont composés du coordonnateur ASV, d'acteurs locaux et de partenaires institutionnels.

Sur la thématique obésité chez l'enfant, les partenaires fonctionnent en général par groupes de travail avec des rencontres au rythme d'une à deux par mois. Interrogée à ce sujet une coordonnatrice estime pourtant que cette participation est souvent irrégulière.

Pour un autre, au contraire, l'implication des partenaires est importante :

« On a un bon réseau qui fonctionne, les partenaires sont très impliqués, la demande sur la nutrition est forte »

Dans trois ASV le fonctionnement diffère : un ASV, porté par une association, dispose d'un conseil d'administration et a constitué un réseau de partenaires dès le démarrage de l'ASV avec un référent pour chaque projet. Dans les autres cas, la mise en place d'une équipe ou d'un groupement de prévention incluant des professionnels de l'éducation nationale, de la PMI ou des structures locales de santé favorise la mise en réseau de ces acteurs. Cependant la coordonnatrice d'un des ces ASV estime cette coordination souvent inefficace.

Une autre coordonnatrice tente d'apporter une explication aux difficultés rencontrées :

« Travailler en partenariat est d'autant plus difficile que les déterminants de l'obésité sont multiples et donc que les acteurs impliqués sont nombreux »

4.4 UNE FORMATION DES ACTEURS QUI RESTE INSUFFISANTE

Il s'agit également d'un constat relevé par les partenaires départementaux mais aussi localement.

Dans le département le centre de ressources de la politique de la ville « profession banlieue », constitue une cellule d'appui pour la DDASS 93, afin d'assurer le soutien aux ASV. Cette structure dispense des formations mensuelles, en méthodologie, destinées aux coordonnateurs des ateliers santé ville. Le CODES 93 remplit également cette mission. Cette institution a d'ailleurs été sollicitée par la DDASS 93 pour assurer du soutien méthodologique et en éducation sanitaire. Du côté du CODES, on affirme avoir reçu très peu de demande concernant le thème nutrition et obésité.

Un MISP de la DDASS 93 déplore une formation insuffisante et souhaiterait que les acteurs d'ASV puissent bénéficier de « formations-encadrements » continus.

Cette demande est reprise par trois coordonnateurs, ils restent toutefois imprécis quant aux contenus et aux destinataires de cette formation.

Le médecin chargé du PNNS à la direction générale de la santé, souhaite quant à lui, faire bénéficier l'ensemble des acteurs territoriaux travaillant sur le thème de la nutrition d'une formation en cohérence avec les objectifs du PNNS.

Dans près de la moitié des ASV ayant retenu l'obésité comme thème prioritaire, les coordonnateurs seraient favorables à une mutualisation des compétences et des ressources sur cette thématique avec éventuellement l'existence d'un chef de projet.

4.5 UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE ENCORE BALBUTIANTE

Dans le domaine de la prévention de l'obésité de l'enfant, l'implication des parents est fondamentale pour assurer le relais des actions destinées aux enfants, l'ensemble des coordonnateurs paraît convaincu de l'intérêt de cette participation. L'un d'entre eux la considère même comme « l'essence même » de l'ASV.

« Quand les gens participent, c'est dix fois plus efficace » souligne un autre.

4.5.1 La trop faible participation des habitants

Cette participation demeure un objectif difficile à atteindre. Un médecin de santé publique justifie ces difficultés par une culture qui ne favorise pas cette démarche : les questions de santé, en France sont majoritairement abordées par des experts, la parole des habitants est rarement prise en compte.

Lorsque le sujet est abordé auprès des coordinateurs, rares sont ceux qui estiment l'implication de la population suffisante. Certains jugent cette participation limitée mais réelle,

d'autres la considèrent comme insuffisante voire inexistante et dans tous les cas, difficile à mettre en place.

« Quand on a mis en place la semaine santé, les parents n'étaient pas trop présents »

« On tombe toujours sur les mêmes, ceux qui sont dans une démarche. Comment faire pour les autres, ceux qu'on ne voit jamais dans les institutions ? »

« Ceux qu'on mobilise, ce n'est pas forcément ceux qu'on veut toucher »

4.5.2 Un problème de représentation de la santé et de l'obésité

A la question : « quelles sont pour vous les raisons de la non-implication des habitants dans la programmation des actions par l'ASV ? », certains évoquent le démarrage récent de l'atelier pour justifier la très faible participation des habitants ou l'absence de structures de la petite enfance sur leur territoire pour sensibiliser les parents. Pour d'autres les réponses sont les suivantes :

« Ils ont d'autres problèmes : le logement, le travail, l'argent »

« Ils ont des sollicitations multiples et des problèmes de disponibilités »

« On veut trop les faire participer, c'est comme la quête du Graal. La participation, ça ne se décrète pas, il faut trouver des espaces où la population participe »

« Ce qui manque, c'est quelque chose qui attire »

Et sur le thème de l'obésité :

« L'obésité interpelle moins qu'une maladie pour laquelle l'enfant va avoir mal et va pleurer »

« C'est difficile quand ils ne sont pas concernés par le problème »

« Le sujet est peu mobilisateur, l'obésité n'est pas considérée comme un problème de santé, c'est un sujet tabou qui remet en question les parents dans leur capacité à nourrir leurs enfants »

Pour un MISP référent en nutrition, il s'agit aussi d'un problème de culture et de représentations alimentaires.

« Pour les parents donner des sucreries, c'est comme donner des câlins, s'ils n'en proposent pas, ils se considèrent comme de mauvais parents »

4.5.3 Favoriser la participation

Certains proposent des solutions : dans une commune, l'embauche récente d'un professionnel de santé communautaire vise à rendre effective l'implication des habitants à toutes les étapes de la programmation d'actions. Pour d'autres :

« Il faut cibler les actions, le tout public n'attire pas » ;

« Il faut se reposer sur des habitants « pilier » »

« Il faut booster les professionnels relais »

Dans trois communes, la présence d'associations de « femmes » relais constitue une opportunité. Des initiatives telles que celle du Repop 93, visent, grâce la formation de ces femmes relais sur la prévention de l'obésité infantile, à favoriser la transmission des messages de prévention en direction des mères de famille habitant les quartiers concernés par ces actions. Dans une ville, l'existence d'une « maison des parents » représente un atout et un moyen d'implication des parents aux actions de prévention de l'obésité, notamment grâce au développement de la parentalité par un soutien aux parents dans leur rôle éducatif.

Parfois, la prise en compte des attentes des habitants permet de leur donner un rôle effectif en les associant aux décisions et favorise leur participation, c'est ce qu'a constaté un coordonnateur :

« La population est assez impliquée, ses demandes et ses attentes sont exprimées, mais nous avons du revoir nos objectifs qui étaient trop ambitieux au départ »

Faire participer les habitants et en particulier les parents, demande du travail, du temps et un changement de mentalités. Dans une commune où la démarche participative fonctionne, un coordonnateur explique qu'un travail est entrepris dans ce sens depuis une dizaine d'années sur sa commune.

Il apparaît aussi indispensable de rendre possible l'implication des parents. Ainsi, des interventions en éducation sanitaire sont programmées le samedi matin ou en soirée dans les écoles, des pique-niques ludiques ont lieu dans les quartiers. Et, comme le fait remarquer une coordinatrice, on essaie de ne pas parler de santé tout de suite, on tente de créer du lien grâce à une ambiance festive, ensuite on peut faire passer des messages.

Enfin, seules trois communes réalisent un travail de communication autour de l'ASV par le biais notamment du bulletin municipal.

4.6 L'EVALUATION : UN CHANTIER A METTRE EN ŒUVRE

Concernant les questions relatives à l'évaluation, le constat est le même dans tous les ASV, à deux exceptions près : les actions de prévention n'ont pu être évaluées. Dans la

plupart des cas, la thématique obésité chez l'enfant n'est devenue une priorité que récemment. En effet, mis à part deux ASV qui ont identifié comme prioritaire le thème nutrition et obésité chez l'enfant dès leur création en 2001, pour les autres la programmation d'actions a démarré en 2004 (2 ASV), 2005 (5 ASV) et 2006 (4 ASV). De plus comme le souligne un coordonnateur : l'évaluation des changements de comportements est difficile. Le tableau de bord initie probablement une culture de prévention qui semble faire défaut localement.

4.7 D'AUTRES ELEMENTS EMERGENT

- Des problèmes de financement : un coordonnateur parle de « *casse tête du financement* » lors de la procédure des appels à projets, mais d'autres évoquent également les difficultés rencontrées pour financer les postes de coordonnateurs ou encore le diagnostic initial avec des crédits de l'Etat qui ne « *suivent* » pas.
Une coordonnatrice : « *Ca marche bien quand la ville peut payer* »
- Des craintes concernant les villes à s'engager dans le dispositif du fait d'interrogations quant à la pérennité de l'engagement de l'Etat ou de l'absence de connaissance du dispositif. Toutefois, certains refus d'engagement semblent davantage liés à des motivations politiques.
- Dans certains cas les missions de coordonnateurs sont assurées par des personnes ayant le statut d'agents territoriaux. Cependant, généralement, il s'agit d'un emploi précaire à durée déterminée. Les tâches effectuées par ces coordonnateurs sont variables et ne sont pas toujours consacrées au seul ASV.
- Une absence de « traçabilité » : dans au moins trois ASV, on relève une méconnaissance des activités de l'ASV antérieurement à l'arrivée du coordonnateur (données du diagnostic, programmation d'actions..)
- La difficulté parfois, d'une véritable coordination d'actions liée à des enjeux de pouvoirs : ainsi dans une commune l'ASV ne se voit confier que certaines actions, les autres étant portées par les structures municipales de santé. De fait se pose parfois la question de la place de l'ASV parmi l'ensemble des dispositifs de santé.

5 - DISCUSSION

5.1 LIMITES DE L'ETUDE

- Il s'agit d'une étude réalisée sur un département dont les réalités sociodémographiques rendent difficile l'extrapolation des résultats sur d'autres territoires. En effet, la population est concentrée sur quarante communes dont les trois quarts comportent au moins une zone urbaine sensible. Trente et une de ces communes ont signé un CUCS. Or, cette situation est plutôt inédite sur le territoire national.
- L'absence de coordonnateurs dans deux ASV, des coordonnateurs « remplaçants » dans deux autres et des coordonnateurs nouvellement recrutés dans deux ASV, n'ont pas permis le recueil de données complètes concernant en particulier « l'histoire » de l'ASV.
- Le temps imparti pour la réalisation de ce mémoire n'a pas permis d'étude comparative avec d'autres actions de prévention de l'obésité chez l'enfant sur des territoires similaires en dehors du cadre d'un ASV.
- Il aurait pu être intéressant de porter un regard sur les actions de prévention de l'obésité de l'enfant, coordonnées par les ASV dans d'autres départements de la région mais là encore en raison de contraintes de temps, ceci n'a pu être réalisé.
- Il n'a pas été possible de participer à un COPIL local d'ASV : il existe, en effet, certaines réticences à faire participer une personne extérieure à cette instance.

5.2 DISCUSSION DES RESULTATS

Pour l'OMS, « la précarité est la première cause du mauvais état de santé ». Le rapport du haut comité de santé publique⁷⁷ sur la santé des français souligne que les inégalités de santé sont davantage liées à des disparités d'accès à la prévention que d'accès aux soins.

Pathologie associée à la précarité, l'obésité nécessite la mise en place d'actions de prévention spécifiques à destination des publics les plus démunis.

La démarche ASV apparaît comme un cadre permettant de développer des actions en vue de répondre à la problématique précarité et obésité, du fait des méthodes utilisées et de ses cibles d'action.

Un médecin responsable du service d'hygiène et de santé d'une commune du département, a cette réponse au sujet de la pertinence d'un ASV à s'engager sur la thématique obésité chez l'enfant :

⁷⁷ Haut Comité de Santé Publique. Rapport. *La santé en France*. 2002, p 27.

« Le jour où la ville se lance dans l'obésité, les actions seront portées par l'ASV car il a vocation à prendre en charge des actions à connotation sociale, à forte composante comportementale et qui, pour se développer ont besoin de méthodologies participatives et communicantes. »

Pour ce médecin, la réalisation de programmes de prévention de l'obésité par l'ASV a une fonction de réduction des inégalités sociale observées dans ce domaine. Il s'agit également d'une thématique globale dont la prévention nécessite une adhésion forte de la population.

Cependant un certain nombre de freins nuisent au développement de programmes de prévention de l'obésité chez l'enfant dans le cadre des ateliers santé ville.

5.2.1 Des freins structurels

➤ Des interrogations quant à la pérennité du financement:

Les ASV ont bénéficié, à leur mise en place, d'un soutien financier de l'Etat. Ainsi, les postes de coordonnateur des onze premiers ateliers santé ville de Seine-Saint-Denis bénéficient d'un financement pérenne. En revanche, les villes doivent souvent contribuer de manière importante au soutien budgétaire de ce poste⁷⁸ pour les ASV mis en place par la suite.

Des inquiétudes apparaissent au sujet de la pérennité des financements accordés au titre de la politique de la ville. Dès lors, des interrogations surgissent concernant la pérennité du dispositif.

Les villes qui bénéficient du dispositif ASV ont souvent d'autres besoins importants et des ressources limitées ; il leur serait difficile de faire face à une éventuelle défaillance de l'État pour continuer à faire vivre seules le dispositif. De plus, ceci pourrait avoir pour conséquence une démobilitation des partenaires intervenant dans les quartiers les plus défavorisés.

À partir de 2008, les ASV seront financés directement par le biais du GRSP, ce qui améliorera la transparence dans les procédures d'attribution des crédits Etat. Ces derniers devraient être garantis pour la durée du CUCS.

➤ Un manque de clarification des tâches du coordonnateur ASV :

Ses missions ne sont pas toujours définies avec précision, puisqu'il n'existe pas de fiche de poste. Dans certains cas, il ne peut se consacrer totalement à l'ASV, il n'est généralement pas reconnu comme un acteur de santé et son emploi correspond à un contrat à durée déterminée. Ce dernier point constitue un obstacle à un investissement durable pourtant nécessaire au développement de l'ASV et fragilise sa fonction. De ce fait, le « turn over » est important. Cependant, certaines municipalités participent au financement de la préparation du concours d'agent territorial. Ce statut permet par la suite au coordonnateur

⁷⁸ Les élus et les programmes territoriaux de santé, éditions de la DIV, janvier 2005 p20

d'occuper un emploi non précaire. Dans trois communes, le coordonnateur est un médecin territorial ; ce statut semble lui donner une certaine légitimité dans ses rapports avec les partenaires de l'ASV (élus, professionnels des secteurs sanitaires et sociaux).

➤ L'absence de comité de pilotage local dans plus d'un tiers des ASV

Instance de concertation, ce comité lorsqu'il existe permet en effet, de mettre en place une coordination locale, d'effectuer le choix des priorités locales, d'élaborer une programmation d'actions et d'en assurer le suivi et l'évaluation. Si les modalités de fonctionnement de ce COPIL varient en fonction des caractéristiques locales, sa mise en place dans l'ensemble des ASV apparaît essentielle pour, en particulier, favoriser le développement du réseau partenarial et susciter la participation d'acteurs encore éloignés du dispositif.

5.2.2 Des freins institutionnels

➤ Des enjeux de pouvoirs :

Ils sont à l'origine des difficultés d'engagement d'un certain nombre de partenaires. Concernant les élus locaux, malgré les sollicitations répétées des services de l'Etat (DIV, DGS, DDASS, services préfectoraux...), on peut ressentir la crainte d'entrer dans un dispositif piloté par l'Etat avec des inquiétudes au sujet de la pérennité de son implication⁷⁹. La méconnaissance du dispositif a conduit certaines communes à considérer l'ASV comme une « structure » supplémentaire voire pour certaines comme étant un dispositif beaucoup trop lourd et sans intérêt par rapport à l'existant (c'est le cas d'une commune en CUCS mais n'ayant pas souhaité d'ASV sur son territoire).

Dans d'autres cas, l'ASV ne s'est vu confier que certaines thématiques, les structures sanitaires locales déjà impliquées dans des projets n'ayant pas souhaité faire « entrer » leurs actions dans la coordination ASV.

➤ Des résistances à la construction d'un partenariat avec certains acteurs:

Des difficultés au sujet de la participation d'acteurs aux actions de prévention ont été soulevées dans le rapport IGAS de 2003, « pour une politique de prévention ». Ces mêmes acteurs sont ceux qui n'entrent que difficilement dans la démarche ASV.

L'Education Nationale :

- Les MEN sont peu nombreux dans le département (59 en Seine-Saint-Denis), un poste n'est pas pourvu dans une ville et un vient de l'être récemment. Par ailleurs, la

⁷⁹ *Les élus et les programmes territoriaux de santé. Op. cit. p15*

« reconcentration » des tâches sur la visite de grande section de maternelle rend plus difficile l'implication des MEN dans d'autres actions de santé.

Pour l'IGAS⁸⁰, ces bilans systématiques apparaissent comme chronophages et coûteux en terme de personnels impliqués. De plus, ils suscitent des interrogations quant à leur efficacité du point de vue de la santé publique. Ces examens visent l'ensemble des élèves, ne serait-il pas plus pertinent de cibler des populations spécifiques ? Quelle est leur finalité ? Faire du dépistage, un suivi ? Etablir une banque de données à partir d'indicateurs de santé recueillis (poids, taille, troubles visuels, caries..) ? Réaliser des interventions ?

Or le MEN dispose de leviers d'actions en matière de nutrition puisqu'il est invité à la commission des menus des écoles maternelles et primaires et qu'il s'assure de l'application de la circulaire concernant la collation matinale en maternelle. Il a donc l'opportunité de mettre en place des actions d'éducation nutritionnelle, d'agir sur la diversification des menus ou encore de participer à la formation du personnel de restauration scolaire.

- Concernant les infirmières scolaires, également en sous-effectifs, elles sont aussi souvent débordées par les missions auxquelles elles ont à faire face dans leur établissement.
- Enfin, les enseignants se sentent peu impliqués dans des actions préventives s'inscrivant sur la durée.

Néanmoins, une impulsion peut-être donnée dans le cadre de la médecine scolaire. Lors d'une réunion d'information concernant un futur ASV, animée par le maire adjoint⁸¹ d'une commune et la DDASS, cette dernière a souligné l'intérêt d'actions coordonnées par l'ASV impliquant la médecine scolaire en concertation notamment avec le MEN. Le milieu scolaire est en effet, propice à la mise en place d'actions préventives, compte tenu du temps que les enfants y passent. Cette collaboration apparaît essentielle : ainsi, l'enquête effectuée par les MEN et relative aux chiffres de l'obésité sur le département a pu servir de support pour le diagnostic partagé départemental réalisé à l'occasion de l'élaboration du PRSP d'Île-de-France. Au-delà de la médecine scolaire l'ensemble des acteurs scolaires (infirmières, enseignants, animateurs..) devraient pouvoir être associés à l'ASV.

La médecine libérale :

Hormis un ASV qui a mis en avant la construction d'un réseau partenarial; la totalité des ASV rencontrent d'importantes difficultés à travailler avec la médecine libérale qu'il s'agisse de médecins généralistes ou de pédiatres. Or le médecin peut jouer un rôle de relais dans la transmission des informations et de soutien dans la modification des comportements en

⁸⁰ Rapport IGAS : *pour une politique de prévention*, 2003, p. 145

⁸¹ Il s'agit d'un maire adjoint à la solidarité, aux affaires sanitaires, sociales et à la famille.

tenant compte de l'environnement des patients. Sa participation est donc essentielle. Cependant, la formation, et les conditions d'exercice des médecins libéraux français ne leur permettent pas de s'investir pleinement dans la prévention et dans un dispositif tel que celui des ASV :

Trop isolés, ils n'exercent pas suffisamment dans une démarche de réseau⁸². Ayant une approche essentiellement curative de la santé, ils s'investissent peu dans des actions de santé publique. Leur participation aux actions et à un travail de coordination au sein d'un ASV, s'apparente à du bénévolat car ils ne bénéficient pas d'une compensation financière. Dès lors, la démarche ASV, ne présente pas de caractère suffisamment incitatif pour ces médecins qui n'en perçoivent pas l'intérêt.

De plus, dans un contexte de déficit de l'offre médicale en Seine-Saint-Denis, les médecins n'ont qu'une très faible disponibilité. Enfin, un grand nombre de médecins ignorent l'existence du dispositif, y compris dans les communes où une communication autour de l'ASV a été mise en place.

Lors de la mise en place des ASV en Seine-Saint-Denis, un MISP faisait partie du COPIL départemental et était, par ailleurs, référent du conseil départemental de l'Ordre des Médecins. Cette organisation était de nature à établir un dialogue avec les médecins libéraux afin de faciliter leur association au dispositif.

5.2.3 Une absence de données locales concernant la prévalence de l'obésité chez l'enfant.

Les seuls chiffres récents disponibles sur le département sont ceux fournis par l'enquête de l'inspection académique en 2003-2004⁸³, ceux issus d'une enquête menée dans cinq PMI sur 249 enfants de 1 à 6 ans en 2005⁸⁴ et les chiffres issus de la CS24.

L'ORSIF n'a pas réalisé d'étude sur des territoires infra régionaux, le tableau de bord du conseil général de Seine-Saint-Denis ne mentionne aucun chiffre sur l'obésité et la cartographie réalisée par la DDASS 93 ne fait pas non plus référence à cette pathologie.

Dans son rapport sur l'état de santé des français, le Haut Comité de Santé Publique⁸⁵ souligne ce paradoxe d'un problème de santé aisé à quantifier mais mal appréhendé par les diverses sources de données en France.

Les données socio-économiques locales étant en revanche disponibles, certaines communes ont tenté d'estimer localement la prévalence de l'obésité à partir d'une extrapolation

⁸² Rapport IGAS. *Op. cit* p.153.

⁸³ Ginioux C., Grousset J., Mestari S. et al. *Op. cit.* pp. 389-400.

⁸⁴ Source : service de PMI de Seine-Saint-Denis, bureau épidémiologie et statistiques.

construite sur la base de corrélations mesurées entre indicateurs de précarité et obésité. Les estimations ont été réalisées grâce à l'étude du score EPICES⁸⁶, élaboré par les centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie (Des relations score dépendantes significatives ont été observées entre EPICES et l'état de santé). [Annexe 9]

5.2.4 Des freins culturels

La tendance est à une participation plus grande de l'individu en tant que malade, usager ou citoyen, au système de santé. Pourtant, culturellement, notre système ne favorise pas cette démarche participative, dont la définition est assez floue puisqu'il peut aussi bien s'agir de consultations ponctuelles des usagers que de formes d'implications actives et durables.

Lorsque la population a été impliquée dans la démarche ASV, il s'agissait toujours d'une participation ponctuelle (enquête par questionnaire ou forum santé).

Si l'on s'intéresse au diagnostic local par exemple, sa réalisation a mobilisé majoritairement les professionnels de la santé, du social et du secteur éducatif mais rarement les habitants. Dans le département, aucun habitant n'a été associé à la programmation d'actions.

Les observations locales montrent des difficultés d'implication des populations, et ce, d'autant plus que l'on s'adresse à des personnes pour qui les préoccupations de santé ne se situent pas toujours au premier plan en raison de difficultés multiples. « *On sait que plus la situation sociale, familiale, financière d'une personne est dégradée, moins elle paraît accorder d'attention à la santé*⁸⁷ ».

Ces difficultés tiennent donc aux préoccupations des habitants pour qui la santé n'est pas un sujet prioritaire en particulier sur des territoires connaissant une forte précarité, mais également aux représentations que ces populations ont de la santé.

Dans le domaine de l'obésité de l'enfant, l'environnement familial est un secteur d'intervention déterminant puisque les parents assurent l'alimentation de leurs enfants mais jouent aussi un rôle de modèle sociétal en exerçant une modulation ou un contrôle du comportement de leurs enfants⁸⁸.

Or, sur le plan culturel, le surpoids et l'obésité apparaissent parfois comme des facteurs de réussite sociale. Il semble alors difficile pour certaines familles de considérer un enfant « rond » comme étant atteint d'une pathologie, alors même que cet état est synonyme de

⁸⁵ Haut Comité de Santé Publique. *Op. cit.* p. 91.

⁸⁶ Sass C., Moulin J.J., Guéguen R. et al. Le score Epices. In VS, bulletin épidémiologique. hebdomadaire (BEH) n°14/2006, 4 avril 2006. pp 93-96.

⁸⁷ Haut Comité de Santé Publique. *Op. cit.* p 313.

⁸⁸ Expertise collective INSERM, 2006. *Op. cit.* p 91.

bonne santé. De plus, la confrontation entre culture d'origine, culture occidentale, messages de prévention, et messages publicitaires est à l'origine de difficultés d'intégration des diverses recommandations nutritionnelles. Enfin, le suivi de ces recommandations a un coût que ne peuvent toujours supporter les familles défavorisées.

Il apparaît fondamental de tout mettre en œuvre pour cibler l'environnement familial grâce aux actions de prévention. En effet, la non-prise en compte des attentes et des propositions des publics destinataires des actions de prévention représente un obstacle concernant l'efficacité des actions.

Cet effort repose sur une coordination avec le PRE, lorsque existe localement une ERE, mais également sur des structures telles que les maisons des parents. Les associations d'adultes relais (il existe trois associations de femmes relais en Seine-Saint-Denis) constituent également un moyen intéressant pour susciter une participation des habitants aux actions et aux dispositifs de santé. C'est d'ailleurs, sur les associations de « femmes relais » que tente de s'appuyer le Repop 93 pour assurer la diffusion de ses messages en direction des populations.

Dans le département des Yvelines, des médecins coordonnateurs, dont les postes ont été créés par la DDASS, sont susceptibles d'assurer un relais avec la population. Ces professionnels, invités au COPIL local des ASV, assurent le lien entre les usagers et le système de santé.

5.2.5 Un manque d'investissement dans le domaine des activités physiques et sportives

C'est le constat sur le terrain : si la totalité des actions des ateliers santé ville font appel à l'éducation en matière d'alimentation, beaucoup moins nombreuses sont les actions faisant référence à la promotion de l'activité physique et sportive. Il s'agit probablement de représentation du surpoids et de l'obésité comme étant la conséquence d'un déséquilibre alimentaire d'avantage que d'une insuffisance d'activité physique. Or, la ville dispose de leviers dans ce domaine (gymnases municipaux, espaces verts, animations périscolaires...). Le rapport n° 54 du conseil national de l'alimentation pointe du doigt les faiblesses passées des politiques préventives dans ce domaine.

Cette année pourtant, l'éligibilité d'un projet nutrition au financement par le GRSP (dans le cadre des appels à projets) était conditionnée par l'existence d'actions en direction de la promotion d'une alimentation équilibrée et d'activités physiques. Néanmoins, une certaine souplesse a été appliquée à ces dispositions, les partenaires financiers ayant estimé que les consignes n'avaient peut-être pas été suffisamment claires.

Toutefois deux points positifs méritent d'être rappelés : la mise en valeur des activités physiques et sportives dans le PNNS 2 et d'autre part la fusion récente du ministère chargé de la santé avec celui de la jeunesse et des sports. Il est ainsi possible d'espérer que ces changements permettront d'impliquer davantage les acteurs locaux dans des actions préventives faisant davantage appel au développement des activités physiques et sportives. On peut regretter également des méthodes préventives faisant davantage appel aux actions d'éducation sanitaire au détriment d'une démarche de promotion de la santé, démarche favorisant pourtant la participation.

Cependant, malgré les faiblesses relevées, le dispositif dispose d'un certain nombre d'atouts sur le département de Seine-Saint-Denis :

- Le choix du département comme terrain d'expérimentation du dispositif ASV qui a conféré à la Seine-Saint-Denis une antériorité en matière de mise en œuvre de ce dispositif. Il a donc été possible de capitaliser les expériences des premiers ASV et de mettre en place un accompagnement des nouveaux coordinateurs par leurs aînés. Il existe localement « une véritable culture ASV ». En outre, la participation de cinq coordonnateurs à la réalisation du tableau de bord favorise localement son appropriation.
- Des services déconcentrés du ministère de la santé impliqués, avec un MISP référent sur la nutrition et une chargée de mission sur le PRAPS et les ASV très active.
- Un centre de ressource de la politique de la ville situé dans le département : « profession banlieue », véritable cellule d'appui de la DDASS concernant le dispositif ASV.
- La présence d'un grand nombre de services communaux d'hygiène et de santé et de centres municipaux de santé impliqués dans le domaine de la santé publique. Ces structures ont souvent une expérience dans le champ de la nutrition.
- Une communication autour des ASV avec la feuille mensuelle : « bulletin de santé ASV ».
- La présence du REPOP sur le département avec une vingtaine de médecins référents en Seine-Saint-Denis.

5.3 PRECONISATIONS

Ces préconisations ont pour objet de proposer des pistes de travail afin d'optimiser le dispositif. Parmi les faiblesses observées certaines tiennent au fonctionnement de l'ASV d'une manière générale, d'autres aux programmes locaux de prévention de l'obésité de l'enfant. Les propositions viseront donc ces deux aspects.

5.3.1 Animer et piloter

Mettre en place une animation au sein d'un comité de pilotage départemental des ASV, permet de rappeler les grandes priorités de l'État en matière de santé publique, notamment

en terme de lutte contre les inégalités de santé. Cette animation est l'occasion d'échanges d'expériences et de pratiques. Elle permet d'assurer une cohérence dans les différents champs d'intervention départementaux et d'effectuer une coordination à ce niveau.

Ce COPIL animé par la DDASS (professionnels chargés de la Politique de la Ville) et les services préfectoraux chargés de la PdV peut être mis en place et animé par un MISP.

Ces rencontres visent également à rassurer les élus locaux (maires, adjoints chargés de la santé), pour inciter les communes à s'engager dans le dispositif ASV, en présentant la démarche et l'intérêt du dispositif, en terme d'amélioration de la santé des populations et de possibilités d'accompagnement, en particulier financier, par l'Etat. Cet engagement constitue un élément essentiel pour assurer la crédibilité de la démarche et pour mobiliser les élus et les acteurs de terrain. Ces échanges permettent d'établir un dialogue ville/Etat dans le domaine de la santé.

Les élus locaux ayant souvent des difficultés à appréhender leur rôle en matière de santé publique, il apparaît nécessaire de faire preuve de pédagogie et de doigté. Il est ainsi possible de démontrer à ces élus que les populations sont sensibles au fait que l'on s'intéresse à leur santé. De plus, avoir une action sur des déterminants de santé améliorera le bien-être des habitants, même si les résultats des actions menées sont souvent longs à apparaître. L'animateur devrait être en mesure de fournir des données chiffrées très concrètes concernant l'état de santé de la population locale, pour mobiliser ses interlocuteurs. Il peut ainsi favoriser la déclinaison du volet santé dans le cadre du CUCS.

Favoriser l'émergence des partenariats

La mise en place des comités de pilotage locaux dans toutes les communes disposant d'un ASV sur leur territoire doit être fortement encouragée. Ce COPIL local est une instance de concertation susceptible de mobiliser les différents partenaires potentiels mais aussi de recenser les difficultés éventuelles pour tenter d'apporter des solutions.

Il est souhaitable que des représentants de la DDASS y participent afin d'apporter appui et conseil.

5.3.2 Soutenir

Le manque de formation des acteurs de l'ASV ayant été mis en évidence, une formation peut être dispensée sur la méthodologie de projet notamment : méthodes de réalisation de diagnostic, de construction des partenariats ou de développement de démarches en santé communautaire. Cet appui méthodologique est assuré par « profession banlieue » pour les acteurs des ASV de Seine-Saint-Denis. Toutefois ce centre de ressources de la politique de la ville pourrait élargir ses formations à d'autres départements. Les CODES peuvent

également être sollicités pour ce soutien ; c'est le cas dans les Yvelines. Dans ce département, le MISP chargé de la politique de la ville et du PRSP a reçu une réponse favorable du CODES pour un soutien méthodologique (y compris sur site), destiné aux élus locaux d'une part et aux coordonnateurs d'autre part. De même, l'Ecole Nationale de Santé Publique dispense des formations sur site, destinées aux acteurs des ASV. Concernant plus particulièrement les méthodes de travail en santé communautaire l'Institut Renaudot ou l'association AFRESC sont aussi à même d'intervenir.

Une formation spécifique à la mise en place d'actions de prévention de l'obésité chez l'enfant, par le biais du réseau des CODES, paraît de plus souhaitable. Elle concerne l'ensemble des acteurs impliqués dans les actions de prévention.

Enfin, le CRIPS d'Île-de-France a mis en place un cycle de formation pour les élus locaux et les responsables des actions de santé, concernant la prévention du surpoids et de l'obésité chez les jeunes. Il semble utile d'encourager les élus à y participer.

5.3.3 Accompagner les actions de prévention de l'obésité :

Il convient d'encourager les ASV à mettre en place des programmes locaux de prévention de l'obésité chez l'enfant. Fournir des données (notamment comparatives) relatives à cette affection localement ou inciter les communes à les rechercher favorise cette implication.

Il serait possible d'obtenir ces indicateurs en établissant un partenariat entre l'éducation nationale, l'ORSIF et le service de cartographie de la DDASS par exemple. Une autre source serait l'utilisation systématique des données de la CS24⁸⁹ issue de la PMI ou de la visite des trois ans qui devrait prochainement être systématisée. Cependant, dans ce dernier cas, les chiffres ne concerneraient qu'une tranche d'âge. En outre si la mesure de l'IMC est simple, la collecte et l'exploitation de données comportent des difficultés.

Dans ce domaine, l'affichage national de la politique de prévention de cette affection mais aussi le rappel des risques liés à l'obésité sur le plan sanitaire et social, sont de nature à inciter les maires à se saisir de cette problématique dans le cadre de l'ASV.

L'accompagnement vise également à engager les ASV à mettre en place des actions dans le domaine à la fois de l'alimentation mais aussi des activités physiques et sportives, grâce, par exemple à un partenariat avec les services locaux de la jeunesse et des sports.

La DDASS peut apporter un soutien technique lors de la constitution des dossiers d'appel à projet puis défendre ces projets au cours de l'instruction et de la sélection régionale.

⁸⁹ La CS24 est l'examen obligatoire de l'enfant de 2 ans au cours duquel poids et taille sont recueillis.

5.3.4 Développer l'évaluation :

La justification des dépenses publiques à l'occasion de la mise en place de la Loi organique des lois de finance (LOLF), nécessite une évaluation des résultats. De plus, dans un contexte de financement pluriannuel il apparaît légitime de s'intéresser aux résultats des actions et non plus seulement aux processus mis en place.

L'évaluation permet un recul par rapport aux actions et donc une amélioration du dispositif.

Le tableau de bord départemental, qui constitue un outil de pilotage et de suivi des ASV, représente également une première étape vers une évaluation du dispositif.

La DDASS peut assurer un soutien méthodologique à la construction de la démarche d'évaluation, désormais indispensable pour permettre un financement par le GRSP. Cette procédure ne devrait pas se limiter à une évaluation de processus mais il apparaît important qu'elle puisse analyser les changements de comportements ou de représentations.

5.4 ROLE DU MISP

Le médecin inspecteur de santé publique dispose d'une légitimité pour intervenir. En effet, dans le cadre de ses missions, il est chargé de la mise en oeuvre des priorités nationales et régionales, en particulier dans le domaine de la prévention dans le cadre du PRSP ; d'autre part, il est un acteur de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Il a donc naturellement un rôle de coordonnateur des actions dans la prévention de l'obésité chez l'enfant et un rôle pivot pour impulser des actions de santé dans les différents volets du CUCS.

➤ Dans le domaine de la prévention de l'obésité chez l'enfant,

Il participe à la mise en oeuvre des politiques préventives. En effet, il contribue à la programmation et à la réévaluation d'actions grâce à un ensemble de leviers d'action parmi lesquels l'appel à projet.

En outre, le MISP, par sa connaissance des acteurs de terrain, peut également faciliter la mobilisation d'acteurs notamment associatifs, les orienter et ainsi susciter leur implication dans la thématique « obésité chez l'enfant ».

Il peut apporter son appui technique aux promoteurs et aux porteurs de projets dans le domaine de la nutrition, au soutien à la sélection des projets examinés lors de la procédure d'instruction d'appels à projets mais également donner son avis sur leur évaluation.

➤ Dans le domaine de la lutte contre les inégalités de santé :

Le MISP, en partenariat avec l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS), favorise la déclinaison locale du PRAPS (notamment pour les projets relatifs à l'axe 4 du PRSP Île-de-France) à travers, en particulier, les ateliers santé ville.

Par ses compétences en ce qui concerne la méthodologie de projet ou d'évaluation mais aussi par sa position d'interlocuteur privilégié de certaines institutions, il est à même d'exercer la fonction d'animateur du dispositif ASV au niveau de son département. Il lui appartient également de susciter la mise en place d'actions sur des territoires non couverts.

Le MISP, comme l'IASS, est, par ailleurs, invité à participer aux autres dispositifs de lutte contre les inégalités comme le PRE.

Sa connaissance des pathologies et des méthodes de prévention, lui permet donc d'aborder la question de l'obésité de manière globale (tant d'un point de vue sanitaire que social). Sa légitimité en tant que médecin lui confère un rôle clé concernant ses rapports avec les médecins libéraux, les médecins de l'Education Nationale ou encore avec les élus locaux.

Cependant l'organisation des DDASS révèle de fortes disparités. Celles-ci sont liées aux particularités notamment en termes d'effectifs, de financement et aux priorités locales. Ainsi, si la DDASS des Yvelines a intégré le MISP responsable du PRSP au pôle social, les choix du département de Seine-Saint-Denis ont été différents : ce pôle ne comporte en effet, plus de MISP qui sont tous rattachés au pôle santé. Il n'y a donc pas de MISP référent ASV.

Or la présence d'un médecin en tant qu'animateur au sein du pilotage du dispositif apparaît comme essentielle à un certain nombre d'acteurs. Le MISP représente pour certains partenaires et notamment les médecins libéraux, à la fois un interlocuteur légitime mais aussi l'engagement de l'Etat. Il peut ainsi faciliter une véritable prise en compte de la santé dans les CUCS.

De même, lorsqu'un MISP est chargé du dossier ASV, sa participation au COPIL local, lui permet d'assurer un accompagnement au plus près du terrain mais également de s'assurer de la cohérence entre les niveaux régional, départemental et local.

Néanmoins, les effectifs de MISP en région Île-de-France étant insuffisants, il convient de réfléchir à la place du MISP en DDASS au sein du dispositif et à sa complémentarité avec l'IASS. Il peut apparaître souhaitable que le rôle de référent et d'orchestration soit assuré par le MISP au niveau du COPIL départemental. Le suivi plus opérationnel peut alors être partagé avec l'IASS.

Il convient également de s'interroger sur le niveau pertinent d'intervention dans un contexte de mutualisation des ressources. Un MISP chargé du dossier précarité santé à l'échelon régional pourrait-il assurer un pilotage à ce niveau ?

CONCLUSION

La précarité est à l'origine d'un excès de morbidité, liée en grande partie à des déterminants sociaux, parmi les populations de faible niveau socio-économique. L'obésité est une illustration de ce phénomène ; elle représente un véritable enjeu de santé publique chez l'enfant en raison de ses conséquences sanitaires et psychosociales. Sa prévention dépasse largement le domaine des politiques de santé et de l'intervention de l'Etat.

La France a mis en place un Programme National Nutrition Santé en 2001, dont l'un des objectifs est la stabilisation de la prévalence de l'obésité infantile. Le PNNS favorise la cohérence des actions entre les différents secteurs d'intervention. Il vise également une intensification des efforts en direction des populations défavorisées grâce à des stratégies spécifiques.

A ce titre, le dispositif des ateliers santé ville constitue une démarche intéressante pour décliner les programmes locaux de prévention de cette affection sur les territoires de la politique de la ville. Néanmoins, cette démarche, comme cela a été mis en relief dans cette étude, comporte un certain nombre de freins qu'il importe de lever.

Il appartient aux services déconcentrés du Ministère de la Santé de promouvoir le dispositif en agissant à plusieurs niveaux : ainsi, ces services peuvent susciter en amont l'implication des élus et favoriser l'émergence de programmes locaux de santé publique concernant la prévention de l'obésité (dont la prévalence sur ces territoires est très supérieure). Ces services doivent veiller également à la cohérence des actions mises en place avec les grandes priorités nationales et régionales. Enfin, pour assurer la crédibilité du dispositif, les financeurs doivent en assurer la pérennité.

De cette étude, il est possible de tirer quelques enseignements concernant le dispositif des ASV dans sa déclinaison des politiques locales de santé, sur des territoires marqués par la précarité, avec un regard plus général.

Le MISP trouve toute sa place dans ce dispositif qu'il peut coanimer avec un inspecteur et dont il peut encourager le développement afin de promouvoir la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, priorité affichée dans la loi de santé publique d'août 2004.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

La politique de santé publique

- Loi n°98-657 du 29 juillet 1988 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique.
- Circulaire DGS/SD1/2004/454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique.

Politique nutritionnelle

- Circulaire 2001-118 du 25 juin 2001, Ministère de l'Éducation Nationale relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments
- Circulaire DGS/SD5A N°2002/13 – mise en œuvre du programme nutrition
- Circulaire n°2003-210 du 1^{er} décembre 2003 relative aux orientations de la Politique de santé en faveur des élèves
- Arrêté du 31 mai 2001 portant création d'un comité stratégique du programme national nutrition santé (J.O n°137 du 15 juin 2001)

Territorialisation des politiques de santé, atelier santé ville

- Loi n°2003-710 du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine. JO du 2 août 2003. Chapitre 1^{er} : Réduction des inégalités dans les zones urbaines sensibles, annexe 1/point 4 : santé

- Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville dans le volet santé des contrats de ville (2000-2006)
- Circulaire DGS du 19 février 2002 relative aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaires
- Circulaire interministérielle du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation des démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement
- Circulaire DGS/SD6D/2004/627 du 21 décembre 2004 relative à l'identification et à l'analyse des projets de santé publique contractualisés avec les collectivités locales.
- Circulaire du 24 mai 2006 relative à l'élaboration des contrats urbains de cohésion sociale
- Circulaire interministérielle N°DGS/DHOS/SD1A/2006 /383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé ville abrogeant la circulaire interministérielle N°DGS/DHOS/SD1A/2006/353 du 2 août 2006
- Comité interministériel des villes du 9 mars 2006

OUVRAGES

- INSERM. *Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant*. (expertise collective). Paris, les éditions INSERM. Juin 2000, 325 p
- INSERM. *Obésité : bilans et évaluation des programmes de prise en charge*. (expertise collective). Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale, juillet 2006; 232 p. disponible sur Internet :
<<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000152/0000.pdf> >
- RESSCOM. *Les ateliers santé ville. Territoire, santé publique et politique de santé au niveau local. Saint Denis*. Les éditions de la DIV, 2004.142 p

ETUDES - RAPPORTS

- ACTES DU SEMINAIRE DU JEUDI 27 JANVIER 2005. « *Les élus et les programmes territoriaux de santé publique* ». *Bilan et perspectives des Ateliers Santé-Ville*. Assemblée Nationale. Éditions de la DIV, octobre 2005
- BERTOLOTTO F. *Etude auprès de 27 Ateliers Santé Ville. Etat des lieux sur la construction de la démarche ASV. Octobre-novembre 2003. Recommandations pour une Journée Nationale*. La DIV, 15 mars 2004. Disponible sur Internet :
<<http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/EtudeASV10-03.pdf>>
- CAVAILLET F., DARMON N., LHUISSIER A., et al. *L'alimentation des populations défavorisées en France*. Synthèse des travaux dans les domaines économiques, sociologiques et nutritionnels. Janvier 2005
- CHERON M. Rapport introductif sur la prévention de l'obésité chez l'enfant. 2005. 77 p. Disponible sur Internet <http://www.ecolo.be/download/20050228_rapport_obesite.pdf>
- CONSEIL NATIONAL DE L'ALIMENTATION. Avis n°54 : *la prévention de l'obésité infantile*. 15 décembre 2005. Disponible sur Internet
<http://www.agriculture.gouv.fr/spip/IMG/pdf/avis_cna_54.pdf>

- CONSEIL NATIONAL DE L'ALIMENTATION. Avis n°55 : *proposition de mesures pratiques pour la mise en œuvre d'une stratégie nationale de prévention de l'obésité infantile*. 30 mars 2006. Disponible sur Internet
http://www.agriculture.gouv.fr/spip/IMG/pdf/avis55_0906.pdf

- DE PERETTI C. *Surpoids et obésité chez les enfants scolarisés en classe de troisième*. DRESS. Etudes et résultats. Janvier 2004, n°283.

- DÉRIOT G. RAPPORT: disponible sur Internet < http://www.senat.fr/rap/r05-008/r05-008_mono.html >

- DRESS. *Disparités régionales de santé à partir des indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*. Octobre 2006. Disponible sur Internet
<<http://www.sante.gouv.fr/drees/disparites/disparites.htm>>

- Etude sur l'état de santé des enfants parisiens. Cahiers de Chaligny. Direction de l'action sociale de l'enfance et de la santé. Mai 2006

- GREMY I., GALLI J., VINCELET C. *Surpoids et obésité en Île-de-France*. Rapport de l'observatoire de santé d'Île-de-France. Juin 2006, 123 p.

- GREMY I., VINCELET C. *Les habitudes alimentaires des franciliens au regard des objectifs du programme national nutrition santé*. Observatoire de santé d'Île-de-France. Décembre 2005, 4 p. Disponible sur Internet :
<<http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/4pages-Alimentations.pdf>>

- GUIGNON N., BADEYAN G. *La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé*. DRESS, études et résultats, janvier 2002, n°155

- GUIGNON N., BADEYAN G. *Disparités régionales de l'état de santé des enfants de 5 à 6 ans*. InVS, bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), n°39/2003, 30 septembre 2003. pp 181-184. Consultable sur le site
<<http://www.invs.sante.fr/beh/2003/39/index.htm>>

- GUIGNON N., NIEL X. DRESS, *L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions*. N°250. Juillet 2003

- HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE. *La santé en France 2002*. Paris, la documentation française, février 2002
- IGAS : Rapport annuel 2003, pour une politique de prévention. Paris, la documentation française 2003. 399 p. Disponible sur Internet :
<http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/rapport_igas_2003_prevention.pdf>
- INSEE. *Regards sur la santé des franciliens*, mars 2007
- INSERM. *Santé, inégalités et rupture sociale. Enquête sur la santé et le recours aux soins dans sept quartiers défavorisés d'Île-de-France*. Rapport pour la délégation interministérielle à la ville. Décembre 2004. 103 p. Disponible sur Internet :
<http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/RapInserm.pdf>
- JOUBERT M., MANNONI C. *Ateliers santé ville. Synthèse des réflexions menées sur le département de Seine-Saint-Denis*. RESSCOM. Profession banlieue. 2003
- OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ D'ILE-DE-FRANCE, *Surpoids et obésité en Île-de-France*. Analyse à partir des données de l'enquête décennale INSEE 2003-2004. Juin 2006, 121 p.
- OPEPS, compte rendu n°16, mardi 6 octobre 2005 : examen du rapport de M. Gérard Dériot, sénateur sur la nutrition et la prévention de l'obésité. Disponible sur Internet :
<<http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i2557.asp>>
- SASS C., MOULIN JJ., GUEGUEN R. et al. *Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes*. InVS, bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) n°14/2006, 4 avril 2006. pp. 93-96

ARTICLES

- BASDEVANT A., *obésité des jeunes, une maladie en pleine progression*, la santé de l'homme, n°386, nov-déc. 2006
- CHAUVIN P., FIRDION JM., PARIZOT I, et al.. *Santé, inégalités et ruptures sociales dans les Zones urbaines sensibles d'Ile-de-France*. In: Collectif. Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004. Paris : La Documentation française, 2004, pp. 367- 414.
- COLE TJ., BELLIZI MC., FLEGAL FM. et al. *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey*. Brit med J 2000 ; 320 : 1-6
- CORBEAU J.P. *Evolution des modes de vie et des trajectoires sociales d'obésité chez les jeunes enfants*. Enfance & Psy, n°27, juin 2005, pp. 17-23
- DAVID O. *Agir à l'échelon des territoires, une évidence, des risques*. La santé de l'homme n°383, mai-juin 2006, pp. 18-20
- DUBUIS JM. *L'obésité infantile : préoccupation quotidienne du pédiatre*. Février 2007, article consultable sur le site <[http://www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol12/n6/obesite- fr.htm](http://www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol12/n6/obesite-fr.htm)
- GINIOUX C., la revue de santé publique. N°3, septembre 2006, pp. 389-400
- HIRSCH M. *La réduction des inégalités est au cœur de la cohésion sociale*. BEH thématique 2-3. 23 janvier 2007
- INSTITUT DANONE. Objectif mutation, n°73, septembre 2004, pp. 4-9
- ISNARD P., FRELUT ML, MOUREN-SIMEONI MC. *Obésité chez l'enfant et l'adolescent*, cours de l'université de Rouen consultable sur le site cours de l'université de Rouen , consultable sur le site <http://www.univrouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1096616839269&LANGUE=0>
- ISNARD P., FRELUT ML, MOUREN-SIMEONI MC. *Obésité de l'enfant, l'accompagnement psychologique*. La Revue du praticien, médecin générale, tome 19, n°714/715 du 19 décembre 2005, pp. 1417-1426

- LAMOUREUX P. *L'approche participative dans un projet de santé*. La santé de l'homme, n°382, mars-avril 2006 p. 12
- LAURENT- BEQ A., LE GRAND E. *Développer une approche territorialisée de la santé*, La santé de l'homme n°383, mai-juin 2006, pp. 16-17
- MAILLARD C. Education santé, n°197, janvier 2005
- PEREZ M. *L'homme malade de sa sédentarité*, Le figaro, 04/12/2006, p.12
- RICHARD G, DELBARD F. Santé de l'homme, n°374, novembre 2004, p. 36-38

MEMOIRES

- COMOY A. "Obésité de l'enfant : pour une prévention partenariale à l'école" mémoire MEN ENSP 2002, 79 p.
- LACROIX B. "Un espace nutritionnel et alimentaire au service d'une politique nutritionnelle en Lorraine" mémoire médecin inspecteur de santé publique ENSP , MISP 2003, 88 p.

AUTRES

- PLAN NATIONAL NUTRITION SANTE 2001-2006
- PLAN NATIONAL NUTRITION SANTE 2006-2010
- PLAN REGIONAL D'ILE-DE-FRANCE, 2006-2010
- GUIDE DU PROMOTEUR, APPELS À PROJETS 2007
- Lettre du 25 mars 2004, du ministère de l'éducation nationale sur la collation matinale à l'école

SITES INTERNET

- <http://www.ville.gouv.fr/infos/dossiers/sante.html> : consulté le 13/12/2006
- <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/praps/531pr.htm> consulté le 30/01/2007
- <http://www.repop.fr/repoplDF.html> consulté le 2/02/2007
- <http://www.cnr.asso.fr/textesOff/documents/officiels/asvdi2.htm> consulté le 20/02/2007
- http://citesciences.fr/francais/ala_cite/science_actualites/sitesactu/question_actu.php?id_article=4 consulté le 24/03/2007
- www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_060906xb.pdf discours de Xavier Bertrand deuxième PNNS 2006-2010 le 6/09/2006, consulté le 27/04/2007
- http://www.professionbanlieue.org/thema/c_thema.php?id=23&large=&cle_id=94 consulté le 25/05/2007
- <http://www.senat.fr/rap/r06-049-1/r06-049-164.html> : consulté le 14/06/2007
- <http://www.lemangeur-ocha.com/enfantsados/textes-exclusifs/detail/auteur-texte//1113/disp/> : consulté le 1^{er} juillet 2007

Glossaire

- **Activité physique** : elle correspond à tous les mouvements du corps produits par la contraction musculaire, qui augmentent la dépense d'énergie. Elle comprend tous les mouvements de la vie quotidienne lors du sport mais aussi de la marche, des activités professionnelles ou de loisirs.
- **Aménorrhée** : absence de règles
- **Contrat de ville** : il s'agit d'un contrat entre les collectivités territoriales et l'Etat, qui engage chacun des partenaires à mettre en œuvre des actions concrètes et concertées pour améliorer la vie quotidienne des habitants dans les quartiers connaissant des difficultés (chômage, violence, logement...) et prévenir les risques d'exclusion sociale et urbaine. Un contrat de ville dure 7 ans. Les contrats de ville ont été remplacés par les CUCS depuis janvier 2007.
- **Contrat urbain de cohésion sociale (CUCS)** : il s'agit du nouveau cadre du projet de territoire. Signé entre le maire et le préfet chargé de la cohésion sociale, pour une durée reconductible de 3 ans, il définit les priorités d'actions pour des quartiers et des publics prioritaires, en matière de développement social et urbain. Le contrat engage prioritairement chaque partenaire (Etat, commune, agglomération, département, région) sur son domaine de compétence. La santé est affirmée comme l'un des cinq thèmes prioritaires de ces CUCS (les autres thèmes sont l'amélioration de l'habitat et du cadre de vie, l'accès à l'emploi et le développement économique, l'action éducative (réussite scolaire, sport, culture) la citoyenneté et la prévention de la délinquance. Le CUCS permet d'encourager les acteurs locaux à mieux prendre en compte la prévention pour les habitants des quartiers en difficulté
- **Démarche participative en santé** : elle consiste à faire participer les populations à l'élaboration des politiques de santé en les consultant et en les associant aux décisions les concernant. Elle comporte trois niveaux : l'information, la consultation et la concertation⁹⁰.
- **Dyslipidémie** : excès de cholestérol et/ou de triglycérides sanguins

⁹⁰ Routelous S. « Des municipalités inaugurent les conférences locales de santé ». La santé de l'Homme. INPES, n°382, mars-avril 2006, pp.39-40.

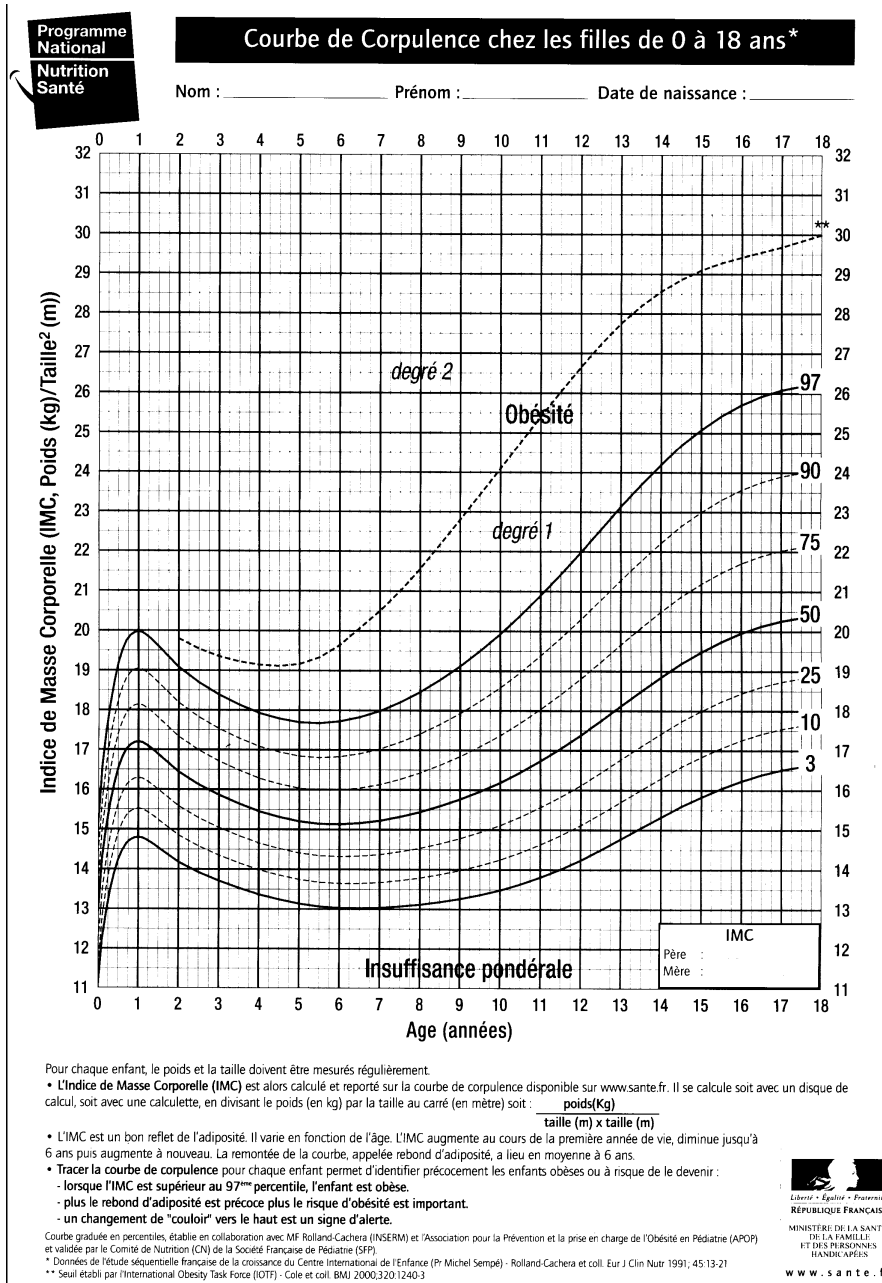
- **Indice de masse corporelle (IMC)** : encore appelé indice de Quételet : c'est rapport du poids sur la taille élevée au carré
Il dépend de l'âge et du sexe
 $IMC = \text{poids} / \text{taille}^2$
Avertissement : les chiffres de l'obésité annoncés dans ce travail dépendent des tranches d'âge et des seuils utilisés.
- **Mortalité prématurée** : en Santé Publique il s'agit de la mortalité survenant avant l'âge de 65 ans, dans le texte il s'agit plutôt d'une baisse de l'espérance de vie liée à l'obésité.
- **Palatable** : définit le caractère agréable d'un aliment. Il résulte de la perception qu'a le sujet du goût, de l'odeur et de la texture de cet aliment.
- **Parentalité** : La parentalité peut se définir comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à 3 niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique.
- **Percentile** : Au plan statistique, le percentile est un paramètre de position répartissant une population d'observation en deux classes : si l'on considère une série de N observations, le percentile d'ordre q est la valeur pour laquelle q % des N observations sont inférieures et (100-q)% des observations sont supérieures.
- **Politique de la ville** : il s'agit d'un ensemble d'actions de l'Etat dont le but est de réinsérer les quartiers en difficulté dans la ville grâce à la mise en œuvre dans le cadre d'un projet global de territoire d'un développement économique, social et urbain de ces quartiers.
- **Prévalence** : nombre total de cas d'une pathologie.
- **Rebond d'adiposité** : La remontée de la courbe d'IMC qui survient physiologiquement vers l'âge de 6 ans s'appelle le rebond d'adiposité. L'âge de survenue de ce rebond est utilisé comme marqueur prédictif du risque d'obésité. Il s'agit de l'âge auquel la courbe d'IMC est à son niveau le plus bas. Plus le rebond est précoce (avant 6 ans), plus le risque de devenir obèse est élevé.
- **Sédentarité** : elle correspond aux occupations pour lesquelles les mouvements corporels sont réduits au minimum et n'occasionnent qu'une très faible dépense énergétique.
- **Zones d'éducation prioritaires (ZEP)** : elles désignent des zones dans lesquelles sont situés des établissements scolaires (écoles ou collèges), dotés de moyens supplémentaires, pour faire face à des difficultés d'ordre scolaires et sociales.

- **Zones urbaines sensibles (ZUS)** : ce sont des territoires infra-urbains définis par les pouvoirs publics pour être la cible prioritaire de la politique de la ville. Les ZUS formalisent la notion de « quartier en difficulté » : elles sont caractérisées par la présence de grands ensembles ou de quartiers d'habitat dégradé et par un déséquilibre accentué entre l'habitat et l'emploi.

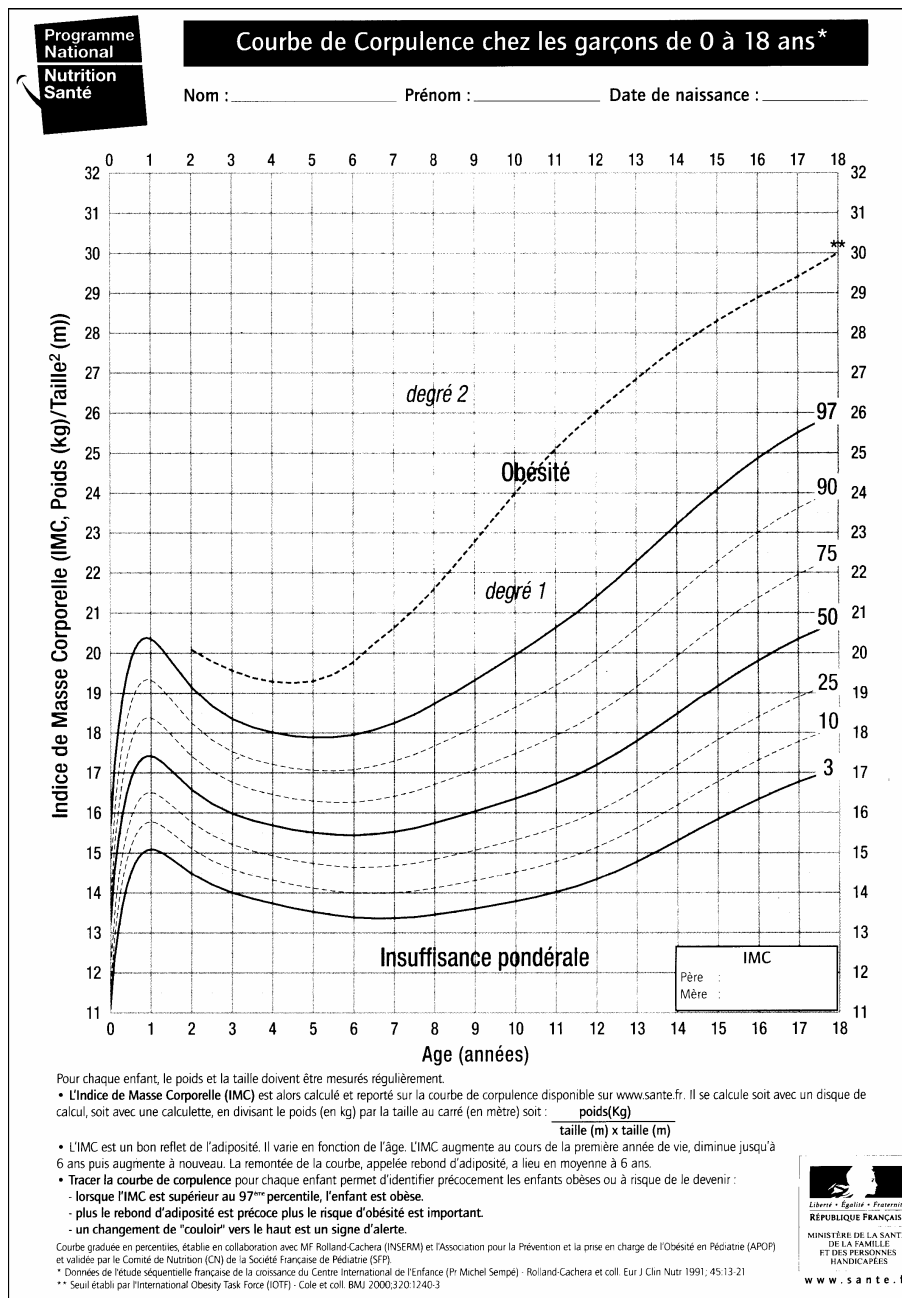
Liste des annexes

- Annexe 1 : courbe d'IMC chez la fille (PNNS)
- Annexe 2 : courbe d'IMC chez le garçon (PNNS)
- Annexe 3 : facteurs de l'obésité
- Annexe 4 : toile de causalité en matière d'obésité
- Annexe 5 : élaboration du PRSP
- Annexe 6 : répartition des ASV en Seine-Saint-Denis
- Annexe 7 : le diagnostic partagé
- Annexe 8 : la procédure d'appel à projet
- Annexe 9 : lien entre score de précarité et obésité
- Annexe 10 : liste des personnes rencontrées

Annexe 1 : courbe d'IMC chez la fille (PNNS)

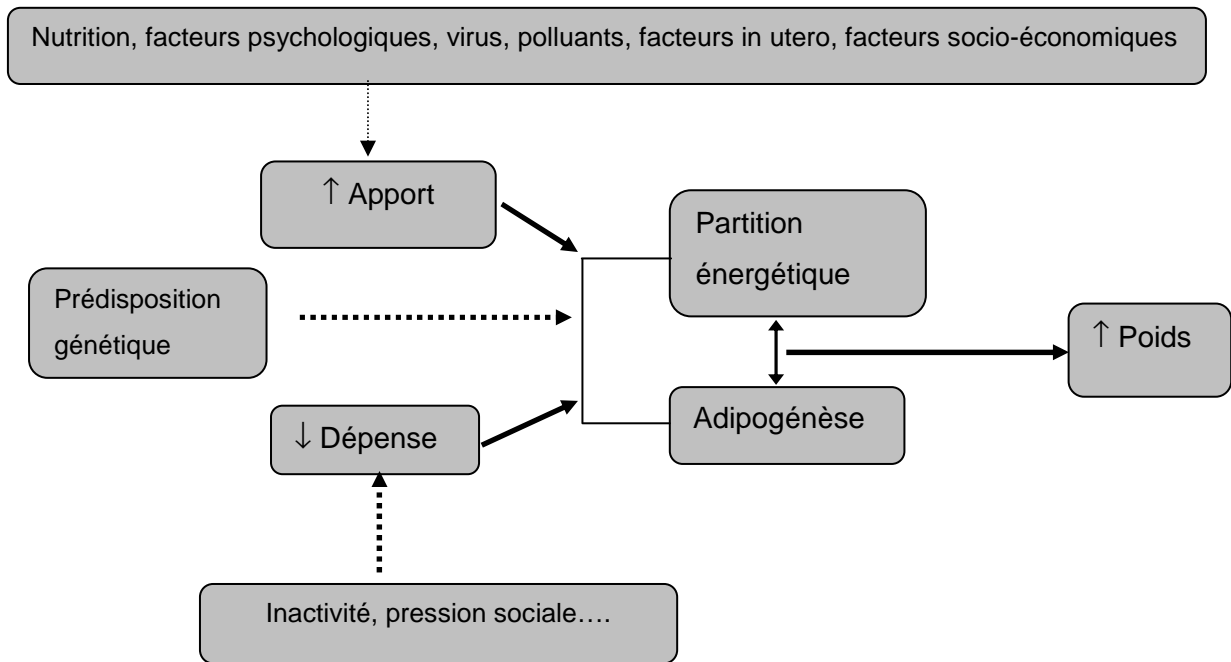


Annexe 2 : courbe d'IMC chez le garçon (PNNS)



Annexe 3 : facteurs de l'obésité

(d'après l'intervention d'A. Basdevant, rencontres parlementaires, 14 décembre 2006)



Toile causale des facteurs influençant la problématique du poids*

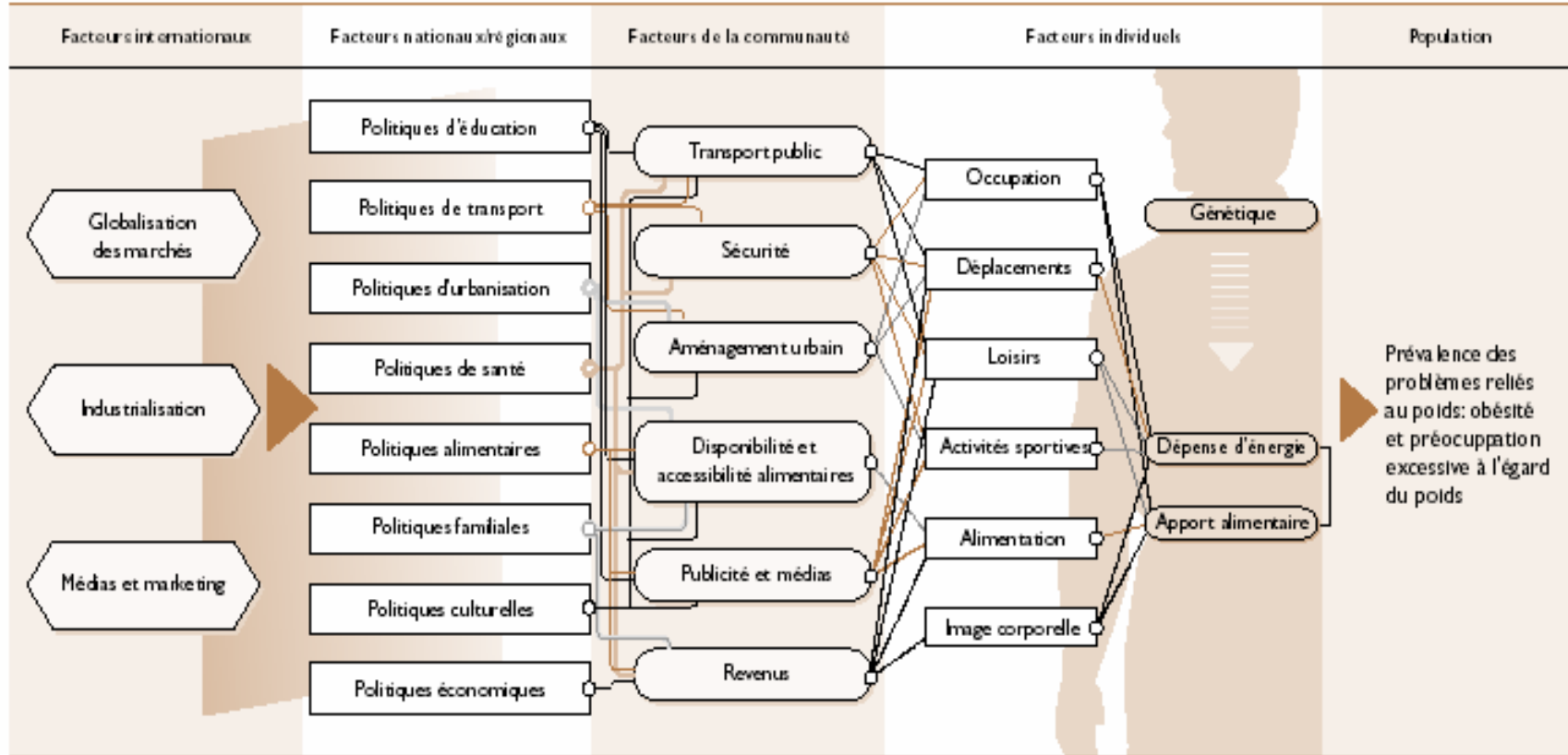
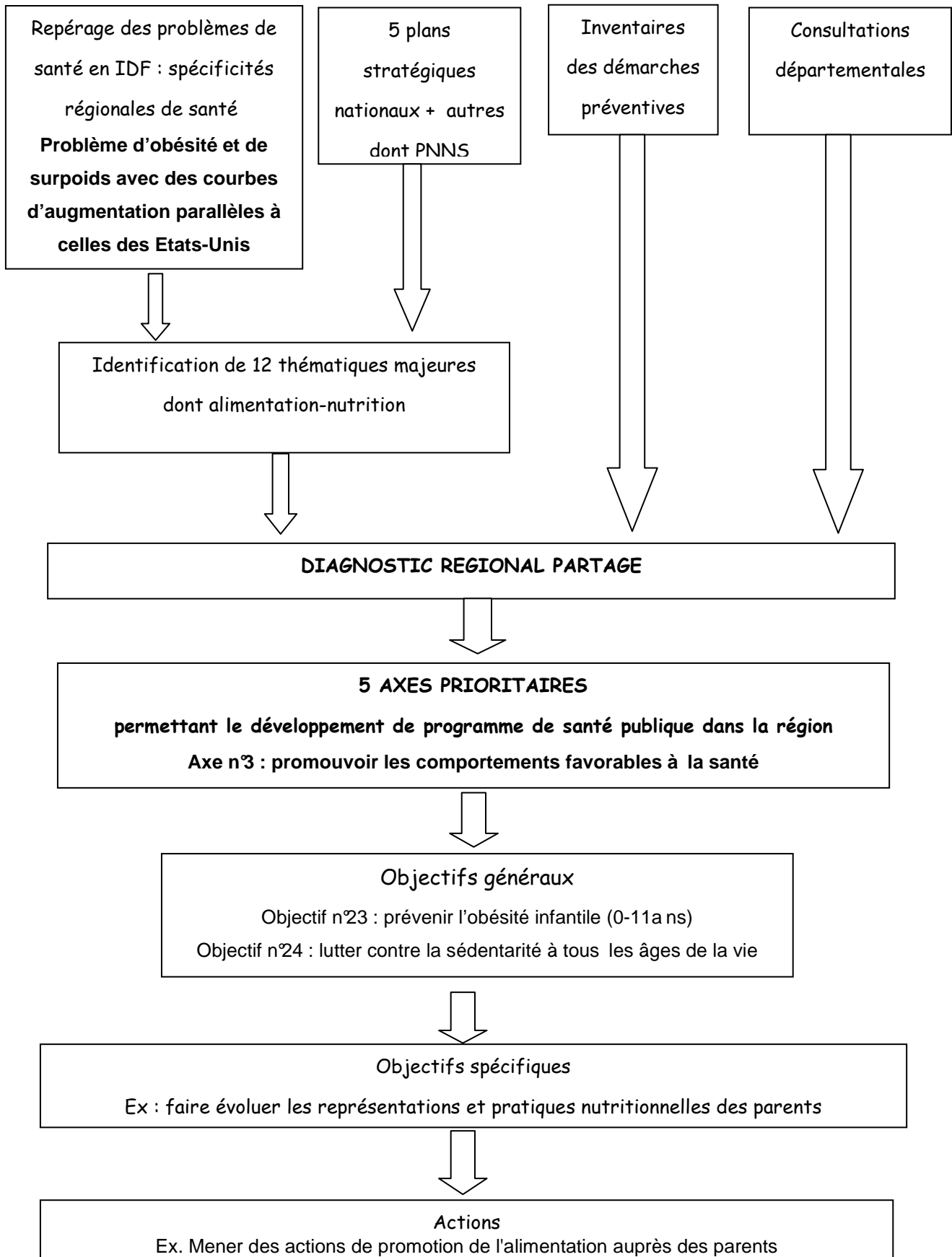
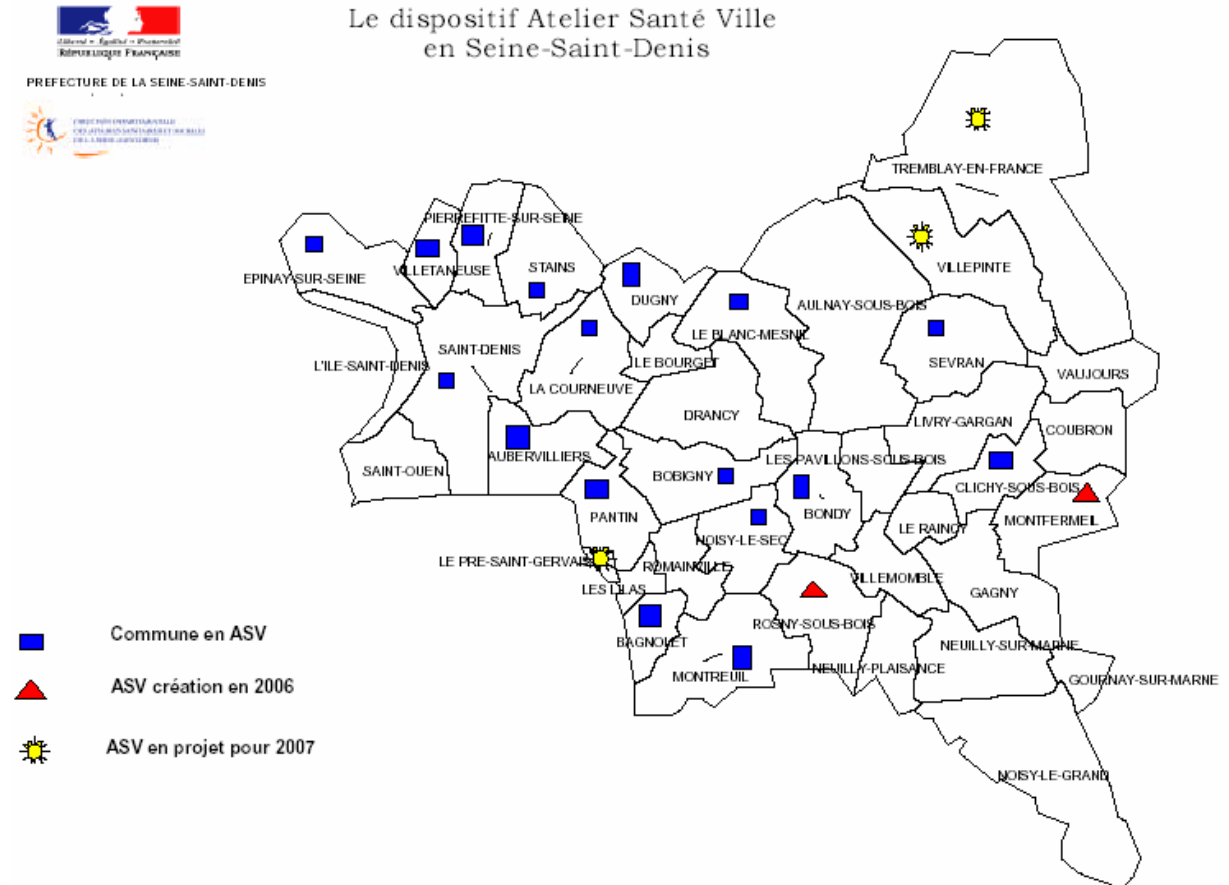


Figure 4 – Facteurs politiques, socioculturels, économiques et personnels qui influencent directement ou indirectement les problèmes liés au poids* (problèmes liés au poids : obésité et préoccupation excessive à l'égard du poids)⁶⁴. Traduit et adapté par Ribenbaugh C., Kumanyika S., Maravia A., Jeffery R., et Antipatis V, IOTF 1999.

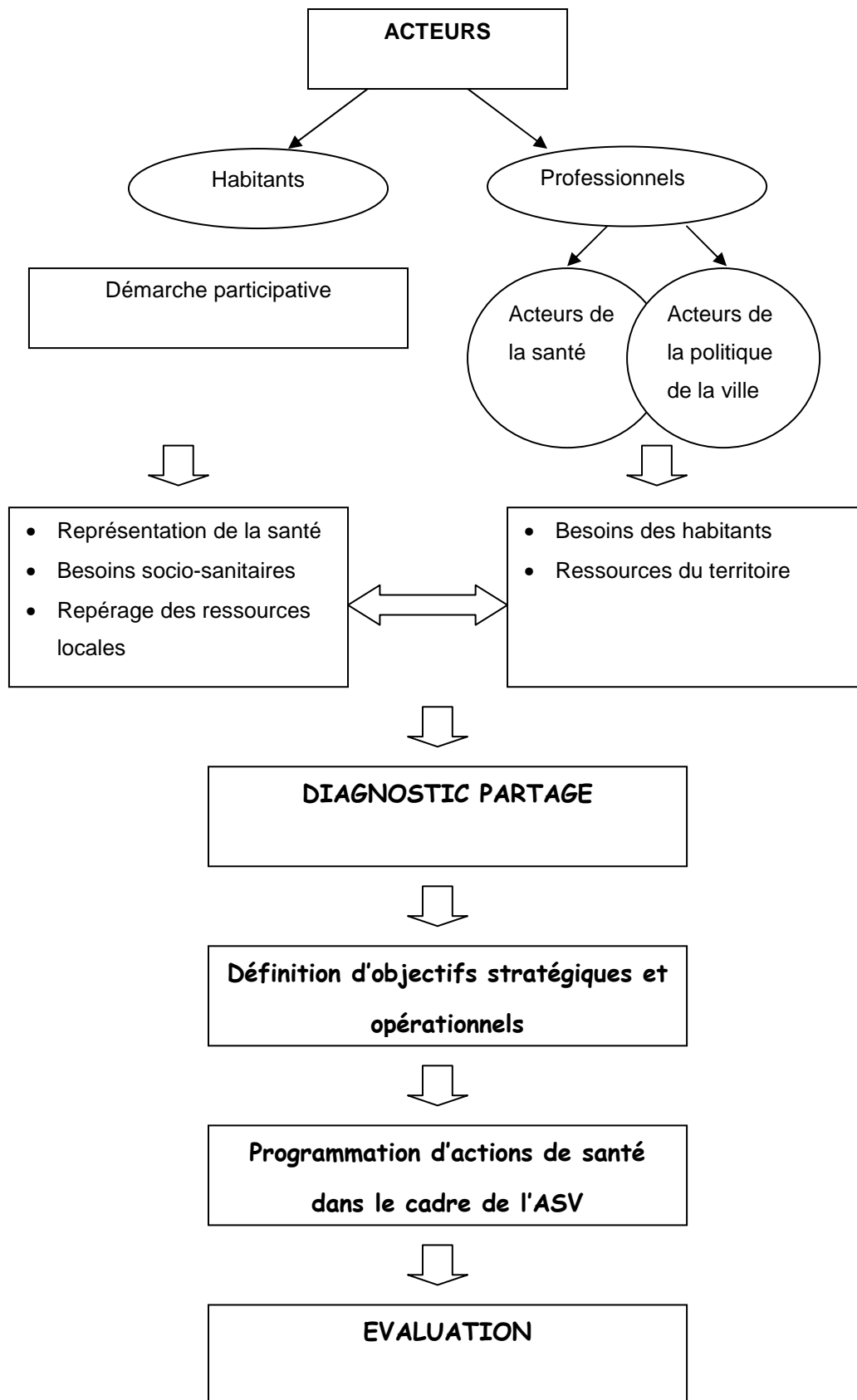
Annexe 5 : élaboration du PRSP



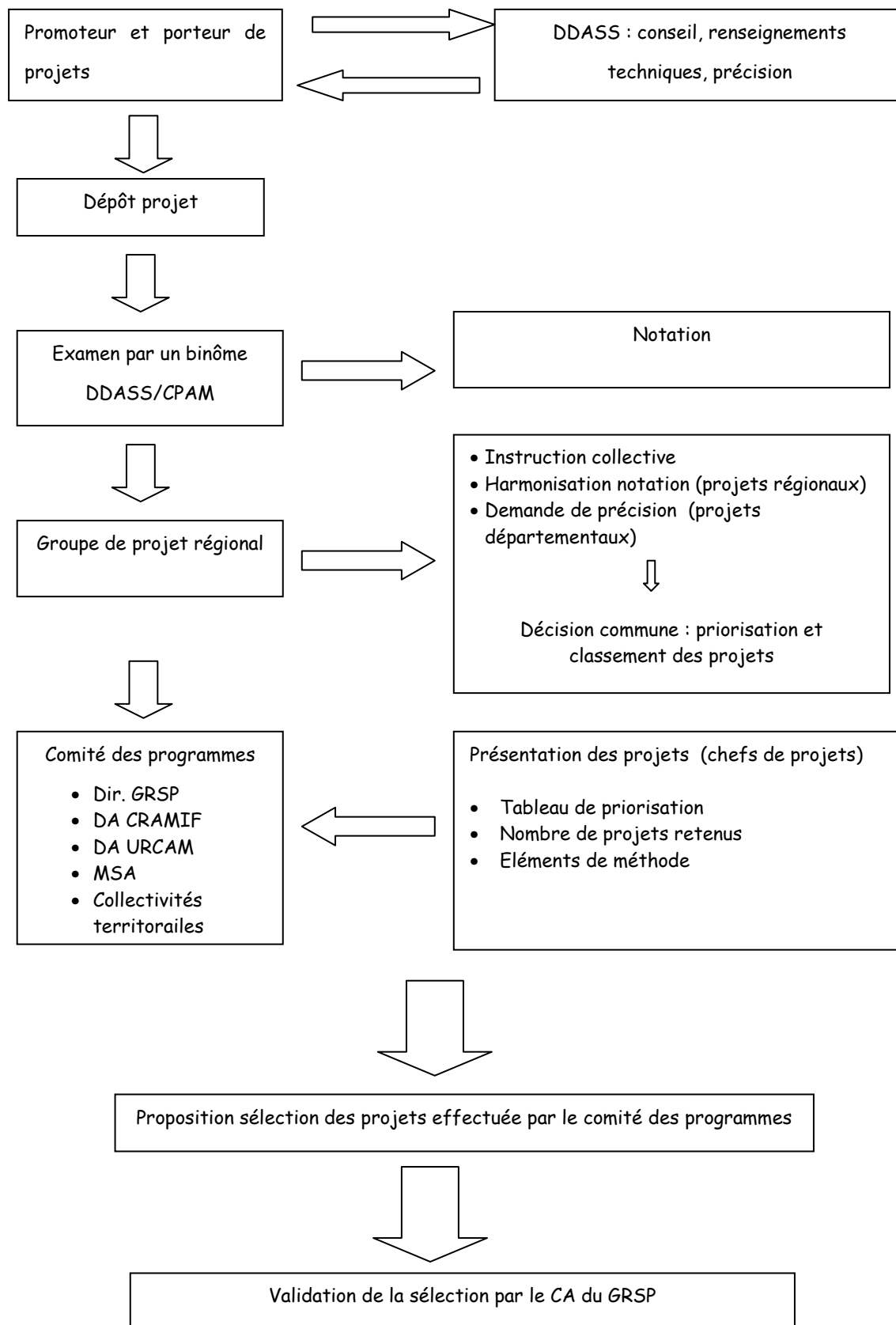
Annexe 6 : répartition des ASV en Seine-Saint-Denis



Annexe 7 : la démarche de projet dans l'ASV

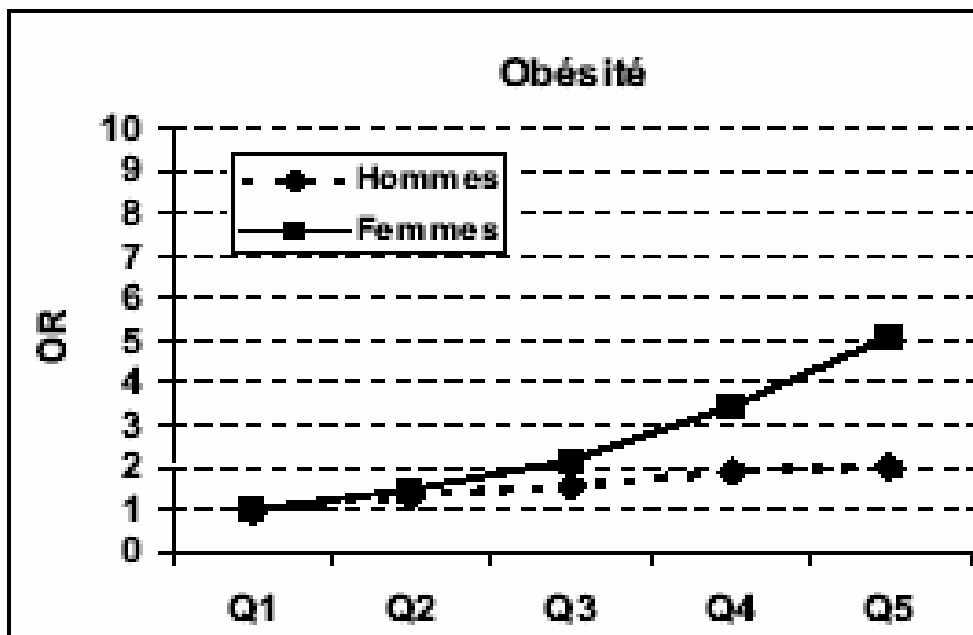


Annexe 8 : la procédure d'appel à projet



Annexe 9 : lien entre score de précarité et obésité

- Quintile 1 (Q1): absence de précarité, quintile 5 (Q5): précarité maximum
- Odds ratios et IC95 % par quintiles du score EPICES après ajustement sur l'âge.
- Test de tendance: $p < 0,0001$ pour chacun des indicateurs étudiés.



Le score Epices est lié à tous les indicateurs de mode de vie, d'accès aux soins et de santé les risques de survenue de ces évènements augmentant régulièrement du quintile 1 au quintile 5.

Source : Sass C. , Moulin JJ., Guéguen R. et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. InVS, bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) n°14/2006, 4 avril 2006. pp. 93-96

Annexe 10 : liste des personnes rencontrées

Nom	Fonction
Dr Chantal Ginioux	<i>Médecin de l'éducation nationale ; IA 93</i>
Catherine Richard	<i>Chargée de mission département de cohésion sociale ; DIV</i>
Madeline Godard Mme Bonenfant	<i>CPAM Bobigny département des partenariat de santé publique</i>
Emilie Sobac	<i>Chargée de mission PRSP/ASV DDASS 93</i>
Nadine Chevallier Dr Zalusky	<i>REPOP 93</i>
Nicole Loeb Levy	<i>PMI 93 pôle éducation pour la santé</i>
Dr Luc Ginot	<i>Référent ASV Aubervilliers</i>
Dr Malet-Longcôté Agnès	<i>Médecin directeur SCHS Bobigny (référent ASV temporaire)</i>
Mme Karine Bisson Mme Hélène Le Glonnec	<i>Chargée de mission ASV Le Blanc Mesnil</i>
M Samson Xavier Dr Odile Rame	<i>Coordinateur ASV Bondy Responsable service prévention</i>
M Fikojevic Michel	<i>Coordinateur ASV Clichy sous bois</i>
Mme Cécile Iagier	<i>Coordinatrice ASV Dugny</i>
Mme Chrystelle Berthon	<i>Coordinatrice ASV Epinay sur Seine</i>
Melle Prescott Dr Nathalie Victor	<i>Chargée de mission ASV Montreuil Médecin directeur SCHS Montreuil</i>
M Famfou Charly	<i>Coordonnateur ASV Noisy le sec</i>
Mme Granger Isabelle	<i>Coordinatrice ASV Pantin, Chargée de mission secteur santé social petite enfance</i>
Mme Bendahamamne Yamina Référent petite enfance, référent service des sports	<i>Chef de projet CdV Pierrefitte</i>
Mme Caroline Quantito Dr Marc Schoene	<i>Coordinatrice ASV St Denis Médecin responsable SCHS</i>
Mme Sarah Tsonga	<i>Coordinatrice ASV Sevran</i>
Dr Marc Schoene	<i>Pdt de l'institut Renaudot, médecin de santé publique</i>
Melle Marie Ange Guellaut	<i>Coordinatrice ASV Villetaneuse</i>
M. Michel Chauliac	<i>DGS/PNNS</i>
M.Lionel Benoit	<i>Chef de projet nutrition CRAMIF</i>
M Antoine Guéniffey	<i>DGS : PRAPS/ASV</i>
Mme Jeannine Pommier	<i>Enseignante à l'ENSP en éducation et promotion de la santé.</i>
Mr Soler Bruno	<i>chef de projet CUCS Le Pré Saint Gervais</i>
Mr JP Severe	<i>IP Bobigny</i>
Mme Fernande Pouillard	<i>Ex chargée de mission politique de la ville DDASS 93</i>
Dr Aoustin	<i>responsable CMS : Drancy</i>