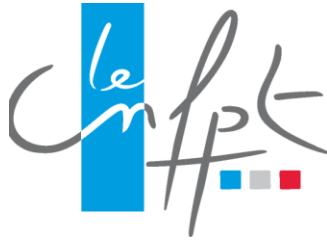


CENTRE NATIONAL DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE



CATEGORIE B+

TEST D'ORIENTATION

DATE :

Durée : 3h00

NOM : _____

PRENOM : _____

COLLECTIVITE : _____

FORMATION DEMANDEE

Formation Tremplin (entrée directe)

ou

Préparation concours **Préparation examen :**

Chef de service de Police Municipale principal

Animateur principal

Assistant de conservation du patrimoine principal

Rédacteur principal

Technicien principal

Educateur des APS principal

Un concours ou un examen de catégorie B+ exige un champ de connaissances élargi et une méthodologie de l'écrit rigoureuse.

Ce test a pour but d'évaluer les acquis et compétences indispensables pour engager une préparation dans de bonnes conditions.

Compétences évaluées pour chaque séquence

Séquence 1 « analyse, structuration des propos et développement de l'information » : analyser des informations issues d'un texte, les expliquer en développant des réponses structurées, maîtriser les procédés permettant de mettre en place des relations logiques entre les idées.

Séquence 2 « synthèse et développement » : effectuer des regroupements d'idées à partir d'un corpus de documents afin d'apporter une réponse structurée à une commande précise.

Séquence 3 « culture générale et territoriale, expression du projet professionnel » : formuler avec précision et réalisme un projet professionnel, témoigner d'une bonne connaissance des débats contemporains sur la société et des problématiques liées à l'action publique locale.

La maîtrise des codes de l'écrit sera évaluée tout au long du test. Un maximum de 2 points sera retranché du total obtenu si la copie du candidat comporte plus de 10 fautes.

Le candidat devra apporter des réponses entièrement rédigées et structurées. **Un candidat qui n'aborderait pas tous les exercices serait fortement pénalisé.**

Pour intégrer la préparation demandée, un candidat devra obtenir une note finale supérieure ou égale à 10/20.

NOMBRE PAGES : 23

SEQUENCE 1 : ANALYSE, STRUCTURATION DES PROPOS ET DEVELOPPEMENT DE L'INFORMATION (16 points)

Lire le texte suivant

*Variable selon les pays et les époques, l'aménagement du temps scolaire fait l'objet de nombreux débats. L'enjeu ? Faire coïncider calendrier scolaire et rythmes de l'enfant, pour qu'il puisse apprendre, grandir et se développer en toute **sérénité**. Petit tour d'horizon des arguments en présence...*

La santé et le bien-être de l'enfant ont rarement été pris en compte dans l'organisation du temps scolaire. Plusieurs rapports rédigés par des experts issus du monde de la recherche ou de l'Académie de médecine ont souligné l'inadaptation des rythmes scolaires au rythme biologique de l'enfant, ce qui nuit à son apprentissage. A la clé, fatigue, anxiété, difficultés de concentration et déficit de sommeil. C'est pourquoi les scientifiques suggèrent de remettre la santé de l'enfant au cœur de la réflexion.

Qu'est-ce que le temps scolaire ?

Le temps scolaire se divise en journées et en semaines, en trimestres et en années. Il régit l'institution scolaire et s'impose à tous : élèves, parents, collectivités, société. La journée des écoliers, collégiens et lycéens français est plus dense et plus chargée que celle de la plupart des autres élèves dans le monde. Un enfant français fréquente l'école six heures par jour, le nombre d'heures le plus élevé des pays de l'Union européenne. Et l'Académie nationale de médecine souligne qu'un enfant est attentif quatre heures par jour, particulièrement en milieu de matinée et en milieu d'après-midi. Dans les pays occidentaux, le modèle dominant est celui de la semaine de cinq jours d'école, plus rarement celle de quatre jours et demi ou de cinq jours et demi. En France, depuis la rentrée, la semaine de classe est de quatre jours, l'école ayant été supprimée le samedi matin et très rarement remplacée par le mercredi matin. Elle est vécue comme une source de fatigue et d'échec **potentiel** par certains élèves. En effet, une semaine plus courte implique de mener à bien le programme scolaire en 144 journées de classe, alors que les écoliers anglais vont à l'école 190 jours par an et les écoliers allemands 193 jours. L'**instauration** en France d'une semaine de quatre jours et demi contribuerait à mieux répartir les apprentissages, sur 180 à 200 journées par an.

Une semaine très chargée

Pour l'Académie nationale de médecine, la semaine de quatre jours n'est pas favorable à l'enfant, car celui-ci est moins attentif le lundi et le mardi. Les chercheurs comme François Testu, professeur des universités en psychologie, ont également constaté que les

performances de l'enfant sont meilleures après un week-end d'un jour et demi, ce qui incite les scientifiques à préférer le samedi matin plutôt que le mercredi matin travaillé. Cependant, le retour à la demi-journée de classe le samedi matin semble aujourd'hui difficile. En effet, les parents séparés qui ont la garde alternée de leurs enfants apprécient de passer tout un week-end avec eux. De plus, le coût pour les collectivités territoriales du maintien de l'accueil, du fonctionnement de l'école et du transport scolaire serait très important.

La réflexion sur une nouvelle semaine de classe est actuellement en cours à l'initiative du ministère de l'Éducation nationale, dans le cadre du projet de refondation de l'école. Elle s'intègre dans un débat plus global autour de l'aménagement du temps de l'enfant, prenant en compte le temps scolaire, mais aussi les devoirs, l'accueil périscolaire, les activités culturelles et sportives ou la vie de famille.

Territoire Mutuel n°91 – septembre 2012

SEQUENCE 2 : SYNTHÈSE ET DÉVELOPPEMENT (12 points)

Lire les documents suivants :

Document 1

Prévention et lutte contre l'obésité : présentation du second Plan National « Nutrition Santé ».

Suite au rapport établi par le professeur de nutrition Serge Hercberg à la demande du ministère de la Santé, le deuxième Plan National « Nutrition Santé » reprend les grands axes de son prédécesseur, en mettant essentiellement l'accent sur le problème du surpoids.

Le premier plan visait à intégrer la nutrition à la vie quotidienne des Français, tout d'abord sous la forme d'études-tests, puis de recommandations. La deuxième étape inaugure des propositions d'actions concrètes et pragmatiques, visant conjointement à la promotion de la nutrition et au dépistage précoce des troubles alimentaires.

Devant l'accroissement de l'obésité et des pathologies liées à une mauvaise nutrition, il est nécessaire de refonder notre politique nutritionnelle :

- en lui donnant de nouvelles ambitions en matière de prévention et d'éducation ;
- et en développant des axes nouveaux avec un plan d'actions de prise en charge de l'obésité, des actions spécifiques pour les populations défavorisées et la mobilisation du monde de l'alimentation, des acteurs associatifs et des collectivités territoriales.

Ainsi, l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) sera chargé de promouvoir des repères de consommation alimentaire, en insistant notamment sur la nécessité d'une activité physique régulière et la consommation de fruits et légumes. Par ailleurs, l'ensemble de la restauration collective (cantines scolaires, restaurants d'entreprises) fera l'objet d'une sensibilisation à la nutrition. L'objectif majeur affiché est la réduction de 20% des personnes en surpoids, et la baisse de 25% du nombre de petits consommateurs de fruits et légumes.

Une meilleure prise en charge

Outre la prévention de l'obésité, sa prise en charge par les professionnels de santé constitue l'autre grand chantier de ce deuxième plan, qui prévoit :

- un renforcement du dépistage précoce par la médecine scolaire et les médecins traitants

- la constitution dans les deux ans d'un réseau de prise en charge dans chaque ville siège de CHU
- l'équipement nécessaire à l'accueil des grands obèses dans toutes les régions

Aide aux populations défavorisées

La Caisse d'allocations familiales (CAF), les centres d'examens de santé des CPAM ainsi que les services sociaux des conseils généraux seront sollicités afin de permettre aux populations défavorisées, principalement touchées par le problème de l'obésité, de bénéficier tout particulièrement des actions prévues par le plan.

Les mesures et objectifs prioritaires

Le deuxième programme national nutrition santé fixe neuf objectifs prioritaires dont l'évaluation sera assurée régulièrement (par exemple : réduction de 20% de la prévalence du surpoids, réduction de 25% du nombre de « petits consommateurs » de fruits et légumes...). Ce programme comporte donc les mesures prioritaires suivantes.

1. Un plan de prévention et d'éducation nutritionnelle s'attachera à promouvoir des repères de consommation alimentaires par des campagnes de communication à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et la diffusion de guides. Il insistera sur la consommation de fruits et légumes et sur l'activité physique, en proposant des chartes d'engagement aux collectivités territoriales et au réseau associatif.
Des engagements de progrès seront proposés aux acteurs économiques de l'alimentaire portant sur la composition des produits, leur présentation et leur promotion. Un référentiel nutritionnel en matière de restauration scolaire sera désormais arrêté.
2. Un nouveau plan de prise en charge de l'obésité par les professionnels de santé. Ce plan repose sur :
 - Un renforcement du dépistage précoce de l'obésité par la médecine scolaire, la PMI et les médecins traitants;
 - La constitution de réseaux de prise en charge de l'obésité, en commençant dans les deux ans par les villes sièges de CHU et en associant la médecine de ville et hospitalière ;
 - Un effort accru de formation des professionnels de santé en faisant de la nutrition une priorité afin d'en développer toute l'offre. Toutes les régions seront équipées pour accueillir dans un établissement les grands obèses.

3. Les actions locales seront particulièrement soutenues par des subventions accrues qui seront gérées par les DRASS. Le programme concernera particulièrement les maires, par le biais de « chartes de ville active » rénovées mettant l'accent sur les cantines scolaires et sur l'activité physique, ainsi que les conseils généraux et les entreprises, notamment au travers de la restauration collective.
4. Des plans d'action spécifiques concernent les populations défavorisées, principalement concernées par l'obésité. Les mesures et référentiels du plan national nutrition santé seront adaptés à ces populations. Les réseaux sociaux (services sociaux des CAF, services sociaux et centres d'examen de santé des CPAM, CCAS et services sociaux des conseils généraux) seront sollicités pour relayer les mesures contenues dans le programme. Des formations seront proposées pour les professionnels de ce secteur.
L'effort nutritionnel sur l'aide alimentaire est soutenu par le plan triennal d'amélioration de l'aide alimentaire qui s'inscrit dans la perspective du plan national nutrition santé. Il vise à augmenter la distribution de fruits et légumes et de produits de la pêche et à mieux former les bénévoles de l'aide alimentaire.
5. Les actions en faveur de la nutrition s'appuient sur un très important effort de recherche dont les dotations publiques ont triplé au cours des dernières années pour atteindre neuf millions d'euros par an.

Portail du Gouvernement – Site du Premier Ministre

Document 2

Obésité de l'enfant et de l'adolescent : une nouvelle épidémie ?

L'obésité est définie comme un excès de masse grasse ; elle peut être estimée par des mesures comme le poids, le rapport poids/taille, les plis cutanés. En pratique, aujourd'hui, l'estimation de la masse grasse est faite grâce à l'indice de masse corporelle (IMC = poids en kilos divisé par la taille au carré : $IMC = P/taille^2$ en kg/m^2). Chez l'enfant, les valeurs de référence de l'IMC en fonction de l'âge figurent sur les carnets de santé depuis 1995. L'IMC est le reflet de l'adiposité (non pas de l'obésité).

Globalement, l'augmentation de la masse grasse est physiologique dans la première année de vie ; elle est suivie d'une diminution jusqu'à l'âge de six ans puis par une augmentation jusqu'à la fin de la croissance. Cette montée de la courbe vers l'âge de six ans définit le rebond d'adiposité. On peut calculer l'IMC avec une calculatrice ou l'établir avec un disque tel celui élaboré dans le cadre du programme national nutrition-santé (PPNS).

L'obésité est définie par un IMC supérieur au 97^e percentile. Le groupe de travail de l'Association pour la prévention de l'obésité en pédiatrie (APOP) a choisi de faire figurer la valeur 30 en une ligne pointillée permettant de subdiviser l'obésité en deux catégories : au-dessous, l'obésité de grade 1, et au-dessus, l'obésité de grade 2 plus sévère.

L'obésité infantile a augmenté rapidement ces dernières années dans de nombreux pays, dont la France. La prévalence des enfants obèses a augmenté de 3% en 1965 à 5,1% en 1980 et à 10-12% en 1996 pour atteindre 16% en 2000. De plus, les études montrent une augmentation de la prévalence beaucoup plus rapide pour les obésités massives que pour les obésités modérées.

Quels risques court l'enfant obèse ?

Le principal risque de l'obésité infantile est sa persistance à l'âge adulte et les complications qui en découlent. La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie de 20 à 50% avant la puberté à 50-70% après la puberté. Les études épidémiologiques montrent que l'obésité dans l'enfance est associée à une augmentation du risque de mortalité, notamment d'origine cardio-vasculaire, à l'âge adulte. La présence d'une obésité parentale majore ce risque. Il s'agit donc d'un problème majeur de santé publique.

Causes et facteurs de risque d'obésité de l'enfant

Le développement de l'obésité chez l'enfant résulte d'un bilan énergétique positif prolongé, l'énergie excédentaire étant mis en réserve dans le tissu adipeux. Un profil des facteurs associés à l'obésité infantile commence à se préciser :

L'alimentation : le niveau des apports énergétiques, la composition en macronutriments de l'alimentation et les conduites alimentaires sont les trois facteurs nutritionnels responsables de l'excès pondéral chez l'enfant. On a ainsi mis en évidence le rôle de la densité énergétique élevée des aliments, de la consommation alimentaire rapide ou répétée au cours de la journée dans le processus de stockage et plus particulièrement en situation de faible niveau d'activité physique. L'allaitement maternel jouerait un rôle protecteur.

La réduction de l'activité physique joue un rôle majeur. L'activité physique augmente la dépense énergétique totale et de repos en favorisant le développement de la masse musculaire. Le nombre d'heures passé à regarder la télévision durant l'enfance est significativement associée à l'obésité. Dans le cadre du programme « Bien manger, bien bouger », une enquête conduite en 2003 dans 127 établissements scolaires de Paris dans des classes de CM1, CM2 et 6^e a évalué le temps hebdomadaire moyen passé devant un écran à 22 heures pour les filles et à 25 heures chez les garçons.

Le niveau socioéconomique élevé est un facteur d'obésité dans les pays pauvres, tandis qu'un niveau bas est généralement un facteur de risque dans les pays développés. En France, les études récentes montrent une prévalence plus importante chez les enfants et adolescents scolarisés dans les zones d'éducation prioritaire et chez les enfants dont la mère a un niveau de scolarité faible ou moyen. Une étude nationale montre une prévalence plus élevée selon l'urbanisation des régions et surtout en agglomération parisienne.

L'existence d'une corrélation inverse entre obésité et quantité de sommeil vient d'être confirmée sans que la causalité en soit pour l'instant clairement établie. Les apnées du sommeil et les troubles obstructifs devraient être systématiquement recherchés chez l'enfant obèse. Ils sont corrélés à l'IMC.

L'obésité parentale. Une association significative entre l'IMC des parents et celui des enfants a été mise en évidence dès l'âge de 3 ans. Dans des études portant sur des enfants adoptés, une corrélation entre l'IMC des enfants et celui des parents biologiques a été observée, suggérant une prédisposition génétique. La corrélation avec les parents adoptifs existe tant que les enfants vivent avec eux mais ne persiste pas à l'âge adulte.

Le rebond d'adiposité précoce : plus il est précoce, plus le risque d'obésité est élevé à l'âge adulte. La valeur de l'IMC –avant et au moment du rebond- doit être prise en compte pour une évaluation plus fine du risque. Les enfants dont la courbe croise vers le haut les courbes de référence sont à considérer comme à haut risque de développer une obésité.

Stratégies de prise en charge

Sans prise en charge adaptée, la tendance spontanée est à l'aggravation progressive de l'obésité sur plusieurs années. Le programme national Nutrition Santé « PNNS » en 2001 s'est fixé entre autres objectifs d'interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité infantile et de combattre la sédentarité qui représente un facteur de risque majeur. Une stratégie innovante de prise en charge est actuellement proposée : les **réseaux de santé Ville-Hôpital**. Cette stratégie est centrée sur l'enfant et sa famille, pilotée par le médecin-traitant et soutenue par un expert hospitalier, elle doit intervenir précocement et être multidisciplinaire.

L'outil de dépistage est la courbe de corpulence.

Les objectifs de la prise en charge sont : la stabilité de l'IMC ou sa réduction dans les cas sévères ; des modifications durables du comportement alimentaire individuel et des habitudes familiales ; la diminution de la sédentarité et l'augmentation de l'activité physique régulière structurée et de loisirs.

L'ANAES a récemment formulé des recommandations pour la pratique clinique de la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.

Dans le Val de Marne, une action pilote exemplaire a été conduite depuis 2001 avec le soutien du conseil général et organisée par les professionnels de santé, des parents, des éducateurs sportifs et des jeunes. Le repérage des jeunes obèses a été fait par le médecin scolaire en classer de 5^e, les enfants en surpoids ainsi dépistés ont été invités sur la base du volontariat à voir leur médecin traitant (qui a lui-même pu bénéficier d'un enseignement spécifique sur l'obésité infantile et le programme proposé de prise en charge). Les jeunes qui étaient d'accord ont bénéficié alors d'un suivi, et une aide leur a été proposée pour augmenter leur activité physique par un accès facilité aux activités sportives, pour équilibrer leur alimentation. Ils étaient aidés par un carnet de route, tenu par l'adolescent lui-même. Voici quelques phrases extraites de ce programme s'adressant aux jeunes : « Tu es rond(e) et tu voudrais bien que ça change.... Tu as envie d'apprendre à bouger mieux et manger plus.... Rejoins les ateliers pratiques pour adolescent en surpoids.... Mangez mieux, bougez plus, des activités qui s'apprennent.... Un éducateur, une diététicienne, un professionnel de l'activité physique animent ces ateliers. Pour en savoir plus, tu peux prendre contact avec... »

Deux exemples de combats à mener collectivement :

- 1. La collation de 10h00 dans les écoles :** elle représente aujourd'hui un apport alimentaire inadapté et superflu comme cela a été souligné récemment par le comité de nutrition de la Société Française de Pédiatrie et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments.
- 2. La publicité sur les boissons sucrées et les distributeurs de boissons.** *« Les messages publicitaires télévisés ou radiodiffusés en faveur de boissons avec ajouts de sucre, de sel ou d'édulcorants de synthèse...doivent contenir une information à caractère sanitaire. La même obligation d'information s'impose aux actions de promotion de ces boissons et produits. Les annonceurs peuvent déroger à cette obligation sous réserve du versement d'une contribution au profit de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Cette contribution est destinée à financer la réalisation et la diffusion d'actions et d'éducatrices nutritionnelles, notamment dans les médias concernés ainsi qu'au travers d'actions locales...
Les distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants et accessibles aux élèves dans les écoles sont interdits à partir de septembre 2005, en application de l'arrêté publié au JO du 11 Août 2004... après beaucoup de vagues hésitations de la part des autorités publiques.*

Demain nous dira comment ces textes sont appliqués.... Le médecin se sent parfois un peu seul face aux enjeux énormes de la publicité alimentaire dans la lutte qu'il mène contre l'obésité de l'enfant et de l'adolescent !

D'après une communication de J.P. Dommergues

Document 3

SPORT SCOLAIRE FACULTATIF DESTINE AUX ENFANTS EN SURPOIDS DE LA VILLE DE LA CHAUX-DE-FONDS

L'obésité infantile est un phénomène de santé publique dans tous les pays du monde. Les chiffres sont alarmants. Ce phénomène est en augmentation tant sur le plan quantitatif avec un pourcentage d'enfants présentant une surcharge pondérale sur une courbe exponentielle, que sur le plan qualitatif avec l'apparition de degrés d'obésité sévère de plus en plus précocement. Chez l'enfant et l'adolescent, la surcharge pondérale a des conséquences à court et à long termes sur la santé.

Très fréquemment, l'obésité est associée à une mauvaise adaptation sociale. Chez l'adolescent, le phénomène est très marqué sur l'estime de soi.

L'obésité est un phénomène complexe mais d'un point de vue médical, c'est clair : l'activité physique s'avère bénéfique pour la santé et pour les jeunes en surpoids en particulier.

Si l'on sait aussi que l'éducation physique est un moyen de valorisation des progrès et que le mouvement facilite la découverte corporelle, quel rôle peuvent jouer l'activité physique et l'EPS pour la lutte contre l'obésité infantile ?

Voici quelques éléments de réponse :

- Augmentation de la dépense énergétique
- Sollicitation de la masse musculaire
- Stimulation et utilisation des lipides à l'exercice
- Réduction des comportements sédentaires
- Education corporelle axée sur le mouvement et le bien-être

L'EPS doit jouer un rôle important dans ce cadre et les rôles possibles de l'enseignant d'EPS se situent dans les domaines suivants :

Détecter

En parler de manière informelle avec l'enfant/adolescent et si cela s'avère nécessaire avec ses parents

Voir quelles astuces développer pour qu'il entreprenne une démarche afin d'adhérer à un groupe sportif approprié

Conseiller

Utiliser toutes les mesures, même celles de bons sens ou apparemment anecdotiques, telles que :

Monter les escaliers le plus souvent possible

Marcher plus, prendre moins souvent le bus

Pratiquer le vélo, la natation, etc.

Diminuer le temps passé devant les jeux vidéo et la TV

Favoriser les exercices d'équilibre

Influencer

Les choix alimentaires en appuyant sur des « leviers » positifs liés au sport

Rappeler le danger du grignotage entre les repas et de la consommation de boissons sucrées

Expliquer qu'il existe des sports appropriés pour eux : judo, lutte, capoeira, escrime, etc, et que plusieurs clubs sportifs les accueilleront volontiers

Considérer que psychologiquement, ils craignent de se dévêtir (peur des réflexions, des remarques de la part des camarades) et apprécient peu des activités telles que la natation. De plus, ils se sentent peu performants (ils se trouvent même « nuls » et préfèrent utiliser les séances sportives comme séances de clowneries pour faire rire les autres), ce qui les éloigne de l'exercice physique.

Eviter, du fait de leur masse grasse :

Gymnastique et apparentées

Le saut, qui les confronte à leur poids, la course à leur masse

Favoriser

Les sports collectifs qui les attirent (possibilité d'apporter une qualité massive à l'équipe tout en s'intégrant au groupe)

La natation, qui est la plus adaptée, car l'élément aquatique est celui où ils se sentent le mieux (ils ne sont plus confrontés à leur poids). Cependant, les freins à cette pratique sont mentionnés ci-dessus.

La marche qui, après la natation, est l'activité la plus adaptée. Elle ne correspond hélas pas toujours à leur attente.

Au vu de ce qui précède et des nombreux élèves en surpoids, la ville de Chaux-de-Fonds, a constitué, avec le médecin scolaire, un groupe de pilotage qui s'est réuni pour la première fois en décembre 2002. Le projet eq'kilo, réunissant les parents et les enfants a été planifié de janvier 2004 à janvier 2005.

Au terme de ce projet, un cours de sport scolaire facultatif, destiné aux enfants en surpoids des écoles primaire et secondaire de la ville été proposé, le vendredi en fin d'après-midi.

En priorité, l'objectif du cours n'est pas lié à la perte de poids, mais il cherche surtout, à travers les activités proposées, à aider les jeunes à prendre conscience de leur corps.

Si les supports des activités restent un prétexte, elles servent néanmoins à renforcer la confiance en eux et les activités choisies (sports collectifs, jeux de course, équilibre, cordes à sauter, engins, etc) doivent favoriser le goût de l'effort sans négliger le plaisir.

Lors de la première année de ce nouveau cours, le taux de fréquentation se situait à environ 6 à 8 élèves par séance. Une année plus tard, une bonne quinzaine d'élèves y participent régulièrement.

A ce jour, des élèves de tous les degrés sont inscrits, de la première année de primaire à la neuvième secondaire et nous venons de dédoubler le cours, suite aux vingt-huit participants. Les élèves présents rencontrent tous les mêmes problèmes et les mêmes soucis, mais leur manière de coopérer s'avère positive et il n'est pas rare de voir un élève du neuvième degré aider un camarade du premier degré. C'est un réel plaisir de travailler avec eux et de pouvoir les aider à retrouver une confiance perdue et leur démontrer qu'ils possèdent, eux aussi des qualités.

N'oublions pas non plus de préciser aux enfants et aux adolescents en surpoids qu'ils peuvent connaître le succès s'ils sont capables de se mesurer à leur propre records et s'ils sont encouragés à ne pas sans cesse comparer leur niveau à celui des autres.

Relevons aussi que la note d'EPS est terrible pour les enfants en surpoids. Comment être « juste » ? Comme l'évaluation de l'EPS est obligatoire aux niveaux primaire et secondaire, il s'avère indispensable de noter l'élève en fonction de ses progrès.

Il ne faut pas oublier qu'un enfant obèse est avant tout une enfant.

JC Perroud, La Chaux-de-Fonds, février 2008

Exercice 1 : à partir des trois documents ci-dessus, proposer le plan d'une synthèse portant sur la lutte contre l'obésité infantile. Cette synthèse devra comporter des préconisations. Attribuer un titre évocateur à chaque partie et sous-partie **(4 points)**

I-? -----

IA-? -----

IB-? -----

II-? -----

IIA-? -----

IIB-? -----

Exercice 2 : rédiger une introduction à la synthèse comportant le rappel d'un contexte, le dégagement d'une problématique et une annonce de plan. **(3 points)**

A series of 20 horizontal dashed lines spanning the width of the page, providing a template for handwriting practice.

Exercice 3 : répondre aux questions suivantes :

Qu'est- ce que la péréquation ? **(1,5 point)**

Que signifient les sigles suivants **(1,5 point)** :

D.I.F : -----

L.I.F : -----

C.I.F. : -----

Exercice 4 : vous initiez une démarche de formation pour accéder à un grade de catégorie B. Explicitez en une vingtaine de lignes votre projet professionnel et votre conception de la mobilité. **(3 points)**

A series of 20 horizontal dashed lines spanning the width of the page, providing a template for handwriting practice.