



**IMPULSER UNE DYNAMIQUE COLLECTIVE DE
PREVENTION DE L'OBESITE INFANTILE AU SEIN D'UN
RESEAU MULTI-ACCUEIL DANS LE CADRE D'UNE
POLITIQUE TERRITORIALE**

Adeline HOZE

2015

cafedes



Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont accompagné dans mes recherches et dans la rédaction de ce mémoire.

Je souhaite exprimer toute ma gratitude envers Monsieur Jean-Luc Perioli, directeur de mémoire, pour son professionnalisme et sa grande disponibilité.

Merci à mes proches, et à Naïm pour son soutien au quotidien, ses encouragements et son attention.

Sommaire

Introduction.....	6
1. L'obésité infantile comme problématique de santé publique	9
1.1 État des lieux	9
1.1.1 Approche mondiale.....	9
1.1.2 Approche européenne.....	10
1.1.3 Approche nationale et régionale.....	11
1.2 L'obésité.....	13
1.2.1 Définition et spécificités	13
1.2.2 Une maladie multifactorielle.....	16
1.2.3 Sociologie de l'obésité.....	20
1.2.4 Les conséquences, le dépistage et la prise en charge.....	22
1.3 Des politiques de santé.....	23
1.3.1 Au niveau mondial.....	23
1.3.2 Au niveau européen.....	24
1.3.3 Au niveau national et territorial	25
2. L'obésité infantile comme problématique territoriale.....	28
2.1 Le Contexte territorial.....	28
2.1.1 La Communauté d'Agglomération de Forbach Portes de France et le diagnostic territorial.....	28
2.1.2 Le contrat local santé	29
2.1.3 Le réseau	30
2.2 Le réseau multi- accueil sur la CAFPF.....	33
2.2.1 L'association gestionnaire au service de la collectivité : La Croix-Rouge Française.....	33
2.2.2 Les Établissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE).....	34
2.2.3 Les EAJE de la CRF sur le territoire de la CAFPF.....	35
2.3 Des constats au service d'un diagnostic	37
2.3.1 Les constats.....	38
2.3.2 Mise en place des objectifs.....	40
2.3.3 Méthodologie de recueil et analyse des données.....	42
3. Mise en œuvre du plan d'action.....	48
3.1 Une stratégie au service du directeur.....	48

3.1.1 Analyse structurale.....	48
3.1.2 Enjeux.....	49
3.1.3 Les risques	50
3.2 Plan d'action.....	51
3.2.1 Formation.....	51
3.2.2 Accompagnement pluridisciplinaire	58
3.2.3 Partenariat	62
3.3 Évaluation du plan d'action et réajustement.....	66
3.3.1 Évaluation de l'accompagnement pluridisciplinaire	67
3.3.2 Évaluation des actions partenariales.....	67
3.3.3 Évaluation générale de la démarche de prévention de l'obésité infantile.....	68
Conclusion.....	70

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CAFPF	Communauté d'Agglomération de Forbach Portes de France
CHR	Centre Hospitalier Régional
CLS	Contrat Local Santé
CNA	Conseil Nationale de l'Alimentation
CNAF	Caisse Nationale des Allocations Familiales
CRF	Croix-Rouge Française
CRL	Conseil Régional de Lorraine
CSP	Code de Santé Publique
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
EAJE	Établissement d'Accueil du Jeune Enfant
ETP	Équivalent Temps Plein
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IREPS	Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé
MSA	Mutualité Sociale Agricole
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORSAS	Observatoire Régional de Santé et des Affaires Sociales
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PO	Plan Obésité
PRS	Projet Régional de Santé
PSU	Prestation de Service Unique
REPOP	Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité
RPAM	Relais Parents Assistantes Maternelles
UE	Union Européenne

Introduction

L'alimentation est, de nos jours, au cœur des débats politiques en France, mais aussi à travers le monde. La facilité d'accès à la nourriture diffère d'un pays à l'autre. Un manque de celle-ci ou sa surconsommation peuvent induire une altération du fonctionnement normal de l'organisme des individus. Sur le long terme, lorsqu'elle est absorbée en quantité trop importante, il y a un risque d'augmentation de la corpulence pouvant conduire l'individu au surpoids, puis à l'obésité. Celle-ci se définit par une accumulation anormale de graisse corporelle pouvant nuire à la santé. Le terme est employé très fréquemment, et « lutter contre » est devenue une priorité pour chaque nation. Cette pathologie n'épargne personne, enfant comme adulte, et sa progression mobilise tous les acteurs de santé.

Afin de lutter contre l'accroissement de l'obésité, des actions de prévention ont été proposées et restent encore à améliorer. Elles peuvent cibler les adultes et les enfants/adolescents. Concernant cette jeune population, on assiste depuis plusieurs années à une recrudescence de l'obésité infantile. Les autorités y sont sensibles, et déploient des moyens afin de lutter contre son expansion.

La France n'est pas épargnée par ce fléau. L'obésité de l'enfant s'est accentuée ces dernières années et devient, au sein de notre pays, un véritable enjeu de santé publique. Face à l'augmentation progressive de cette pathologie, les solutions mises en place jusqu'à présent se sont souvent soldées par des échecs. Les causes de ces insuccès sont multiples. Parmi elles, on peut citer la complexité des facteurs propres à l'obésité, des stratégies de prévention, du dépistage, l'implication des acteurs et professionnels pour sa prise en charge, et la mise en œuvre de son suivi prolongé. Cependant cette pathologie reste une priorité absolue, car elle est un facteur important de risques de maladies, comme peuvent l'être les maladies cardio-vasculaires, les cancers, et le diabète.

Actuellement en poste de directrice d'une structure multi-accueil en Moselle, j'ai eu l'opportunité de constater un certain nombre de difficultés à ce sujet au cours de mon expérience professionnelle.

L'établissement dans lequel j'exerce s'inscrit dans un ensemble de structures gérées par la même association, la Croix-Rouge Française (CRF), et est piloté par un directeur coordinateur. Ce dernier assure la gestion de plusieurs sites en Moselle, dont trois Établissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE) implantés sur la Communauté d'Agglomération de Forbach Portes de France (CAFPF). Ce territoire connaît d'importantes inégalités sociales et des difficultés d'accès à la santé et aux soins pour ces habitants. Le taux de mortalité lié à des maladies cardio-vasculaires et aux cancers y est élevé. De plus, la proportion de familles en situation de précarité est significative, et on constate également un taux d'obésité plus important que sur le reste de la région Lorraine. Tous ces éléments vont

rejoindre les constats réalisés depuis le poste de directeur coordinateur, duquel sera rédigé cet écrit.

La CAFPF a fait de la santé sa priorité et s'inscrit ainsi dans une politique régionale de santé en poursuivant l'action déjà entreprise par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Dans ce contexte, et en collaboration entre différents acteurs de terrain, un Contrat Local de Santé (CLS) a été initié pour la période 2014-2017 et a défini un axe thématique prioritaire pour la promotion d'une alimentation équilibrée, d'une activité physique adaptée, et pour la réduction des inégalités sociales de santé en matière nutritionnelle. Au cours de la conception de ce contrat, les protagonistes ont interpellé tous les acteurs locaux concernés et impliqués dans les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ils m'ont également sollicité comme directeur en charge de la coordination des structures EAJE de la CRF, pour que j'intègre le comité de pilotage et d'élaboration de ce contrat. L'action principale qui découlera de ce celui-ci visera l'éducation nutritionnelle en structures EAJE afin de prévenir l'obésité infantile.

C'est au cours du dernier stage proposé dans le cursus de formation CAFDES, et depuis le poste de directeur en charge de la coordination, que j'ai eu l'occasion de me rendre sur les différents établissements et d'y observer certaines difficultés liées à cette thématique. Elles englobent les conduites et habitudes alimentaires des familles, leurs retentissements sur la santé des enfants, mais aussi celles rencontrées par les professionnels de terrain. J'ai notamment pu noter que les discours différaient en fonction des professionnels et que les pratiques autour de l'alimentation étaient disparates, avec parfois des conseils inadaptés, basés sur une expérience personnelle au détriment de références théoriques. Dans certains établissements, les parents sollicitent d'avantage les professionnels pour bénéficier de conseils. Lors de ces échanges, les habitudes alimentaires sont évoquées et semblent inadaptées. On peut citer, pour exemple, une alimentation trop abondante, une fréquentation récurrente des fast-foods, des erreurs diététiques, une surconsommation de produits sucrés et/ou salés. Les actions éducatives proposées au sein des structures sont ponctuelles, répondant d'avantage au projet professionnel d'un salarié, plutôt qu'à une réflexion collégiale sur une problématique rencontrée.

Ces constats évoqués ci-dessus, m'ont permis de cibler un travail englobant professionnels et parents d'enfants âgés de 0 à 3 ans. En effet, ces derniers ont une alimentation très fluctuante liée à l'augmentation de leurs besoins et à l'évolution de leurs rythmes. De plus, l'âge d'entrée en milieu scolaire intervenant vers 3 ans, il me semble important de privilégier mon travail sur cette population d'enfants car leur présence en structure multi-accueil est plus régulière. Dans le cadre du CLS, et de ce travail, je me suis interrogée sur la manière de promouvoir la santé nutritionnelle au sein d'un réseau multi-

accueil afin de prévenir l'obésité infantile. Ainsi, j'ai émis l'hypothèse suivante : l'éducation nutritionnelle instaurée au sein des EAJE de la CRF peut-elle contribuer à réduire les inégalités en matière nutritionnelle et ainsi prévenir l'obésité infantile ?

Dans une première partie, je m'attacherai à vous dresser l'état des lieux du phénomène d'obésité, de vous en présenter les aspects et les politiques publiques mises en place pour y faire face. Puis, dans une deuxième partie je vous exposerai le contexte territorial, avec notamment l'importance du CLS, le rôle de notre association et une déclinaison de la méthodologie utilisée pour l'investigation de ce travail. Une liste de préconisations sera proposée et me permettra de faire le lien avec la dernière partie. Celle-ci comprendra l'élaboration du plan d'action choisi, ainsi que son évaluation.

1. L'obésité infantile comme problématique de santé publique

1.1 État des lieux¹

Au Moyen Age, l'anatomie massive reflétait la puissance, la force, l'ascendance, et renvoyait ainsi une image de protection sanitaire dans une époque précaire ou subsistait la faim. C'est au cours du XVII^{ème} siècle, qu'une dépréciation de la corpulence importante se fait ressentir pour les deux sexes, avec une prédominance chez la femme. Les premières ceintures et corsets font leurs apparitions, ainsi que les peintures aux modèles sveltes, les régimes et contraintes, et dans les mœurs et représentations, une culture négative autour du volume, signe autrefois de paresse, lenteur et fainéantise. La maigreur, quant à elle, reste redoutée, vestige passé mais au combien récent des années de famines et de maladies, synonyme de faiblesse, d'exténuation du corps et de stérilité. On voit apparaître à cette même époque les premiers exercices physiques ayant pour but d'assécher les chairs. Au siècle des lumières, les rondeurs sur le profil féminin sont refusées, critiquées, mais tolérées chez l'homme. Les premiers chiffrages du poids se manifestent dans les références médicales. Le terme d'obésité apparaîtra au XVIII^{ème} siècle, préféré à celui de corpulence, et sera défini par Antoine Furetière dans la deuxième édition du dictionnaire universel en 1701 de la façon suivante : « *Obésité : terme de médecine. État d'une personne trop chargée de graisse ou de chair²* ». Avec la révolution chimique du XVIII^{ème} et du XIX^{ème} siècle, la nourriture sera perçue comme étant un carburant essentiel à l'organisme, notamment avec sa contribution à son bon fonctionnement. Au deuxième tiers de ce siècle, le poids sera mis en corrélation avec la taille, et les avancées dans ce domaine seront possibles grâce notamment aux recherches sur la combustion organique.

Aujourd'hui l'obésité se développe de manière générale et inquiète les autorités sanitaires qui tendent à s'engager dans des programmes de prévention et de prise en charge afin d'arrêter le développement de ce qu'a qualifié l'OMS de pandémie.

Avant d'entreprendre une explication significative de ce qu'est l'obésité, je propose ci-après, une approche affinée de cette maladie chronique, sur le plan mondial, européen, et national.

1.1.1 Approche mondiale

Selon l'OMS, en 2014, 1,9 milliard d'adultes étaient en surpoids dont 600 millions d'obèses. Et, près de 42 millions d'enfants de moins de 5 ans en 2013 présentaient un surpoids ou une obésité. D'après une étude de 2013 couvrant 188 pays et menée par

¹ VIGARELLO G., mars 2010, « Les métamorphoses du gras, historicité de l'obésité », Paris : Points, édition du seuil, 297 p.

² VIGARELLO G., cit. p.144

l'Institut de métrologie sanitaire et d'évaluation³, près de 30% de la population mondiale présentait un surpoids, avec un nombre de personnes obèses atteignant 671 millions.

La proportion de personnes en surpoids et obèses dans le monde fut étudiée et publiée par la revue scientifique médicale britannique *The Lancet* en 2014.⁴ Elle tire la sonnette d'alarme notamment pour les États-Unis. En effet, ces derniers affichent une proportion de personnes en surpoids et obèses de 70,9% pour les hommes, 62% pour les femmes, et environ 29% pour les jeunes de moins de 20 ans. En Allemagne, cette même proportion est de 64,3% pour les hommes, 49% pour les femmes, et de 20% pour les moins de 20 ans. Au Paraguay, on retrouve les chiffres de 62,9% des hommes, 73% des femmes et 22% pour les moins de 20 ans.

Ces données alarmantes démontrent une progression importante et rapide qui tend, qui plus est, à se généraliser. L'OMS qualifie d'ailleurs cette progression comme épidémique depuis 1998. Bien que cette problématique soit réservée autrefois aux pays les plus développés, l'obésité s'étend mondialement. Cette maladie n'exclue pas l'enfant ou l'adolescent comme en témoignent les chiffres ci-dessus. L'obésité infantile est un problème de santé publique majeure du XXI^{ème} siècle, mais aussi l'un des plus graves. Effectivement, l'enfant qui a un surpoids, a de fort risque de présenter une obésité à l'âge adulte, mais aussi de souffrir des pathologies associées avec à l'issue, un risque important de développer un handicap et de succomber à une mort prématurée.

1.1.2 Approche européenne

Selon une étude de la revue scientifique *The Lancet*, le taux d'obésité chez les adultes européens de l'ouest, était en 2013 de 20,5 % pour les hommes et 21 % pour les femmes. La prévalence du surpoids et de l'obésité a augmenté dans la plupart des pays européens. En 2014, la France se place à la 14^{ème} place européenne concernant l'obésité masculine, avec 16,1% d'hommes obèses, contre 27,9% en Grèce, et à la 18^{ème} place européenne pour l'obésité féminine, avec 17,6% contre 29,3% de femmes obèses en Écosse.

Au cours du congrès européen sur l'obésité qui s'est tenu à Prague le 6 mai 2015, l'OMS a rendu public les résultats d'une étude réalisée pour le compte du Bureau Régional Européen regroupant 53 pays. Elle a ainsi démontré que certains de certains pays devraient connaître une épidémie d'obésité d'ici 2030. Effectivement, il apparaît qu'une grande partie de la population adulte irlandaise serait en surpoids ou obèse d'ici 15 ans, que la part d'hommes obèses devrait passer de 19% à 36% sur la même période en Espagne, et qu'en Grande-Bretagne, 33% des femmes seraient obèses en 2030 contre 26% en 2010, et 36% des hommes contre 26% en 2010.

Pour une majorité des pays concernés, l'étude enregistrait une hausse de la

³ Annexe 1 : TAUX DE PERSONNES OBESES DANS LE MONDE EN 2013, p 76

⁴ Annexe 2 : SURPOIDS ET OBESITE DANS LE MONDE EN 2013, p 77

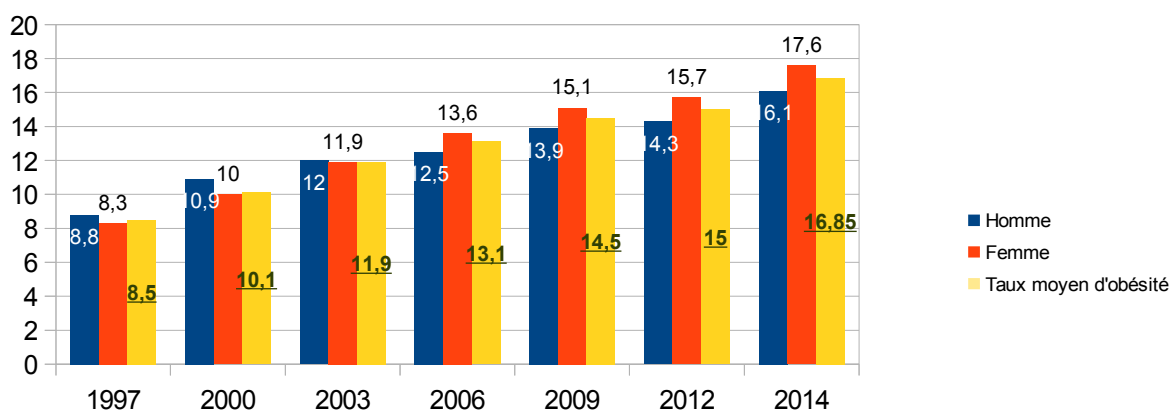
proportion d'obèses et de personnes en surpoids parmi la population adulte. Seuls quelques-uns verraient leur taux d'obésité et de surpoids se stabiliser ou bien diminuer, comme c'est le cas pour les Pays-Bas avec 8% des hommes qui devraient être obèses en 2030 contre 10% actuellement.

1.1.3 Approche nationale et régionale

En France, depuis 15 ans, l'étude Obépi analyse tous les trois ans la prévalence du surpoids et de l'obésité. Elle porte sur un échantillon de plus de 25 000 personnes de 18 ans et plus. Elle permet un suivi sur le long terme de l'obésité et du surpoids. La sixième et dernière édition publiée en 2012, permet de montrer que l'IMC moyen de la population française dans les années 80 était stable, et à partir des années 90, on a vu apparaître une progression qui n'a cessé d'évoluer. À ce jour, plus de 15% des Français sont concernés. Toujours selon cette étude, une diminution de la progression du taux d'obésité en France est à noter depuis 2012. Effectivement, si ce taux a ralenti entre 2009 et 2012, avec respectivement une augmentation de 3,4%, il a repris une progression similaire aux années antérieures avec, pour 2014, une progression de 12,33%. La proportion d'obèses adultes, est passée de 15% en 2012 à 16,75% en 2014.

Afin d'avoir un meilleur aperçu de l'évolution de cette donnée en France depuis 1997, je propose le schéma comparatif suivant :

Progression du taux d'obésité (en %) en France depuis 1997 ⁵



⁵ Taux extraits des enquêtes Obépi (années 1997 à 2012), et de l'enquête publiée par The Lancet (année 2014) disponibles sur internet, <http://www.rocche.fr/> ; http://www.lemonde.fr/planete/article/2014/05/29/pres-du-tiers-de-l-humanite-souffre-d-obesite-ou-de-surpoids_4428302_3244.html

L'étude de ce diagramme montre que le taux d'obésité en France n'a cessé d'augmenter depuis 1997, date de la première étude Obépi. Jusqu'en 2003, chez l'homme, ce taux était légèrement supérieur à celui de la femme. Puis, à partir de 2006, on constate une très nette progression du taux d'obésité chez la femme comparativement à l'homme. L'enquête Obépi 2012 a également permis de confirmer les disparités inter-régionales en matière d'obésité. Effectivement, 4 régions française affichent des taux d'obésité élevés par rapport à la moyenne nationale (15%) : la région Nord-Pas-de-Calais (21,3% d'obèses), la Champagne-Ardenne (20,9%), la Picardie (20%) et la Haute-Normandie (19,6%). En Lorraine, le taux d'obésité est de 17%.

Tableau évolutif de la prévalence de l'obésité en Lorraine⁶

Année	Prévalence de l'obésité depuis 1997 en Lorraine	Taux de progression avec l'enquête précédente	Progression entre 1997 et 2012
1997	10,50%	/	En Lorraine 61,9%
2000	12,50%	19,00%	
2003	12,10%	-3,20%	
2006	14,10%	16,50%	En France 76,5%
2009	17,60%	24,80%	
2012	17,00%	-3,40%	

La prévalence permet d'identifier le nombre de personnes souffrant d'obésité en Lorraine, à un moment donné, en fonction de la population globale de cette même région. Les éléments de ce tableau mettent en évidence un taux de progression important par rapport aux études réalisées précédemment. On s'aperçoit par exemple, qu'entre 1997 et 2000, la prévalence est passée de 10,5% à 12,5%. Ceci représente un taux de progression de 19%. Puis, en 2003, on observe un ralentissement de cette progression, avec - 3,2%. Entre 2003 et 2009, la progression n'a cessé de croître pour afficher un pic à 24,8%. Pour 2012, on remarque un ralentissement de - 3,4% par rapport à l'enquête Obépi précédente. Cependant, on note pour cette même année, une prévalence de l'obésité en Lorraine de 17%, alors que la moyenne nationale est de 15% (comme le démontre le diagramme p.11). L'enquête Obépi 2012 permet de démontrer qu'il existe de réelles inégalités de répartition et d'évolution de l'obésité en France. On peut noter une disparité par type de commune, à caractère rural et urbain. L'enquête a permis de souligner également que, à niveau de vie et à diplômes identiques, exception faite de l'Île-de-France, le nombre de personnes corpulentes est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain.

⁶ Données tirées de l'enquête Obépi 2012, publié en oct.2012, « Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité », 6ème édition, 59 p., p.38 [visité le 14.10.2014], disponible sur internet : http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/obepi_2012.pdf

Les inégalités face à l'obésité sont aussi et surtout le reflet des disparités grandissantes entre les classes sociales. On peut citer par exemple la région Nord-Pas-de-Calais, majoritairement ouvrière, avec un taux de chômage de 15%. La Champagne-Ardenne comprend une majorité d'ouvriers agricoles. Les habitudes alimentaires de cette région sont aussi différentes, et privilégient une alimentation riche et grasse. On retrouve également ce même type de coutumes régionales en Alsace et en Lorraine, contrairement aux régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Midi-Pyrénées (par exemple), où une alimentation équilibrée est privilégiée à cause de l'importance de l'image corporelle.

On s'aperçoit qu'en matière d'obésité, au-delà des différences génétiques et de l'hérédité, il subsiste des disparités territoriales en France que l'on peut rattacher aux « *différences de revenus, de niveau de diplôme, de niveau de vie, de socialisation des individus regroupés entre pairs créant de véritables tendances régionales* »⁷.

Après avoir dressé l'état des lieux en matière d'obésité dans le monde, je propose ci-dessous d'étudier le phénomène d'obésité avec une approche scientifique et sociologique.

1.2 L'obésité

1.2.1 Définition et spécificités

Selon l'OMS, le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. Cette même organisation reconnaîtra, en 1997, l'obésité comme maladie chronique évolutive et multifactorielle, qui tend à s'aggraver au cours de la vie. L'obésité est qualifiée de nos jours comme pandémie (étendue internationale), et ce, malgré son caractère non transmissible.

Les besoins nutritionnels peuvent se définir comme étant la quantité de nutriments nécessaires pour assurer la maintenance et le fonctionnement d'un individu à un moment donné dans sa vie. Chez l'enfant ceux-ci sont dépendant de l'âge, du sexe, de la dépense physique, des caractères génétiques et environnementaux. Ces besoins vont considérablement se modifier entre 0 et 3 ans et gagner en importance, notamment durant la première année de vie (croissance rapide). De même, les comportements alimentaires de l'enfant vont également évoluer. Ils vont dépendre de la relation qu'il entretiendra avec ses parents, mais aussi de son propre développement psychomoteur, social et cognitif. Sur le plan alimentaire, trois phases se détachent. Elles sont déclinées et explicitées ci-après.

⁷ Article publié en 01.2015, «Des disparités économiques et sociologiques », disponible sur internet : www.obesitemaladiesociale.wordpress.com

La première se situe de la naissance à environ trois mois. Durant cette période, le nourrisson va faire l'expérience de la faim et de la satiété. Il va réguler, avec le temps, ses prises alimentaires. Il vit au rythme de ses besoins alimentaires et de soins.

Puis, interviendra la deuxième phase qui se situe de trois à sept mois. Le bébé va développer, lorsqu'il est sollicité, sa communication avec les personnes qui prennent soin de lui. Dans la majorité des cas, il s'agit des parents. Ensemble, ils vont développer un attachement qui sera à l'origine de la communication. Le nourrisson va se nourrir affectivement de cette relation, et va acquérir une confiance qui sera ensuite la base de ses comportements d'auto-apaisements.

La troisième et dernière phase est comprise entre 7 mois et 3 ans. Elle va lui permettre d'apprendre à se dissocier sur le plan affectif de ses parents, et d'accéder aux premières expériences d'autonomie. Parallèlement, l'enfant va acquérir de nombreuses compétences motrices et de communication avec l'apparition des premiers mots, puis du langage. Cet ensemble va le conduire à appréhender différemment son environnement, son entourage, et ainsi élargir son autonomie globale.

Avec le temps, il va participer d'avantage aux repas familiaux, et développer ainsi sa socialisation autour de l'alimentation. Il va imiter les comportements des autres membres de la famille et façonner ses habitudes et choix. Certaines règles, notamment éducatives, vont faire leurs apparitions et vont s'imposer à l'enfant. Elles vont restreindre l'accessibilité à certains aliments, à certains agissements, et vont définir les comportements alimentaires. D'autres éléments vont interagir sur ces derniers, comme les publicités des médias, la disponibilité alimentaire au domicile, l'abondance alimentaire dans les commerces, la culture dont il est issu et les comportements intrinsèques propres à sa famille.

L'enfant, contrairement à l'adulte, est en mesure de réguler sa prise alimentaire en fonction de ses besoins dès la naissance. Cette capacité d'auto-régulation va dépendre des comportements alimentaires de la famille, de l'éducation fournie et des habitudes culturelles. Effectivement, l'enfant pourra modifier ses comportements en fonction des sollicitations extérieures, comme nous l'avons démontré ci-dessus. Ainsi, l'environnement familial dans lequel il évolue, pourra influencer ces capacités d'adaptation et le conduire vers des habitudes moins adaptées à sa physiologie. Les signaux de satiété seront atténués au profit d'un conformisme sociétal.

Afin d'appréhender au mieux les éléments qui définissent l'obésité, je propose une approche explicative de l'Indice de Masse Corporelle couramment appelé IMC. L'indice de masse corporelle (IMC) est une définition mathématique de l'obésité. Il est souvent utilisé pour estimer l'excès de graisse, dit adiposité. Il va tenir compte du poids et de la taille de l'individu.

$$\text{IMC} = \text{poids (en kg)} / \text{taille}^2 \text{ (en cm)}$$

IMC	Interprétation
< à 18,5	Insuffisance pondérale
18,5-24,9	Corpulence normale
25-29,9	Surpoids
30-34,9	Obésité modérée
35-39,9	Obésité sévère
>40	Obésité morbide

IMC de l'adulte et interprétation selon l'OMS

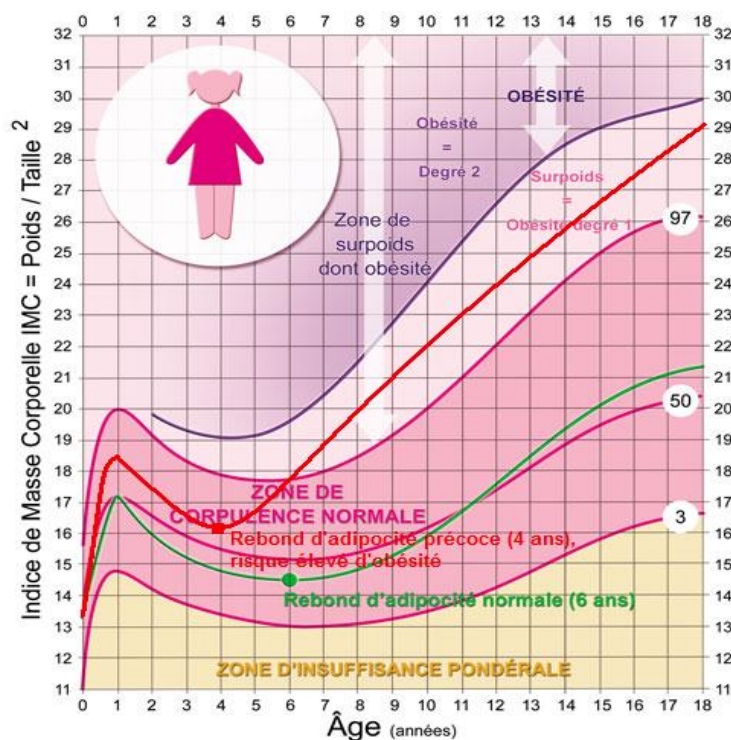
Chez l'enfant, les valeurs de l'IMC varient en fonction de l'âge et du sexe, et nécessitent une approche différente de l'adulte. Ainsi, pour l'enfant, l'IMC s'étudie à l'aide des courbes de corpulence. Elles figurent, depuis 1995, dans les carnets de santé. En France ces courbes tiennent compte du poids, de la taille et de l'âge. Elles permettent de refléter au mieux l'évolution de la masse grasse et s'interprètent par les centiles, avec une zone de normalité se situant entre le 3ème et le 97ème centile. Au-delà, on parle d'obésité.

Durant la croissance de l'enfant, sa corpulence va varier de façon naturelle. En effet, elle croît la première année de vie, puis diminue jusqu'à l'âge de 6 ans, pour augmenter de nouveau jusqu'à la fin de la croissance. Cette dernière remontée de la courbe de l'IMC, qui survient généralement à l'âge de 6 ans, est appelée rebond d'adiposité⁸. La période de survenue de ce rebond permet d'identifier un risque d'obésité. En effet, plus le rebond est précoce (avant 6 ans), plus le risque de devenir obèse est élevé. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 à 50% avant la puberté et de 50 à 70% après la puberté.

⁸ Publication de la HAS, réactualisation des recommandations de 2003, publiée en 09.2011, « Surpoids et Obésité de l'enfant et de l'adolescent », 218 p, pp.7-9., disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite_enfant_et_adolescent_-_argumentaire.pdf

Exemple de courbe d'IMC pour un enfant de sexe féminin, avec illustration d'un rebond précoce et normal.⁹

Ajout sur cette figure de la courbe avec rebond d'adiposité précoce.



1.2.2 Une maladie multifactorielle

Les causes de l'obésité sont complexes. Bien que résultant d'un déséquilibre dans la balance énergétique entre les apports et les dépenses, il est nécessaire de se projeter au-delà de la nutrition et de la génétique, et d'étudier les nombreux facteurs environnementaux qui semblent être impliqués dans le développement et l'installation de cette maladie chronique.

Les facteurs associés au risque de surpoids et d'obésité ¹⁰
Surpoids et obésité parentale notamment de la mère au début de la grossesse
Grossesse : prise de poids excessive, tabagisme maternel, diabète maternel
Excès ou défaut de croissance foétale
Gain pondéral accéléré durant les deux premières années de vie d'autant plus important que la période de gain pondéral accéléré est longue
Difficultés socio-économiques des parents et cadre de vie défavorable
Manque d'activité physique et sédentarité
Manque de sommeil
Attitudes inadaptées de l'entourage par rapport à l'alimentation (restrictives ou permissives)
Facteurs psychopathologiques (dépression, hyperphagie boulimique)
Négligences ou abus sexuel ou physique durant l'enfance ou l'adolescence
Handicap (moteur ou mental)

⁹ DR HAKEM, Publication de la courbe en 2013, disponible sur internet ,<http://www.docvadis.fr/>

¹⁰ Publication de la HAS, réactualisation des recommandations de 2003, publiée en 09.2011, « Surpoids et Obésité de l'enfant et de l'adolescent », 218 p, p.8, disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr/>

Selon le Professeur Patrick TOUNIAN¹¹, plusieurs déterminants interviennent dans la constitution d'une obésité.

Les déterminants biologiques comprennent la génétique, le métabolisme propre à chaque individu, les hormones, la pharmacologie, etc... Ils sont variables d'un individu à l'autre, et les formes purement génétiques d'obésité sont rarissimes. Selon les professeurs TOUNIAN et BASDEVANT¹², la part de responsabilité génétique serait liée à un rôle permissif plutôt qu'un réel élément déclencheur. Arnaud BASDEVANT avance l'idée que ce dernier est l'effet de l'interaction gènes/environnement. Ainsi, les déterminants biologiques, associés à l'environnement et aux comportements favoriseraient, selon les deux spécialistes, le développement de l'obésité.

Les déterminants environnementaux, précoces et sociétaux, ont joué un rôle dans la progression de l'obésité. D'après Patrick TOUNIAN, les déterminants précoces apparaîtraient durant la vie fœtale et au cours des premiers mois de vie, augmentant alors le risque de développer une obésité. Ils engendreraient une empreinte dans le corps qui seraient référencée. Le pondérost¹³ de ces enfants s'efforceraient, alors, d'atteindre puis de maintenir le poids élevé de référence enregistré.

Les déterminants sociétaux, comme le sont l'industrialisation, le chauffage et la climatisation, l'amélioration des supports de communication utilisés à des fins commerciales, et les progrès technologiques depuis ces 20 dernières années ont facilité le développement de l'obésité en agissant sur l'alimentation et sur les dépenses énergétiques. Effectivement, le mode alimentaire a évolué puisque, de nos jours, la nourriture est rendue plus disponible, plus riche, les rythmes alimentaires ont dévié, la consommation échappe aux apprentissages et conditionnements et les sollicitations commerciales se sont étendues. La baisse des dépenses énergétiques a également contribué à étendre le phénomène d'obésité, notamment à cause de : la motorisation des déplacements, l'automatisation élevée de certaines tâches courantes, la sédentarisation des jeux et des loisirs, la démocratisation des émissions télévisuelles destinées aux enfants et l'arrivée des jeux vidéo.

Les déterminants socio-culturels et environnementaux jouent aussi un rôle dans le développement de l'obésité. Les études Obépi réalisées jusqu'en 2012, ont permis de mettre en évidence la différenciation sociale et économique dans le développement de l'obésité, et démontrent que les taux les plus élevés se retrouvent dans les milieux les moins favorisés. L'influence des modes de vie, style d'alimentation, niveau d'activité physique, mais aussi l'exclusion, le stress, le chômage et la présence ou l'absence de soutien social sont

¹¹ TOUNIAN P., auteur du livre publié en 01.2007, « L'obésité de l'enfant », Paris, Éditions John Liberty Eurotext, format kindle, 196 p.

¹² BASDEVANT A., 09.2011, « Médecine et chirurgie de l'obésité », Éditions Lavoisier Médecine Sciences Publications , 799 p.

¹³ Pondérost : mécanisme de régulation du poids corporel. C'est le poids pour lequel une personne a été génétiquement programmée.

des éléments secondaires qui interviennent dans la prévalence de l'obésité. Trois variables socio-économiques ont d'ailleurs été identifiées comme ayant un impact sur son développement. La première concerne le niveau d'éducation, la seconde les revenus et la troisième les professions et catégories sociales.

Les déterminants psychologiques vont tenir un rôle dans l'initiation ou l'aggravation d'une prise de poids. Ils correspondent à tout changements susceptibles d'avoir un retentissement sur les émotions de l'enfant et qui pourraient intervenir dans sa vie. Par exemple, un décès, un déménagement, un changement d'école, une séparation familiale, des conflits, des changements de mode de vie... Ces événements ont des répercussions psychologiques sur les enfants et/ou adolescents et peuvent provoquer un dérèglement du pondérostas et conduire à un gain pondéral en augmentant l'appétit. L'enfant va alors se servir de l'alimentation pour se rassurer, se reconforter, comme sa figure d'attachement a pu le faire lorsqu'il était encore nourrisson. Ce réconfort sera plus facile à obtenir car il ne dépendra que de la volonté ou non de l'enfant d'y avoir recours, alors que le réconfort auprès d'un adulte, nécessite le consentement de l'autre. Ainsi, les déterminants psychologiques interviennent d'avantage comme un facteur déclenchant de l'obésité en révélant ou aggravant une prédisposition.

L'obésité infantile est complexe car l'enfant est en cours de socialisation et l'alimentation est un élément important de celle-ci comme nous l'avons exploité dans la première partie. Il est en cours de développement sur le plan physique, psychique et cognitif. Une prise en charge importante de la part de ses parents est nécessaire en début de vie, pour se réduire en même temps qu'il grandira. L'enfant dont nous parlons dans cet écrit est très dépendant puisqu'il a entre 0 et 3 ans. Il est en pleine construction sociale. Les modes de vie de la famille, le modèle de consommation alimentaire parental, les contrôles parentaux de l'alimentation des enfants vont influencer les habitudes et références alimentaires en construction. Les multi-accueils vont jouer un rôle important, sur le plan éducatif et de la socialisation notamment autour de l'alimentation, car ils vont proposer des repas équilibrés, des règles éducatives et des repas collectifs dès le plus jeune âge.

Les déterminants cités ci-dessus vont agir sur la prévalence de l'obésité de façon négative. Cependant, les collectivités, écoles, et autres structures en contact avec l'enfant et sa famille vont pouvoir prévenir certains comportements et fournir des conseils adaptés pour réduire les risques d'obésité, notamment grâce à l'information et l'accompagnement. D'autres éléments peuvent intervenir dans le développement d'un surpoids ou d'une obésité, comme c'est le cas des addictions alimentaires. Peu évoquées jusqu'alors, certains scientifiques se sont penchés sur cette problématique afin de déterminer si il existait des addictions alimentaires, et posés leurs caractéristiques.

Je vous propose donc de vous exposer ici les résultats d'expériences menées sur des rats qui tendent à démontrer que les addictions alimentaires contribuent à l'obésité. Effectivement, au Centre National de la Recherche Scientifique de Bordeaux, une étude a été réalisée en 2007 sur une centaine de rongeurs afin de tester l'addiction de ceux-ci au sucre. L'expérience laissait le choix aux animaux de d'auto-administrer une dose de saccharose ou de cocaïne. Au terme de cette expérimentation les chercheurs ont pu constater que 94% des sujets préféraient le goût sucré à la cocaïne. De plus, il apparaît que cette préférence persistait. Ces résultats démontrent que le potentiel addictif du sucre a peut être été sous-estimé.

Ces révélations ont permis de modifier certaines pratiques, au moment de la diversification alimentaire chez le nourrisson. Ainsi, le corps médical a, durant de nombreuses années, recommandé aux parents, d'introduire comme aliment premier la carotte dans l'alimentation du bébé. Force est de constater, que depuis deux ans environ, les pédiatres, puéricultrices, et autres personnels spécialisés, recommandent d'introduire un autre légume que la carotte afin de ne pas habituer l'enfant au goût sucré.

Une autre étude menée également en 2009 sur des rats en Floride, à l'institut de recherche Jupiter, a proposé à ces rongeurs un accès à des aliments gras transformés tels que le bacon, cheesecake, et crème glacée, durant une heure par jour, contre un accès illimitée à une nourriture équilibrée. Il apparaît au terme de l'expérience, que les rats ont mangé de manière compulsive les aliments gras et qu'ils ont délaissé l'autre offre de nourriture. Durant cette expérience, l'activité cérébrale du rat a été mesurée, révélant que leur cerveau réagissait de la même façon que lorsque l'animal était en présence de cocaïne.

Ces études ont permis de démontrer qu'une réelle dépendance à certains aliments subsiste, comme c'est le cas pour les aliments gras et sucrés.

Parmi les déterminants évoqués, la précarité est un élément important à prendre en compte. Selon WRESINSKI¹⁴, la précarité peut se définir comme étant l'« absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, quand elle devient persistante, quand elle compromet les chances d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même». Comme nous avons pu le démontrer ci-dessus, les populations défavorisées et en situation de précarité sont plus touchées par l'obésité, et de ce fait méritent une attention particulière. Il convient alors de les informer et de les suivre en

¹⁴ WRESINSKI J., rapport présenté au nom du Conseil économique et social, 1987, « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Journal officiel, disponible sur internet : <http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>

priorité. L'étude de l'INSEE publiée en 2009 compare, sur les cinquante dernières années de consommation, le budget alimentaire des familles en situation précaire en fonction du budget de la population globale, et étudie la part de dépenses réalisées par grandes familles d'aliments. Ce travail a montré que les familles en situation de précarité consomment moins de fruits et de légumes, de produits laitiers, et de protéines comme la viande et le poisson, que la moyenne. L'alimentation est un poste important de dépense et la problématique budgétaire restreint les choix alimentaires. D'après le sénateur Brigitte BOUT, « *Le poste alimentation peut occuper jusqu'à 50 % du budget des ménages français les plus défavorisés, alors qu'il représente 15 % en moyenne nationale. Ces derniers sont obligés d'adapter leur budget à l'impératif de satiété pour le moindre coût. Ils vont donc opter pour des produits gras, qui ont un haut rendement calorique par unité financière, et délaisser les fruits et légumes dont la densité énergétique est faible et les prix élevés* »¹⁵. De plus, les prises alimentaires se différencient car les consommations hors repas s'accroissent, les familles prennent moins le temps de cuisiner et proposent des repas simplifiés. On assiste également à une désocialisation alimentaire avec un repli devant la télévision. S'ajoute à cela le grignotage, une sédentarité plus importante, et un goût plus prononcé pour les aliments gras et sucrés. Ce dernier point peut être mis en relation avec les données relatives aux addictions alimentaires présentées ci-dessus.

1.2.3 Sociologie de l'obésité

- **Obésité et échelle sociale**

Le sociologue Jean-Pierre POULAIN¹⁶, et le médecin épidémiologiste à l'Inserm Marie-Aline CHARLES¹⁷, expliquent que dans les sociétés développées, les obèses se retrouvent d'avantage dans les milieux populaires. La distribution sociale de l'obésité infantile est à ce jour associée aux niveaux d'éducatifs et économiques faibles des familles. La fréquence de l'obésité infantile est ainsi plus importante pour les enfants de chômeurs que pour les cadres supérieurs et professions libérales, comme en témoignent les résultats de l'étude INCA 1998-1999¹⁸. Celle-ci met également en évidence l'importance de la structure familiale : si un seul parent travaille, s'il y a présence ou non d'un temps partiel, (car le budget alimentaire peut être une difficulté), et si le budget familial permet ou non un départ en vacances. Lorsqu'il le permet, les temps d'occupation de l'enfant sont plus importants,

¹⁵ BOUT B., Sénat 2010-2011, « Rapport sur l'organisation de la recherche et ses perspectives en matière de prévention et de traitement de l'obésité », 267p., pp.52, disponible sur internet : <http://www.senat.fr/rap/r10-158/r10-1581.pdf>

¹⁶ POULAIN J.P, 2009, « Sociologie de l'obésité », Paris : Édition PUF, 360 p

¹⁷ CHARLES M.A, article publié en 2001, « Épidémiologie de l'obésité », chapitre 3, dans l'ouvrage « Médecine et chirurgie de l'obésité », 799p.

¹⁸ Enquête alimentaire menée tous les 7 ans par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses).

évitant ainsi l'ennui. Chez l'enfant, comme chez l'adulte, ce dernier élément peut parfois susciter une augmentation de l'appétit. Dans ce cas précis, les vacances sont uniquement le prétexte pour proposer plus d'activités à l'enfant.

Déborah MARCHAUX-THOLLIEZ¹⁹, docteur en psychopathologie, distingue deux explications de l'obésité sur le plan social en fonction du positionnement que l'on adopte. La première explication concerne une obésité liée à une position sociale qui va influencer les pratiques alimentaires, le niveau d'activité physique, et les styles de vie. La seconde est liée à l'obésité elle-même qui va entraîner une stigmatisation de l'individu et l'« emprisonner » dans un carcan social. Ces deux éléments sont complémentaires et nous permettent de comprendre ainsi, toute la complexité et la différence entre une obésité acquise à l'âge adulte et celle qui survient durant l'enfance. Lorsqu'elle advient dans ce dernier cas de figure, la trajectoire sociale n'a pas encore eu lieu et renferme ainsi la position sociale de cet adulte en devenir.

- **Stigmatisation et discrimination**

Selon le dictionnaire Larousse, la stigmatisation peut se définir comme étant un processus qui consiste à « *dénoncer, critiquer publiquement quelqu'un ou un acte que l'on juge moralement condamnable ou répréhensible* ». Si l'on rapproche cette définition avec l'obésité, on peut en déduire que l'individu lui-même se retrouve considéré comme étant anormal, voir déviant, à cause de sa corpulence. Cette dernière va ainsi justifier une exclusion et une discrimination.

La discrimination est définie, par ce même dictionnaire, comme le « *fait de distinguer et de traiter différemment (le plus souvent plus mal) quelqu'un ou un groupe par rapport au reste de la collectivité ou par rapport à une autre personne* ».

La discrimination et la stigmatisation peuvent être perçues comme étant justifiées par la personne obèse et débouchant sur une altération de leur perception personnelle avec une baisse de l'estime de soi. Elle va chercher un moyen disponible et connu afin d'apaiser la souffrance occasionnée par cette stigmatisation, comme peut l'être la nourriture. Ces deux éléments peuvent se retrouver par exemple pour l'achat d'une place de transport, de cinéma, lors de moqueries ou insultes, face aux regards pesants et critiques des personnes, ... Cette stigmatisation est présente dès le plus jeune âge, comme j'ai eu l'occasion de le constater au sein d'un multi-accueil chez des enfants âgés de 2 à 3 ans. L'enfant en surpoids sera moqué par ses camarades.

¹⁹ MARCHAUX-THOLLIEZ D., auteur de l'article publié en 2001, « Déterminants psychologiques », chapitre 19, dans l'ouvrage « Médecine et chirurgie de l'obésité », 799p.

- **Pression esthétique et régimes**

L'obèse ressent, comme nous l'avons développé ci-dessus, une pression sociale concernant son apparence et va tenter dès le plus jeune âge de remédier à cet état, soit par choix soit par défaut, lorsqu'il s'agit de la famille elle-même qui « met au régime » l'individu. Ainsi, il a très souvent suivi de nombreux régimes pour des raisons tout autre que sanitaires. Ces phases de pertes de poids peuvent se suivre et s'associer à des gains non souhaités. Notons que des régimes chez des individus en surpoids ou normaux peuvent conduire à une obésité de la même façon. Cependant, l'élément déclencheur reste bien souvent le souhait de s'inscrire dans un modèle esthétique conforme à celui qui prédomine, à savoir la minceur, voir l'extrême minceur comme en témoignent les nombreuses publicités télévisuelles, sur les panneaux publicitaires, les vitrines des pharmacies... sans oublier celles affichant des mannequins filiformes et articles vantant les mérites des régimes.

1.2.4 Les conséquences, le dépistage et la prise en charge

Conséquences physiopathologiques :

Complications à court et moyen termes	Complications à long terme
Retentissement psycho-social	Persistance de l'obésité à l'âge adulte
Complications cardio-vasculaires	Morbidité et mortalité
Inflammation chronique	Cancers
Complications digestives	
Complications respiratoires	
Troubles du métabolisme glucidique	
Syndrome des ovaires polykystiques	
Complications hépatiques	
Complications orthopédiques	
Anomalies pubertaires	
Complications neurologique	

Il est important de pouvoir déceler au plus tôt un surpoids et/ou une obésité notamment grâce à la surveillance de l'IMC. Celle-ci doit intervenir au moins deux à trois fois par an, et doit être réalisée idéalement lors des consultations chez le médecin traitant et/ou pédiatre de l'enfant. Le médecin pourra alors tracer les différentes courbes présentes dans le carnet de santé, à savoir la courbe de taille, la courbe de poids et enfin la courbe de corpulence. L'analyse de l'évolution de la corpulence de chaque enfant permet de repérer précocement s'il présente un risque de développer un surpoids ou une obésité, et de mettre en place des moyens de prévention adéquats.

La prévention peut se définir comme étant l'ensemble des actions, des attitudes et

des comportements qui tendent à éviter la survenue des maladies ou des traumatismes, ou à maintenir et à améliorer la santé. Elle passe par l'information, la sensibilisation, l'accompagnement, mais aussi par les politiques instaurées en vue de prévenir le risque de survenue de l'obésité.

La prise en charge débute toujours pas une prise de conscience des parents de la présence d'un surpoids ou d'une obésité chez leur enfant. Elles vont entreprendre les démarches auprès du corps médical et va suivre alors une prise en charge en ambulatoire avec des intervenants extérieurs (nutritionniste, éducateur sportif, psychologue...). Lorsque l'enfant présente un surpoids avéré, l'accompagnement sera différencié par rapport à celui d'un adulte ou d'un adolescent en fin de croissance. Effectivement, un enfant est en pleine croissance. Aucun régime ne sera débuté et son suivi aura pour objectif de stabiliser le poids en attendant que l'enfant grandisse²⁰. Cette stabilisation, lorsqu'elle se fait en ambulatoire, passe par un rééquilibrage alimentaire et une hygiène de vie redéfinie avec la pratique d'un temps d'activité. La prise en charge en institution intervient lorsque celle proposée en ambulatoire n'a pas abouti à une perte de poids et une stabilisation. Alors, l'enfant peut être pris en charge dans un établissement spécialisé à partir de 6 ans.

1.3 Des politiques de santé

1.3.1 Au niveau mondial

La progression de l'obésité dans le monde a conduit les pouvoirs publics à engager une action collective afin de lutter contre ce fléau. La première conférence internationale pour la promotion de la santé a adopté, en 1986, la Charte d'Ottawa afin de « contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous ».

L'OMS joue un rôle important, depuis de nombreuses années, dans la lutte contre l'obésité infantile dans le monde. Son objectif est de mobiliser et de susciter la collaboration de chaque pays afin de lutter contre ce fléau. Elle a publié des recommandations générales portant sur la consommation, les limitations de certaines catégories d'aliments, ou encore sur la pratique d'une activité physique.

On retrouve d'autres collaborations, entre différents états, notamment aux États-Unis. Ainsi, un plan stratégique du National Institute of Health (NIH) représente la démarche la plus avancée et conséquente. Parallèlement, l'Institute of Medicine of the National Academies définit un plan pour la prévention de l'obésité de l'enfant qui inclut un volet recherche. En Suède, par exemple, le gouvernement a interdit les publicités alimentaires télévisées aux principales heures d'écoute des enfants.

²⁰ BOGGIO V., pédiatre diplômé en nutrition-alimentation-dietétique au CHE de Dijon, 2008, auteur du livre « La méthode papillote », Paris : Édition Odile Jacob, 224 p.

1.3.2 Au niveau européen

En Europe, les différents pays membres ne partagent pas la même culture dans le domaine alimentaire, les mêmes traditions culinaires, le même poids économique dans l'industrie agroalimentaire et parfois le même rôle régulateur de l'état. Ces particularités font la richesse de l'Europe, mais sont aussi des obstacles pour le développement d'une politique de prévention de l'obésité qui se voudrait plus intégrée et commune. Cependant, malgré la difficulté, l'Union Européenne n'est pas pour autant inactive. Ces quinze dernières années, elle a pu affirmer, à travers différentes actions, sa volonté de lutter contre l'obésité de l'adulte et de l'enfant.

- En 2000, adoption par l'OMS du premier plan d'action pour l'alimentation et la nutrition pour la région européenne de l'OMS, 2000-2005.
- En mars 2005, une plate-forme européenne de promotion de l'équilibre alimentaire et de l'activité physique a été lancée, afin de réduire l'obésité. Cette même année, présentation d'un livre vert par la Commission Européenne sur l'alimentation et l'activité physique.
- La lutte contre l'obésité fait partie de l'une des priorités des programmes politiques des gouvernements européens. C'est pourquoi une charte européenne sur la lutte contre l'obésité a été établie et adoptée en 2006, et vise un renversement de tendance pour 2015 au plus tard.
- Adoption en 2007 par l'OMS, du deuxième plan d'action pour une politique alimentaire et nutritionnelle, 2007-2012. Cette même année, la Commission Européenne affirme sa volonté de promouvoir les stratégies collectives de lutte contre l'obésité et publie un livre blanc intitulé « Stratégie européenne de lutte contre les problèmes de santé liés à la nutrition, au surpoids et à l'obésité ».
- En 2008, adoption par la commission de l'environnement du Parlement Européen d'une proposition de résolution pour lutter contre l'obésité.
- En 2010, la proposition réalisée par la Commission Européenne concernant l'amélioration de la diffusion de l'information aux consommateurs a été examinée par le Parlement Européen. Création de la journée européenne de lutte contre l'obésité.

La Commission Européenne a dévoilé en 2014 le plan d'action de lutte contre l'obésité infantile (2014-2020) au sein de l'Union Européenne (UE). L'objectif étant de mettre en valeur et de guider l'engagement commun des états membres de l'UE dans la lutte contre l'obésité infantile compte tenu de son augmentation au sein de nombreux membres. L'OMS, en 2005, a émis des recommandations et des lignes directrices pour la collecte régulière de données sur le poids et la taille chez les enfants à travers le monde. C'est ainsi qu'a été

instaurée une surveillance de l'obésité infantile en Europe (enquête COSI 2009 et 2013²¹). Ces enquêtes ont pu mettre en évidence une progression importante de l'obésité, provoquant ainsi un éventail de conséquences sociales et sanitaires graves et augmentant la probabilité de la survenue de maladies et de mort prématurée à l'âge adulte.

Les démarches européennes ne peuvent remplacer celles entreprises par chaque pays de l'union. Ainsi, il semble opportun de s'intéresser de près aux directives nationales en termes d'alimentation et de prévention de l'obésité au sein de notre pays.

1.3.3 Au niveau national et territorial

En France, le phénomène d'obésité est apparu comme nous avons pu le voir, à partir des années 1990. Afin de traiter cette maladie, notamment chez les enfants, certaines actions ont été entreprises afin de promouvoir la prévention. En 2001, la France est le premier pays européen à se doter d'un plan de santé publique, le Plan National Nutrition Santé (PNNS). Il est lancé afin de lutter contre les inégalités sociales vis-à-vis de la santé. Ce plan sera renouvelé deux autres fois, en 2006 et en 2011, conservant ainsi les mesures initialement prises et en y ajoutant de nouveaux axes prioritaires d'actions.

<p>PNNS 1 : 2001-2006</p> <p>6 axes stratégiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informer et orienter les consommateurs • Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels • Impliquer les acteurs privés 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle • Développer la recherche en nutrition humaine • Engager des mesures et actions sur des groupes ciblés
<p>PNNS 2 : 2006-2010</p> <p>4 axes supplémentaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la qualité de l'offre alimentaire • Dépistage et prise en charge de l'obésité 	<ul style="list-style-type: none"> • Plans spécifiques pour les populations défavorisées et précaires • Initier une réflexion sur l'image du corps
<p>PNNS 3 : 2011-2015</p> <p>4 axes supplémentaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire les inégalités sociales en matière de nutrition • Développer l'activité physique et sportive et réduire la sédentarité 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuer la prévalence de la dénutrition • Valoriser le PNNS et impliquer les parties prenantes

Tableau récapitulatif des axes des trois Programmes Nationaux Nutrition Santé²²

²¹ Conseil de l'union européenne qui initie l'enquête COSI : Childhood obesity surveillance initiative, financée par Health Service Executive, art OMS, 08-2013, "Europe: l'épidémie visible de surpoids chez les jeunes", volume 91, numéro 8, disponible sur internet: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-020813/fr/>

Les volontés politiques s'affirment et l'on voit naître, dans le cadre du PNNS, ou sous autres initiatives, certains programmes et actions en France :

- Création en 2001, de l'association pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie (APOP), regroupant des professionnels impliqués dans la prévention.
- Formation et sensibilisation, délivrée en 2003, sous l'impulsion de la Direction générale de la santé (DGS), à tous les médecins de France.
- Lancement du Programme Epode (Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants) en 2004, qui implique des villes pilotes pour une durée de 5 ans dans des actions de prévention et de dépistage de l'obésité infantile.
- Instauration des Réseaux pour la Prise en Charge et la Prévention de l'Obésité en Pédiatrie (REPOP), permettant ainsi des prises en charges pluridisciplinaires, pour l'enfant et sa famille. Toutes les régions de France ne sont pas équipées de tels réseaux, comme c'est le cas par exemple de la Lorraine.
- L'Association Française pour la Pédiatrie Ambulatoire (AFPA), organise en 2005, une journée nationale de dépistage de l'obésité infantile.
- En 2005 de nouvelles mesures sont prises, notamment dans le milieu scolaire en interdisant les distributeurs automatiques dans le cadre de la loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique. Cette mesure concerne aussi bien les distributeurs automatiques de boissons que de produits alimentaires. Cette idée sera soutenue par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA), qui insiste également sur la présence dans ces distributeurs de produits trop gras, salés ou sucrés.
- En février 2007, les publicités alimentaires de produits gras, sucrés, ou salés, font l'objet d'une obligation d'afficher un message sanitaire préventif et informatif.
- En 2010, le gouvernement souhaite mettre en place un programme quinquennal relatif à la nutrition et à la santé, ainsi que sur l'alimentation. Ainsi, verront le jour le Programme National pour l'Alimentation (PNA), ainsi que le Plan Obésité (PO). Ce dernier aura pour objectif de répondre à la croissance du nombre de sujets atteints, et viendra articuler et compléter le PNNS, notamment par l'organisation du dépistage, de la prise en charge et par la recherche.
- Publication de recommandations de bonnes pratiques, par la HAS, sur le « Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent ». Réactualisation des données en 2011.

²² BERGERON, CASTEL, NOUGUEZ, IREPS, 06-2014, « Question de santé publique, « Lutter contre l'obésité en gouvernant les conduites des consommateurs », 4p., pp.2, disponible sur internet : http://www.iresp.net/files/2013/04/IReSP_QSPn%C2%B025_Juin_-2014.pdf

L'analyse tous les trois ans, de la prévalence et du surpoids de l'obésité en France par l'étude Obépi, en collaboration avec l'INSERM, l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et Kantar Health, permet de fournir des données essentielles sur la progression de l'obésité en France. La dernière étude publiée est en date de 2012. Enfin, le gouvernement actuel affirme sa volonté de lutter contre l'obésité, et réaffirme sa politique, avec la présence du ministre de la santé Marisol Touraine, à la journée européenne de l'obésité le 6 mai 2015. Le PNNS a permis d'initier ou d'affirmer de nombreuses actions entreprises sur le plan territorial ou local. L'ARS de Lorraine, créée en 2010 conformément à l'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST), a pour mission d'entreprendre ou d'affirmer les stratégies politiques en matière de santé au moyen d'un Projet Régional de Santé (PRS). Ce dernier est défini par le décret n° 2010-514 du 18 mai 2010. Il reprend la stratégie, l'organisation du système de santé et les plans d'actions prévus par l'ARS pour les cinq prochaines années.

La prévention peut se définir par l'ensemble des mesures ayant pour intention d'éviter la survenue de maladies ou de diminuer leur nombre, leur gravité et leurs effets. En Lorraine, les objectifs du Schéma Régional de Prévention (SRP) 2012-2017, comprennent les points suivants :

- Dépistage précoce du surpoids chez l'enfant
- Facilitation de la prise en charge et du suivi des enfants dépistés
- Diminution de la prévalence du surpoids et de l'obésité et des pathologies associées.

Pour prévenir, on peut avoir recours à l'éducation pour la santé. Elle se définit par toutes les actions ayant pour finalité l'augmentation des connaissances et compétences en matière de santé, et dont l'objectif commun est d'influer de façon positive sur la santé des individus.

L'étude du contexte général dans lequel s'inscrit le phénomène d'obésité, et plus spécifiquement, l'obésité infantile, nous démontre toute la complexité du travail de prévention. L'état des lieux proposé sur la prévalence, la pathologie, la prise en charge et les politiques associées, nous a permis de clarifier le cadre dans lequel s'inscrit cette problématique. Ces éléments, vont pouvoir, tout au long de ce travail, être mis en lien avec la problématique territoriale rencontrée sur la CAFPF. Aussi, il m'a semblé important de pouvoir travailler sur le thème de l'obésité infantile sous différentes approches, notamment sociologique. Elle aura toute son importance ci-après, puisque la population concernée est d'avantage touchée par la précarité que sur l'ensemble du territoire Lorrain. Alors, dans la seconde partie de ce travail, nous nous concentrerons principalement sur la problématique territoriale concernant l'obésité infantile, la stratégie territoriale, ainsi que l'importance du réseau multi-accueil sur la CAFPF. A l'issue, je proposerai mes choix méthodologiques, d'investigations et de résultats afin d'affirmer ou d'infirmier mon hypothèse.

2. L'obésité infantile comme problématique territoriale

2.1 Le Contexte territorial

2.1.1 La Communauté d'Agglomération de Forbach Portes de France et le diagnostic territorial

La Communauté d'Agglomération de Forbach Porte de France (CAFPF), située au Nord-Est de la Lorraine, regroupe 21 communes réparties sur 3 cantons, et s'étend sur 140 km². Ce territoire compte 81 100 habitants en 2014, et représente ainsi 3,4% de la population de la région, avec une densité deux fois plus élevée que sur le reste de la Lorraine. La CAFPF connaît d'importantes inégalités sociales et d'accès à la santé et aux soins, comme peuvent l'affirmer les indicateurs présentés en 2014 par l'Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales (ORSAS). A cause de son passé industriel, la Lorraine comprend d'avantage d'ouvriers dans sa population active. Leur proportion est également plus importante par rapport aux cadres et professions intermédiaires. Le territoire de la CAFPF comprend également une part élevée d'inactifs par rapport à la moyenne nationale. Le taux de chômage élevé (13,5% en 2014²³, contre 10,3% sur le plan national) peut s'expliquer par une baisse de l'emploi, le faible niveau d'étude d'une part importante des habitants et le travail frontalier avec l'Allemagne. Selon l'ORSAS de Lorraine, le taux de chômage s'accompagne d'une précarité importante sur la CAFPF. Cette dernière représente ainsi une des zone de la Moselle où la précarité est la plus importante, notamment sur la ville de Forbach.

Le Projet d'Agglomération de la communauté a été établi de 2004 à 2014 et est actuellement en cours d'élaboration pour les années à venir. Il s'inscrit dans le cadre du Contrat d'Agglomération, et met l'accent sur trois axes principaux : l'aménagement et le développement durable du territoire, la cohésion sociale et territoriale et son attractivité. Toujours dans le cadre de la politique territoriale, la Communauté d'Agglomération a signé avec l'état, en 2007, un Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS). Ce contrat court pour une période de 3 ans renouvelable 2 fois. La communauté d'agglomération a naturellement prolongé jusqu'en 2012 et prorogé pour 2 ans supplémentaires. Ainsi, jusqu'en 2014, le CUCS a fait de la santé l'un de ses thèmes prioritaires, et encourage les acteurs locaux à mieux prendre en compte la prévention et l'accès aux soins. Dans ce contrat, deux quartiers sont recensés comme nécessitant une attention particulière car ils comprennent une forte concentration de population en situation précaire. L'un d'entre eux concerne la ville de Forbach et plus particulièrement, un quartier comprenant un des multi-accueils dont la

²³ Rapport Département de la Moselle, 11-2014, « Diagnostic territorial 2014 », 75p., pp.16, disponible sur internet : <http://www.lorrainemouvementassociatif.org/wp-content/uploads/2014/12/DiagT-Moselle.pdf>

gestion est assurée par notre association. Afin de poursuivre les efforts entrepris jusqu'alors, la Communauté d'Agglomération va les cibler d'avantage et les destiner à certaines populations en souscrivant, en 2014, un Contrat Local de Santé (CLS).

Ainsi, je vous propose de développer le contenu du CLS et d'en préciser le champ d'action qui nous intéressera dans le cadre de ce travail.

2.1.2 Le contrat local santé

Les contrats locaux de santé permettent la construction de dynamiques territoriales de santé portées par l'ARS et les collectivités territoriales, notamment avec la mise en place d'actions ciblées destinées à une certaine population. C'est une mesure de la loi du 21 juillet 2009 HPST portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Comme le précise l'article L 1434-17 du Code de Santé Publique (CSP), « *La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social* ». C'est un outil qui se veut souple et modulable, et qui est établi en fonction des projets des collectivités et du Projet Régional de Santé. Il s'inscrit dans une démarche partenariale dont l'objectif est d'améliorer la santé et les conditions de vie de la population ciblée.

Le CLS de la CAFPF (2014-2017) est établi entre l'ARS, le Régime local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle, la Communauté d'Agglomération, et le Conseil Régional de Lorraine. Il conforte dans une politique régionale de santé, et sera axé sur la Promotion de la Santé et la Prévention, au regard du contexte local présenté ci-dessus. Ainsi, l'axe thématique défini par le CLS est en lien avec notre problématique et concerne la promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique adaptée. Il précise également une réduction des inégalités sociales de santé en matière nutritionnelle. Afin d'élaborer et de mettre en œuvre ce CLS, des partenaires ont été associés comme l'IREPS, les structures et professionnels du secteur médico-social, comme le sont par exemple les multi-accueils. Bien qu'il concerne un territoire propre, ce contrat permet d'appuyer une politique territoriale très marquée, emmenée entre autre, par le Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle et le Conseil Régional de Lorraine.

Le CRL souhaite proposer, à tous les Lorrains, un accès à la santé et aux soins de qualités, le tout à proximité. Parmi ces dispositifs, il propose depuis 2005, des actions de préventions et d'éducation pour la santé en présentant son soutien aux associations, aux missions locales, aux établissements scolaires et autres structures qui souhaitent développer leurs actions de prévention et d'éducation pour la santé. Il s'est naturellement positionné en faveur du CLS en qualité d'acteur, et pourra soutenir des actions territoriales aux côtés des partenaires du CLS, et ré-affirmer son engagement en faveur de la santé des Lorrains.

Les actions de prévention ont une importance toute particulière pour le régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle. Ces dernières comprennent notamment la prévention des maladies cardio-vasculaires, cause principale de décès en Lorraine, selon l'ORSAS. Ainsi, le régime local d'assurance maladie a déployé près de 1,5 millions d'euros sur le territoire de la Moselle afin de lutter contre ces pathologies, et ce depuis 1999. Ces apports financiers ont pour objectifs d'agir à la fois sur l'environnement et les comportements. Les actions entreprises par le biais de projets, ciblent principalement les enfants et les adolescents afin de renforcer et d'optimiser les comportements adéquats dès le plus jeune âge. Les populations en situation de précarité sont surveillées car elles sont les plus touchées par les maladies cardio-vasculaires. Ainsi, la politique de prévention vient compléter les mesures déjà entreprises par les collectivités territoriales, et dans le présent cas, les actions menées sur la CAFPF. Son rôle dans le CLS sera principalement de co-instruire les demandes de financements conjointement avec l'ARS pour les actions retenues. Celles-ci concernent l'axe prioritaire numéro un du CLS : « Promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique adaptée ». Elles devront favoriser et/ou renforcer l'adoption d'une alimentation équilibrée, encourager la pratique régulière d'activité physique, faciliter le dépistage, l'éducation thérapeutique, le suivi du patient et les facteurs de risques et faire émerger la notion de réseau en favorisant la collaboration de tous les intervenants, quel que soit le lieu d'exercice. Elles seront ainsi de l'ordre de l'information et de l'éducation à la santé afin d'agir ou de modifier le cadre de vie.

Après vous avoir exposé le contexte dans lequel intervient le CLS, ainsi que ces protagonistes et leurs actions, je vous propose une présentation des partenaires de ce contrat présent sur ce territoire.

2.1.3 Le réseau

- **Réseaux institutionnels présents sur le territoire**

- La PMI

C'est un service proposé par le Conseil Départemental. Il a pour objectif la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle et infantile et de promouvoir la santé de la famille en veillant à la santé des mères et des enfants de moins de six ans. Les infirmières puéricultrices de PMI proposent, pour tous, différentes actions afin de veiller à cet objectif. Elles interviennent dès la naissance au cours de visites à domicile. Puis, proposent des suivis en consultations pédiatriques préventives, en collaboration avec le médecin de PMI, pour fournir des conseils adaptés sur le plan alimentaire, psychomoteur, et dispensent des conseils éducatifs. Un suivi médical de l'enfant est instauré. De la naissance à ses six ans, l'enfant bénéficiera de vingt examens préventifs, des examens médicaux obligatoires, et des vaccinations obligatoires. Les puéricultrices de PMI réaliseront, aux 4 ans de l'enfant, le bilan

en école maternelle. Il permet de dépister d'éventuels troubles pouvant gêner l'enfant dans ces acquisitions, et vont permettre une surveillance son poids et sa taille.

Entre deux ans et quatre ans, l'enfant ne bénéficiera pas d'examen, hormis les éventuelles consultations médicales. Le rôle préventif des services de PMI est primordial, notamment dans le cadre de la prévention de l'obésité infantile.

En Moselle, sous l'impulsion du médecin chef, il a été mis en place un groupe de travail afin de réduire les inégalités en matière d'accompagnement des enfants autour du handicap et des maladies chroniques. Un travail a été initié concernant la prévention des mères enceintes en situation précaire, ceci, afin de réduire les inégalités en matière de santé des futurs enfants. J'ai pu participer à ces groupes de réflexion, qui rejoignent étroitement le travail préventif que nous réalisons sur l'obésité infantile. Ces entrevues m'ont permis d'établir des relations avec d'autres acteurs du territoire, notamment les puéricultrices et pédiatres de PMI. Ces derniers jouent un rôle déterminant dans la prévention et deviennent ainsi des interlocuteurs privilégiés. Le médecin de PMI du territoire de CAFPF ainsi que les puéricultrices, ont participé à l'élaboration du CLS, et poursuivent leur collaboration en qualité d'acteurs, notamment pour l'orientation des enfants et adolescents en surpoids sur le territoire. La problématique identifiée dans le cadre de leur groupe de travail s'articule autour de l'accompagnement des familles et de l'orientation vers une prise en charge adaptée. Leur travail consiste à créer un lien entre les professionnels assurant le repérage de l'enfant en surpoids ou obèse et sa prise en charge.

- Le réseau hospitalier

Au sein du territoire de la CAFPF, il existe un programme d'éducation thérapeutique du patient appelé « obésité de l'enfant ». Depuis 2011, celui-ci a été repris par le centre hospitalier Marie-Madeleine de Forbach. C'est au sein du service pédiatrique que le programme d'éducation thérapeutique est assuré par un pédiatre praticien hospitalier et s'articule autour d'intervenants extérieurs que sont les médecins traitants, psychiatres, psychologues, éducateurs sportifs, kinésithérapeutes, et médecins scolaires. Ce réseau constitue un véritable atout sur le territoire car il propose un accompagnement pluridisciplinaire de proximité.

Le CHR de Metz-Thionville a dispensé, en juin 2015, une formation sur l'obésité aux professionnels impliqués dans la prévention cette pathologie. Ayant eu l'opportunité d'y assister, cette formation, animée par des professionnels du réseau Poiplume, praticiens hospitaliers, et puéricultrices, a permis de sensibiliser les acteurs de terrains à ce phénomène d'obésité et à l'importance du travail en collaboration entre professionnels.

- **Réseaux associatifs**

- Le réseau Poiplume

Poiplume (Prévention de l'Obésité Infantile par l'Alimentation Unie au Mieux Être) est une association créée en 2006. Elle a pour mission de mettre en place un accompagnement en réseau de l'enfant et de sa famille, allant du dépistage à la prise en charge du surpoids ou de l'obésité. Ce suivi est réalisé par une équipe pluridisciplinaire (médecin, diététicien, éducateur sportif, psychologue). Il a pour objectif de promouvoir le dépistage précoce et la prise en charge de l'obésité et du surpoids chez l'enfant de 2 à 12 ans, de promouvoir la prévention de l'obésité et de ses complications, de faciliter et d'améliorer la prise en charge, et de favoriser une meilleure coordination des professionnels. Dans ce réseau, le médecin traitant est au cœur du dispositif puisqu'il sera le coordinateur du parcours de soins de l'enfant. Poiplume est financé par l'ARS et le régime local d'assurance maladie et rayonne sur le territoire messin (30 à 40km). C'est un service qui sera proposé durant deux ans à l'enfant et sa famille. Le suivi proposé comprendra six consultations médicales, ainsi qu'une combinaison de consultations et rendez-vous avec d'autres professionnels comme des diététiciens, éducateurs sportifs, et psychologues. Ce réseau complet et fonctionnel de dépistage, d'accompagnement et de prise en charge de l'enfant en surpoids ou obèse ne s'étend pas sur la CAFPF, faute de financement.

On s'aperçoit ainsi que le territoire concerné par le CLS ne peut avoir recours à tous les dispositifs présents sur le territoire Lorrain. De plus, comme nous avons pu le démontrer auparavant, les familles majoritairement concernées sont en situation de précarité, et n'ont pas toujours recours aux moyens de locomotion. Les déplacements ne sont donc pas envisageables par tous.

Il me semble, que le réseau Poiplume, même s'il s'étendait sur la CAFPF, ne permettrait pas de prendre en charge un large panel d'enfants en surpoids ou obèses, notamment à cause de cette difficulté de transport. Notons cependant, même si la démarche entreprise par le réseau hospitalier du territoire de la CAFPF n'est pas similaire, qu'elle reste la meilleure ressource actuellement disponible.

- Les centres sociaux sur le territoire

Au sein de CAFPF, de nombreux centres sociaux sont déployés. Six d'entre eux sont situés à proximité des structures multi-accueils. Parmi leurs missions au quotidien, les professionnels exerçant dans ces centres proposent un accompagnement personnalisé aux familles en situation de précarité, sur le plan alimentaire, et budgétaire. C'est par le biais de rendez-vous de suivi individuel, mais aussi de réunions thématiques et d'ateliers, que ces professionnels fournissent des informations et des conseils adaptés aux bénéficiaires. Les professionnels ont participé à l'élaboration du CLS et interviennent afin de réduire les inégalités sociales de santé en matière nutritionnelle. Et c'est dans le cadre de la formation

proposée par l'IREPS que les professionnels responsables et directeurs des multi-accueils de la CAFPF, ont pu échanger sur les pratiques et apprendre d'avantage sur les missions et actions proposées par les centres sociaux.

- L'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé de Lorraine

L'IREPS de Lorraine est une association issue de la loi 1901, qui fut créée en 2008. Ses missions sont de l'ordre de la promotion, de l'éducation et de la prévention pour la santé afin de réduire les inégalités. Sur la plan territorial, elle propose un accompagnement aux collectivités, aux professionnels et aux responsables politiques dans la mise en place, la réalisation et l'évaluation des projets. Sur les plans régionaux et nationaux, elle participe activement aux projets novateurs dans le domaine de la promotion de la santé. L'IREPS de Lorraine propose à tous les acteurs plusieurs services, notamment une guidance méthodologique dans l'élaboration des projets, mais aussi des formations et supports pédagogiques. Dans le cadre du CLS, l'IREPS a participé à l'élaboration de ce contrat, mais a également proposé un suivi personnalisé aux acteurs de terrains ainsi qu'à notre association. De plus, une formation fut mise en place entre novembre 2014 et mars 2015, et a été proposée aux principaux acteurs. Celle-ci traitait de l'alimentation et de la précarité, avec la promotion d'une alimentation équilibrée au sein des ménages. Cette opportunité de formation fut saisie par les associations gestionnaires d'EAJE sur la CAFPF. Chaque collaborateur a pu y assister et développer ses compétences afin de les redistribuer aux familles et enfants accueillis. Les éléments abordés ont été la méthodologie de projet, la mise à jour des connaissances en matière d'alimentation générale et l'information concernant les spécificités d'un public précaire.

2.2 Le réseau multi- accueil sur la CAFPF

2.2.1 L'association gestionnaire au service de la collectivité : La Croix-Rouge Française

La Croix-Rouge française (CRF) est une association privée, à but non lucratif et reconnue d'utilité publique. Elle est régie par la loi du 1er juillet 1901. Ces actions sont orientées vers le soulagement de toutes les souffrances humaines, et notamment pour les personnes les plus vulnérables. Elle assure la gestion sur le territoire français de 600 établissements et compte près de 17 000 salariés. En 2006, elle a décidé de piloter ses établissements par le biais de 7 filières métiers, regroupées au sein de 3 directions :

- Direction de l'Action Sociale : Filière Enfance et Famille, Filière Exclusion
- Direction de la Santé et de l'Autonomie : Filière Sanitaire, Filière Personnes âgées, Filière Personnes Handicapées, Filière Domicile
- Direction de la Formation

Les multi-accueils dépendent de la Direction de l'Action Sociale et de la filière Enfance et Famille. Cette dernière comprend, sur le territoire, plus de 60 Établissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE), 25 établissements de protection de l'enfance, 10 services de PMI (Protection maternelle et infantile) et 3 centres sociaux. Les 3 directions dépendent de la direction générale dont elles reçoivent la délégation par région. Cette direction régionale assure le pilotage des établissements. La région Grand Est comprend 22 établissements EAJE, dont 15 implantés en Lorraine. En Moselle cela représente 12 structures dont 3 sur la CAFPF. La CRF a également la gestion, sur la ville de Forbach, d'un Relais Parents Assistantes Maternelles (RPAM).

Le plan d'action de l'association, établi en 2011-2015, a déterminé des axes prioritaires pour la filière Enfance et Famille. L'axe principal est de développer des projets au sein des structures à vocation sociale et préventive. Pour cela, 4 objectifs principaux ont été élaborés : favoriser une mixité sociale, proposer des réponses adaptées aux besoins des familles, offrir une action éducative collective ou familiale, et accompagner la parentalité. Ces objectifs guident les missions de nos établissements et se retrouvent dans l'accompagnement et les activités que nous proposons aux enfants et à leurs parents. Ils sont en total adéquation avec les éléments visés par le CLS. L'association encourage les projets novateurs dans le secteur et toutes les initiatives entreprises sur un territoire donné pouvant contribuer à ces objectifs principaux. Le CLS mis en place s'inscrit dans cette démarche puisqu'il va répondre à une problématique concernant le public accueilli et, grâce au travail initié en collaboration en intra et inter structures, contribuera à proposer des réponses adaptées aux besoins des familles et des enfants.

2.2.2 Les Établissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE)

Les EAJE permettent d'accueillir des enfants âgés de 10 semaines de vie à 6 ans. Ils sont agréés par la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et ont pour missions de veiller « à la santé, à la sécurité, au bien-être et au développement des enfants qui leur sont confiés. Dans le respect de l'autorité parentale, ils contribuent à leur éducation. Ils concourent à l'intégration des enfants présentant un handicap ou atteints d'une maladie chronique qu'ils accueillent. Ils apportent leur aide aux parents pour favoriser la conciliation de leur vie professionnelle et de leur vie familiale²⁴ ». La réglementation en vigueur des EAJE est définie par les articles R2324-16 à R2324-48 du code de la santé publique. D'autres textes de loi vont expliciter les missions, les modalités d'instructions, le personnel requis, l'encadrement, l'organisation, le fonctionnement et d'autres spécificités²⁵. Ils répondent aux besoins des enfants et des parents, mais aussi à des besoins de société. Ces

²⁴ Code de la Santé Publique, Art. R2324-17 modifié par le Décret n°2010-613 du 7 juin 2010 - art. 2 du code de Santé Publique, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

²⁵ ANNEXE 3 : TEXTES LEGISLATIFS RELATIFS AUX EAJE

établissements comprennent différentes structures d'accueils comme les crèches collectives, crèches familiales et haltes garderies ; les crèches parentales ; les jardins d'enfants ; les micro-crèches et les multi accueils. Ces derniers permettent d'associer l'accueil collectif et l'accueil familial, ou l'accueil régulier et l'accueil occasionnel.

La Caisse d'Allocation Familiale (CAF) et la Mutualité Sociale Agricole (MSA) peuvent participer financièrement aux frais de fonctionnement des EAJE sous la forme d'un versement d'une prestation de service unique ou d'une prestation d'accueil temporaire. Celles-ci sont attribuées lorsque les structures proposent une offre en cohérence avec la demande, et sous certaines conditions de fonctionnement. Pour pouvoir en bénéficier, l'établissement devra fournir l'autorisation d'ouverture délivrée par l'autorité compétente, l'avis des services de la PMI, le projet d'établissement ou de service, ainsi que son règlement de fonctionnement. Les documents vont permettre aux financeurs de vérifier si les dispositions suivantes sont respectées et ainsi que leurs concordances : favoriser l'accueil d'enfants en situation de handicap ou souffrant d'une maladie chronique, la place des familles et leur participation à la vie de l'établissement, les modalités d'admission, les horaires d'ouverture de l'établissement, la tarification appliquée, ainsi que les contrats d'accueil adaptés selon les besoins des familles. A l'issue, une convention d'objectif et de financement devra être signée entre le gestionnaire, la CAF et la MSA. Sur les 3 établissements concernés par ce travail, les conventions ont été établies en 2014, pour une durée de 4 ans. La CAF et la MSA financent une partie des frais de fonctionnement des établissements, soit un montant de PSU égal à 66% du prix de revient horaire (*prix de revient = total des charges de fonctionnement / nombre d'actes réalisés*), dans la limite d'un plafond fixé par la CNAF et déduction faite des participations familiales. La prestation de service unique est versée pour toutes les heures d'accueil facturées, dans la limite de la capacité théorique. Les tarifs horaires des familles sont établis à partir d'une grille de référence nationale en fonction des ressources et du nombre d'enfant à charge. Un taux d'effort est alors appliqué permettant d'en dégager ce tarif horaire. Les 34% du prix de revient horaire restant sont répartis entre les prestations familiales, calculées à partir des grilles nationales de calcul et le versement d'une subvention d'équilibre par les collectivités territoriales.

2.2.3 Les EAJE de la CRF sur le territoire de la CAFPF

Le territoire concerné comprend 6 EAJE dont 3 sur la ville de Forbach et sont gérées actuellement par la Croix-Rouge Française. Ces trois structures communales sont réparties de manière stratégique, puisque deux établissements sont implantés sur des quartiers dits « sensibles », notamment parce qu'ils comprennent une forte concentration de population en situation de précarité. Les 3 autres établissements sont gérés par 2

associations gestionnaires différentes et implantés en périphérie de la ville de Forbach.

Je vous propose ci-après une présentation des trois EAJE²⁶ gérés par notre association, ainsi que du RPAM.

- Le multi-accueil « L'Îlot trésors »

Cet établissement a ouvert ses portes en mars 2005. Il a une capacité d'accueil de 35 places et est ouvert avec une amplitude horaire de 12 heures, soit de 7H à 19H, du lundi au vendredi. L'équipe est composée de 15 personnes, correspondant à 12,56 ETP. En 2014, 171 enfants étaient inscrits sur cette structure, dont 84 enfants de Forbach. Son taux d'occupation moyen pour cette même année est de 86,44 %. Le prix horaire moyen facturé est de 1,63 €. 47 familles sur 107 ont été facturées à moins de 1€ de l'heure, ce qui représente 44% des familles concernées. Cette structure accueillait, en 2014, 20 familles monoparentales (18% du nombre total des familles inscrites), et 15 familles bénéficiant des minimas sociaux (14%). Le multi accueil est situé au centre ville de Forbach.

- Le multi-accueil « L'Arc-en-ciel »

Ouvert depuis janvier 2008, cet établissement communal permet d'accueillir 25 enfants quotidiennement, selon les mêmes modalités d'accueil que l'Îlot Trésors. Il est ouvert sur une amplitude horaire de 11 heures, soit de 7H30 à 18H30. L'équipe se compose de 8 personnes, soit 7,28 ETP. En 2014, 148 enfants étaient inscrits sur cette structure, dont 86 de Forbach. Son taux d'occupation moyen réalisé pour cette même année est de 81,84 %. Le prix horaire moyen facturé est de 0,98 €. En 2014, 79 familles sur 96 ont été facturées à moins de 1€ de l'heure, ce qui représente 82% des familles sur l'établissement. 56 familles ont bénéficié des minimas sociaux pour cette même année, ce qui représente 58%. « L'arc-en-ciel » est situé dans une zone dite « sensible » de la ville où l'interculturalité et la mixité sociale y sont très représentatives. En 2014, parmi les familles inscrites, 16 d'entre elles sont des familles mono-parentales (soit 16,6 % des familles).

- Le multi-accueil « La souris verte »

Inaugurée en 2010, ce multi-accueil a une capacité de 14 places. Il est ouvert de 7H30 à 18H, du lundi au vendredi. L'équipe se compose de 7 personnes correspondant à 5,07 ETP. En 2014, 109 enfants étaient inscrits sur cette structure, dont 53 enfants originaires de Forbach. Le taux d'occupation moyen pour cette même année était de 85 %. Le prix horaire moyen facturé est de 1.30 €. 37 familles sur 73 ont été facturées à moins de 1€ de l'heure, soit 50,6%. 29 d'entre-elles ont bénéficié des minimas sociaux pour cette même année (39%). En 2014, cet établissement a permis d'accueillir 13 familles monoparentales (17,8%). Tout comme le multi-accueil précédent, cet établissement est implanté dans un quartier « sensible » de la ville.

²⁶ ANNEXE 4 : ORGANIGRAMME DU PERSONNEL

Les trois structures ont un financement global de 1 120 000 € pour 24,91 ETP (30 salariés) et 428 enfants accueillis.

- Le Relais Parents Assistantes Maternelles

Les RPAM sont des lieux d'information et d'échanges pour les parents et les professionnels. Ils sont animés par un professionnel de la petite enfance, éducateur de jeunes enfants ou puéricultrice. C'est un lieu qui permet aux parents d'avoir des conseils et des informations relatives aux différents modes de gardes. Ils permettent également de fournir aux assistantes maternelles un accompagnement, des conseils et également favoriser les rencontres entre professionnelles afin qu'elles puissent échanger sur leurs pratiques. Des ateliers éducatifs y sont également proposés pour les enfants accueillis par des assistantes maternelles. Le financement dépend, comme les EAJE, de la CAF et des collectivités. Le RPAM dont nous assurons la gestion permet d'accueillir et de conseiller plus de 300 assistantes maternelles. Ces dernières ont un rôle important à jouer dans la prévention de l'obésité infantile et la promotion de la santé nutritionnelle.

Ma mission²⁷, en tant que directeur, consiste à coordonner ces structures auxquelles s'y ajoute 4 autres multi-accueil (Faulquemont, Morhange, Bouzonville, Trémery), hors territoire CAFPF. Chacune d'entre elle est dotée d'un responsable à temps complet, issu des formations d'infirmier, puéricultrice ou d'éducateur de jeune enfant.

2.3 Des constats au service d'un diagnostic

Comme nous avons pu le démontrer dans une première partie, l'obésité infantile progresse sur le territoire et provoque de nombreuses complications de santé. Lorsque s'est présentée l'opportunité pour chaque intervenant d'avoir recours au CLS et de pouvoir agir en partenariat afin de réduire les inégalités sociales en matière de santé nutritionnelle, les acteurs de terrain se sont sentis concernés et ont souhaité y participer de façon plus ou moins active. Afin de mettre en place ce CLS, les futurs co-signataires les ont invité, en 2013, à participer au comité de pilotage et d'élaboration de ce contrat. La CRF s'est proposée comme porteur de projet. L'ARS a validé cette demande et m'a ainsi missionné dans le cadre de ce CLS, et confirme ainsi la légitimité de la CRF pour piloter ce projet. Les éléments travaillés dans le cadre de ce contrat et les objectifs mis en place n'ont fait l'objet, dans un premier temps, que de mes propres constats, ainsi que ceux des responsables des structures EAJE de notre association sur le CAFPF.

²⁷ ANNEXE 5 : EXTRAIT FICHÉ DE POSTE DIRECTEUR COORDINATEUR

2.3.1 Les constats

- **Les constats auprès des EAJE du territoire**

Nous avons vu précédemment que 6 EAJE étaient implantés sur le territoire et gérés par deux autres associations. Ma mission en tant que directrice chargée de ce projet, a été de me mettre en relation avec les directeurs des EAJE concernés, afin de leur présenter le CLS, les sensibiliser, et bien évidemment de les inclure dans la démarche.

La prise de contact réalisée, j'ai convié chaque directeur ainsi que leurs responsables de structures, à participer à une réunion que j'ai animé en mai 2014. Un conseiller de l'ARS, ainsi que de l'IREPS étaient également présents. Leur rôle dans cette rencontre s'est traduit par un soutien méthodologique dans l'élaboration du projet et dans sa mise en œuvre. L'objectif étant, pour ma part, au delà de la sensibilisation et de l'inclusion dans le CLS, de pouvoir échanger sur nos pratiques en matière de santé nutritionnelle et d'en dégager les premiers constats.

Au cours de la réunion, chaque directeur et responsable a pu s'exprimer sur les pratiques au sein de leur établissement respectif, et en dégager les premiers constats :

- les pratiques professionnelles et conseils fournis sont insuffisants et parfois incomplets.
- les parents sont demandeurs d'informations mais ne trouvent pas toujours de réponses adaptées au sein des structures.
- les professionnels n'ont pas tous les mêmes connaissances sur l'alimentation du jeune enfant et sur l'obésité infantile.
- les enfants ne bénéficient pas toujours d'une alimentation équilibrée au sein de leur famille.
- des ateliers d'éducation nutritionnelle destinés aux parents ne sont pas proposés uniformément au sein des EAJE.
- les assistants maternels du RPAM sont demandeurs d'informations dans le domaine.
- méconnaissance des professionnels concernant les dispositifs existants sur le territoire traitant de la prévention de l'obésité et de la promotion de la santé nutritionnelle.
- manque de rigueur dans le suivi des poids et taille des enfants accueillis, et défaut d'orientation.

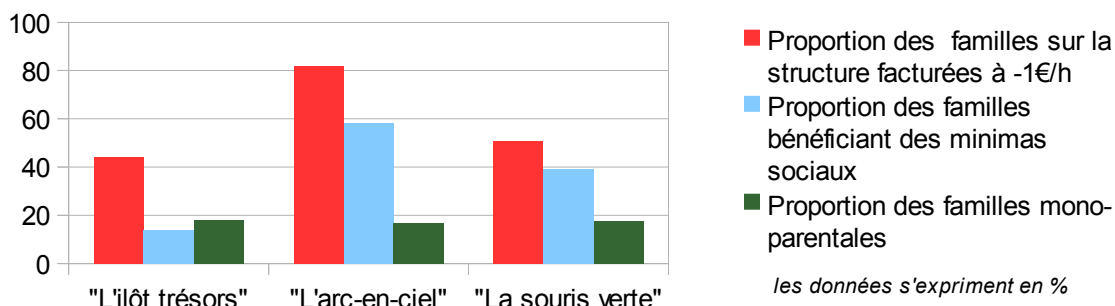
- **Les constats au sein des 3 EAJE de la CRF**

Les données générales présentées jusqu'alors, nous indiquent que le territoire est d'avantage touché par la précarité et que la population souffrent plus des maladies cardiovasculaires, cancer et diabète que le reste de la population régionale. De plus, il est avancé que le taux d'obésité y est plus important. Afin de vérifier les données émises, sur l'ensemble

des structures EAJE dont j'assure la direction, je vous propose ci-après une analyse du public accueilli.

Synthèse des répartitions des familles pour les trois structures en 2014

Réalisée à partir des données extraites du logiciel Domino Mikado



Ce diagramme synthétique indique qu'en moyenne, 59% des familles fréquentant nos trois structures sont facturées à moins de 1€/h. On s'aperçoit que cette donnée est plus importante sur les deux structures situées dans les zones dites sensibles de la CAFPF, avec une prépondérance pour l'établissement « L'arc-en-ciel ». On constate une proportion relative du nombre de familles bénéficiant des minimas sociaux en fonction du nombre de famille dont la facture ne dépasse pas 1€. On peut avancer donc qu'il existe une adéquation entre ces deux critères (les familles facturées à moins de 1€/h sont d'avantage touchées par la précarité). Enfin, la proportion des familles mono-parentales est relativement stable sur les trois EAJE. L'interprétation de ces données nous confirme qu'une part plus importante de nos familles en situation de précarité provient des quartiers difficiles de l'agglomération. Au regard de tous ces éléments, il m'a paru intéressant de recueillir, auprès de cette population, des informations relatives à leur consommation afin de vérifier la pertinence des éléments théoriques de mon travail.

Un autre élément mérite selon moi d'être étudié et analysé, à savoir une connaissance plus détaillée du public accueilli, en terme de suivi du poids et de la taille, ceci afin de repérer d'éventuels enfants obèses et/ou en surpoids. La surveillance de ces paramètres appuierait une politique de prévention ciblée et personnalisée au sein de nos EAJE et conforterait notre rôle comme association reconnue d'utilité publique. Malgré tout, ce volet est plus délicat à traiter.

Plusieurs difficultés existent concernant le recueil et le suivi de ces données. Pour rappel, comme nous l'avons déjà expliqué, le surpoids et l'obésité infantile s'interprètent à l'aide des courbes de l'IMC, du poids et de la taille des enfants. Une solution d'accès à ces chiffres existe par la consultation du carnet de santé. Cependant, bien que ce document soit demandé lors de l'inscription initiale et durant chaque présence de l'enfant (règlement de fonctionnement des EAJE), force est de constater que cette obligation n'est pas respectée.

De plus, à ce problème organisationnel s'ajoute le manque de suivi régulier et de renseignement de ces courbes par les médecins traitants et/ou pédiatres. Pour palier à cela, une solution interne a été définie mais ne donne pas pleinement satisfaction en l'état. En effet, grâce à un système de fiches individuelles de transmission inter-professionnelles, les poids et tailles doivent être surveillés 1 fois par mois durant les 6 premiers mois de vie de l'enfant, 1 fois tous les 3 mois de 6 mois à 18 mois, et 1 fois par an jusqu'à 3 ans. J'ai pu constater que cet outil n'était pas assez utilisé au sein de ces trois structures. Les causes de ce manquement relèvent principalement de l'oubli lié à un défaut de sensibilisation de son utilisation et à son caractère fastidieux et redondant. Ceci mériterait donc, de faire l'objet d'une attention particulière afin de s'assurer que ce type de suivi soit fait de façon rigoureuse sur l'ensemble des établissements dont j'assure la coordination. L'objectif étant de pouvoir alerter les parents et d'assurer un suivi au sein de la structure. Malgré ces difficultés, une extraction de données a tout de même pu se faire en concertation avec les différentes équipes.

Les données récoltées sont les suivantes :

- Sur l'établissement « L'îlot trésors », 1 enfant présentait un surpoids et a été signalé aux parents afin de débiter un suivi approprié. L'enfant est âgé de moins d'un an. L'infirmier évoque des problèmes d'équilibre alimentaire. Le rééquilibrage a permis une stabilisation du poids en attendant qu'il grandisse. Les parents ne présentent pas de surpoids, tout comme le reste de la fratrie. Les deux parents travaillent, et leur tarif horaire est de plus de 1€/h.
- Sur l'établissement « La souris verte », aucun enfant accueilli n'est concerné. Cependant, l'infirmier évoque deux familles pour lesquelles un enfant de la fratrie présenterait une obésité. Ce dernier point ne fut pas abordé avec la famille.
- Sur l'établissement « L'arc-en-ciel », 2 enfants en surpoids ont été signalés aux familles afin de débiter un suivi. Les parents de ces deux familles n'exercent pas d'activités professionnelles. L'infirmier évoque des problèmes éducatif ainsi qu'une alimentation trop riche.

Ces informations me permettent de constater que l'obésité infantile est bien présente sur les 3 établissements cités.

2.3.2 Mise en place des objectifs




Tous ces éléments du contexte m'ont permis d'en décliner certains objectifs de travail en lien avec la problématique, mais aussi dans le cadre du CLS.

Objectif stratégique du CLS	Objectifs spécifiques
Réduire les inégalités en matière nutritionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les connaissances et compétences des parents et de leurs enfants de la CAFPF concernant une alimentation équilibrée et une activité physique adaptée, - Renforcer les compétences des professionnels des structures multi-accueils en matière nutritionnelle, - Renforcer le partenariat des acteurs dans le champ de la nutrition sur le territoire.

Ces éléments nous ont permis de vérifier la cohérence et la pertinence les objectifs élaborés dans le cadre du CLS. Aucun réajustement de ces objectifs n'était nécessaire selon moi. Une action principale a été mis en exergue, dont découlent trois actions prioritaires. Ces dernières vont me permettre par la suite de vérifier mon hypothèse de départ, à savoir :

L'éducation nutritionnelle instaurée au sein des EAJE de la CRF peut contribuer à réduire les inégalités en matière nutritionnelle et ainsi prévenir l'obésité infantile.

De ces objectifs, j'en ai tiré, à l'aide de chaque collaborateur, l'action principale suivante et les spécificités en fonction du public.

Action principale		
Éducation nutritionnelle au sein des structures multi-accueils		
		
Auprès des professionnels	Auprès des parents	Auprès des partenaires
Formation de tous les professionnels de chaque EAJE de la CAFPF afin de mettre à jour les connaissances en matière de santé nutritionnelle et de prévention de l'obésité infantile.	Repérage des besoins auprès du public concerné afin de proposer par la suite des actions personnalisées aux familles en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire et ce sur chaque structure.	Mettre en place des synergies de travail entre les professionnels du territoire, et les mobiliser en faveur des familles dans le domaine de l'éducation nutritionnelle.

Afin de vérifier l'hypothèse avancée, je propose les choix méthodologiques d'investigation suivants. Chaque action définie dans le cadre du CLS nécessitera, de ma part, une stratégie bien spécifique.

Dans un premier temps et en fonction des éléments qui ressortent des premiers échanges réalisés avec les autres directeurs et responsables de structures, une action devra être entreprise auprès des professionnels. Puis, il me semble nécessaire, dans un deuxième temps, de mobiliser tous les acteurs afin de pouvoir proposer, aux familles et aux enfants, des actions adaptées. Enfin, il est important de créer une synergie partenariale afin d'agir au mieux sur le phénomène d'obésité infantile.

2.3.3 Méthodologie de recueil et analyse des données

- **Auprès des professionnels**

- Méthodologie adoptée.

Il a été nécessaire de recueillir dans un premier temps les besoins en formation. Ma démarche fut de recenser, auprès de chaque responsable d'EAJE du territoire, les besoins propres à leur établissement, afin d'adapter et de personnaliser l'action. Dans le cas présent, les constats des directeurs et responsables qui ont pu être mis en avant lors de la réunion d'information du CLS qui a eu lieu en mai 2014, ont permis de le vérifier oralement. L'action de formation envisagée afin de mettre à jour les connaissances en matière nutritionnelle et de prévention de l'obésité infantile avait toute sa légitimité. J'ai choisi, pour des raisons organisationnelles, de proposer à chaque directeur et responsables de structures, de recenser les besoins les concernant sur leurs établissements et de les retranscrire par document synthétique. Ils ont pu rendre, dans un délai d'un mois et demi, un écrit reprenant leurs attentes en terme de formation. Il a été conseillé aux responsables de pouvoir recueillir ces informations lors d'une réunion professionnelle sur leur établissement, et d'expliquer aux équipes la démarche dans laquelle s'inscrit la formation.

- Les résultats des échanges.

Les besoins identifiés sont les suivants :

- apports théoriques sur l'alimentation du jeune enfant : besoins, développement.
- rôle professionnel dans l'accompagnement des familles et auprès de l'enfant en matière d'éducation nutritionnelle,
- apports théoriques sur l'obésité et le surpoids : définition, déterminants, prise en charge, accompagnement, sensibilisation à la surveillance du poids et taille de l'enfant,
- rôle professionnel préventif en lien.
- information sur les orientations possibles sur le territoire pour un l'enfant présentant un surpoids ou une obésité,
- diverses informations sur : la lecture d'étiquettes des produits alimentaires, conseils éducatifs en cas de difficultés rencontrées en terme d'alimentation, influences des publicités et des messages délivrés sur l'alimentation.

Les résultats de l'investigation m'ont permis ensuite d'élaborer une stratégie afin de dispenser une formation professionnelle sur la thématique de l'alimentation du jeune enfant et de l'obésité infantile. J'ai choisi d'agir en premier lieu sur les professionnels car, au vu des éléments observés et rapportés, il m'a semblé opportun de pouvoir donner à chacun les mêmes outils de travail, et de ce fait, les mêmes connaissances dans le domaine.

Nous avons vu, tout au long de ce travail, qu'ils avaient un rôle important à jouer, notamment sur le plan de l'accompagnement des familles dans leur rôle éducatif. Ici, la problématique

générale rencontrée concerne la santé de l'enfant au sens large, puisque nous avons pu démontrer, que lorsque celle-ci n'est pas adaptée, elle peut occasionner des troubles importants. Les professionnels pourront ainsi, avec l'outil de formation, dispenser à toutes les familles du territoire, le même accompagnement et les mêmes conseils. Cet outil va également me permettre, en tant que directeur, de les mobiliser et de les sensibiliser autour de cette problématique. Cette mobilisation, pourra par la suite, être redéployée autour de l'usager dans un objectif commun.

- **Auprès des parents**

Les choix méthodologiques ci-après ne vont concerner que les établissements présents au sein de la CAFPF dont la CRF assure la gestion. L'hypothèse de départ suppose que les pratiques alimentaires au sein de la famille ainsi que les connaissances en matière d'alimentation du jeune enfant ne sont pas toujours adaptées, et que les professionnels des EAJE ont un rôle d'accompagnement à assurer afin de modifier certains comportements et prévenir, en finalité, l'obésité infantile.

- Méthodologie adoptée.

Au vu des éléments propres au contexte, il m'a semblé important de pouvoir recueillir les besoins des familles. J'ai proposé à chaque responsable de structure multi-accueil, de diffuser un questionnaire auprès de ces dernières²⁸. Il a fait l'objet d'un travail commun entre les responsables et moi-même et a été présenté à la responsable de l'IREPS chargée de suivre ce projet, puis testé sur un établissement multi-accueil en Moselle (Faulquemont).

L'utilisation du questionnaire comme outil de recueil me permet d'obtenir des renseignements quantitatifs et qualitatifs précis qui, à l'échelle de trois établissements, sera plus représentatif. Il comprend l'identification générale du foyer (composition, situation familiale, nombre d'enfants à charge), les habitudes alimentaires de la famille (types d'aliments, cuisson, transformation des produits, fréquentation des fast-foods), l'hygiène de vie (pratique d'une activité physique pour les parents), l'alimentation de l'enfant (difficultés rencontrées, interlocuteurs privilégiés), et des thématiques sur l'alimentation pour lesquelles les familles aimeraient avoir des informations.

Les responsables étaient chargés de le diffuser. Sur l'EAJE « L'îlot trésors », le remplissage autonome des documents ne présenta pas de difficultés. En revanche, sur les deux autres EAJE, les retours au bout d'une semaine n'étaient que très rares. Aussi, il m'a fallu réajuster ma méthodologie de travail et trouver une autre stratégie d'investigation. Nous avons alors choisi de proposer aux familles de le remplir avec elles.

²⁸ ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE DIFFUSE AUPRES DES FAMILLES, p 78

- **Analyse des questionnaires**

Sur les 3 établissements, 105 questionnaires ont été diffusés en tout. Nous en avons recueilli 59 (ce qui représente 56% de retours). L'échantillon peut être considéré comme représentatif de la population accueillie.

- *Questions fermées*

Sur les trois établissements, 86% des familles sont en couples. 82 % d'entre elles ont 1 et/ou 2 enfants à charge. Cet élément peut être mis en lien avec les spécificités des familles exposés dans les constats, et semble cohérent.

Au sein des 59 familles interrogées, la part des familles dans lesquelles deux parents exercent une activité professionnelle est de 55%. 29% de celles-ci ont un parent qui exerce une activité, et 16% des familles ne travaillent pas. Concernant ce dernier chiffre, une majorité fréquente l'établissement situé dans un quartier "sensible" de la ville, l'EAJE « L'Arc-en-ciel ». Il s'agit du même établissement pour lequel nous avons rencontré les principales difficultés de remplissage des questionnaires. C'est également celui qui présente une proportion plus importante de famille bénéficiant des minimas sociaux. Cet élément méritera toute notre attention par la suite, lorsqu'à l'aide des mes collaborateurs, nous entreprendrons de réaliser des actions envers les parents. Effectivement, si nous rapprochons la part des familles sans activités professionnelles, avec les difficultés que nous avons rencontré pour le remplissage des questionnaires, et avec le contexte exposé en début de deuxième partie, je peux émettre l'hypothèse qu'il subsiste parmi ces familles des difficultés de compréhension de la langue française écrite et orale. Cet élément aura son importance lors de l'élaboration des actions avec les équipes. Les supports oraux devront, selon moi, être privilégiés.

À la question concernant la pratique d'une activité physique pour 1 ou 2 parents au sein du foyer, il s'avère que 54 % des familles ont déclaré ne pas en pratiquer du tout. Lorsque je distingue les réponses parmi les trois structures, la majorité des familles ayant déclaré en exercer fréquentent l'établissement du centre ville. Je peux mettre ces éléments en relation avec les données exposées dans la partie théorique, ainsi que celles évoquées dans le contexte, à savoir, les familles issues des milieux les plus précaires ont moins accès aux activités socio-culturelles. Puisque le modèle familiale façonne les habitudes des enfants, je peux supposer qu'au sein des deux structures situées dans des quartiers "sensibles", moins d'activités socio-culturelles sont proposées aux enfants.

Ainsi, il nous faudra tenir compte également de cet élément lorsque nous initierons les interventions destinées aux familles.

Le questionnaire comprend également des questions portant sur la fréquence de consommation de certains aliments. Les résultats principaux font état d'une consommation de protéines (viandes), d'aliments gras, salés et sucrés. En effet, au sein des foyers, et de façon très uniforme au sein des trois établissements, les familles déclarent à plus de 79% consommer souvent/très souvent des aliments sucrés, 61% consommer de la même façon

des aliments salés, et 52% consommer des aliments gras. Pour ce dernier point, nous avons également ajouté une question sur l'utilisation du mode de cuisson par friture, et sur la consommation de charcuterie au sein de la famille. Si je mets en relation ces deux derniers points, avec la consommation d'aliments gras, je peux émettre l'hypothèse que les repas proposés au sein des familles des trois structures est riche en graisse et en sucre.

Nous avons vu qu'il existait certaines addictions alimentaires au sucre et au gras. Et que les familles en situation de précarité y étaient plus sensibles. Il me semble, au regard des résultats de l'enquête, ainsi qu'en lien avec les études récentes, que l'action envers les familles devra comprendre un volet les concernant. Ces éléments s'inscrivent totalement dans le PNNS. Bien que les slogans de recommandations soient connues de tous, notamment dus à la fréquence de diffusion (radio, télévision), peut-être serait-il judicieux de pouvoir aider les familles à identifier les aliments trop sucrés et trop gras.

Le questionnaire comprend également une question sur la fréquentation ou non des fast-foods, et la récurrence. 81% des familles déclarent se rendre dans ce type de restaurant. Parmi elles, 37,5% déclarent y aller souvent/très souvent. Après distinction, la majorité des familles ayant déclarées s'y rendre souvent/très souvent fréquentent les deux établissements dits "sensibles", avec une prédominance au sein de « L'Arc-en-ciel ». Géographiquement, les fast-foods implantés sur le territoire sont situés à proximité de la structure. Si j'interprète ces informations, je peux émettre deux hypothèses, à savoir que ces familles fréquentent les fast-foods afin de s'inscrire dans une conformité sociale, et/ou, rencontrer d'avantage de difficultés de concevoir des repas. Ces deux éléments peuvent être complémentaires. L'influence des publicités et l'effort fourni par ces restaurants rapides concernant leur volonté de proposer des aliments de qualité et des menus équilibrés semblent avoir un impact plus important sur les familles en situation de précarité de la CAFPF. Cet élément méritera d'être retravaillé avec les familles.

À la question posée de la rencontre de difficultés sur le plan alimentaire avec leurs enfants, 51% des déclarants affirment ne pas en avoir rencontré. La part des familles ayant répondu positivement à cette question, déclarent s'adresser pour 48% d'entre elles à leur médecin, 34% à leur famille, 15% aux professionnels du multi-accueil et 3% à la PMI. Parmi les 15% interrogeant les professionnels des EAJE, 100% des familles déclarent avoir reçu des conseils utiles et adaptés. Les résultats, combinés à mes observations, me permettent de confirmer l'hypothèse suivante, les professionnels exerçant en EAJE ne sont pas identifiés comme étant une ressource potentielle pour les familles, mais lorsqu'ils sont consultés, leur intervention est bienvenue.

La dernière question fermée interrogeait les familles sur leur besoin en terme d'action de formations/interventions sur des thématiques précises. Les familles souhaiteraient avoir des renseignements en priorité sur "les refus de l'enfant", "l'équilibre alimentaire", "la diversification alimentaire", et "l'obésité infantile".

- Questions ouvertes

Les questions ouvertes ont fait ressortir un réel besoin des familles d'obtenir des renseignements sur les thématiques évoquées. Je note, tout de même, un élément important concernant les quantités de nourriture à proposer à l'enfant, et leur préférence pour les produits sucrés.

Il me semble, au vu des éléments énoncés précédemment, et de mon analyse, que mon hypothèse de départ se confirme partiellement. Effectivement, le rôle des EAJE est prépondérant sur le territoire en terme d'éducation nutritionnelle. Les familles sont demandeuses de conseils, mais n'ont pas identifié nos structures comme étant une ressource en terme de soutien, de conseils, et d'accompagnement dans le domaine alimentaire.

Ces résultats et cette analyse me permettent d'en définir deux éléments stratégiques.

- Reconnaissance des professionnels comme ressource éducative sur le plan alimentaire pour les parents,
- Orientations des actions sur : l'équilibre alimentaire, la diversification alimentaire, les refus de l'enfant, les aliments gras et sucrés, et l'obésité infantile. Les interventions sur l'EAJE « L'Arc-en-ciel » devront tenir compte des difficultés des familles à lire et écrire en langue française. Et, pour cet établissement et celui de « La souris verte », elles devront comprendre un volet sur les fast-foods.

• Auprès des partenaires

En fonction des éléments théoriques et contextuels, mais aussi, des résultats évoqués ci-dessus, il me semble important de pouvoir envisager des actions partenariales avec les acteurs évoqués. L'IREPS a proposé une formation sur l'alimentation et la précarité, gratuite, et pour tous. Aussi, j'ai convié chaque responsable de structure à participer à cette formation qui a eu lieu en novembre 2014, et mars 2015.

Cette formation nous a permis de rencontrer les acteurs de terrains, à savoir les travailleurs sociaux exerçant au sein des associations gestionnaires des centres sociaux du territoire. Nous avons pu, au cours de différents ateliers, évoquer notamment la question de la précarité et des difficultés pour les familles à concevoir des repas équilibrés, faute de moyens, mais aussi de savoir-faire.

Il a alors été avancé l'idée d'établir un partenariat entre nos établissements respectifs, afin d'associer nos familles ayant une difficulté avérée de cet ordre, aux centres afin qu'ils puissent leur proposer un accompagnement personnalisé. Celui-ci peut être de l'ordre d'ateliers culinaires, d'aide afin de déchiffrer les étiquettes des produits, de gestion du budget alimentaire, d'aide afin de réaliser les achats alimentaires, mais aussi, de l'ordre socio-culturel, notamment avec la proposition d'activité physique gratuite, de partage de savoir

faire, etc... Ces actions me semblent tout à fait appropriées au contexte, et s'inscrivent également dans ma volonté de créer une synergie partenariale entre les acteurs de la CAFPF et s'inscrivent dans les missions du CLS.

Au cours de cette deuxième partie, nous avons pu, grâce notamment à l'étude du contexte dans lequel s'inscrit le CLS, des partenaires associés, et le rôle du directeur, mettre en évidence un certain nombre de constats. Ces derniers m'ont permis de vérifier les actions cibles du CLS, mais aussi d'en définir mes actions prioritaires. C'est grâce notamment à la stratégie élaborée de recueil de données que j'ai pu mettre en évidence et confirmer partiellement mon hypothèse de départ. La troisième partie ci-après s'attachera à présenter les éléments composants mon plan d'action et mon rôle de directeur dans leur conception, mise en oeuvre, et évaluation. Une présentation de la stratégie choisie après avoir établi une analyse structurale vous sera présentée ainsi qu'une définition des enjeux et des risques. Puis, j'exposerai mon plan d'action élaboré et mis en oeuvre, avec, pour finir, son évaluation.

3. Mise en œuvre du plan d'action

Je souhaite impulser une dynamique au sein des établissements. Pour pouvoir y parvenir, il a été nécessaire d'observer les pratiques et de constater certains fonctionnements et d'en réaliser une approche analytique afin d'infirmer ou de confirmer les éléments initialement avancés. Cette démarche va me permettre de clarifier ma stratégie d'action avant de concevoir sa mise en œuvre et de l'évaluer.

3.1 Une stratégie au service du directeur

3.1.1 Analyse structurale

Avant d'établir mon plan d'action, il me semble judicieux de pouvoir clarifier les enjeux relatifs à la situation. En effet, en réalisant une analyse structurale des éléments travaillés, je vais pouvoir établir un plan d'action adapté et complet. Cette démarche va me permettre de piloter mon plan d'action par le biais de la stratégie. Pour cela, il me semble important d'adopter simultanément les prises en compte de l'existant et du devenir, en étudiant les ressources dont je dispose, et les contraintes associées avérées et potentielles. Je vous propose ci-dessous une synthèse des éléments du contexte ayant toute leur importance dans le cadre de mon travail.

RESSOURCES	
Équipe pluridisciplinaires	Inscription de l'association sur le territoire
Compétences multiples	Actions partenariales possibles
Présence de nombreux partenaires	Développement de compétences
Motivation des équipes	Proposer un accompagnement personnalisé
Territoire dynamique et impliqué	Devenir un interlocuteur privilégié pour les familles
Financement possible	Synergie possible au sein du réseau
Parents demandeurs	
Temporalité (jusqu'en 2017)	
EXISTANT	DEVENIR
Trois structures multiplient le risque d'échec	Risques d'échec du projet
Mobilisation des acteurs	Risque de résistance aux changements
Organisation et planification	Risque organisationnel
Parents qui n'ont pas identifié les professionnels comme ressources	Risque de démotivation de la part des professionnels
	Temporalité : délai long, qui risque de lasser
CONTRAINTES	

Grâce aux éléments travaillés ci-dessus, je suis en mesure de dégager trois enjeux principaux de mon hypothèse . Je propose de travailler chaque enjeu, sur le plan théorique et pratique, afin de mettre en évidence les priorités d'actions.

3.1.2 Enjeux

- **Enjeux managériaux**

L'enjeu managérial est majeur dans le cadre de ce travail. Il est nécessaire, dans un premier temps, de travailler sur le développement des compétences professionnelles dans le domaine de la santé nutritionnelle, pour l'ensemble des structures concernées.

Le concept de compétence professionnelle est relativement récent, puisqu'il est apparu dans les années 80, dans un contexte d'essor du marché du travail.

Selon le dictionnaire Larousse, la compétence peut se définir comme étant une « *capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger* ». Selon Guy LE BOTERF²⁹, cette notion fait référence à un individu ou un groupe d'individu, et à leur volonté et engagement dans une mission. On peut l'exprimer en termes d'individualisation et de personnalisation de son travail. Les compétences peuvent être de plusieurs types : savoir-faire, savoirs, savoir-être, savoir cognitif...

Dans le cadre de ce travail, il me semble judicieux de pouvoir développer les compétences des salariés concernés, notamment en matière de savoirs et savoir-être. Cette acquisition sera réalisée par le biais d'une formation proposée en interne, comme exposée en seconde partie. Celle-ci permettra de mobiliser des compétences présentes au sein de l'association, à moindre coût, afin de transmettre des connaissances théoriques et pratiques à l'ensemble des salariés. La formation en interne va permettre de valoriser les professionnels, favoriser l'échange, et de proposer une réelle plus-value au sein des établissements.

Je souhaite, pour ce faire, adopter un management valorisant. Il sera une étape importante dans l'établissement de ce projet. Le terme « valoriser » peut se définir comme étant l'action de faire prendre de la valeur à quelque chose. Dans le cadre de ce mémoire, nous faisons références aux professionnels. La formation a pour but d'apporter un certain nombre de compétences dans le domaine alimentaire aux salariés, mais aussi de les mobiliser et de créer une cohésion de groupe, puisque je souhaite, que ce projet soit aussi celui des collaborateurs. Les valoriser de façon juste, et porter un regard positif sur ce qui pourrait être entrepris, encouragera le travail en autonomie et la prise d'initiatives de leur part. De cette façon, je renouvelle ma confiance en mon équipe, et favorise la créativité au

²⁹ LE BOTERF G., Docteur d'état en lettres et sciences humaines, août-septembre 2000, auteur de l'article « La mise en marche d'une démarche de compétence », ANDCP, Personnel n°412, 9p, disponible sur internet : <http://www.guyleboterf-conseil.com/images/ANDCP.PDF>

sein du groupe car je leur permets de pouvoir révéler l'ensemble de leurs compétences. Leur mobilisation passe en partie par leur inclusion totale dans le projet de prévention de l'obésité infantile au sein du réseau, et en accord avec les objectifs fixés dans le cadre du CLS.

- **Enjeux d'accompagnement**

Accompagner peut se définir comme « *se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui* », selon le dictionnaire petit Robert. L'accompagnement est le processus par lequel le professionnel va entreprendre de guider une personne. Il s'agit d'une démarche relationnelle, impliquant les notions de respect, de bienveillance, d'empathie et de non jugement. Elle consistera à utiliser les ressources et compétences de la personne afin de renforcer l'estime de soi. « *Accompagner quelqu'un, ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de ses pas.* »³⁰

L'enjeu en terme d'accompagnement est double, puisqu'il va concerner d'un côté les professionnels et de l'autre les parents. Mon rôle en tant que directeur est d'accompagner les professionnels dans l'acquisition de nouvelles compétences, pour qu'ils puissent ensuite, à leur tour, proposer un accompagnement aux familles sur les questions de santé nutritionnelle, avec notamment la mise en place d'actions d'éducation.

- **Enjeux de communication**

Cet enjeu est primordial dans le cadre de ce travail puisqu'il comprend une communication interne et externe. La première me permet de partager avec les équipes le diagnostic, les enjeux, mais aussi le contexte dans lequel s'inscrit le CLS. La communication est un outil essentiel pour les accompagner. Pour qu'elle soit efficiente, elle devra être présente durant toute la durée du CLS afin de tenir informer les collaborateurs de l'avancée des travaux. La communication externe inscrit et positionne le réseau multi-accueil CRF sur le territoire pour réaffirmer nos valeurs, et conduit à l'élaboration de partenariats sur le secteur. Elle permet également de tenir informer l'ARS, l'IREPS et la CAFPF de l'avancée de nos travaux auprès du public.

3.1.3 Les risques

Les risques sont en lien étroit avec les enjeux. Pour chaque enjeu identifié, je propose d'en décliner les risques encourus.

- **Risque Managérial**

Le risque managérial, lié à la dispersion des équipes, est important puisque je souhaite agir sur certaines compétences professionnelles. Mes intentions d'améliorer les connaissances et les pratiques dans le domaine de la santé nutritionnelle pourraient être mal

³⁰ VERSPIEREN P., 1984 , auteur de « Face à celui qui meurt », Paris, Desclée de Brouwer, p. 183

interprétées par les collaborateurs, et remettre en cause leur présence même au sein des établissements. Ces éléments pourraient les conduire à refuser les changements entrepris et à altérer les relations sociales au sein des structures. J'envisage alors d'utiliser tout au long du processus l'outil de communication, et d'impliquer les responsables afin qu'ils puissent prévenir ce risque.

- **Risque d'échec de la démarche d'accompagnement**

Nous avons pu remarquer que l'accompagnement souhaité a une double direction, puisqu'il concernera les professionnels et par la suite les familles. Avec les résultats de l'enquête réalisées auprès des familles, nous avons remarqué que ces dernières n'identifiaient pas les professionnels des multi-accueils comme étant une ressource dans le domaine alimentaire. Il faudra pouvoir entreprendre une action afin d'agir sur ce défaut de considération. D'autant plus que, sans cette étape intermédiaire mais au combien essentielle, les familles ne seront pas autant réceptives. Pour que l'accompagnement des familles puisse aboutir, la mobilisation des professionnels sera capitale.

- **Risque d'altération de la communication**

La communication est pour le directeur un outil essentiel. Dans le cadre de ce projet, une mauvaise communication aura pour conséquence directe la non implication des acteurs, et l'échec potentiel du projet. Ma volonté est d'inscrire ce dernier au sein du réseau multi-accueil et plus encore sur le territoire. Pour qu'il puisse aboutir, il est fondamental de communiquer au sein des établissements, mais aussi, d'échanger avec les autres acteurs du terrain impliqués dans le domaine. Ces échanges vont maintenir le bon déroulement du projet, la réalisation des objectifs dans le cadre du CLS, et de favoriser par la suite la mise en place des partenariats souhaités.

L'analyse des enjeux majeurs, ainsi que celle des risques associés, m'ont permis de dégager trois axes principaux d'action.

3.2 Plan d'action

3.2.1 Formation

- **Objectifs**

Dans le cadre de ce travail, il m'a semblé judicieux de pouvoir développer les compétences des salariés concernés, sur les thèmes du savoir et du savoir-être. Ces acquisitions se feront par le biais d'une formation proposée en interne. Cette dernière m'a permis de mobiliser des compétences présentes au sein de l'association, à moindre coût, afin de transmettre des connaissances théoriques et pratiques à l'ensemble des salariés.

- **Stratégie et organisation**

Après l'analyse de la situation, je propose ci-après les éléments principaux retenus pour maintenir l'objectif.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Equipe pluridisciplinaire - Professionnels impliqués et soucieux du bien-être des familles - Dispose du soutien des cosignataires du CLS - Financement possible 	<ul style="list-style-type: none"> - Respect des délais - Disponibilité de chacun - Réalisation de la formation : soirée ou week-end ce qui implique un coût pour les structures
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Remettre à jour les connaissances - Harmoniser les pratiques et les discours - Valoriser les professionnels - Développer une offre de service propre aux EAJE et en faire des interlocuteurs privilégiés - Favoriser l'échange entre professionnel exerçant au sein d'établissements différents, et d'associations différentes - Permettre à chaque parent du territoire de bénéficier des mêmes conseils pour leur enfant - Créer un réseau petite enfance multi- gestionnaire, sur le territoire - Partager nos expériences dans le domaine 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de mauvaise interprétation de la démarche pour les professionnels - Risque de résistance aux changements - Risque de conflits

Au sein des EAJE gérés par la CRF, nous disposons de compétences pluridisciplinaires, et notamment d'infirmières puéricultrices. Afin d'assurer cette action de formation, j'ai proposé à chaque collaborateur et dans le cadre du CLS, une mise à disposition de ces compétences, afin de dispenser une formation à chaque professionnel des EAJE de la CAFPF. Avec l'accord des puéricultrices, et celui des collaborateurs s'est alors posé le problème du financement concernant la formation. Ainsi, j'ai entrepris les démarches de financements auprès de l'ARS afin de rémunérer à hauteur du travail effectué et en fonction des déplacements, les établissements CRF qui ont détaché les professionnels. L'objectif visé était de pouvoir proposer une formation à tous, de façon équitable. Effectivement, nous poursuivons un objectif commun, à savoir le bien-être des enfants, de leur famille et pour finalité, la réduction des inégalités sociales en matière de santé nutritionnelle et la prévention de l'obésité infantile. Afin de mener à bien cette mission et de pouvoir l'adapter au mieux, j'ai demandé à chaque responsable de structures EAJE de pouvoir mettre à l'écrit les éléments qui méritaient selon eux d'être abordés lors de la formation. Cette demande fut finalisée lors d'une réunion d'information. A partir de celle-ci, nous avons pu établir un planning prévisionnel de réalisation de la formation s'étendant jusqu'à décembre 2014. Les directeurs d'établissements ont souhaité inscrire cette formation

en temps de travail réalisé et ont proposé à chaque collaborateur la possibilité de pouvoir récupérer les heures de formation effectuées.

Les professionnels à former sont issus des formations initiales suivantes : CAP petite enfance, BEP carrière sanitaire et sociale, Baccalauréat professionnel option Accompagnement Soins et Services à la Personne, Diplôme d'État (DE) d'auxiliaires de puéricultures, DE d'éducateurs de jeunes enfants et DE d'infirmier.

Les compétences développées dans leur cursus de formation ne sont pas les mêmes, puisque l'alimentation a été abordée de façon plus ou moins poussée en fonction de la formation suivie. 60% des professionnels à former sont issus des formations CAP petite enfance, BEP carrière sanitaire et sociale et Baccalauréat professionnel ASSP. L'alimentation de l'enfant est abordée de façon succincte dans ces formations. De même, pour la formation d'éducateur de jeunes enfants. La moyenne d'âge des salariés à former au sein de nos trois EAJE est de 38 ans. Les avancées scientifiques dans le domaine de l'alimentation du jeune enfant modifient très régulièrement les pratiques professionnelles en fonction des nouvelles recommandations. Aussi, ces éléments contribuent à une certaine disparité des connaissances et pratiques dans ce domaine. Dans ce contexte, la formation est tout indiquée.

Les puéricultrices ont élaboré le support de formation en tenant compte de ces informations. Elles ont mis au point leurs interventions en septembre 2014. A cause d'une contrainte temporelle concernant le temps de travail des établissements qui diffèrent et de leurs possibilités, nous avons retenu, lors d'une réunion organisationnelle en septembre 2014, deux dates pour la tenue de ces sessions. La durée envisagée était de 4 heures par session. La première eu lieu en octobre 2014 pour certains établissements, en fin d'après-midi. La seconde session fut dispensée en novembre 2014, un samedi matin.

Nous nous étions tous accordés sur la volonté de pouvoir proposer la formation à l'ensemble des professionnels. Ainsi, mon rôle aura été de pouvoir organiser ces formations pour l'ensemble des EAJE en tenant compte des contraintes de temps, de moyens techniques, organisationnelles et de coûts. A la CRF, nous avons les ressources techniques nécessaires pour supporter ce type de rendez-vous (supports de communication visuels, type vidéos projecteurs, ordinateurs portables). Les deux sessions ont nécessité des salles différentes en raison du nombre de places requises par session. Le nombre total de professionnels à former était de 55. Aussi nous avons formé 35 personnes lors de la première session et ce sur deux sessions de 2 heures, en après-midi.

Le coût total fut estimé à 2400 € pour ce projet formation, financé entièrement par l'ARS. Ce tarif comprend le temps accordé par les puéricultrices dans la réalisation du support pédagogique ainsi que les frais de déplacements des formatrices, la planification et sa réalisation. Nous disposons au sein des structures d'un budget de formation global, pour les trois EAJE, d'environ 5000€. J'ai demandé aux responsables des structures CRF, de

recenser, au cours des entretiens professionnels annuels, les demandes en formation sur l'alimentation, après qu'ait eu lieu cette formation en interne. La formation proposée n'a pas abordé tous les aspects de l'alimentation de l'enfant de la même façon. L'idée étant de compléter, grâce notamment à notre budget formation, l'apport théorique auprès des salariés qui en ont fait la demande. Même si nous n'avons pas eu recours à cette possibilité, elle reste cependant exploitable et à ne pas omettre.

- **Communication**

La communication revêt un rôle essentiel dans ce projet de formation qui vise un changement dans les pratiques professionnelles, et une amélioration des connaissances. Communiquer m'a permis d'inscrire ce projet dans la réalité et de le formaliser. C'est ainsi que le contexte, les objectifs, et les moyens furent explicités à l'ensemble des collaborateurs. Il s'agissait, pour ma part, d'un levier essentiel dans la conduite de mon projet. Aussi, au cours d'une réunion avec les directeurs et responsables des structures, j'ai pu leur présenter le contexte, le CLS, et recueillir les premières impressions, représentations et intérêts autour de ce dernier. Les signaux forts utilisés afin de les sensibiliser sont passés par un rappel des données concernant l'obésité infantile et par un exposé des constats réalisés sur nos EAJE. Chaque acteur a pu faire une comparaison de leur représentation, avec les références et données concernant ce phénomène. Il a été ensuite essentiel de leur permettre d'identifier le projet de formation, et de recenser les besoins précoces afin de réaliser des propositions. Le projet de formation ciblé m'a permis d'en dégager une opérationnalisation et de le concevoir en lui-même. Mon rôle a été, au travers du levier qu'est la communication, d'impulser une dynamique dans un groupe donné et de pouvoir ensuite piloter ce dernier.

Afin de veiller à la bonne communication autour du projet, mais aussi dans sa conception et son évaluation, il m'a fallu utiliser un langage adapté comprenant un vocabulaire et référentiel professionnel partagé. J'ai demandé aux puéricultrices d'illustrer leurs propos par des exemples concrets et qui ont pu être rencontrés dans chaque structure, comme par exemple des problèmes éducatifs sur le plan alimentaire avec le refus de l'enfant.

Pour que la formation puisse toucher chaque collaborateur, les puéricultrices ont proposé un support adapté, qui parlait au plus grand nombre, puisque les professionnels concernés sont tous issus de formation pluridisciplinaire éclectiques. Il leur a été demandé de construire les supports de communication de formation (PowerPoint) en tenant compte des destinataires et de leur niveau de formation, ceci afin de capter leur attention. Aussi, le support proposé fut riche d'exemples, de synthèses et d'illustrations.

De plus, un support présentant des cas concrets fut transmis aux directeurs et

responsables pour qu'ils puissent le retravailler au cours de réunions au sein de leurs structures respectives. Sur les trois établissements CRF, j'ai demandé qu'une réunion de travail sur des cas concrets soit réalisée avec l'ensemble du personnel, en un ou deux groupes, et animées par l'éducateur de jeunes enfants et l'infirmier/responsable de chaque équipe. Cette démarche permet de proposer un temps différent d'acquisition des connaissances avec une appropriation propre à chacun. C'est également un moyen de cibler plus précisément les compétences internes. Effectivement, le support de formation a abordé les notions théoriques de l'alimentation et de l'obésité infantile, qui pourront être réexpliqués par les infirmiers présents sur les structures. Les conseils éducatifs pourront, quant à eux, être repris par l'éducateur de jeunes enfants. La double vision et approche qu'offrent ces deux formations a permis à chacun d'enrichir ces connaissances de base et son assimilation des situations complexes.

J'ai tenu informé les partenaires : ARS, IREPS et CAFPF sur l'avancement du projet de formation, ainsi que mes collaborateurs directs. Pour cela, j'ai tenu à organiser des réunions afin de les informer, coordonner, mais aussi pour convenir ensemble de l'organisation. Ces réunions m'ont permis d'associer les acteurs entre eux et de clarifier la finalité de leur contribution. Pour les organiser, j'ai utilisé les courriels collectifs. Cet outil fut également privilégié par les puéricultrices pour transmettre les documents relatifs à la formation à l'ensemble des collaborateurs.

Pour une meilleure lisibilité du projet formation réalisé auprès des professionnels, je propose ci-dessous un tableau reprenant le sujet traité dans le cadre de cette formation, les moyens mis en œuvre, et la planification effective.

- **Structuration et planning de réalisation**

Formation								
Objet	Moyens	Planification						
		06/14	07/14	08/14	09/14	10/14	11/14	12/14
Constitution d'un comité de pilotage	Chaque responsable et directeur d'EAJE sur la CAFPF est convié à assister à une réunion de présentation. Contact pris par téléphone et mail.	X						
Repérage des besoins	Observation sur le terrain	X						
	Recueil auprès des responsables notamment lors de réunions du personnel, et retour par mail des besoins en formation.	X	X					
Définition des objectifs de formation	Mise en commun des observations et recueil de données afin d'en dégager des objectifs		X					
Élaboration des supports de formation	Puéricultrices de la CRF élaborent un PowerPoint et des cas concrets			X				
Validation de l'outil de formation	Validé par l'ensemble des responsables et directeurs au cours d'une réunion				X			
Organisation des sessions	Au cours d'une réunion, l'ensemble des acteurs concernés ont pu réfléchir ensemble à l'organisation des sessions et les planifier.				X			
	SESSION 1 : en deux parties, sur 2 heures, pour 20 salariés.					X		
	SESSION 2 : 1 réunion sur 4 heures de temps pour 35 salariés.						X	
Évaluation de la formation	Diffusion d'un questionnaire de satisfaction auprès des salariés					X	X	
Financement	Constitution du dossier de prise en charge des frais pédagogiques des deux sessions						X	
	Versement de la subvention à hauteur de 2400€ par l'ARS.							X
Communication								
Envers les directeurs et responsables d'EAJE	Réunion du Comité de pilotage que j'ai supervisé : informations, sensibilisation, implication dans le projet, organisation.	X			X			
Envers les salariés	Sensibilisation orale lors du discours d'ouverture des sessions de formations, réalisée par moi-même, et mobilisation au cours des échanges					X	X	
Envers les partenaires	ARS	Information via courrier, rencontres, compte rendu de réunion	X		X	X		X
		Financement	X					X
	IREPS	Suivi méthodologique	X			X		
		Information autour du projet	X			X		X
	CAFPF	Information autour du projet	X			X		X

- **Contenu de la formation**

La formation a permis d'intégrer des éléments théoriques sur l'alimentation de l'enfant, mais aussi éducatifs sur les bonnes pratiques professionnelles à adopter par chacun. Elle fut scindée en deux parties, avec une présentation de l'alimentation de 0 à 36

mois, avec ces spécificités. Puis, elle a abordé dans un second temps, une approche théorique de l'obésité infantile, le rôle professionnel préventif en lien, la prise en charge mais aussi une sensibilisation aux éléments extérieurs. La formation insistait notamment sur le rôle du professionnel dans l'accompagnement des familles sur le plan alimentaire, mais aussi son rôle préventif avec le dépistage et l'orientation des enfants et parents. Ont été également abordées, les difficultés relatives au suivi des poids des enfants accueillis liées au non remplissage des fiches individuelles des enfants. Les professionnels ont été valorisés dans leurs interventions et placés au centre de la problématique comme étant des acteurs forts de promotion de la santé nutritionnelle.

- **Résultats précoces**

Lors des sessions de formation, les professionnels ont pu faire remonter certains éléments, mais aussi lors du remplissage des questionnaires de satisfaction de fin de formation. Ceux-ci ont été élaborés conjointement par les puéricultrices, les responsables des structures, les directeurs, et la personne référente de l'IREPS chargée du projet. Ils furent distribués à la fin des sessions à l'ensemble des professionnels présents. Les principaux points mis en avant concernent la mise en œuvre de la modification des habitudes alimentaires des familles ainsi que le processus de prise de conscience de ces dernières.

Le questionnaire de satisfaction a permis de dégager les principales difficultés des professionnels dans l'accompagnement des familles. L'objectif, en orientant les questions dans ce sens, fut principalement de les identifier, et de veiller à ce que la formation puisse y répondre. Ce questionnaire³¹ comprenait 6 questions, articulé autour des thèmes suivants :

- Conformité de la formation en fonction des attentes,
- Enrichissement des connaissances,
- Modification potentielle des pratiques professionnelles concernant l'alimentation et l'accompagnement,
- Difficultés rencontrées au quotidien dans ce domaine,
- Utilité de la formation pour y remédier,
- Suggestions éventuelles

Les résultats m'ont permis de conforter l'idée qu'une formation professionnelle sur l'alimentation du jeune enfant et la prévention de l'obésité, avait toute son utilité afin de prévenir ce risque. Effectivement, 100% des salariés interrogés affirment que la formation était conforme à leurs attentes, affirment avoir enrichi leurs connaissances, et déclarent souhaiter modifier leurs pratiques. Les difficultés rencontrées et évoquées concernent les connaissances du sujet, l'accompagnement, l'éducation et la gestion des refus de l'enfant. Les suggestions, quant à elles, sont de l'ordre de la conception d'outils et de supports destinés aux parents.

³¹ ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE DIFFUSE AUPRES DES PROFESSIONNELS

- **Évaluation**

La formation proposée aux professionnels s'est déroulée en 2014. Un questionnaire de satisfaction a pu être élaboré afin d'évaluer la formation. Aussi, je vous propose la déclinaison suivante des critères et des indicateurs.

Indicateurs	Critères
<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction des professionnels - Nombre de professionnels formés - Nombre et type d'outils d'intervention utilisés - Nombre de structures concernées - Durée du temps d'échange - Nombre de parents déclarant avoir acquis des connaissances et typologie des connaissances acquises - Nombre de professionnels déclarant avoir l'intention de modifier leur pratique - Nombre de professionnels ayant acquis des connaissances et des compétences - Nombre de demande individuelle, dans le cadre du plan de formation, sur l'alimentation de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> - Respect des objectifs fixés à savoir permettre aux professionnels des EAJE de disposer des mêmes compétences et informations, et établir un partenariat avec les autres EAJE de la CAFPF - Production du support de formation et qualité - Respect des délais - Maîtrise des coûts - Mobilisation des acteurs - Impact sur les pratiques professionnelles au quotidien - Impact sur l'accompagnement des familles - Qualité de l'accompagnement proposé - Redéploiement des compétences acquises dans le cadre des ateliers d'éducation nutritionnels - Résultats évaluation interne : décembre 2015. - Ambiance lors des échanges et ensuite au sein des structures

- **Ouvertures**

Cette formation sera proposée aux assistantes maternelles qui le souhaitent, et qui sont accueillies au sein du RPAM de Forbach en novembre 2015.

Les réunions organisées avec les équipes afin de travailler sur les cas concrets, proposés à partir du support de formation transmis, ont été réalisées sur l'ensemble des établissements CRF. Elles furent animées comme convenu par les infirmiers et éducateurs de jeunes enfants et ont permis aux professionnels de s'approprier les notions abordées lors de la formation. Les retours ont été positifs. Des comptes rendus ont été réalisés et figurent comme référence dans les établissements.

D'autres EAJE de Moselle ont souhaité pouvoir bénéficier de cette même formation. Une session fut organisée sur l'établissement de Faulquemont en janvier 2015.

3.2.2 Accompagnement pluridisciplinaire

- **Rappels des objectifs**

Les éléments du contexte, ainsi que les données collectées et leurs analyses, ont permis d'en extraire certains éléments de travail à réaliser afin de répondre à la problématique rencontrée.

L'objectif principal fixé dans le cadre du CLS était le suivant : un repérage des besoins

auprès du public pris en charge afin de proposer par la suite des actions personnalisées aux familles, et ce, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire de chaque structure.

Ce repérage m'a permis de dégager deux objectifs de travail distincts :

- permettre aux parents d'identifier les professionnels des EAJE comme ressource éducative sur le plan alimentaire,
- orienter les actions sur l'équilibre alimentaire, la diversification alimentaire, les refus de l'enfant, les aliments gras et sucré, et l'obésité infantile.

- **Stratégie et organisation**

Les questionnaires des familles ont été diffusés en mars 2015. Afin de poursuivre au mieux ces objectifs, j'ai souhaité, dans un premier temps, rencontrer les responsables des structures CRF afin de leur exposer les résultats obtenus. Cet échange a eu lieu au cours d'une réunion d'information en mai dernier. Ma stratégie consistait notamment à transmettre les informations aux responsables et les sensibiliser aux résultats, de les missionner afin qu'ils puissent adhérer au projet et ensuite fédérer les équipes autour de ce dernier. Ainsi, j'ai tenu à élaborer, conjointement avec les responsables, un plan d'action afin de répondre au mieux aux objectifs fixés. Nous avons souhaité sensibiliser les équipes sur la problématique d'identification. Les professionnels ont donc assisté à une réunion au sein de leur structure respective, qui a eu lieu en juin 2015, qui furent animées par les responsables. Ces derniers ont pu illustrer leurs propos avec les résultats des enquêtes. La réunion visait également à recenser les premières idées des professionnels à propos de l'élaboration d'un futur plan d'action. L'idée était également de constituer un groupe de travail commun aux trois structures. Ce comité souhaité a pour mission d'élaborer un plan d'action adapté aux objectifs fixés par le CLS et moi-même, et susceptible de répondre aux questionnements des parents. Il m'a semblé judicieux dans ce cadre, d'associer les puéricultrices de la CRF dans ce groupe, en qualité de conseil technique, et d'avoir recours aux compétences internes des structures, c'est à dire, un représentant de chaque corps de métier. Le nombre souhaité est de 7 professionnels maximum, sur 24,91 ETP, avec la présence de deux professionnels par structure. La constitution doit être réalisée, selon moi, sur la base du volontariat pour l'ensemble des professionnels, car la qualité des échanges et du travail en dépendront. La finalité visée étant une mobilisation de l'ensemble des acteurs de terrain dans les actions. Les professionnels seront chargés d'élaborer les outils du plan d'action, sous la supervision de la puéricultrice. Celle-ci pourra ainsi fournir des conseils adaptés sur les plans théoriques et pratiques, et transmettre ensuite les informations aux responsables des établissements et moi-même.

L'échéance fixée lors de la réunion initiale visait la constitution d'un groupe de travail effectif pour septembre 2015, avec dépôt des premiers outils de travail pour décembre 2015, et une mise en œuvre des actions durant toute l'année 2016. La présentation des éléments

travaillés sera réalisée par ce groupe, qui se réunira lors d'une rencontre finale, sur chaque structure pour y transmettre les informations.

La phase d'intégration des éléments théoriques et pratiques par l'ensemble des salariés a eu lieu au cours de l'année 2014. J'ai voulu instituer une chronologie identique pour la finalité des deux autres objectifs, à savoir, constitution du groupe et élaboration des outils du plan d'action en 2015, mise en œuvre des ateliers éducatifs en 2016, et inscription du réseau EAJE sur le territoire en 2016/2017.

La notion de temporalité a toute son importance dans la mise en œuvre de projet puisqu'elle va permettre aux équipes de s'approprier les projets, les maîtriser, et les faire perdurer dans le temps. Car au-delà du CLS, l'enjeu principal se situe bien évidemment auprès du public ciblé. Ainsi, ma stratégie en terme de temps, est d'utiliser la potentialité du CLS durant toute sa durée, et d'impulser le rythme de travail au sein du réseau.

- **Communication**

J'ai souhaité pouvoir donner les moyens à chacun de faire vivre le projet. Aussi, mon plan de communication consiste à transmettre les éléments du projet aux responsables pour qu'ils puissent l'étendre au sein de leur établissement auprès des collaborateurs. Ainsi qu'une sensibilisation des membres du groupe de réflexion sur l'importance de la transmission de leur travail au sein de leur structure. La communication interne sera impulsée par moi-même et relayée par les responsables auprès de l'ensemble des collaborateurs. Le message à communiquer comprend la transmission des résultats de l'enquête réalisée auprès des familles, la mobilisation des professionnels dans la promotion et la proposition d'ateliers éducatifs nutritionnels au sein des structures, la production de supports et d'outils adéquats. Grâce à cette mobilisation, j'ai désiré insuffler une dynamique préventive de l'obésité infantile et une promotion de la santé nutritionnelle, notamment en modifiant certains comportements au sein des familles. Les outils de communication sont principalement des interventions orales au cours de réunions et d'écrits avec la rédaction de compte rendu de réunion que nous diffuserons aux collaborateurs, aux IRP à titre informatif, aux partenaires privilégiés (ARS, IREPS et CAFPF).

En interne, je veille également à informer mes collaborateurs CRF de l'avancement du projet. La communication auprès des familles se fera en fonction des actions choisies. Cependant, certains points de difficultés se sont manifestés lors de l'enquête sur le multi-accueil « L'Arc-en-ciel ». Des problèmes de compréhension de la langue française se sont faits ressentir. Aussi, lors des réunions d'informations, cet élément fut repris et les consignes données à l'ensemble des collaborateurs. Au-delà de ce projet, il s'agit d'un enjeu majeur d'accompagnement des familles au quotidien et, il est absolument nécessaire qu'une parfaite intégration de tous les éléments discutés par l'ensemble des participants (familles et intervenants EAJE) soit effective. Dans cette optique, les professionnels des structures

devront se mobiliser pour convier de façon plus personnelle les familles des enfants présentant un surpoids ou les familles qui rencontrent des difficultés sur ces questions.

- **Actions envisagées**

Les premiers éléments pointés lors des rencontres avec les professionnels sont les suivants :

- Mise en place de deux réunions d'informations pour les familles. La première reprendra les éléments importants de l'alimentation du jeune enfant et promouvra la santé nutritionnelle en incluant l'axe de prévention de l'obésité infantile. Pour cela, les professionnels réadapteront le support utilisé lors de la session de formation interne. Elle durera 1h30 maximum, sera dispensée sur chaque établissement et animée par l'infirmière en poste accompagnée de la puéricultrice. Un support écrit sera remis. Celui-ci aura été élaboré par le groupe de travail. Il sera présenté à l'ensemble des professionnels au cours de la réunion prévue en janvier 2016, et soumis à un test auprès des familles d'une autre structure EAJE dont j'assure la coordination. Des réajustements seront réalisés au besoin.
- Proposition d'ateliers éducatifs sur chaque établissement. Ils seront animés par les professionnels volontaires des structures, accompagnés des éducateurs de jeunes enfants. Ils reprendront notamment les points éducatifs suivants : refus de l'enfant, activités physiques, comment faire manger les légumes aux enfants. Ils seront proposés sur chaque structure, durée 1h30 maximum. Une garde d'enfant pourra être également proposée sur l'établissement afin de permettre aux familles de participer à la réunion en cas de difficultés de garde (volontariat des professionnels, en respectant les normes réglementaires d'encadrement). Si la réunion a lieu en dehors des heures d'ouverture, demander l'autorisation à la PMI.
- En collaboration avec les centres sociaux du quartier dans lequel est implanté l'EAJE, et dans le cadre d'un partenariat, proposition aux familles en situation de précarité qui le souhaite, de participer à des ateliers culinaires. Ces derniers seront co-animés par un professionnel volontaire de la structure EAJE concernée, accompagné d'un travailleur social. Le partenariat devra être formalisé avec une convention. Ce point vous sera présenté dans la partie suivante. Et, l'établissement du projet avec demande de subvention à l'ARS sera fait conjointement. L'idée est donc de les proposer en 2017. Pour une meilleure lisibilité du projet relatif à l'accompagnement pluridisciplinaire entrepris auprès des familles, je propose ci-après le tableau qui reprendra l'objet traité et la production visée, les détails des moyens déployés et la planification.

- **Structuration et planning de réalisation pour l'accompagnement pluridisciplinaire**

Production	Détails	Planification
Réunion de phase de projet	Réunion d'information auprès des responsables, et élaboration conjointement de la conception générale	Mai 2015, réunion 2h30
Réunions d'information	Réunions animées par les responsables au sein de leur structure afin d'informer le personnel des résultats de l'enquête auprès des parents et de leur présenter le projet d'instauration d'atelier nutritionnels au sein des structures. Recensement des volontaires au sein du personnel pour faire parti du groupe de travail.	01/06/15 1 heure
Constitution du groupe de travail	6 professionnels se sont proposés pour faire parti du groupe de travail, supervisé par une puéricultrice. Personnels concernés : puéricultrice, 2 éducateurs de jeunes enfants, 2 auxiliaires de puéricultures, 2 employées de crèches.	Juillet/août 2015 Informations transmises par mail au directeur afin de constituer le groupe.
Réunions de conception du groupe de travail	Réalisation, à partir des objectifs définis initialement, d'atelier éducatifs avec création de supports adaptés. Convocations envoyées à chaque membre par courrier pour la première réunion. La puéricultrice a connaissance de la temporalité et sera chargée de rendre compte des réunions aux responsables et directeur.	2 réunions par mois de septembre à décembre 2015.
Restitution du travail réalisée	Présentation dans chaque structure, par l'ensemble du groupe de travail, des éléments travaillés.	1 réunion regroupant l'ensemble du personnel souhaitée en janvier 2016
Projet ateliers culinaires à concevoir en partenariat avec les travailleurs sociaux des centres du quartier	En collaboration avec les centres sociaux, concevoir et animer des ateliers culinaires pour les familles dans le besoin et en demande.	Année 2017

3.2.3 Partenariat

L'ANESM a publié en 2008 une recommandation de bonnes pratiques professionnelles concernant l' « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement ». C'est en m'appuyant sur ce guide, que j'entreprendrai ci-après d'ouvrir les EAJE de cette même façon sur le territoire.

- **Rappels des objectifs**

Le CLS prévoit de renforcer le partenariat des acteurs dans le champs de la nutrition sur le territoire. Afin de répondre à l'objectif d'instaurer au sein des EAJE des ateliers et des actions d'éducation nutritionnelle, je souhaite mettre en place des synergies de travail entre les professionnels impliqués, et travailler en réseau.

- **Rappels concernant les partenaires intervenants dans le cadre du CLS**

PARTENAIRES CLS	
Identification	Ressources
IREPS	<ul style="list-style-type: none"> - accompagnement méthodologie de projet - ressources documentaires gratuites, outils pédagogiques disponibles - compétences : présence d'un nutritionniste - formation Alimentation et Précarité, prévention de l'obésité - gratuité
PMI	<ul style="list-style-type: none"> - équipes pluridisciplinaires spécialisées dans la protection de l'enfance, éducatives, médicales et paramédicales - gratuité pour les familles - ateliers éducatifs proposés - la PMI a pour mission dans le cadre du CLS d'orienter les enfants présentant un surpoids - excellente connaissance des équipes de PMI du territoire et de leur habitant.
Hôpital	<ul style="list-style-type: none"> - programme d'éducation thérapeutique du patient « obésité de l'enfant » - équipe pluridisciplinaire de proximité - formation proposée au sein du CHR sur l'obésité infantile
Poiplume	<ul style="list-style-type: none"> - accompagnement en réseau de l'enfant et de sa famille possible, déplacements obligatoire pour les familles
Centres sociaux	<ul style="list-style-type: none"> - présence sur le quartier d'implantation des EAJE - premier contact établi lors de la formation proposée à l'IREPS - gratuité - gestion du budget alimentaire - aide à la planification des repas et à la réalisation des achats - ateliers culinaires - conseils diététiques - bonnes connaissances du quartier et travail déjà initié avec certaines d'entre elles

- **Stratégie et organisation**

L'ouverture des EAJE est un enjeu stratégique majeur, car il pourra influencer sur les pratiques professionnelles en santé nutritionnelle et permettra de proposer des accompagnements personnalisés plus complets. L'intérêt de l'ouverture des EAJE sera double, car nous pourrions faire bénéficier nos partenaires de l'accompagnement proposé aux familles et enfants qu'ils accueillent, et jouir de de la même façon des ressources qu'ils proposent.

Les partenaires pré-cités sont présents sur le territoire mosellan, avec une majorité implantée sur la CAFPF. C'est donc une opportunité de mutualiser nos ressources et d'étendre nos activités. Certains partenaires ont pu être rencontrés lors de groupes de travail, ou de formations et semblent intéressés par un rapprochement. Effectivement, chaque établissement pourrait bénéficier d'avantages, en termes de connaissances, savoir-faire, et de mise à disposition d'outils non accessibles à d'autres habituellement (exemple d'une cuisine pédagogique au sein de l'un de nos EAJE).

Parmi les partenaires cités, je souhaite engager un travail en réseau avec les services de PMI pour l'accompagnement des familles et leur orientation et établir un partenariat conventionné avec les centres sociaux. Les autres partenaires du CLS devront être identifiés par les responsables des structures afin qu'ils puissent orienter rapidement des familles et enfants en cas de surpoids ou d'obésité. Ces éléments ont été repris lors d'une réunion professionnelle avec les responsables des structures (06/2014).

- Le travail en réseau avec le service de PMI.

En collaboration avec les services de PMI, l'orientation des enfants et des familles en surpoids identifiés sur nos structures EAJE est un enjeu majeur dans le cadre de ce travail sur la prévention de l'obésité infantile. Jusqu'à présent, lorsque nous rencontrons sur nos établissements ce type de problématique avec un enfant ou une famille, l'infirmière ou la puéricultrice de l'établissement se chargeait de s'entretenir avec cette dernière et de l'orienter vers le médecin traitant afin qu'un suivi soit débuté. Aucune liaison avec les services de PMI n'était envisagée par ailleurs. Pourtant c'est un partenaire de choix pour la prévention de l'obésité infantile, puisque, comme nous l'avons évoqué dans la deuxième partie de cet écrit, ils ont pour mission de repérer et d'orienter les familles et enfants sur le territoire. De plus, dans le cadre de leur mission annuelle, chaque enfant du territoire est vu, lors de la visite des 4 ans en école maternelle, par l'infirmière ou la puéricultrice de secteur. L'idée est donc de réaliser une fiche de liaison sur l'enfant, afin d'aider le/la professionnel(le) en charge, à réaliser la visite en école maternelle et d'apprécier l'évolution de l'IMC du sujet en cas de repérage précoce par un EAJE. Ce repérage passera notamment par l'analyse des données récoltées relatives au poids et à la taille de l'enfant. La fiche de liaison pensée devra être élaborée en concertation avec l'équipe de PMI. Ces derniers pourront ainsi nous faire part des éléments essentiels dont ils ont besoin pour poursuivre l'accompagnement. Je propose ainsi d'organiser, sur le premier semestre de l'année 2016, une rencontre avec les professionnels concernés afin d'établir cet outil. Celui-ci pourra être testé durant le deuxième semestre et réajusté si besoin.

Les responsables des établissements devront également orienter les familles vers les services de PMI pour qu'un suivi soit débuté. Cependant, nous risquons de faire face à une difficulté, les familles en situation précaire s'adressent majoritairement aux médecins. Pourtant, le service de la PMI est un choix prioritaire car sa gratuité permet aux plus démunis de bénéficier d'un accompagnement de qualité par un médecin.

Au cas où la famille refuserait de consulter le médecin traitant ainsi que les services de PMI, les responsables des EAJE peuvent avoir recours au médecin référent de la structure. Ce dernier intervient 3 fois par an. Le responsable pourrait donc proposer, au cours d'un entretien avec la famille, de le rencontrer afin qu'ils puissent échanger sur la problématique rencontrée.

- Le travail en réseau avec les centres sociaux.

Ces derniers sont implantés à proximité de nos structures. Ils sont également intéressés par ce type de collaboration (vérifié au cours d'échanges lors de la formation proposée par l'IREPS). De plus, ils partagent le même objectif que le nôtre dans le cadre du CLS. La relation avec les travailleurs sociaux des centres de proximité a pu être établie au cours de la formation de novembre 2014 à mars 2015. J'ai pu vérifier, au cours de ces rencontres, leurs volontés d'établir un partenariat avec nos EAJE afin de proposer un accompagnement personnalisé supplémentaire aux usagers. Aussi, il me semble opportun de pouvoir aller de nouveau à leur rencontre. Stratégiquement, je souhaiterais que les responsables des établissements puissent m'accompagner afin qu'ils soient identifiés comme interlocuteurs privilégiés par les travailleurs sociaux. La prise de contact avec le directeur des centres sociaux permettra d'échanger plus amplement sur les modalités d'établissement du partenariat. Je profiterai également de cette rencontre pour indiquer l'avancée de nos actions et ateliers d'éducation nutritionnelle. Je tiendrai informé, par courrier, les IRP de notre démarche, mais aussi mes supérieurs au sein de l'association. Une journée porte ouverte aura lieu dans chaque structure en janvier 2016. Ce type d'événement n'a jamais eu lieu sur nos structures jusqu'à présent. C'est un outil de communication important pour les familles, mais aussi en direction des partenaires. Je souhaite convier les professionnels des centres sociaux à assister à cet événement. Par leur présence, nous affirmerons ensemble notre volonté de travailler à un objectif commun, et nous serons identifiés par les familles comme ressource cadre.

Les finalités du partenariat avec les centres sociaux du territoire sont :

- Proposer des actions communes afin de promouvoir la santé nutritionnelle. Il serait intéressant, dans ce cadre, d'inviter un professionnel du centre du quartier, à assister à la réunion d'information qui aura lieu en janvier 2016 pour l'ensemble du personnel afin de les informer des actions envisagées.
- Orienter les familles en difficultés qui rentrent dans le champ d'action des centres, afin d'élargir la prise en charge proposée.
- Organiser un atelier culinaire au sein des centres (cuisine prévue à cet effet) pour accompagner les familles en difficultés qui le souhaitent à la réalisation d'un repas équilibré. L'atelier pourrait être co-animé par deux professionnels de nos structures. L'intérêt de la mise en œuvre de ces ateliers réside également dans l'établissement d'une relation inter-familiales. Elles pourront échanger, partager leurs connaissances, et se soutenir. Ces dialogues enrichiront les ateliers et créeront un climat chaleureux, rassurant.
- Inviter les travailleurs sociaux à assister aux réunions d'informations prévues en 2016 pour les familles, et leur permettre d'y convier les usagers.
- Inscrire le partenariat dans le temps, au-delà du CLS.

- **Planification en lien avec le travail en réseau avec les centres sociaux**

Production	Détails	Planification
Prise de contact avec les centres sociaux	Contact téléphonique afin de convenir d'un rendez-vous.	Septembre 2015
Rencontre avec les partenaires sociaux	Accompagnée du responsable de la structure EAJE du quartier, rencontre avec les travailleurs sociaux afin d'échanger sur l'établissement d'un partenariat.	Avant novembre 2015
Établissement de la convention	Conjointement, rédiger la convention partenariale entre le centre social concerné et l'EAJE.	Avant décembre 2015
Associer les travailleurs sociaux	Invitation à la journée portes ouverte qui aura lieu en janvier 2016, et permettre à nos partenaires d'assister à la réunion générale d'information sur les actions éducatives qui auront lieu courant de l'année.	Invitation à réaliser en décembre 2015 Janvier 2016
Faire bénéficier	Proposer aux travailleurs sociaux d'inviter des usagers cibles aux réunions et ateliers nutritionnels proposés au sein de nos structures.	Année 2016
Proposer des actions communes	Proposer des ateliers de promotion de la santé nutritionnelle à des familles ciblées au préalable et les co-animer ensemble. Rédaction du projet ensemble, ainsi que de la demande d'attribution de subvention .	2017

3.3 Évaluation du plan d'action et réajustement

L'évaluation va me permettre de vérifier la cohérence et l'impact des actions entreprises sur le public ciblé. C'est une démarche qui permet aux équipes de s'engager dans le temps, dans une réflexion sur les pratiques professionnelles et l'accompagnement proposé. Elle est essentielle puisqu'elle va permettre aux acteurs de réajuster leurs démarches lorsque cela est nécessaire et ainsi de coller au plus près aux besoins exprimés. Il s'agit, dans ce cadre, de développer une conscience critique collective du travail effectué.

L'évaluation se traduira par l'analyse partielle ou totale des résultats attendus, tant sur le plan qualitatif que quantitatif, et s'attellera à répondre aux questions suivantes : est-ce que la mise en œuvre s'est déroulée conformément à la planification ? Les ressources et compétences utilisées sont-elles adaptées ? Avons-nous atteint nos objectifs ? Le plan d'action répond-il à la problématique de ce travail et permet-il, à terme, de prévenir l'obésité infantile grâce à la promotion d'une éducation nutritionnelle ? L'évaluation va mobiliser les enjeux décrits initialement ainsi que la stratégie en place.

Aussi, elle va concerner le travail que j'ai pu entreprendre, mais également celui qui sera entrepris. Les critères d'évaluation devront être transparents et soumis aux collaborateurs afin de conserver la confiance en place et de solliciter leur adhésion.

L'évaluation du plan d'action passera notamment par la mise en place d'indicateurs de processus et de résultats et devra permettre d'en apprécier les critères d'impact, d'efficience et de pertinence.

3.3.1 Évaluation de l'accompagnement pluridisciplinaire

Les critères retenus dans le cadre de la mise en place du projet d'accompagnement des familles vont me permettre d'analyser les effets du plan d'action élaboré et de le réajuster si besoin au besoin. Les indicateurs suivants mesureront l'évolution du projet et ses effets sur le public. Ils vont me permettre de réajuster les actions afin d'atteindre les objectifs visés et le plan d'action.

Indicateurs	Critères
<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction des parents : diffusion d'un questionnaire de satisfaction après les réunions - Nombre de parents aux réunions et satisfaction - Nombre d'ateliers réalisés en fonction du nombre d'ateliers prévus - Typologie des ateliers d'éducation nutritionnelle - Nombre et type d'outils d'intervention créés - Nombre de réunion du groupe de travail réalisée en fonction du nombre prévu - Durée des temps d'échange lors des réunions et ateliers d'éducation nutritionnelle - Nombre de parents déclarant avoir acquis des connaissances et dans quels domaines - Nombre de parents déclarant avoir l'intention de modifier certaines pratiques alimentaires et lesquelles - Nombre de parents ayant proposé des initiatives d'actions en rapport avec l'alimentation 	<ul style="list-style-type: none"> - Respect des objectifs fixés à savoir proposer des actions personnalisées aux familles en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire et sur chaque structure. - Production du support d'outils par le groupe de travail - Respect des délais - Maîtrise des coûts - Mobilisation des acteurs - Impact des réunions et ateliers sur l'alimentation de l'enfant - Impact sur l'accompagnement des familles - Qualité des interventions - Mise en œuvre des connaissances de professionnels et des compétences - Implication et adhésion des professionnels dans le projet - Participation des familles - Ambiance lors des échanges - Résultats des questionnaires diffusés dans le cadre de l'évaluation interne des EAJE initiée au sein de la CRF. Cette dernière comprend un volet enquête de satisfaction auprès des familles. (finalisation prévue en décembre 2015).

3.3.2 Évaluation des actions partenariales

Les critères et les indicateurs d'évaluation vont me permettre de mesurer et d'apprécier la pertinence de la mise en place du partenariat ainsi que la collaboration effective autour du projet. Ces éléments sont essentiels afin d'agir rapidement sur les dysfonctionnements ou les difficultés rencontrées pour faire perdurer le partenariat et conserver une synergie de travail.

Indicateurs	Critères
<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de partenariats formalisés - Signature d'une convention partenariale - Nombre de professionnels impliqués dans la mise en place du réseau - Nombre d'ateliers communs créés - Nombre de travailleurs sociaux ayant assistés aux réunions proposées dans les EAJE - Nombre de familles des centres ayant fréquentées les réunions proposées dans les EAJE - Réalisation de la fiche de liaison avec la PMI 	<ul style="list-style-type: none"> - Respect des recommandations de l'ANESM - Qualité des partenariats établis - Respect des délais

3.3.3 Évaluation générale de la démarche de prévention de l'obésité infantile

Le travail entrepris dans cet écrit vise à prévenir l'obésité infantile au sein du réseau multi-accueil. Le plan d'action mis en place répond à certains objectifs fixés dans le cadre du CLS et de la problématique de ce mémoire. Afin de prévenir l'obésité infantile, j'ai tenu à élaborer un plan d'action qui allait toucher les principaux acteurs concernés par ce phénomène. Nous avons pu voir au travers de cette analyse qu'il subsiste un certain nombre de freins dans l'élaboration de se travail.

- **Les limites du projet**

Le travail initié a pour finalité la prévention. Aussi, la notion de temporalité a toute son importance. Certaines actions pourront être évaluées sur le court et moyen terme, comme c'est le cas par exemple pour les actions entreprises pour l'accompagnement pluridisciplinaire des familles. Mais, le but même de ce mémoire ne pourra être mesuré qu'à plus long terme au regard du point énoncé ci-après.

Toutes les familles, (peu importe le milieu duquel elles sont issues), peuvent rencontrer à un moment donné une difficulté sur le plan alimentaire avec leur enfant. L'étude des déterminants et de la sociologie de l'obésité nous a permis d'en apprécier tous les enjeux. Aussi, pour qu'un réel recueil de données soit réalisé et représentatif, il faudrait pouvoir mesurer tous ces éléments. Le nombre de familles accueillies sur la structure étant trop important, il pourrait être intéressant de cibler un groupe, et entamer une étude de ce dernier, avec leur accord, afin d'apprécier le réel impact des actions de prévention initiés sur nos EAJE. Cependant, il s'agirait d'avantage d'un travail de recherche.

- **Les moyens mis en place afin d'évaluer le travail de prévention instauré**

Afin d'évaluer le projet sur le court et moyen terme, il me semble intéressant de pouvoir instaurer un comité de pilotage. Il aurait pour mission de veiller au bon déroulement

du projet, de superviser les actions qui auront été entreprises auprès des familles et en collaboration avec nos partenaires, et d'en mesurer l'impact. Sa composition pourra intervenir sur le premier trimestre de l'année 2016 et perdurera jusqu'en 2017 dans un premier temps. Je souhaiterais qu'il soit composé des membres et instances suivantes :

- directeur coordinateur.
- les responsables des structures.
- les 6 membres ayant travaillé sur la mise en place des actions et ateliers éducatifs.
- le directeur et les travailleurs sociaux des centres sociaux avec qui un partenariat aura été initié.
- un représentant du personnel de nos établissements.

Il aura pour mission de communiquer autour du projet, de valider les choix faits, de veiller au bon déroulement du projet.

L'objectif stratégique visé dans le cadre de ce mémoire concerne la réduction des inégalités sociales en matière de santé nutritionnelle afin de prévenir le risque d'obésité infantile. La problématique interrogeait la façon de promouvoir la santé nutritionnelle au sein d'un réseau multi-accueil afin de prévenir ce risque. J'ai émis l'hypothèse que l'éducation nutritionnelle instaurée au sein du réseau multi-accueil pouvait y contribuer. Il me semble, au terme de cette analyse, que mon hypothèse de départ se vérifie partiellement. Effectivement, comme j'ai pu l'explicité, un travail de prévention ne peut pas s'évaluer uniquement sur le court terme. Aussi, il me semble opportun que le comité de pilotage instauré pourra, à la fin du CLS, porter un regard tout autre sur le travail initié et le plan d'action et confirmer ou infirmer l'hypothèse de départ.

Conclusion

Ma réflexion dans l'aboutissement de ce mémoire a débuté par l'étude du contexte et des concepts dans lequel il s'inscrivait. Cette première approche a permis de comprendre toute la complexité du phénomène d'obésité avec une distinction faite pour le jeune enfant sur le plan psycho-affectif et socio-culturel. Elle a vérifié l'importance de cette problématique et l'inscrit comme enjeu de santé publique. Le travail réalisé en seconde partie relève d'avantage du contexte local et des politiques territoriales établies, notamment avec la mise en place du CLS sur le territoire concerné.

A l'aide de celui-ci, j'ai pu étudier les ressources potentiellement exploitables du secteur, et poser la problématique de mon approche afin d'établir les objectifs de travail au sein du réseau EAJE de la CRF. Ainsi, trois axes de travail furent établis.

Le premier a consisté à proposer une formation aux professionnels exerçant au sein des EAJE de la CAFPF afin qu'ils puissent bénéficier des mêmes ressources et compétences dans le domaine de la petite enfance. Ces apports théoriques et pratiques ont pour finalité d'améliorer l'accompagnement des familles et des enfants afin de prévenir l'obésité infantile et de réduire les inégalités sociales en matière de santé nutritionnelle. Ces compétences pourraient être ensuite redéployées au sein des établissements afin d'améliorer l'accompagnement des familles fréquentant les structures. Ce travail m'a permis d'établir une stratégie afin d'impulser une dynamique collective préventive au sein du réseau, afin d'agir et de répondre à une situation problématique sur le secteur, et qui touche de près, le public accueilli. Pour ce faire, il a été nécessaire de recueillir auprès de chaque structure, les besoins en formations. Les données récoltées m'ont permis d'établir ma stratégie et de l'adapter au contexte.

Le deuxième objectif de travail concernait la mise en place d'actions et d'ateliers d'éducation nutritionnelle au sein des EAJE afin de prévenir l'obésité infantile. Une enquête fut réalisée auprès des familles afin de cibler plus précisément les besoins, notamment grâce à l'analyse de ces derniers. Ces deux axes de travail, articulés autour des professionnels et des familles m'ont permis d'affirmer partiellement mon hypothèse de travail émise initialement, à savoir que l'éducation nutritionnelle instaurée au sein des EAJE de la CRF peut contribuer à réduire les inégalités en matière nutritionnelle et ainsi prévenir l'obésité infantile.

Un dernier axe de travail fut essentiel selon moi à travailler, notamment, le développement du partenariat sur le réseau. Ce dernier est un levier considérable en terme de réalisation et d'encrage sur le secteur. Il s'inscrit dans la dynamique du CLS et permet d'associer différents acteurs déjà impliqués sur ce thème sur un territoire donné. Pour ce faire, j'ai étudié les ressources disponibles sur le terrain et ciblé les partenaires les plus favorables sur les questions de moyens de réalisation et d'ouverture. Aussi, l'IREPS de

Forbach fut sollicitée afin de bénéficier de son accompagnement théorique dans la démarche projet, dans le cadre du CLS. Mais aussi, grâce notamment à la formation nutrition précarité proposée en 2014. Cela nous a permis de bénéficier d'une formation adaptée, pour tous, et à favoriser la mise en relation des acteurs du territoire. C'est au cours de ces échanges que j'ai pu établir un premier contact avec le partenaire privilégié identifié dans le cadre de ce travail. Ces trois axes ont pour but la réduction des inégalités en matière de santé sur le territoire, et plus précisément de prévenir l'obésité infantile.

A partir des éléments du contexte travaillés en première et seconde partie de ce mémoire, j'ai pu élaborer ma stratégie d'action. Ce travail d'élaboration fut réalisé en collaboration avec les salariés. Mon rôle a été d'impulser et de suivre le changement. La mise en œuvre du plan d'action est présentée dans une troisième partie. Il vise trois protagonistes : les professionnels, les familles, et les partenaires. C'est à partir des objectifs ciblés que j'ai entrepris de présenter ma stratégie spécifiquement pensée et appliquée, l'organisation, la communication et la planification en lien. L'ensemble des axes du plan d'action fait l'objet d'une évaluation en dernier point.

L'hypothèse de départ, peut, selon moi, être vérifiée partiellement puisque de réels changements ont pu être appréciés au sein des établissements notamment concernant les pratiques professionnelles. Elle fera l'objet d'une validation totale lorsque la deuxième partie du plan d'action sera appliquée avec la proposition d'actions et d'ateliers d'éducation nutritionnelles au sein des structures.

Il serait intéressant de pouvoir, par la suite, étendre la démarche entreprise dans le cadre de ce mémoire et du CLS sur les autres établissements de la CRF, dont j'assure la coordination, car la problématique évoquée dans ce travail concerne l'ensemble de nos structures.

Bibliographie

Ouvrages :

- AMADIEU J-F, mars 2005, auteur du livre « Le poids des apparences : Beauté, Amour et Gloire », Paris : broché, 200 p.,
- VIGARELLO G., mars 2010, « Les métamorphoses du gras, historicité de l'obésité », Paris : Points, édition du seuil, 297 p.
- TOUNIAN P., Pédiatre et nutritionniste Hôpital Armand-Trousseau à Paris, auteur du livre publié en 01.2007, « L'obésité de l'enfant », Paris, Éditions John Liberty Eurotext, format kindle, 196 p.
- BASDEVANT A., chef du service nutrition Hôpital Pitié-Salpêtrière à Paris, 09.2011, « Médecine et chirurgie de l'obésité », Éditions Lavoisier Médecine Sciences Publications , 799 p.
- POULAIN J.P, sociologue français, professeur de sociologie à l'université de Toulouse, auteur de l'ouvrage publié en 2009, « Sociologie de l'obésité », Paris : Édition PUF, 360 p.,
- BOGGIO V., pédiatre diplômé en nutrition-alimentation-dietétique au CHE de Dijon, 2008, auteur du livre « La méthode papillote », Paris : Édition Odile Jacob, 224 p.
- MINTZBERG H, 2013, « Le management : Voyage au centre des organisations », Paris : Édition Eyrolles, 703 p.
- PEREZ, SAMSON, 10-2008, « Le guide complet du nouveau manager» Paris : Édition Express Roularta, 274 p.
- DOBIECKI B., 2010, « Rédiger son mémoire en travail social », 3ème édition, Paris : Édition ESF, 121p.
- HERVE C., 01-2009, « L'obésité de l'enfant : éthique et déterminants », Paris : édition l'Hamartan, format kindle, 66p.
- AUTISSIER, MOUTOT, 2013, « Méthode de conduite du changement », 3ème édition, Paris : Édition : Dunod, 252p.
- GUELLIL, GUITTON-PHILIPPE, 2014, « Construire une démarche d'expertise en intervention sociale », 3ème édition enrichie, Paris : Édition ESF, 236 p.
- JAEGER, 2005, « Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale », Paris : Édition Dunod, 1227 p.
- VERSPIEREN P., 1984 , auteur de « Face à celui qui meurt », Paris, Desclée de Brouwer, p. 183
- VANIER M., 2009, « Territoires, territorialité, territorialisation : Controverses et perspectives », Rennes, Espace et Territoires, 228 p.

Rapports, guides et articles :

- Santé des enfants et des adolescents Propositions pour la préserver , L'expertise opérationnelle, 2eme édition, Inserm 2009, page 11
- Enquête Obépi 2012, publié en oct.2012, « Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité », 6ème édition, 59 p., p.38
- Publication de la HAS, réactualisation des recommandations de 2003, publiée en 09.2011, « Surpoids et Obésité de l'enfant et de l'adolescent », 218 p, p.8
- Article publié en 01.2015, «Des disparités économiques et sociologiques »
- WRESINSKI J., rapport présenté au nom du Conseil économique et social, 1987, « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Journal officiel
- BOUT B., Sénat 2010-2011, « Rapport sur l'organisation de la recherche et ses perspectives en matière de prévention et de traitement de l'obésité », 267p., pp.52
- Conseil de l'union européenne qui initie l'enquête COSI : Childhood obesity surveillance initiative, financée par Health Service Executive, art OMS, 08-2013, "Europe: l'épidémie visible de surpoids chez les jeunes", volume 91, numéro 8
- BERGERON, CASTEL, NOUGUEZ, IREPS, 06-2014, « Question de santé publique, « Lutter contre l'obésité en gouvernant les conduites des consommateurs », 4p., pp.2
- Rapport Département de la Moselle, 11-2014, « Diagnostic territorial 2014 », 75p., pp.16
- LE BOTERF G., docteur d'état en lettres et sciences humaines, août-septembre 2000, auteur de l'article «La mise en marche d'une démarche de compétence», ANDCP, Personnel n°412, 9p.

Sites internet :

- <http://www.lesechos.fr>
- <http://www.ipubli.inserm.fr/>
- <http://www.encyclopedia-crianca.com/>
- <http://www.lorraine.direccte.gouv.fr/>
- <http://www.roche.fr/>
- <http://www.lemonde.fr/>
- <http://www.has-sante.fr/>
- [www. obesitemaladiesociale.wordpress.com](http://www.obesitemaladiesociale.wordpress.com)
- <http://www.docvadis.fr/>
- <http://www.lecese.fr/>
- <http://www.senat.fr/>
- <http://www.who.int/>
- <http://www.iresp.net/>
- <http://www.insee.fr/fr/>

- <http://www.lorrainemouvementassociatif.org/>
- <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- <http://www.sciencesetavenir.fr>
- <http://www.guyleboterf-conseil.com>
- <http://www.sante-environnement.be/>

Liste des annexes

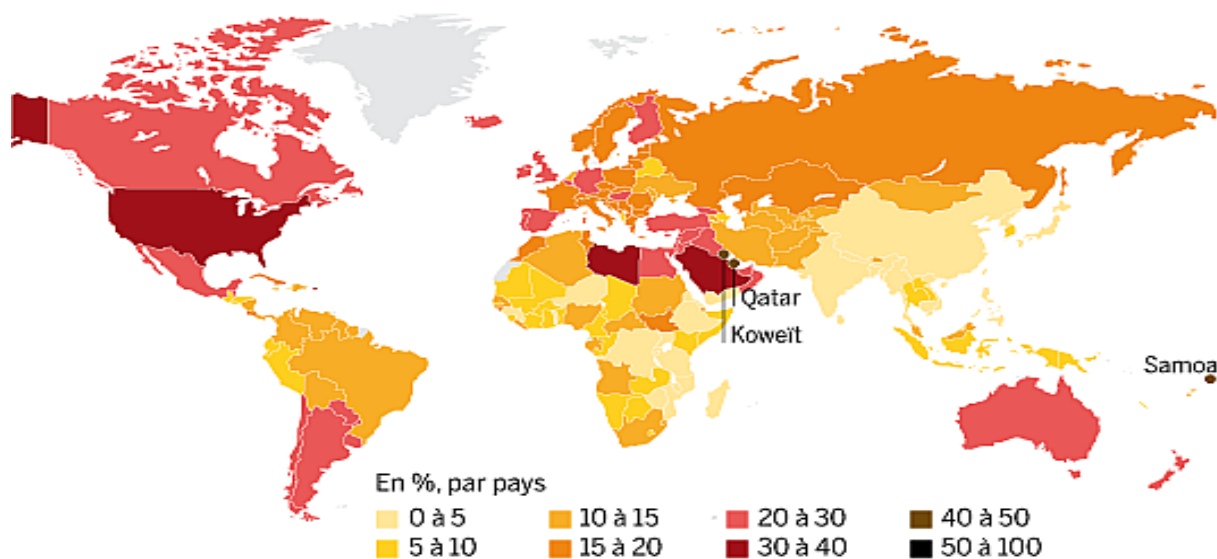
ANNEXE 1 : TAUX DE PERSONNES OBESES DANS LE MONDE EN 2013.....	p 76
ANNEXE 2 : SURPOIDS ET OBESITE DANS LE MONDE EN 2013.....	p 77
ANNEXE 3 : TEXTES LEGISLATIFS RELATIFS AUX EAJE	p 78
ANNEXE 4 : ORGANIGRAMME DU PERSONNEL.....	p 79
ANNEXE 5 : EXTRAIT FICHE DE POSTE DU DIRECTEUR COORDINATEUR.....	p81
ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE DIFFUSE AUPRES DES FAMILLES.....	p 82
ANNEXE 7 : ANALYSE DES QUESTIONNAIRES DES PARENTS.....	p 85
ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE DIFFUSE AUPRES DES PROFESSIONNELS.....	p 92

ANNEXE 1 ³²: TAUX DE PERSONNES OBESES DANS LE MONDE EN 2013

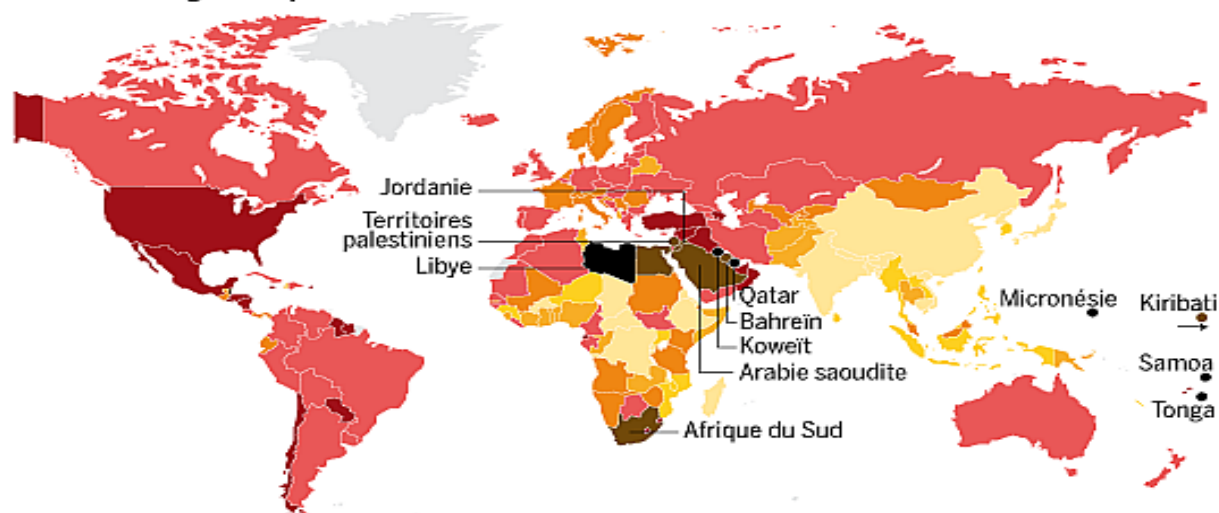
TAUX DE PERSONNES OBÈSES DANS LE MONDE EN 2013

(Indice de masse corporelle supérieur à 30)

► Hommes âgés de plus de 20 ans



► Femmes âgées de plus de 20 ans



NB : seuls les pays dont le taux est supérieur à 40 % sont indiqués

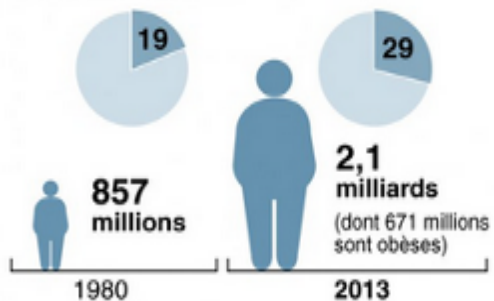
SOURCE : WWW.THELANCET.COM

³² LE HIR P., article publié en 05-2014, « Près du tiers de l'humanité souffre d'obésité ou de surpoids », disponible sur internet: <http://www.lemonde.fr/>

ANNEXE 2 : SURPOIDS ET OBESITE DANS LE MONDE EN 2013

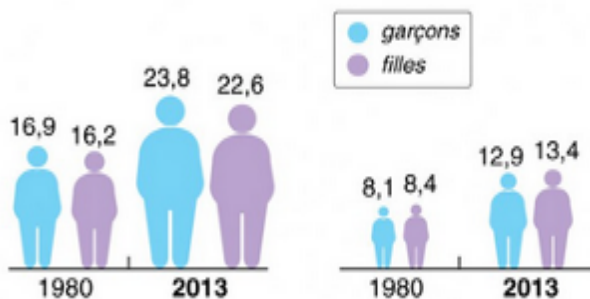
Surpoids et obésité dans le monde

Population en surpoids ou obèse
(Indice de masse corporelle > 25)
En % de la population mondiale à partir des chiffres de l'Insee

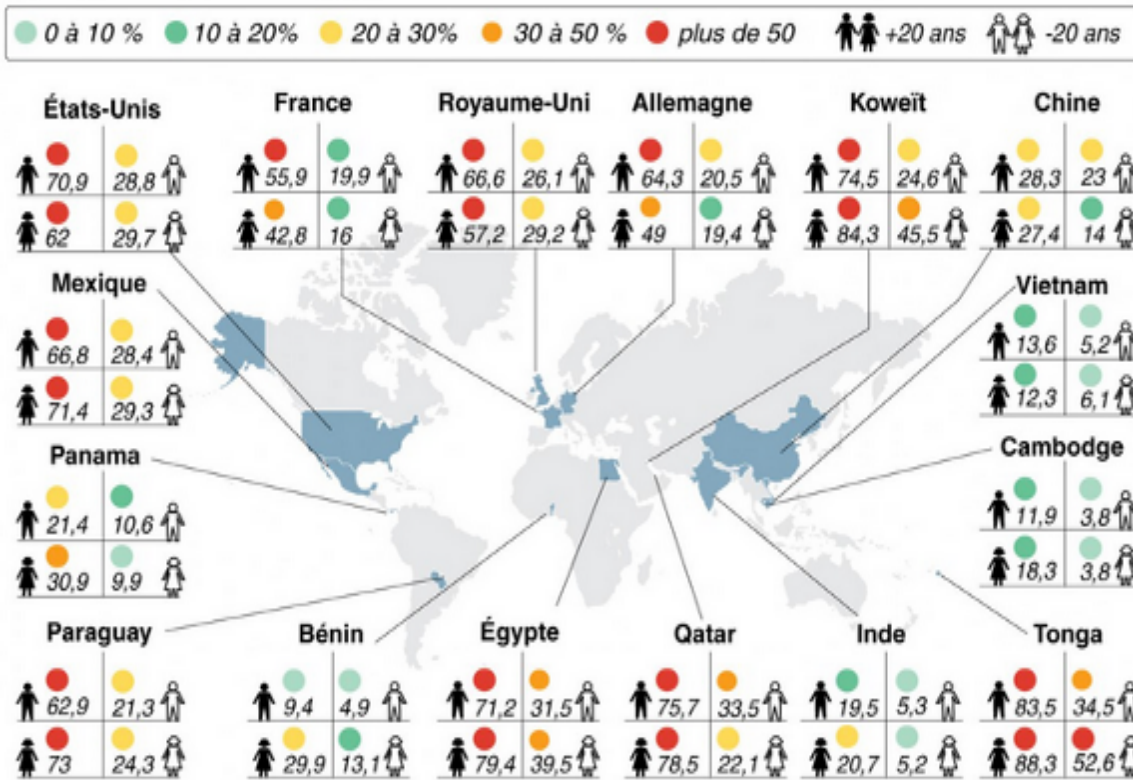


Enfants (IMC > 25) en pourcentage

▶ dans les pays développés ▶ dans les pays en développement



Proportion de personnes en surpoids et obèses dans quelques pays (IMC > 25)
(par rapport à la population du pays)



Source : The Lancet, OMS, Insee

AFP

Carte du monde indiquant le pourcentage de la population en surpoids, dans une sélection de pays, selon une étude publiée par The Lancet en 2014³³

³³ <http://www.sciencesetavenir.fr/sante/20150506.OBS8475/l-europe-confrontee-a-une-epidemie-d-obesite-d-ici-2030.html>

ANNEXE 3 : TEXTES LEGISLATIFS RELATIFS AUX EAJE

Les EAJE dépendent des textes législatifs suivants :

- Le décret n° 92-785 du 6 août 1992 relatif à la PMI,
- La réglementation en vigueur des EAJE est définie par les articles R2324-16 à R2324-48 du code de la santé publique. Ces textes vont expliciter les missions, les modalités d'instructions, le personnel requis, l'organisation et le fonctionnement.
- L'article 8 de la loi du 23 mars 2006 relative à l'égalité salariale entre les femmes et les hommes, ainsi que l'article L. 214-7 du code de l'action sociale et des familles, ont pour objet d'aider les personnes en situation de précarité, à trouver un mode de garde pour leurs enfants de moins de six ans.
- La réglementation concernant le personnel a fait l'objet d'un arrêté ministériel le 26 décembre 2006.
- Le décret n° 2000-762 du 1er août 2000 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans et modifiant le code de la santé publique, met à jour tous les textes réglementaires et législatifs antérieurs.
- Accueil de l'enfant en situation de handicap : art L114-1 et L114-2 du code de l'action sociale et de la famille, et la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Le décret n° 2007-230 du 20 février 2007 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans et modifiant le Code de la Santé Publique, permet notamment d'assouplir certains éléments de la réglementation des modes d'accueil du jeune enfant.
- Circulaire n° 2014-009 concernant la prestation de service unique pour un meilleur financement pour un meilleur service.

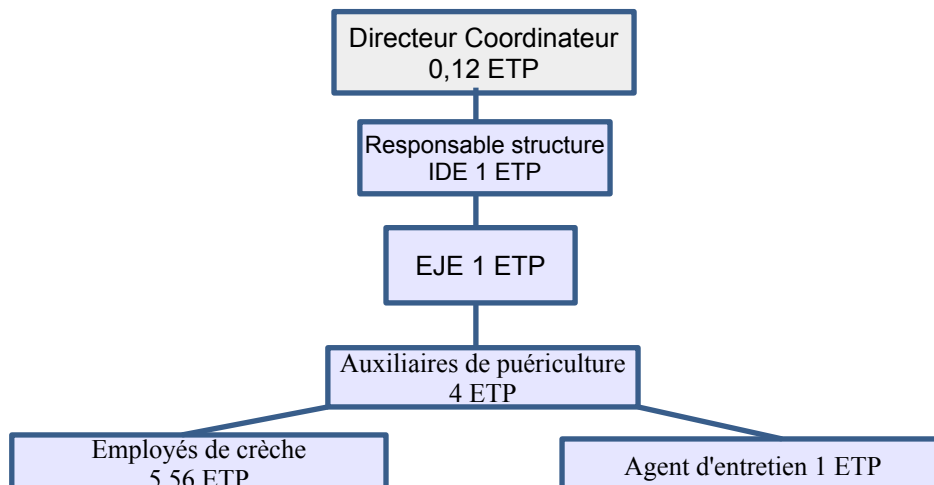
ANNEXE 4 : ORGANIGRAMME DU PERSONNEL

24,91 ETP au total sur les trois structures, sans comprendre le poste du directeur.

Le poste de directeur coordinateur est réparti sur les trois établissements à 0,12 ETP.

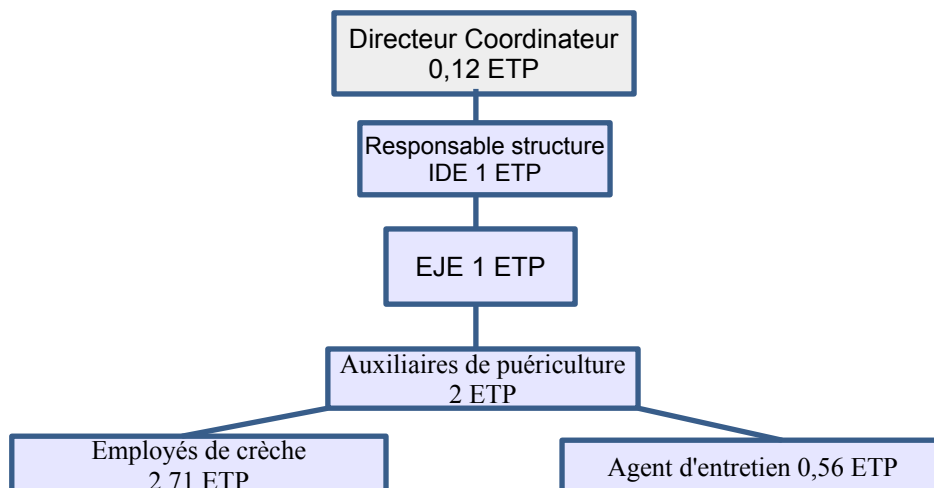
Sur l'EAJE « L'ilôt trésors »

12,56 ETP, 15 personnes



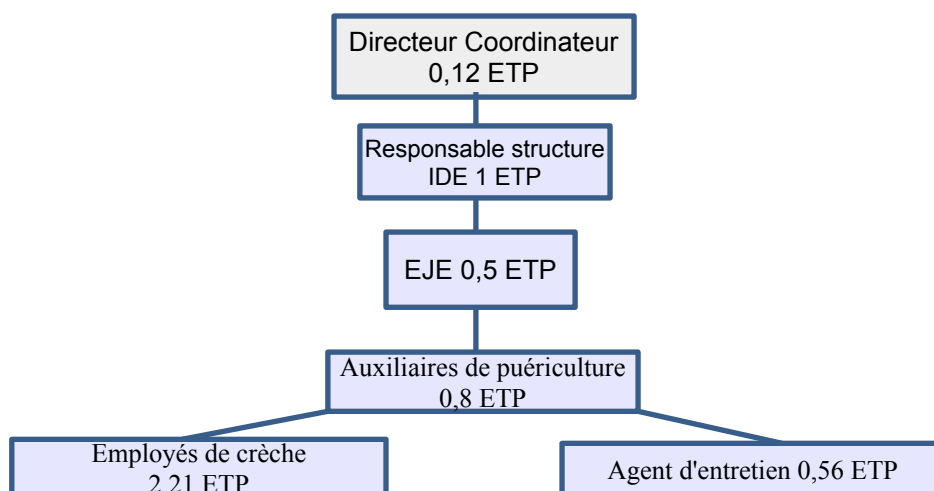
Sur l'EAJE « L'arc-en-ciel »

7,28 ETP, 8 personnes



Sur l'EAJE « La souris verte »

5,07 ETP, 7 personnes



ANNEXE 5 : EXTRAIT FICHE DE POSTE DU DIRECTEUR COORDINATEUR

Les finalités du poste du Directeur en charge de la coordination sont les suivantes:

- Garantir le développement et la conformité de ses établissements
- Décliner la stratégie de développement de l'association sur son territoire
- Assurer la mise en œuvre des orientations définies par les instances dirigeantes
- Développer la motivation et le professionnalisme des équipes
- Gérer les ressources humaines et les finances

Au quotidien, il assure les missions suivantes :

- Mettre en œuvre la stratégie de la filière
- Organiser et planifier l'activité : répartir les attentes et coordonner les réalisations
- Conduire la politique budgétaire, méthodologie et pilotage de l'activité
- Accompagner les responsables de structures
- Gérer les incidents : prévenir et gérer le risque social et financier
- Gestion et suivi des commissions de proximité et du conseil de surveillance
- Promouvoir une démarche qualité
- Relayer la stratégie de développement et les valeurs de la Croix-Rouge Française

ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE DIFFUSE AUPRES DES FAMILLES

Questionnaire destiné aux parents

Un contrat local de santé, pour les familles et les enfants, a été mis en place sur la communauté de commune de Forbach afin de prévenir et de lutter contre l'obésité infantile. Très impliquée dans le domaine de la petite enfance, et soucieuse du bien-être des enfants et de leur famille, la Croix-Rouge Française s'est naturellement proposée en qualité de porteur de projet. Afin de mener à bien ce dernier, nous souhaiterions recueillir des informations relatives aux habitudes alimentaires au sein de votre famille grâce notamment à ce questionnaire. Ce dernier va nous aider à connaître vos besoins et à mieux y répondre en personnalisant nos interventions.

Nous vous remercions par avance d'avoir pris un peu de votre temps pour le remplir.

La Direction

Identification du foyer :

•Parent(s): Couple Seul(e)

•Combien d'enfant à charge :

•Combien d'enfant de moins de 6 ans :

•Quel métier exercez-vous : Mme.....

Mr.....

•Cuisinez-vous à la maison? OUI NON

•Quels types d'aliments cuisinez-vous et mangez-vous? (indiquer à l'aide d'une croix, la quantité correspondante dans le tableau ci-dessous)

	Jamais	Peu	Souvent	Très souvent
Plats cuisinés achetés				
Fruits/Légumes du jardin				
Fruits/Légumes achetés frais				
Fruits/Légumes surgelés				
Fruits/légumes conserves				
Charcuterie				
Viandes du boucher				

Viandes surgelées				
Poisson				
Poissons surgelés				
Aliments en conserve				
Friture				
Aliments gras				
Aliments salés				
Aliments sucrés				

• Pratiquez vous une activité physique ? OUI NON

si oui, laquelle : Mme.....
Mr.....

• Mangez-vous dans des fast-foods (Mc Donald, Quick...)? OUI NON

Si oui, vous y mangez: peu souvent très souvent

L'alimentation de l'enfant :

• Avez-vous rencontré des difficultés avec vos enfants sur le plan alimentaire ?
OUI NON

Si oui, lesquelles ?

.....
.....
.....

• A qui vous adressez vous en cas de difficultés pour vous aider ?

Famille Médecin Puéricultrice de PMI Multi-accueil

• Avez-vous déjà reçu des conseils d'une professionnelle du multi accueil sur le plan alimentaire?

OUI NON

• Les conseils fournis vous ont-ils été utiles ? OUI NON

Expliquez :

.....
.....
.....

•Quels seraient, selon vous, les points à améliorer dans l'alimentation de vos enfants au domicile ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

•Quels seraient, selon vous, les points à améliorer dans l'alimentation proposées au multi accueil ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

•Quels seraient les thèmes sur l'alimentation pour lesquels vous aimeriez avoir des informations afin de prévenir le risque d'obésité?

L'obésité infantile

Les plats cuisinés achetés

La diversification alimentaire

Les activités physiques

Les fast-foods

Les refus de l'enfant

Les rythmes alimentaires

L'équilibre alimentaire de l'enfant

Autres :

ANNEXE 7 : RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES

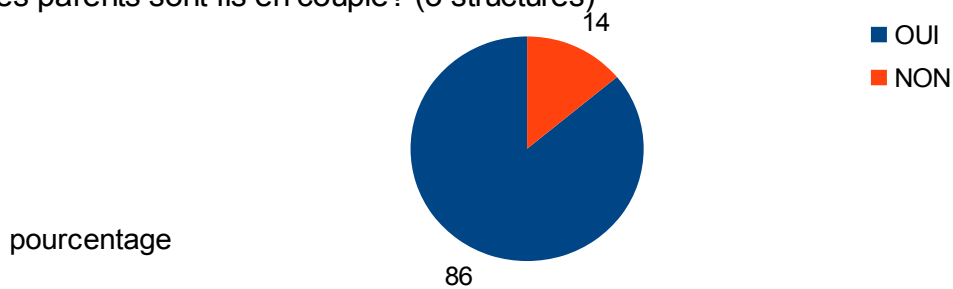
105 questionnaires remis

59 retours

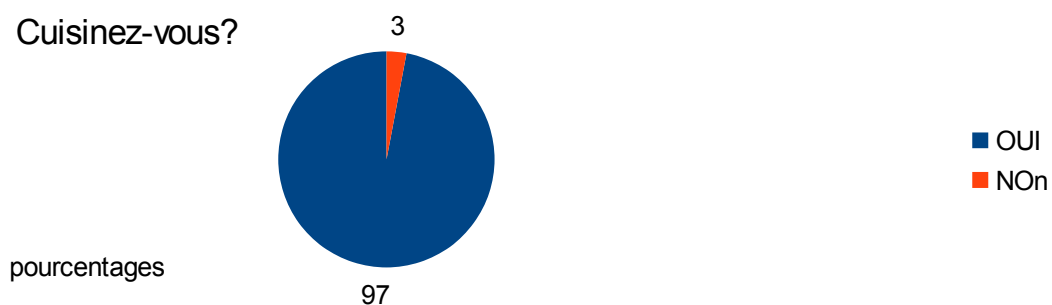
soit 56%

QUESTIONS FERMEES :

Les parents sont-ils en couple? (3 structures)



Cuisinez-vous?

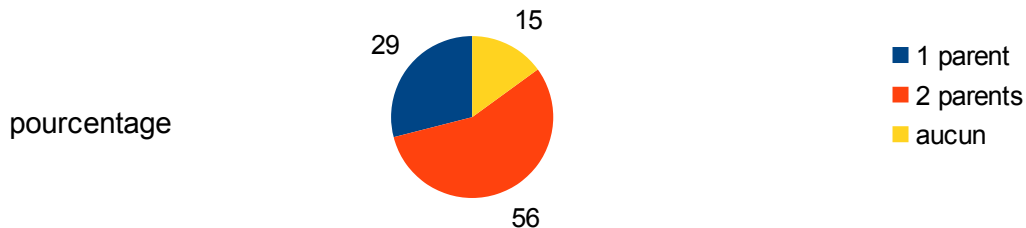


Nombre d'enfant à charge au sein des 3 structures

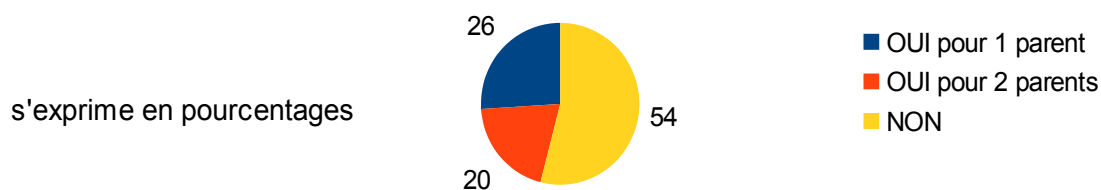
en pourcentage



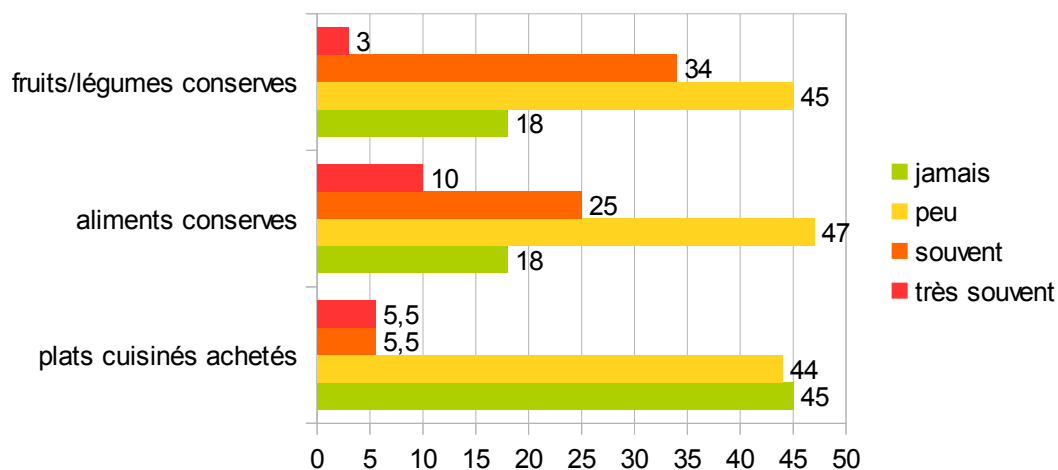
Activité professionnelle au sein du foyer

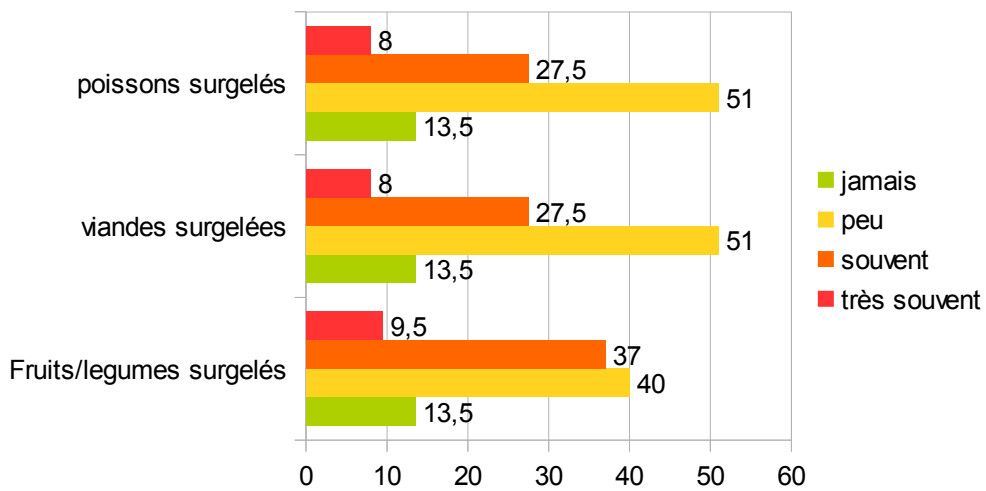
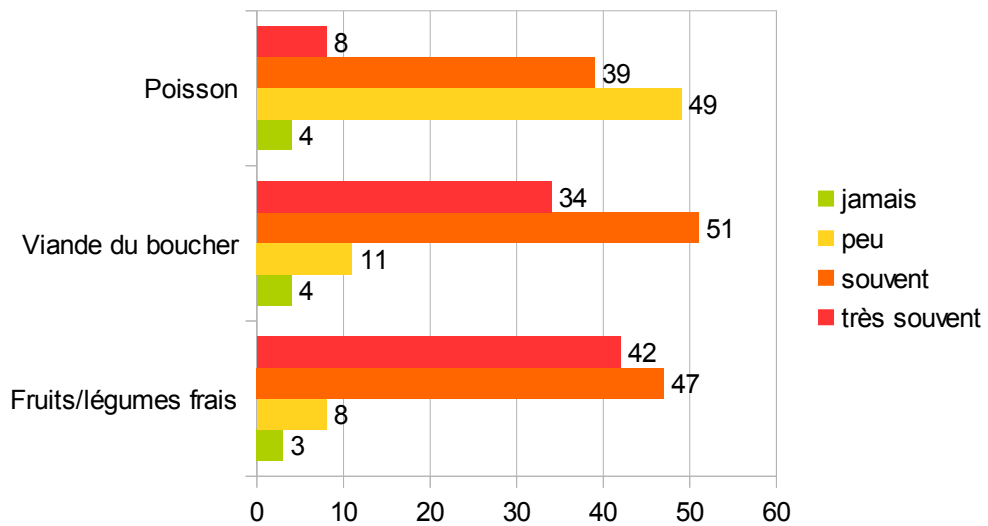
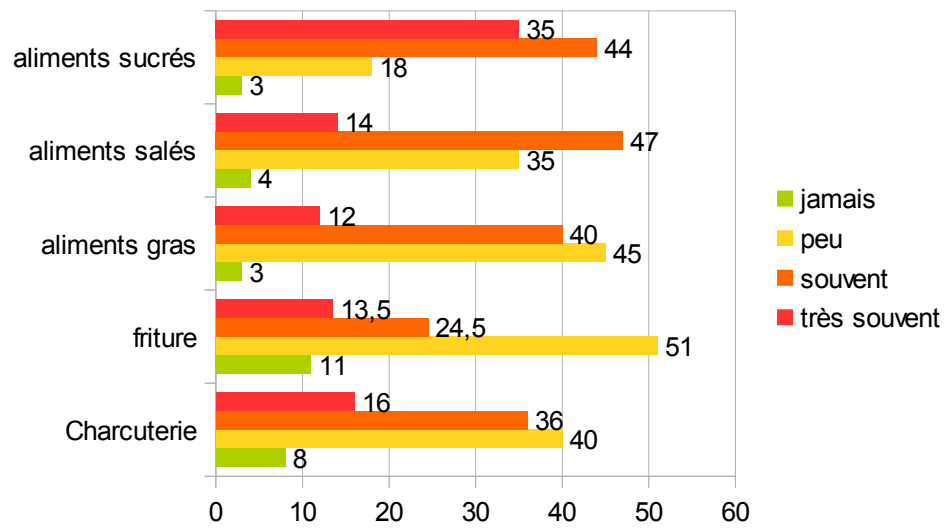


Pratiquez vous une activité physique?

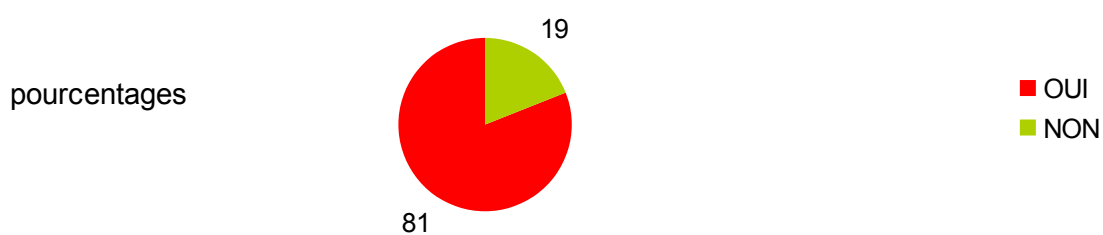


Tableaux Comparatifs de la consommation d'aliments au sein des familles des trois structures

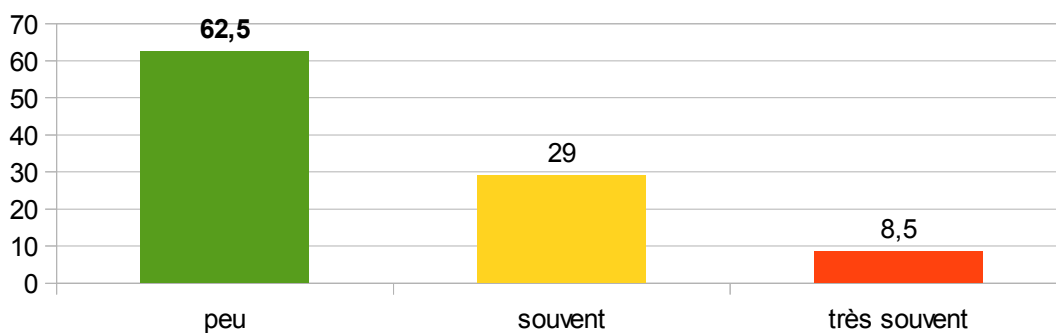




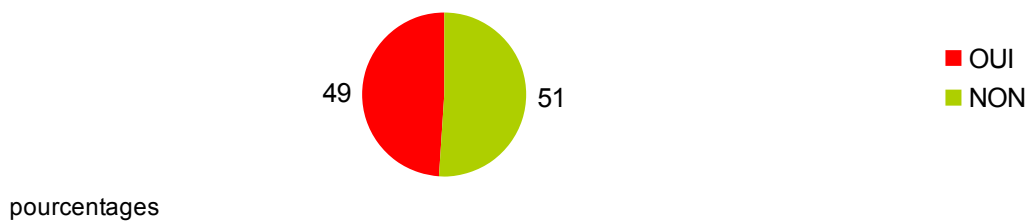
Mangez vous dans des fast-foods?



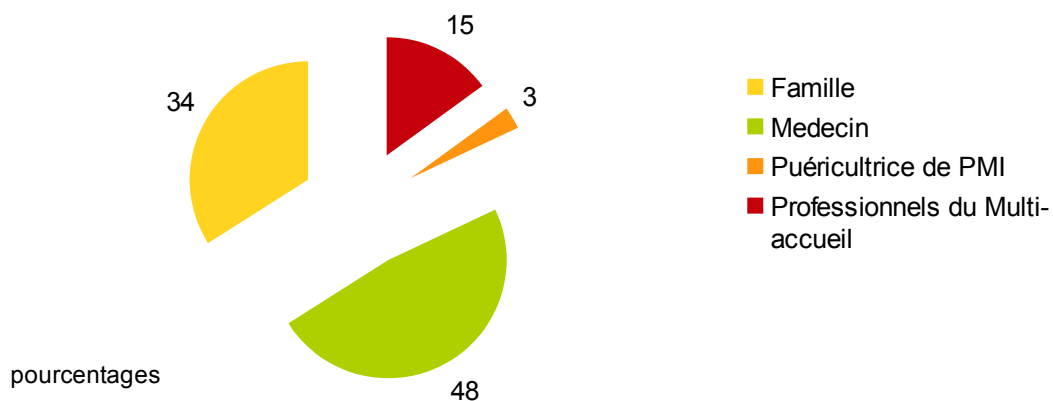
Si OUI, à quelle fréquence vous y rendez vous?



Avez vous rencontré des difficultés sur le plan alimentaire avec votre enfant?

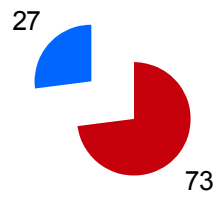


A qui vous adressez vous en cas de difficultés?



Avez vous déjà reçu des conseils sur le plan alimentaire par un professionnel du multi-accueil?

pourcentages



■ OUI
■ NON

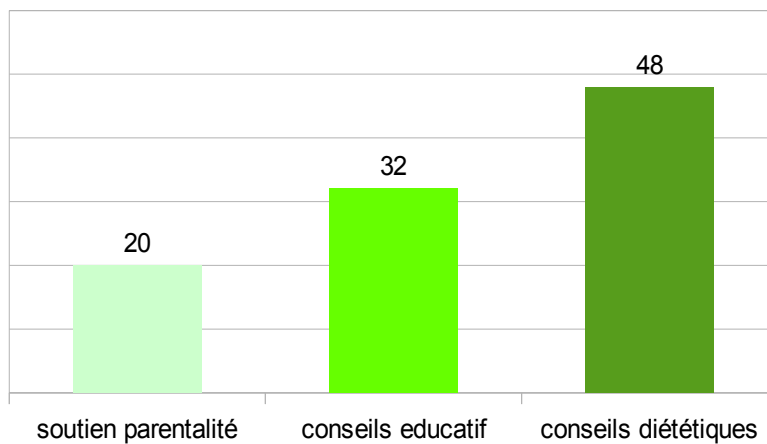
Si OUI, les conseils fournis vous ont-ils été utiles?

pourcentages



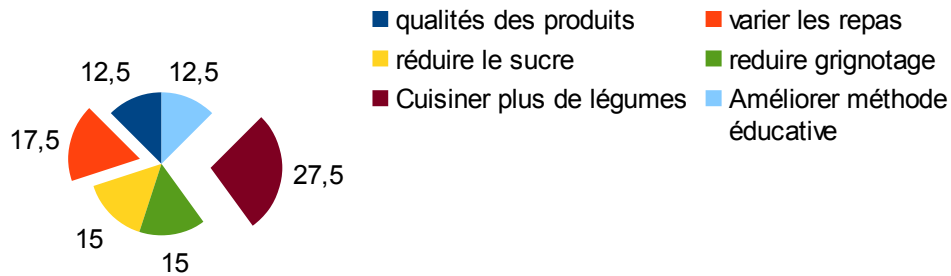
■ OUI
■ NON

Les conseils fournis par les professionnels du Multi-Accueil sont de l'ordre de:



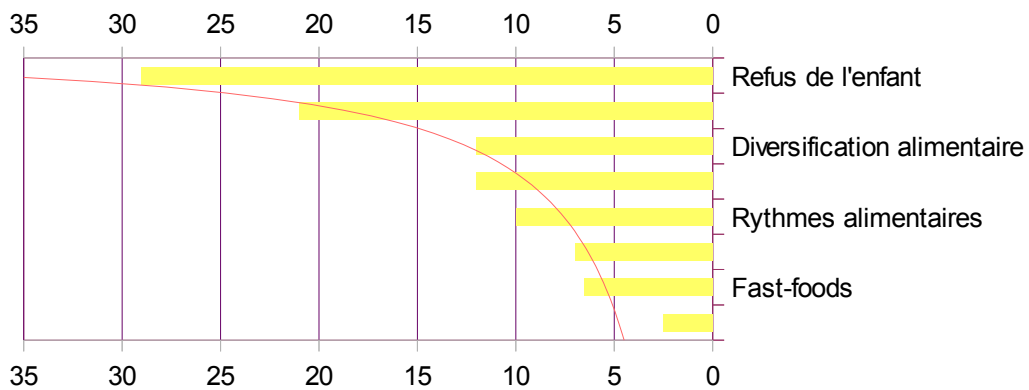
QUESTION OUVERTES

Quels seraient, selon vous, les points à améliorer dans l'alimentation proposée au domicile?

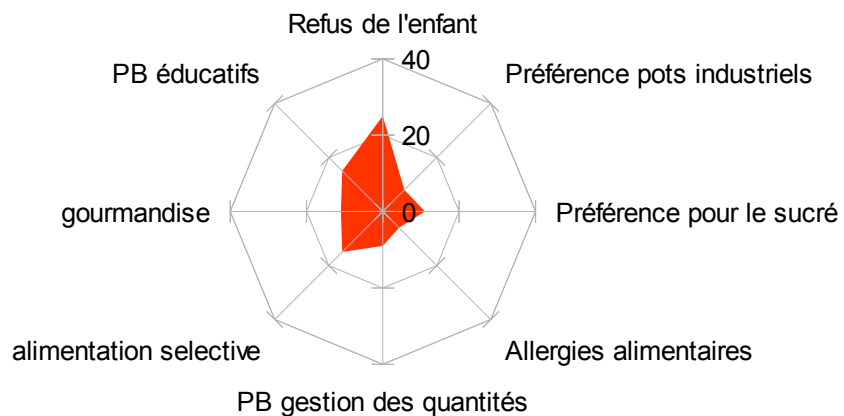


s'exprime en pourcentages

Quels seraient les thèmes sur l'alimentation pour lesquels vous aimeriez avoir des informations?



Quelles sont les difficultés auxquelles vous avez été confrontés sur le plan alimentaire avec votre enfant?



Quels seraient, selon vous, les éléments à améliorer dans l'alimentation proposée au sein du multi accueil :

Les personnes ayant répondues à ce point sont au nombre de 6/59, soit, 10%.

Les éléments principalement évoqués sont en terme de quantité :

- proposer plus à manger aux enfants à midi
- proposer plus à manger au goûter

ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE DIFFUSE AUPRES DES PROFESSIONNELS

Questionnaire fin de session de formation

Sur l'alimentation du jeune enfant et la prévention de l'obésité infantile

1. La formation à laquelle vous avez assisté a-t-elle été conforme à vos attentes ? expliquez

2. Avez-vous enrichi vos connaissances ?

OUI

NON

Expliquez :

3. Avez-vous l'intention de modifier vos pratiques professionnelles concernant l'alimentation ?

OUI

NON

Expliquez

4. Quels sont vos difficultés, rencontrées au quotidien, concernant l'alimentation du jeune enfant ?

5. Cette session de formation va-t-elle vous permettre de mieux les appréhender ?

OUI

NON

Expliquez

6. Avez-vous des suggestions afin d'améliorer cette formation ? lesquelles ?

HOZE	Adeline	01/11/15
<p align="center">Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</p> <p align="center">ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS de Lorraine</p>		
<p align="center">IMPULSER UNE DYNAMIQUE COLLECTIVE DE PREVENTION DE L'OBESITE INFANTILE AU SEIN D'UN RESEAU MULTI- ACCUEIL DANS LE CADRE D'UNE POLITIQUE TERRITORIALE</p>		
<p>Résumé :</p> <p>La progression de l'obésité infantile mobilise tous les acteurs des champs sociaux, médico-sociaux et sanitaires. En Lorraine, les inégalités sociales en matière de santé se font d'avantage ressentir sur la Communauté d'Agglomération de Forbach Portes de France (CAFPF), et on assiste à une recrudescence de l'obésité infantile sur ce secteur.</p> <p>Afin d'agir sur ces inégalités, un contrat local santé visant à réduire les inégalités sociales en matière de santé, actif pour la période 2014-2017, a été déployé. La Croix-Rouge Française y participe et s'engage pour la prévention de cette obésité.</p> <p>L'enjeu de ce mémoire sera d'impulser une dynamique collective d'éducation nutritionnelle afin de prévenir l'obésité infantile sur le territoire. Après avoir étudié le contexte dans lequel s'inscrit ce phénomène, une phase de diagnostic et d'analyse permettra de dégager un plan d'action adapté. Celui-ci englobera différents protagonistes afin d'agir contre ce problème de santé publique au sein du réseau multi-accueil de la Croix-Rouge Française.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Obésité infantile, réseau multi-accueil, contrat local santé, territorialisation, partenariats, formation, prévention, accompagnement, santé nutritionnelle, éducation nutritionnelle, EAJE.</p>		
<p align="center"><i>L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		