



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la
santé »

Mémoire

**Analyse du contexte et transfert du projet
« Ateliers Nutrition Santé Petite Enfance » en
Lorraine**

Soutenu en juin 2016

Madame Emilie SOLARY

Maître de stage :

Monsieur Jean-Louis

DEUTSCHER

Guidant universitaire :

Madame Karine LEGRAND

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Madame Karine LEGRAND, ma guidante universitaire pour son accompagnement méthodologique, ses lectures et ses orientations qui m'ont mené à de nouveaux questionnements.

Je remercie également mon maître de stage, le Docteur Jean-Louis DEUTSCHER, médecin coordonnateur régional, pour son accueil, ses conseils le temps accordé à la relecture de mon travail.

Madame Christine MARANGE, chargée de développement ASEPT Lorraine, pour son soutien, son accompagnement tout au long de mon stage ainsi que tout le temps qu'elle m'a consacré pour monter le projet.

Merci également à Sarah BOUZAFFOUR, pour ses encouragements et son soutien durant mon stage et la rédaction de ce travail.

Je remercie ma famille pour sa patience, son écoute mais également la confiance qu'elle m'a accordée tout au long de mes études et de mon travail. Je la remercie encore une fois pour le temps accordé à la relecture de mon travail et leur soutien.

Merci à mon ancien cadre référent infirmier de l'IFSI Lionnois, Monsieur AUBRY, pour le temps qu'il m'a offert afin de pouvoir échanger et avancer dans mes réflexions.

Merci à toutes les personnes qui m'ont aidée, guidée et épaulée durant le cheminement de mon mémoire, notamment les étudiants du Master 2 IPS lors de la session de regroupement avec qui j'ai pu longuement échanger sur le thème de mon travail.

1 - Contexte général	2
1.1 - L'éducation pour la santé	2
1.2 - Petite enfance et nutrition	2
1.2.1 - Petite enfance, nutrition et éducation nutritionnelle	2
1.2.2 - La prévention précoce	3
1.3 - L'acteur institutionnel, l'ASEPT Lorraine	4
1.4 - Le projet « Ateliers Nutrition Santé Petite Enfance »	4
1.4.1 - Le territoire lorrain	5
1.4.2 - Une approche par les micro-crèches	7
2 - Missions et Objectifs du stage	8
3 - Méthodes	9
3.1 - Les conditions de transfert	9
3.1.1 - La transférabilité	9
3.1.2 - Méthode d'évaluation de la transférabilité	9
3.2 - Les modalités d'implantation	10
3.2.1 - Les données probantes	10
3.2.2 - L'environnement institutionnel	10
3.2.3 - Les objectifs du programme	10
3.2.4 - Le public et les lieux d'implantation	11
3.2.5 - Le niveau de participation	11
3.2.5.1- Les structures micro-crèches	11
3.2.5.2- Les bénéficiaires	11
3.2.6 - Les partenariats	12
3.2.7 - Les intervenants	12
3.2.8 - Le coût du projet	12
3.2.9 - La planification du projet dans le temps	12
3.2.10 - L'élaboration de l'évaluation	13
4 - Résultats	14
4.1 - Les conditions de transfert	14
4.1.1 - Utilisation de l'outil ASTAIRE	14
4.1.2 - La décision institutionnelle	14
4.2 - La planification du projet	15
4.2.1 - Définition des objectifs de l'intervention pour le territoire	15
4.2.2 - Le Financement	16
4.2.2.1 - Le budget prévisionnel	16
4.2.2.2 - L'Agence Régionale de Santé	17
4.2.2.3 - Le FNPEISA	17
4.2.3 - Impliquer dans le projet et promouvoir ce dernier	17

4.2.3.1 - La communication – la promotion	17
4.2.3.2 - Les micro-crèches	17
4.2.3.3 - Les partenaires	18
4.2.3.4 - Les bénéficiaires	19
4.2.3.5 - Les intervenants	19
4.3 - L'évaluation du projet	19
4.3.1- Le cahier des charges	20
4.3.2- Les questionnaires d'évaluation	23
5 - Discussion	24
5.1 - Équilibre entre leviers, bénéfices et inconvénients	24
5.1.1 - Les leviers du projet	24
5.1.1.1 - L'inclusion dans les orientations politiques de santé	24
5.1.1.2 - L'expérience de l'institution	25
5.1.1.3 - Les échanges entre intervention mère et fille	25
5.1.2 - Les bénéfices	25
5.1.3 - Les inconvénients	26
5.1.3.1 - Le diagnostic de territoire	26
5.1.3.2 - L'implication des participants et des partenaires	27
5.1.3.3 - Le coût du projet	28
5.1.3.4 - Le contenu des ateliers et la structure du programme	28
5.2 - Perspectives du projet	29
Index des Tables	30
Index des Illustrations	31
Bibliographie	32
ANNEXE I	
1. PNNS 2011-2015	34
ANNEXE II	
2. Livret Pédagogique pour l'Animateur	35
ANNEXE III	
3. Outil ASTAIRE - Grille 2	38
ANNEXE IV	
4. Diagramme de Gantt – Planification prévisionnel du projet	41
ANNEXE V	
5. Affiche de communication	42
ANNEXE VI	
6. Le Flyers, bulletin d'inscription	43
ANNEXE VII	
7. Questionnaires d'Évaluation (T0 et T1)	44

SIGLES ET ABREVIATIONS

Afssa : Agence française de sécurité sanitaire des aliments

ANIA : Association Nationale des Industries Alimentaires

ANSPE : Atelier Nutrition Santé Petite Enfance

ARS : Agence Régionale de Santé

ASEPT : Association Santé Prévention et Éducation sur les territoires

CAF : Caisse Allocations Familiales

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CLCV : Association nationale de défense des consommateurs et usagers

Cnam : Conservatoire national d'arts et métiers

CR : Conseil Régional

DRAAF : Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

ENNS : Étude Nationale Nutrition Santé

FNPEISA : Fond National de Prévention d'Éducation et d'information Sanitaire de la Mutualité Sociale Agricole

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

IFN : Inventaire Forestier National

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

InVS : Institut de Veille Sanitaire

MSA : Mutuelle Sociale Agricole

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Centre de Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Programme National Nutrition Santé

RAM : Relai Assistantes Maternelles

Usen : Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle

INTRODUCTION

L'éducation pour la santé est un enjeu de santé publique. Ayant pour vocation que chaque citoyen acquière, tout au long de sa vie, les compétences et les moyens lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité, elle est très inscrite dans les politiques publiques de santé.

Actuellement les grandes thématiques fluctuent autour du tabac, de l'accès aux soins, mais surtout de la nutrition. En effet les politiques de santé s'orientent particulièrement ces dernières années sur l'aspect nutritionnel, thème prioritaire de santé publique choisi par la Présidence française de l'Union européenne en 2000. Le lien entre alimentation et santé est plus que jamais d'actualité. Le Haut Conseil de Santé Publique oriente d'ailleurs vers des actions spécifiques comme les actions éducatives de proximité qui aident chaque personne, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses compétences, à comprendre l'information et à se l'approprier au quotidien.

Les publics cibles de ces politiques nutritionnelles sont multiples, du plus grand âge, au plus jeune. En effet, la prévention précoce prend peu à peu sa place dans le domaine préventif. La protection infantile intègre d'ailleurs dans ses missions la prévention collective et l'accompagnement des enfants et des parents autour de thématique comme la nutrition.

Cependant les interventions d'éducation pour la santé présentent une certaine complexité de mise en œuvre. Les acteurs et institutions recherchent toujours plus l'optimisation des actions et une plus grande efficacité. Il se développe alors de plus en plus la notion d'efficacité prouvée et de programmes « validés » qui font appel à la transférabilité. Cette dernière est définie comme la mesure dans laquelle les effets d'une intervention dans un contexte donné peuvent être atteints dans un autre contexte. Or, comme le précise L.Cambon, V.Ridde et F.Alla, « en promotion de la santé, comme en éducation pour la santé, les interventions sont, par définition, fortement dépendantes du contexte dans lequel elles s'insèrent ». Aussi, dans une volonté de transfert de projet, se dégage l'importance d'analyser le contexte et les différents facteurs pouvant influencer le transfert. Cela s'applique à tout projet avec une volonté ou une commande de transfert dans un contexte différent. Cette analyse ne s'exonérant pas d'une démarche méthodologique de construction de projet en santé publique.

La Mutualité Sociale Agricole (MSA), à travers l'Association de Santé, d'Éducation et de Prévention sur les Territoires de Lorraine (ASEPT), développe son offre de service au travers d'actions de promotion et d'éducation pour la santé. Dans le cadre de mon stage de master 2, l'ASEPT m'a ainsi mobilisée sur le transfert d'un projet en faveur de la petite enfance. Aussi, sur une période de 6 mois, cette intervention abordant l'équilibre nutritionnel de l'enfant de 0 à 3 ans, devait être élaborée sur le territoire lorrain afin d'être mise en œuvre pour le second semestre 2016. Cette intervention étant le fruit d'un projet initié en Poitou-Charentes.

Pour répondre à cela, j'ai travaillé autour de deux objectifs complémentaires. Dans un premier temps l'analyse du contexte lorrain et le recensement des nombreux facteurs entrant en jeu dans le transfert d'un projet. Puis dans un second temps, en parallèle, l'élaboration du projet sur le territoire, en appui sur les facteurs et critères identifiés.

Ce travail et ces réflexions permettent ainsi de suivre la construction du projet « Ateliers Nutrition Santé Petite Enfance » sur le territoire lorrain mais également les méthodes et freins stratégiques identifiés pour un transfert facilité. L'objectif étant toujours en finalité, de proposer une intervention d'éducation pour la santé acceptable et efficiente pour la population.

1 - Contexte général

1.1 - L'éducation pour la santé

L'OMS définit l'éducation pour la santé en 1983 comme « *tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin* ». ¹

Elle aide les populations à comprendre leurs propres comportements et comment ces derniers influencent leur santé. Le Plan national d'éducation pour la santé (Ministère de l'emploi et de la solidarité, février 2001) définit d'ailleurs ceci : « *l'éducation pour la santé a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui leur permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité* ». ²

Mais l'éducation pour la santé c'est également travailler avec les personnes qui ont une responsabilité sur les conditions de vie de certaines populations. C'est le cas, entre autre, des professionnels de santé dans les institutions, mais cela pourrait également être envisagé comme le fait « d'agir » sur les parents, qui eux-mêmes sont responsables des comportements et conditions de vie de leurs enfants.

Enfin, la commission OMS a pointé, concernant les déterminants sociaux de la santé, l'importance des conditions de vie sur la morbidité et la mortalité prématurée. Ce rapport insiste notamment sur l'intérêt d'intervenir sur ces différents déterminants, notamment ceux pendant la petite enfance, comme la nutrition. En effet « se nourrir convenablement » est une condition indispensable à la santé d'après la Charte d'Ottawa, qui décline d'ailleurs dans un de ses cinq axes, la notion d'éducation à la nutrition à travers l'acquisition d'aptitudes individuelles. ³

1.2 - Petite enfance et nutrition

La nutrition est identifiée comme jouant un rôle majeur en tant que déterminant de la santé, et ce, notamment en termes de morbidité et de mortalité. En effet, il s'agit d'un « comportement multidimensionnel » qui s'exprime comme facteur protecteur ou a contrario délétère pour la santé. ⁴

1.2.1 - Petite enfance, nutrition et éducation nutritionnelle

Actuellement, en termes d'études de santé « *l'importance de l'alimentation dans la petite enfance a été largement démontrée en ce qui concerne la morbidité qui lui est associée, tant à court qu'à long terme. Depuis la naissance, la période d'alimentation exclusivement lactée, suivie par celle de l'introduction d'autres aliments pour atteindre une diversification adaptée aux besoins nutritionnels du jeune enfant, semble impliquée dans les risques d'infections, d'allergies ou encore de certaines maladies chroniques telles que le diabète.* » ⁵

E.Prado et K.Dewey expliquent dans leur article « Nutrition and brain development in early life » les relations entre les effets de la sous-alimentation et le développement cognitif, moteur et les compétences socio-émotionnelles à court et à long terme. ⁶

En effet les premières années de vie sont une période primordiale pour le développement cognitif et la formation du cerveau. De plus, de bonnes pratiques alimentaires stimulent l'attachement

avec les personnes qui s'occupent de l'enfant ainsi que le développement psychosocial. Elles améliorent également l'état nutritionnel, la croissance, et présente des effets durables quant aux performances, notamment dans la réduction des risques de certaines maladies non transmissibles.

Cependant, comme le précise la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, cette population est particulièrement vulnérable au moment du passage de l'allaitement à une alimentation complémentaire. Aussi, il est nécessaire que cette alimentation soit à la fois apportée au bon moment, adéquate et sûre.⁷

Dans le guide Nutrition de la petite enfance, l'INPES souligne que, dès la naissance, manger est une des activités préférées de l'enfant et que la diversification des repas mènera peu à peu aux bases d'une alimentation qui protégera sa santé.

L'étude Nutri-Bébé SFAE 2013, qui s'est intéressée aux comportements alimentaires et aux apports nutritionnels de 0 à 3 ans, a démontré que l'alimentation est globalement satisfaisante mais que l'alimentation spécifique du jeune enfant est malheureusement très vite abandonnée.⁸ Ainsi, le Dr Alain Bocquet pointe cette problématique en mettant en évidence une rupture à partir de l'âge de 1 an, où l'enfant est alors considéré comme un adulte miniature.⁸ De même, le Professeur Jean-Pierre Corbeau précise que « *si manger, c'est être avec les autres et échanger autour de la nourriture, le vivre dès le plus jeune âge est très important et structurant pour l'avenir. Et pourtant, on constate déjà que certaines pratiques ne vont pas dans ce sens* »⁷ Enfin, le Dr Boquet, quant à lui, répond à la question : « Quels comportements les parents peuvent-ils encore améliorer selon vous ? » dans l'étude SFAE 2013 en précisant l'importance de l'évolutivité des textures à présenter à l'enfant durant l'avancée en âge.⁹

Aussi, les premières années d'un enfant sont déterminantes pour toute la vie quand il est question d'alimentation et de développement. Alors que les programmes de nutrition pour les seniors et les adolescents ont fait leurs preuves, il est intéressant de mobiliser des actions afin de promouvoir une santé nutritionnelle favorable dès le plus jeune âge.

1.2.2 - La prévention précoce

Actuellement, des expériences françaises en Protection Maternelle Infantile (PMI), mais également en périnatalité, démontrent que la prévention précoce auprès du jeune enfant et de sa famille n'est pas anodine. Cette prévention s'inscrit dans la dimension primaire de la prévention et tente d'être anticipative vis-à-vis des attitudes.¹⁰

L'éducation pour la santé vient tout à fait s'inscrire dans ce modèle et se rencontre par exemple dans les interventions de prévention des accidents domestiques afin d'augmenter le contrôle parental sur l'environnement de leur enfant dans un objectif de réduction des risques domestiques.¹¹

Concernant la nutrition, on se situe dans le même schéma où, l'éducation pour la santé des parents et des professionnels de la petite enfance va permettre aux bénéficiaires de l'action d'avoir les outils pour améliorer au quotidien l'équilibre et la diversité nutritionnelle du jeune enfant.

Aussi, bien que la prévention précoce soit coûteuse et parfois incertaine dans ses effets, elle n'en est pas moins une dimension d'intervention à négliger mais, bien au contraire, à essayer de développer.

1.3 - L'acteur institutionnel, l'ASEPT Lorraine

Les Associations Santé d'Éducation et de Prévention sur les Territoires ont été créées en 2006 par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) dans le but de rassembler les structures afin qu'elles mettent en commun les moyens nécessaires pour l'élaboration de projets.

L'ASEPT, œuvre pour la promotion de toute action dans les domaines de la prévention et de l'éducation en santé et, plus spécialement pour les personnes habitant dans les territoires ruraux et la population agricole.

Pour cela, l'association :

- Développe des partenariats dans les domaines de la prévention et de l'éducation en santé afin d'harmoniser et de coordonner l'ensemble des actions réalisées par les acteurs parties prenantes ou ayant passé convention de partenariat.
- Réalise des actions de prévention et d'éducation en santé en assurant notamment l'ingénierie et la communication de ces actions.
- Développe des liens de proximité entre les personnes leur permettant d'échanger et de partager sur la prévention et l'éducation en santé en s'appuyant sur les valeurs de solidarité et de responsabilité.

L'association assure le déploiement, l'organisation, l'animation et le suivi des actions, mais également l'organisation de la formation des animateurs, la gestion de l'activité ainsi que le fonctionnement administratif et logistique.¹²

Concernant la petite enfance, la MSA aide financièrement 16 000 enfants de 0 à 3 ans accueillis « collectivement » et accompagne la création de structures. Elle propose également via les ASEPT des actions de prévention aux parents des enfants accueillis dans ces structures afin de compléter l'action des autres acteurs de la prévention. En effet, il faut garder à l'esprit que les comportements parentaux concernant la nutrition, combinés à des déterminants culturels et sociétaux, constituent une part importante dans la construction du modèle et du comportement alimentaire de l'enfant.

1.4 - Le projet « Ateliers Nutrition Santé Petite Enfance »

L'ASEPT Poitou-Charentes, association porteuse de projets innovants, propose depuis 2015 un programme « Atelier Nutrition Santé Petite Enfance » afin de renforcer les connaissances des adultes sur l'alimentation du jeune enfant en accord avec les différents objectifs du Programme National Nutrition Santé (PNNS) (Annexe I).

Ce programme s'est développé sur la région Poitou-Charentes suite à une enquête réalisée auprès des parents et assistantes maternelles qui a permis de pointer une thématique prioritaire : l'alimentation du jeune enfant. En 2015, 24 ateliers ont été menés sur la région auprès de 233 participants dont 72% d'assistantes maternelles, 18% de parents et 10% de professionnels de la petite enfance.

Le bilan réalisé auprès des structures partenaires a permis de souligner l'adéquation de l'intervention avec les attentes et également de réactualiser les informations concernant la

nutrition, de donner des éléments d'information aux familles, de répondre aux interrogations et de favoriser les échanges entre les parents et de créer du lien grâce à la réflexion commune.

Suite à la validation de ce programme par la Caisse Centrale MSA, l'ASEPT Poitou-Charentes a présenté son projet en septembre 2015, lors d'une formation ASEPT. La mise à disposition du livret pédagogique a alors permis aux autres associations du territoire français de pouvoir mobiliser leurs compétences et développer le programme (Annexe II).

Ce fut entre autre la décision de l'ASEPT Lorraine, qui, dans son désir d'apporter une contribution aux orientations de politiques publiques en matière de prévention santé a souhaité se mobiliser sur le développement de l'offre de service « enfance-jeunesse ».

1.4.1 - Le territoire lorrain

Un territoire rural ...

L'espace rural lorrain représente 94,4% du territoire et rassemble 68,7% de la population régionale (soit 1 614 698 habitants au 01/01/2011). Couvrant 48% du territoire régional, l'agriculture en est la première composante.¹³

La MSA, a une forte implantation sur le territoire lorrain. Elle s'engage dans des actions de prévention dans le domaine de la santé en développant depuis plusieurs années des actions de promotion de la santé. Ces dernières apportent des réponses aux besoins sociaux des personnes et des familles du monde agricole et rural, que ce soit pour des populations ressortissantes MSA ou non. En effet, les actions de santé, éducation et prévention sur les territoires ne sont pas discriminatoires vis-à-vis du régime de protection sociale.

Présentant d'importants secteurs de précarité...

Il y a également une volonté de transférer le projet sur des secteurs du territoire lorrain, qui présente des inégalités de santé.

En Lorraine, il est difficile de dénombrer précisément le nombre de personnes qui rencontrent des difficultés d'accès à la santé mais les indicateurs de précarité économique et de pauvreté influencent grandement cette problématique. La Lorraine se situe au 5ème rang des régions les plus touchées par la pauvreté (après la Corse, le Languedoc-Roussillon, le Nord-Pas-de-Calais, et PACA). En effet, une personne sur sept en Lorraine, vit en-dessous du seuil de pauvreté.¹⁴ Depuis quelques années, la région connaît une intensification de la précarité. Le Livre Noir de la pauvreté en Lorraine, réalisé par l'URIOPSS Lorraine en 2012¹⁵ relate les faits suivants :

- Entre septembre 2008 et octobre 2008, le nombre de chômeurs a augmenté de 3.7 % touchant ainsi 76 170 personnes.
- En 2006, selon les données de l'INSEE, 302 000 lorrains de moins de 65 ans (15.4 % de la population) vivent en dessous du seuil de pauvreté.
- En 2007, on recense près de 40 000 bénéficiaires du RMI, 28 500 allocataires de l'allocation adulte handicapé et 7 500 allocataires de l'allocation parent isolé

Il faut noter que la pauvreté touche différents profils de personnes : familles monoparentales, femmes, hommes, seuls ou en couples, personnes âgées, personnes handicapées, jeunes, travailleurs pauvres mais aussi enfants.

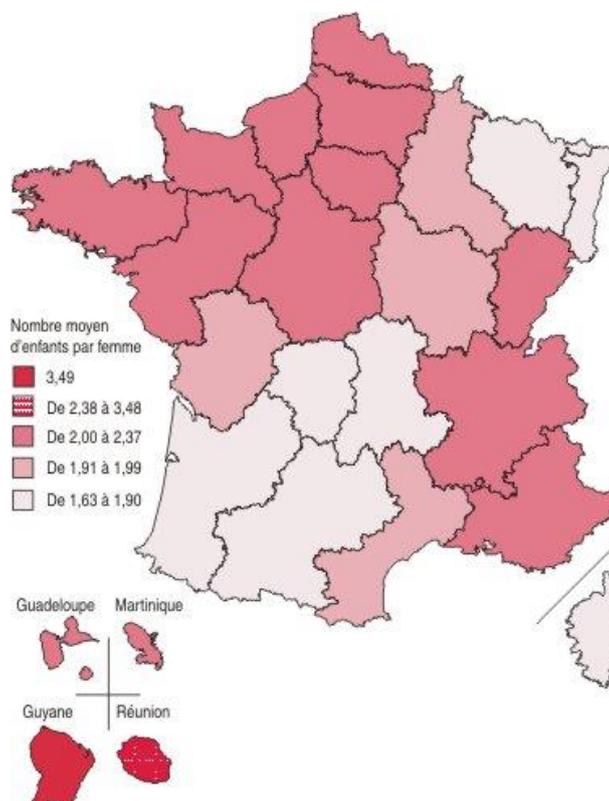
Où les acteurs se mobilisent ...

De nombreux acteurs de santé publique, notamment ceux développant des actions d'éducation pour la santé œuvrent sur le territoire lorrain. Dans cette dynamique, depuis quelques années, l'ASEPT Lorraine a développé ses activités nutritionnelles pour les populations avec des « Ateliers Nutrition Santé Seniors » et des « Ateliers Nutrition Santé Ado ». Il était donc

dans une logique de continuité d'aborder le public de la petite enfance en mobilisant les adultes autour de l'équilibre nutritionnel des tous petits d'autant plus que cette thématique n'est pas abordée en termes d'offres de promotion de la santé par d'autres organismes de protection sociale.

Et doivent se mobiliser pour une population à ne pas négliger:

En 2008, le nombre de naissances en Lorraine est élevé, supérieur à 27 000, soit 74 bébés en moyenne par jour, soit encore, un bébé toutes les vingt minutes.



Carte 1 : Indicateur conjoncturel de fécondité en 2009 selon la région de résidence de la mère ¹⁶

En 2009, L'Alsace et la Lorraine ont une fécondité faible, équivalente à celle des régions du sud-ouest et du centre de la France. En comparaison avec la région Poitou-Charentes, cette dernière présente un nombre moyen d'enfant par femme légèrement supérieur, sans toutefois se situer à l'extrême de l'indicateur conjoncturel. Concernant la France dans sa globalité, le nombre de naissances en 2015 est moins élevé, et bien que le pays soit le champion européen en terme de fécondité (1.99 en 2013), il s'agit actuellement du chiffre le plus bas constaté depuis 1999. ¹⁶

Malgré tout, la petite enfance n'en reste pas moins au cœur de la politique familiale française. En effet, représentant 1% du PIB, le financement de la Sécurité sociale, branche Famille, représente des milliards d'euros en terme d'aides. La politique de la petite enfance comprend notamment l'accueil du jeune enfant et la protection infantile. Cette dernière s'adresse aux enfants de moins de six ans et consiste en des mesures préventives et d'éducation pour la santé. Un plan Petite enfance avait été engagé de 2006 à 2011 pour améliorer l'offre d'accueil et encourager la création de crèches d'entreprise et micro-crèches sur tout le territoire. ¹⁷

Aussi, bien que l'on parle actuellement beaucoup de la population vieillissante et des seniors, il s'avère que les jeunes enfants sont en nombre aujourd'hui et que la politique ne les néglige d'ailleurs pas. Ces jeunes enfants deviendront en effet adolescents, adultes puis seniors,

aussi pourquoi ne pas envisager d'anticiper les choses en matière de santé et de coller encore un peu plus au dicton « mieux vaut prévenir que guérir » en mobilisant les acteurs au bénéfice des plus jeunes.

1.4.2 - Une approche par les micro-crèches

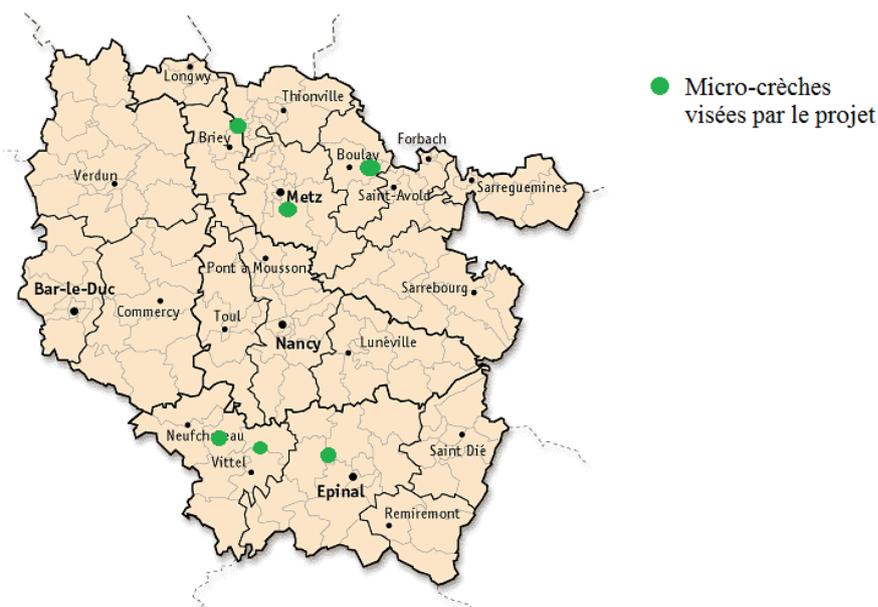
Les micro-crèches sont des établissements d'accueil pour les enfants de moins de 6 ans où les salariés sont des professionnels de la petite enfance. Il s'agit de petites structures soutenues par les collectivités territoriales, la caisse d'Allocations familiales ainsi que, pour certaines, en Lorraine, la Mutualité Sociale Agricole.

Les micro-crèches ont une capacité d'accueil de 9 places et sont au plus près de l'évolution des besoins des familles en améliorant et en diversifiant l'offre d'accueil. Elles offrent une plus grande proximité aux familles dans une dynamique de développement social local. En milieu rural, la création de ces petites structures permet entre autre de pallier au manque d'équipement.

Se situant, pour les six structures soutenues par la MSA Lorraine, sur des secteurs ruraux plus ou moins précaires, elles sont des pivots très intéressants pour le développement d'une action autour de la petite enfance. En effet, elles sont le lieu de rencontre entre professionnels de la petite enfance et parents, mais sont également en lien avec les PMI, la CAF et les communes. Ce projet, autour des micro-crèches permettrait ainsi de développer un réseau local autour de la thématique petite enfance.

Liste des six micro-crèches soutenues par la MSA Lorraine :

- Micro-crèche « Le Petit Prince et Co », 88500 ROUVRES EN XANTOIS
- Micro-crèche, 57220 PIBLANGE
- Micro-crèche, 57700 NEUFCHÉF
- Micro-crèche « Tournicoti », 88500 CHÂTEL-SUR-MOSELLE
- Micro-crèche « Coucou-Hibou », 88170 CHÂTENOIS
- Micro-crèche « Crescendo », 57420 FLEURY



Carte 2 : Répartition des micro-crèches visées par le projet Ateliers Nutrition Santé Petite Enfance sur le territoire lorrain

2 - Missions et Objectifs du stage

Au sein de l'ASEPT Lorraine, il m'a été confié l'implantation du projet « Ateliers Nutrition Santé Petite Enfance » sur le territoire lorrain. Il est question d'un programme de promotion et d'éducation pour la santé à l'attention des parents d'enfants de 0 à 3 ans et des professionnels de santé. Ce projet s'articule sur un programme validé par l'ASEPT Poitou-Charentes et en partenariat avec les micro-crèches cofinancées par la MSA Lorraine.

Sur la période de janvier à mai 2016, la mission qui m'a été confiée consistait à élaborer et à mettre en place le projet Ateliers Nutrition Santé Petite Enfance, qui nécessitait notamment une analyse des conditions de transfert.

Objectif général :

Analyse du contexte lorrain pour le transfert du projet « Atelier Nutrition Santé Petite Enfance ».

Objectifs spécifiques :

- Identifier les facteurs et conditions de transfert de projet
- Identifier les spécificités du territoire lorrain
- Adapter le projet aux spécificités du territoire
- Coordonner la mise en place du projet
- Proposer un nouveau cahier des charges d'évaluation des résultats à moyen terme

Objectifs opérationnels :

- Identifier la construction et la mise en place en Poitou-Charentes
- Utiliser un outil d'analyse de transfert de projet
- Mobiliser des financements
- Définir des objectifs du projet en lien avec le contexte lorrain
- Établir le calendrier des différentes phases d'intervention
- Mobiliser les partenaires du territoire dans la mise en place d'un réseau de communication
- Programmer et élaborer une campagne de communication afin de promouvoir le projet auprès du public
- Élaborer une évaluation expérimentale afin d'évaluer les résultats à moyen terme et non plus seulement à court terme

3 - Méthodes

3.1 - Les conditions de transfert

3.1.1 - La transférabilité

Actuellement, notamment en France, les démarches de promotion de la santé s'appuient de plus en plus sur des expériences menées ailleurs. En effet, la possibilité de développer une action ayant démontrée au préalable son efficacité permet, « *de passer de la question "qu'est-ce qui fonctionne" pour répondre également à d'autres questions du type "comment cela fonctionne?" C'est ce qui permet de définir comment cette intervention doit être effectuée et ce qui la rend efficace ?* ».

Cependant, il ne faut pas écarter de la promotion de la santé l'ampleur que représente le contexte d'intervention.¹⁸ En effet, il est nécessaire de réfléchir aux modalités d'implantation : types de public, niveau de participation, représentativité, qualité d'implantation, expertise des intervenants, coût ...

Toutes ces réflexions tournent autour de la notion d'applicabilité et de transférabilité, soit la façon dont on met en œuvre une intervention à l'identique dans un autre contexte. La transférabilité, en particulier, est la mesure dans laquelle les effets d'une intervention dans un contexte donné peuvent être atteints dans un autre contexte.¹⁹

Aussi, il est nécessaire de prendre en compte les différentes conditions qu'implique un transfert de projet puisqu'une intervention peut tout à fait être applicable dans un contexte différent tout en générant des résultats/effets différents de ceux attendus/observés au préalable.

Dans le cadre de mon exercice sur le projet Ateliers Nutrition Santé Petite Enfance, l'analyse des conditions de transfert n'était pas une étape « programmée » pour l'élaboration du projet sur le territoire lorrain. Cependant, dans le cadre d'une démarche de santé publique efficiente, il m'a paru nécessaire de procéder à cette étape. Aussi, dans un premier temps, il s'agissait de prendre connaissance de l'intervention initiale de l'ASEPT Poitou-Charentes : élaboration, mise en place et résultats afin de pouvoir analyser et comparer les contextes, les publics et les conditions de développement.

Par suite, dans l'objectif d'élaborer un transfert au plus proche de la réalité, plusieurs contacts avec la chargée de projet de l'ASEPT Poitou-Charentes, initiatrice du projet « Nutrition Santé Petite Enfance » ont été nécessaires. Ces derniers ont permis de définir en détails à quoi correspondait et répondait le projet. La transmission d'informations, et notamment du document bilan d'évaluation du projet 2015 ont permis de soulever les éventuelles problématiques rencontrées qu'il était intéressant de réajuster.

3.1.2 - Méthode d'évaluation de la transférabilité

Analyser les conditions de transfert d'une intervention en promotion de la santé nécessite une méthodologie quant à l'étude de différents facteurs composant le projet. Pour aider à cette démarche, un outil a été créé. Ce dernier, réalisé par Cambon.L, Minary.L, Ridde.V, Alla.F, permet entre autre de développer au mieux des projets de promotion de la santé fondés sur des preuves. « *Cet outil est aujourd'hui opérationnel et permet d'accompagner les acteurs dans le transfert d'interventions et les chercheurs dans la considération des paramètres utiles pour*

augmenter la transférabilité a priori de leur intervention », il porte le nom de « ASTAIRE » (Annexe III).²⁰

Concernant le projet « Nutrition Santé Petite Enfance », cet outil a pu être mobilisé dans le cadre de sa mise en place sur le territoire lorrain afin d'analyser l'intervention mais également de l'adapter aux spécificités du territoire. Il s'agit donc d'une « intervention –fille » qui permet « *d'étudier la comparabilité des contextes et par conséquent la capacité de l'intervention à obtenir, dans le nouveau contexte, des effets identiques à ceux obtenus dans le contexte « mère »* ». ²⁰

Cet outil m'a permis de comparer le contexte lorrain au contexte de Poitou-Charentes afin d'établir au mieux sa mise en place.

En effet, la grille ASTAIRE permet de cibler les critères à prendre en compte pour le transfert du projet de façon pertinente en comparant tour à tour la population, l'environnement, la mise en œuvre puis l'accompagnement au transfert de connaissances.

3.2 - Les modalités d'implantation

3.2.1 - Les données probantes

Afin de répondre à une démarche de santé publique construite, il est nécessaire au préalable d'inscrire sa démarche sur des données probantes, dans un cadre de littérature. Ainsi le contexte de la problématique de santé a été posé suite à l'identification de la littérature scientifique concernant la nutrition et la petite enfance et l'inclusion dans les orientations politiques actuelles (PNNS).²⁰

3.2.2 - L'environnement institutionnel

Jusqu'au début de l'année 2016, l'ASEPT Lorraine avait une politique de santé structurée autour de deux publics principaux : seniors et adolescents. Il s'agit donc d'ajouter au « panier de services » la promotion de messages pertinents en termes de comportements alimentaires favorables à la santé pour la petite enfance.

De fait, l'ASEPT Lorraine et Poitou-Charentes ont les mêmes orientations politiques sur les territoires. Le projet étant validé au niveau national, le soutien institutionnel MSA au vu du développement de ce programme est affirmé. De plus, en ce qui concerne le niveau régional MSA, le projet a également été approuvé lors d'une réunion de coordination prévention avec les décideurs de promotion de la santé.

3.2.3 - Les objectifs du programme

Un projet de santé publique a toujours plusieurs objectifs, généraux, spécifiques et opérationnels. Dans le cadre du transfert de l'action de Poitou-Charentes, nous souhaitons observer des résultats comparables, les objectifs fixés sont donc similaires. Cependant, le changement de contexte, en l'occurrence de territoire, implique des modifications dans les énoncés des objectifs. De plus, dans un cadre purement théorique, les objectifs ont été reformulés en précisant entre autre le public visé, le contexte (territoire) et la temporalité.

3.2.4 - Le public et les lieux d'implantation

En Poitou-Charentes, le projet s'était déployé sur 16 structures d'accueil composées de micro-crèches, lieux d'accueil de la petite-enfance, et de Relais Assistantes Maternelles (RAM) en zones rurales.

Afin de transférer le projet sur le territoire lorrain, le choix a été fait de s'appuyer sur les micro-crèches comme levier d'implantation. Ces structures présentent de fortes relations avec les RAM environnants et permettent de nous implanter auprès de structures semblables à celles de l'intervention initiale.

Les modalités de recrutement du public seront identiques à l'intervention mère. Elles reposent sur l'utilisation d'un bulletin d'inscription disponible sur un flyer. Selon le nombre de participants, un ou plusieurs groupes pourront ainsi être créés par secteur et donner lieu à un ou plusieurs cycles du programme.

Le public visé est donc choisi de manière identique à l'intervention mère.

3.2.5 - Le niveau de participation

3.2.5.1- Les structures micro-crèches

Afin de faire adhérer les micro-crèches au projet « Ateliers Nutrition Santé Petite Enfance » la promotion de ce dernier fut un préalable. A cette fin, l'équipe projet, a travaillé en collaboration avec les travailleurs sociaux MSA afin d'assurer un premier contact auprès des micro-crèches.

Un second contact a été effectué par téléphone et courrier électronique afin de remobiliser les structures dans le projet et d'organiser une rencontre sur les structures entre la chargée de projet, la diététicienne intervenante et les professionnels de santé. Ainsi l'intervention pourra être présentée en détails et programmée dans le temps (mois d'élaboration, créneaux horaires,...) lors de ces rencontres.

3.2.5.2- Les bénéficiaires

En terme d'accessibilité pour les bénéficiaires, l'intérêt est de répondre à une logique de proximité. L'idée première étant de réaliser les cycles d'atelier au sein même des micro-crèches afin de proposer peu, voir aucun déplacement aux bénéficiaires. Suite à des problématiques d'espace, d'accueil et d'hygiène, la mobilisation de demande de salle communale a semblé adéquate afin de proposer des actions proches des bénéficiaires.

Ensuite, comme toute intervention basée sur le volontariat, se pose la question du niveau de motivation et de participation des bénéficiaires. Ces derniers ne sont pas impliqués dans la décision ni dans la mise en place du projet, si ce n'est par leur inscription (nécessité d'un minimum d'inscription pour développer une action).

En effet, l'ASEPT Poitou-Charentes relève sur ses 24 ateliers des variations de 3 à 25 participants selon les ateliers. En l'occurrence il a été voulu que l'intervention laisse le choix des ateliers à la carte. Afin de limiter ces disparités de participation entre les ateliers, une inscription au cycle intégral et non plus à un ou plusieurs ateliers a été décidée.

Enfin, en ce qui concerne l'accessibilité financière, les ateliers sont proposés, de manière identique à l'intervention mère, à titre gratuit.

3.2.6 - Les partenariats

La mise en place d'un programme de promotion de la santé n'est que rarement le fruit d'un organisme unique. C'est pourquoi l'ASEPT Lorraine a besoin de partenaires pour la mise en place de ses actions sur les territoires.

Ces partenariats permettent d'optimiser à la fois les ressources et les moyens, mais également la crédibilité auprès de la population.

Dans un premier temps il s'agissait d'identifier les partenaires à inclure dans le projet afin de créer un réseau, notamment pour la communication et la promotion du projet.

La santé infantile est coordonnée sur les territoires par les différentes PMI de secteur, il était donc indispensable de les intégrer au projet, au moins à titre informatif. La Caisse d'Allocation Familiales (CAF) des Vosges, financeur des micro-crèches est également à mobiliser comme ressource. Enfin, les Centres Communaux d'Actions Sociales et les mairies sont des collaborateurs essentiels dans le but de s'intégrer au niveau local et mobiliser des moyens comme le prêt de salle et de matériel.

3.2.7 - Les intervenants

Les intervenants sont identifiés comme les moyens humains mobilisés afin de mener à bien l'élaboration du projet et sa mise en œuvre.

Dans un premier temps, l'équipe projet se constitue des personnes suivantes : chargée de projet, assistante, responsable de la santé sur les territoires, responsable de la cohésion sociale, assistantes sociales de terrain et stagiaire en santé publique. Cette équipe permet un travail multi professionnel et pluridisciplinaire.

Dans un second temps, il fut nécessaire d'identifier les professionnels intervenants sur les ateliers mis en place afin de mener à bien les différentes actions auprès des bénéficiaires

Enfin, la mobilisation sur le terrain des assistantes sociales MSA nous a permis d'établir les contacts avec les micro-crèches mais également d'obtenir les coordonnées nécessaires afin de proposer des partenariats avec les institutions et acteurs locaux.

3.2.8 - Le coût du projet

Chaque projet ayant un coût, il convient de le définir préalablement dans l'objectif de mobiliser les financements nécessaires. Le financement s'il est accordé, ou non, influencera considérablement la mise en place du projet. Pour cela, il a été réalisé un budget prévisionnel ainsi que deux demandes de financements. Dans ce cadre, en février 2016, une demande de subvention a été réalisée auprès du FNPEISA et de l'ARS.

3.2.9 - La planification du projet dans le temps

Un diagramme de GANTT a été créé et utilisé afin de planifier les différentes étapes du projet. Il permet entre autre de comparer le calendrier effectif du prévisionnel et aide à la conduite du projet. En effet ce dernier permet notamment d'anticiper les actions à mettre en place pour son bon déroulement (Annexe IV).

3.2.10 - L'élaboration de l'évaluation

L'évaluation a fait l'objet d'un réajustement au vu du projet initial proposé par l'ASEPT Poitou-Charentes. En effet cette dernière avait, dans le cadre de son programme, proposé une évaluation à court terme au travers de questionnaires de fin d'atelier. La chargée de projet nous avait indiqué que les bénéfices en terme de changement de comportement n'était que difficilement appréciables du fait du cours temps d'évaluation.

Aussi, dans le cadre d'un réajustement, l'équipe projet a proposé une évaluation à moyen terme pour suppléer celle à court terme. Le cahier des charges a donc été redéfini et l'évaluation a fait l'objet d'une planification différente. Les indicateurs et les critères d'évaluation ont également été réajustés par rapport aux objectifs sur le territoire et sur les résultats attendus.

4 - Résultats

4.1 - Les conditions de transfert

4.1.1 - Utilisation de l'outil ASTAIRE

Après utilisation de la grille 2 de l'outil ASTAIRE nous avons pu recenser les résultats suivant :

En ce qui concerne la population, seuls les critères suivants sont identifiés dans l'analyse des conditions de transfert :

- L'accessibilité à l'intervention est semblable dans les interventions mère et fille.
- La population bénéficiaire fille croit en l'utilité de l'intervention mère.
- Le degré d'implication des bénéficiaires est identique dans les populations mères et filles.

En ce qui concerne l'environnement, les critères identifiés sont les suivants :

- L'environnement institutionnel fille directement influant sur l'intervention est favorable à la mise en place et au succès de l'intervention.
- Les partenariats sont comparables entre les contextes mère et fille.

En ce qui concerne la mise en œuvre, les critères identifiés sont les suivants :

- Les modalités d'intervention de la mère et de la fille sont semblables.
- Les intervenants et le chef de projet ont des capacités semblables à ceux de l'intervention mère.
- Les intervenants filles croient en l'utilité de l'intervention mère.
- L'action mère est acceptable pour les intervenants filles.
- Les intervenants filles sont mobilisés de manière semblable dans les actions mère et fille.

En ce qui concerne l'accompagnement au transfert de connaissances, les critères identifiés sont les suivants :

- Des adaptations de l'intervention mère peuvent être (ont pu être) réalisées dans le contexte fille sans la dénaturer.
- L'intervention mère a prévu et fournit tous les éléments pour être transférée.

Ces éléments descriptifs ont permis d'apprécier et de visualiser la mise en œuvre de l'intervention à partir du projet initial. Douze critères sur vingt-trois sont identifiés. Cependant l'appréciation de la transférabilité n'est pas quantitative. En effet elle revenait à une décision collective des acteurs. Aussi, la grille ASTAIRE a été utilisée comme un outil d'aide à la décision.

4.1.2 - La décision institutionnelle

Le projet, après avoir été présenté en réunion de coordination prévention, a été approuvé, puis accordé par la direction MSA Lorraine pour se développer sur le territoire dans le cadre d'objectifs contextuels.

4.2 - La planification du projet

4.2.1 - Définition des objectifs de l'intervention pour le territoire

Dans le principe de transférabilité du projet sur la Lorraine, il était nécessaire de redéfinir les objectifs du projet pour les adapter au contexte.

Les objectifs	Intitulés
Objectif général	Améliorer l'équilibre nutritionnel des jeunes enfants de 0 à 3 ans sur les secteurs ruraux des micro-crèches définies d'ici fin 2017.
Objectifs spécifiques	Renforcer les connaissances des parents et des professionnels de la petite enfance sur l'alimentation du jeune enfant en accord avec les différents objectifs du PNNS. Renforcer l'adoption de comportements nutritionnels favorables à la santé selon les normes du PNNS dès le plus jeune âge.
Objectifs opérationnels	Mise en place d'un atelier portant sur la diversification alimentaire, animé par une diététicienne à l'attention des parents d'enfants de 0 à 3 ans et des professionnels de la petite enfance. Mise en place d'un atelier portant sur la lecture d'étiquettes, animé par une diététicienne à l'attention des parents d'enfants de 0 à 3 ans et des professionnels de la petite enfance. Mise en place d'un atelier portant sur les conseils pour bien manger au quotidien en famille, animé par une diététicienne à l'attention des parents d'enfants de 0 à 3 ans et des professionnels de la petite enfance.

Tableau I : Les objectifs du projet

4.2.2 - Le Financement

4.2.2.1 - Le budget prévisionnel

L'élaboration d'un projet intègre dans son processus la question du financement. Afin d'y répondre, un budget prévisionnel a été établi. Il comprend le détail des programmes sur chaque micro-crèche (soit un cycle de 3 ateliers sur les 6 structures). A été comptabilisé également les montants des prestations des diététiciennes, les coûts matériels ainsi que ceux liés à l'ingénierie de projet et à sa mise en place.

CHARGES	Montant	PRODUITS	Montant
CHARGES DIRECTES		RESSOURCES DIRECTES	
60 – Achats		70 – Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services	
Prestations de services	4100€	74- Subventions d'exploitation [2]	
Achats matières et fournitures	1000 €	Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s)	
Autres fournitures	500 €	ARS	5 690 €
62 - Autres services extérieurs		Intercommunalité(s) : EPCI	
Rémunérations intermédiaires et honoraires	850 €		
Ingénierie, projet			
Publicité, publication	600 €	Commune(s) :	
Déplacements, missions	800 €	- CCAS...	
Services bancaires, autres	150 €	Organismes sociaux (détailler) :	
63 - Impôts et taxes		-Mutualité Sociale Agricole	
Impôts et taxes sur rémunération,		Fonds européens	
Autres impôts et taxes		Autres	
64- Charges de personnel		L'agence de services et de paiement (ex-CNASEA -emplois aidés)	
Rémunération des personnels	3 450,00€	Autres établissements publics	
Charges sociales		Aides privées	
Autres charges de personnel		FNPEISA	6 360 €
65- Autres charges de gestion courante	600 €	75 - Autres produits de gestion courante	
TOTAL DES CHARGES	12 050 €	TOTAL DES PRODUITS	12 050 €
CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES			
86- Emplois des contributions volontaires en nature		87 - Contributions volontaires en nature	
Mise à disposition gratuite de biens et prestations	500€	Prestations en nature	500€
TOTAL	12 550 €	TOTAL	12 550 €

Tableau II : Le budget prévisionnel

Suite à la création de ce budget prévisionnel, les demandes de financement ont pu être réalisées.

4.2.2.2 - L'Agence Régionale de Santé

L'ARS, en partenariat avec la DRJSCS, la DRAAF et le CR, a proposé en février 2016 un appel à projet intitulé « Promotion de la santé en structure sociales », Alimentation, Activité physique et/ou sportive, Lutte contre les addictions. Ce dernier prend appui sur le cadre national du PNNS en ce qui concerne l'alimentation.

Le cahier des charges de l'appel à projet mentionne qu'il s'agit de « Mener des actions de prévention et promotion de la santé à destination des personnes en situations de vulnérabilité socio-économique. Aussi il semblait pertinent de répondre à cet appel à projet dans l'objectif d'obtenir un financement de la part de l'ARS et de ses partenaires.

Un refus est cependant à envisager. Aussi, dans cette perspective, une demande de financement complémentaire dans le cadre d'action d'initiative locale au FNPEISA a également été réalisée afin d'optimiser la mise en place du projet sur le territoire lorrain.

4.2.2.3 - Le FNPEISA

Chaque année, l'ASEPT Lorraine demande, sous la forme d'action d'initiative locale, des fonds pour ses actions de promotion de la santé à la Caisse Centrale de la MSA.

L'inscription des Ateliers Nutrition Santé Petite Enfance à la carte de l'ASEPT Lorraine lui permet de faire la démarche d'une demande supplémentaire de financement dans ce cadre ci. Cette demande a été envoyée au début du mois de février.

Suite à la décision de la caisse centrale MSA, sur une demande de financement de 6 360€, seuls 2 800 ont été accordés à l'ASEPT Lorraine pour la mise en place du projet pour l'année 2016.

4.2.3 - Impliquer dans le projet et promouvoir ce dernier

4.2.3.1 - La communication – la promotion

Afin de promouvoir le projet il a été nécessaire de se questionner sur sa visibilité sur le territoire. Aussi ils ont été créés et proposés des documents de communication.

L'ASEPT Poitou-Charentes avait joint, dans son livret pédagogique, un exemple de flyer. Le contenu a donc été réutilisé puisque validé par la Caisse Centrale MSA, seule la forme ainsi que les couleurs ont été modifiées (Annexe V et VI). Ces documents ont été validés par la responsable coordinatrice du projet afin de pouvoir être produits et diffusés.

En ce qui concerne les modalités de communication, chaque partenaire des secteurs, à l'échelon local, sera mobilisé. Il leur sera proposé de distribuer des flyers d'inscription et des affiches afin de promouvoir le projet.

4.2.3.2 - Les micro-crèches

A la fin du mois d'avril 2016, six micro-crèches souhaitent adhérer au projet qui correspond pour certaines à des besoins évidents. La plupart des structures entretiennent de forts liens avec les RAM de proximité et montrent une grande volonté d'impliquer les parents dans un projet, ce qui permettra de proposer des projets au plus grand nombre.

Cependant, au vu du financement mobilisé par le FNPEISA, inférieur à celui nécessaire pour

établir le projet sur les six structures, la décision a été prise d'inclure uniquement trois établissements dans le projet dans un premier temps.

Aussi, avec la connaissance de contacts sur le territoire et des deux conventions existantes avec des diététiciennes dans les Vosges, le choix s'est porté sur les structures du département vosgien, soit Châtel-sur-Moselle, Rouvres-en-Xaintois et Châtenois.

Selon la réponse favorable ou non de l'ARS pour un financement supplémentaire, les micro-crèches mosellanes se verront incluses par la suite dans le projet ou entreront dans une perspective de projet 2017 lors d'un renouvellement de financement FNPEISA en 2017.

Parallèlement, d'autres problématiques sont à prendre en compte. En effet, dans un premier temps, certaines structures présentent des craintes quant au rassemblement dans un même programme de leurs salariés et des assistantes maternelles environnantes car la création récente de la structure a engendré des tensions. Dans un second temps, l'accueil du programme au sein même de la structure pose question. En effet, la plupart des micro-crèches précisent que l'utilisation d'une salle extérieure sera nécessaire, que ce soit en terme de matériel, d'espace mais également les exigences en ce qui concerne les normes d'hygiène.

4.2.3.3 - Les partenaires

Suite à l'accord du financement de la part du FNPEISA, les premiers contacts avec les partenaires ont pu être réalisés en ce qui concerne le territoire vosgien.

Partenaires	Contact	Rôle
CAF Vosges	Courrier	Implication dans la communication
PMI de Mirecourt	Courrier	Implication dans la communication
PMI de Neufchâteau	Courrier	Implication dans la communication
CCAS d'EPINAL	Courrier – Partenariat déjà existant sur des actions seniors	Implication dans la communication
CCAS de Neufchâteau	Courrier	Implication dans la communication
Marie de Châtel sur Moselle	Courrier	Implication dans la communication et sollicitation pour une mise à disposition de salle
Mairie de Châtenois	Courrier	Implication dans la communication et sollicitation pour une mise à disposition de salle
Marie de Rouvres-en-Xaintois	Courrier	Implication dans la communication et sollicitation pour une mise à disposition de salle

Tableau III : Les partenaires du projet

Pour ce qui est des professionnels de santé (pharmacie, pédiatres, médecins généralistes), un courrier de présentation du projet ainsi qu'un flyers leur sera communiqué par voie postale afin de les informer et de les inviter à participer à la campagne de communication du projet sur leur territoire. Si ces derniers souhaitent s'inclure, un lot de flyers d'inscription et de deux affiches leur sera transmis.

4.2.3.4 - Les bénéficiaires

Le choix du public bénéficiaire était initialement identique à l'intervention mère. Cependant, ce public, constitué des parents d'enfants de 0 à 3 ans, de professionnels de la petite enfance et les assistantes maternelles du secteur présente une réserve concernant le territoire lorraine. La problématique émise est sur les assistantes maternelles. En effet, comme énoncé dans le contexte, en Poitou-Charentes, 72% des bénéficiaires de l'action étaient des assistantes maternelles, or, sur les territoires choisis en Lorraine pour le transfert du projet, des tensions existent entre professionnels des micro-crèches et les assistantes maternelles. Ces problématiques relationnelles ont donc orienté nos choix de publics, sur certaines structures (Châtenois et Rouvres-en-Xaintois), vers uniquement les professionnels de santé et les parents.

Aucunes données épidémiologiques ou sociologiques n'ont été relevées ou recherchées au niveau du territoire lorrain en ce qui concerne ces publics.

4.2.3.5 - Les intervenants

Les trois ateliers du projet nécessitent des connaissances approfondies et sûres de la nutrition. Aussi, en ce qui concerne la mise en place des actions auprès des bénéficiaires, il a été décidé de s'orienter vers des professionnels de la nutrition, tout comme cela avait été fait en Poitou-Charentes. L'ASEPT Lorraine travaillant déjà en collaboration via des conventions avec des diététiciennes diplômées dans le cadre d'ateliers nutrition seniors et adolescents, la mobilisation de ces professionnels était logique. Afin de diminuer les coûts en ce qui concerne les déplacements des professionnels mais également de mobiliser des ressources de secteur, une diététicienne par secteur de micro-crèche sera mobilisée.

Aussi, deux diététiciennes sont conventionnées sur les Vosges, dont une sur le secteur de deux structures, ainsi qu'une sur le secteur de Metz. Cependant n'ayant pas de convention sur le reste du département mosellan, des démarches de recrutement seront réalisées.

4.3 - *L'évaluation du projet*

Dans le domaine de la santé publique l'évaluation est indissociable de la démarche de projet, c'est une étape incontournable.

L'ASEPT Poitou-Charentes, dans le cadre de ses Ateliers Nutrition Santé Petite Enfance avait réalisé une évaluation à court terme, validée par la Caisse Centrale.

Dans le cadre d'une action d'éducation pour la santé, on cherche à modifier durablement la santé des individus et leur capacité à être acteurs de leur équilibre nutritionnel. Il est très difficile de pouvoir les observer à court terme.

Cependant, mener une évaluation à long terme sur ce type d'action locale est également très compliqué, principalement en ce qui concerne la réalisation de celle-ci auprès du public. Aussi, nous avons voulu expérimenter une évaluation à moyen terme, à « + 4 mois » de l'action afin de pouvoir plus ou moins évaluer la modification des comportements alimentaires des parents/professionnels de la petite enfance envers les enfants de 0 à 3 ans.

4.3.1- Le cahier des charges

Dans un premier temps, lors de la création d'une évaluation, la réalisation d'un cahier des charges est nécessaire. Il permet aux différents acteurs de l'évaluation d'avoir la même vision de cette dernière ainsi que de son application et ses objectifs.

Il est indispensable, puisqu'il constitue un guide qui permettra de recenser les éléments méthodologiques de l'évaluation. Dans le cadre de l'évaluation du programme Ateliers Nutrition Santé Petite Enfance, l'évaluation est dite interne. Aussi, le cahier des charges de l'évaluation se rapproche d'un protocole d'investigations.

Ce dernier précise le cadre de l'évaluation, soit le type d'intervention, les objectifs de l'évaluation ainsi que les questions évaluatives associées, les méthodes associées (méta-critères, critères, indicateurs et investigations à conduire), l'organisation de celle-ci, et enfin les modalités de communication des résultats.

Pour répondre à cette évaluation nous avons développé une évaluation sommative, c'est-à-dire, une évaluation qui vise à déterminer les effets et l'efficacité de l'intervention dans l'objectif de décider s'il faut la reconduire, la transformer ou l'arrêter.

Cette évaluation se décompose en deux parties évaluatives :

- A la fin de chaque atelier, sous la forme d'un questionnaire distribué aux participants, seront évalués le taux de participation ainsi que la volonté de changer les comportements en matière de nutrition.
- Au début du premier atelier (T0) et 4 mois après la fin du dernier atelier (T1) sera réalisé un questionnaire (questionnaire du PNNS) sur les habitudes et comportements alimentaires afin d'évaluer la modification des comportements (Annexe VII).

Pour mener à bien cette évaluation, nous évaluerons deux méta-critères :

Méta-critère	Type d'approche	Méthode
Processus	Approche quantitative et qualitative	<ul style="list-style-type: none">• Échange avec les diététiciennes animant les ateliers, liste d'émargement• questionnaire d'évaluation partie « satisfaction »• retour des structures accueillantes (micro-crèches)
Effets (résultats)	Approche quantitative et qualitative / Analyse de l'atteinte des objectifs	<ul style="list-style-type: none">• Questionnaires de bilan d'ateliers remplis par les participants• Questionnaires T0 et T1 remplis par les participants

Tableau IV : Méta-critères de l'évaluation

Questions évaluatives	Indicateur	Outils	Par qui ?	Quand ?
Évaluation des processus				
Est-ce que la planification a été respectée ?	<p>Nombre d'ateliers prévus/réalisé</p> <p>Adéquation du Planning prévisionnel/planning réel</p> <p>Durée réelle du projet / durée prévue</p>	<p>Calendrier</p> <p>Émargement des ateliers réalisés</p> <p>Planning prévisionnel</p>	Assistante et chargée de projet	Évaluation finale
L'implication des participants a-t-elle été effective ?	Nombre de participants estimés/réalisés	<p>Nombre de participants inscrits au programme</p> <p>Feuille d'émargement de chaque atelier</p>	Émargement complété par les participants, transmis par la diététicienne intervenante à l'assistante chargée de projet	<p>Avant les ateliers pour les inscriptions</p> <p>A la fin de chaque programme pour l'émargement</p>
Le public-cible est-il impliqué dans l'évaluation	Taux de réponse aux questionnaires 4 mois/ nombre de questionnaires envoyé	Feuille d'émargement des retours de questionnaires	Assistante de la chargée de projet	2 mois après l'envoi des questionnaires T1
Les contenus des actions étaient-ils adaptés ?	<p>Taux de satisfaction</p> <p>Compréhension des contenus par les participants</p>	Questionnaires T1	Remplis par les participants, dépouillés par l'assistante chargée de projet	Lors de l'évaluation finale
Les moyens mis en œuvre étaient-ils adaptés ?	Estimation du budget nécessaire/budget alloué	Gestion des dépenses, factures	Assistante de la chargée de projet Comptabilité	Tout au long du projet

Tableau V : Questions évaluatives et indicateurs de l'évaluation finale de processus

Questions évaluatives	Indicateur	Outils	Par qui ?	Quand ?
Évaluation des résultats				
Les ateliers ont-ils favorisés l'accès à l'information et à l'acquisition de connaissances ?	<p>Changement de comportement alimentaire à court terme</p> <p>Notions acquises par les participants</p>	<p>Retours oraux des participants</p> <p>Questionnaires de fin d'atelier</p>	<p>Questionnaires remplis par les participants, dépouillés par l'assistante chargée de projet</p> <p>Retours de la diététicienne intervenante par rapport aux échanges avec les participants</p>	A la fin de chaque atelier
Les ateliers ont-ils suscité l'envie/l'intention d'adopter certains comportements et habitudes alimentaires?	Taux de réponses positives à la question « cet atelier a-t-il répondu à vos attentes ? »	Questionnaires de fin d'ateliers	Questionnaires remplis par les participants, dépouillés par l'assistante chargée de projet	A chaque fin d'ateliers
Quels sont les effets obtenus de l'intervention ?	<p>Changement de comportement alimentaire à court terme</p> <p>Changement de comportement alimentaire à moyen terme</p>	Questionnaire de fin d'ateliers et comparaison des questionnaires T0 et T1	Questionnaires remplis par les participants, dépouillés par l'assistante chargée de projet	A chaque fin d'atelier et au bilan 4 mois de chaque programme
Le programme est-il pérenne ?	Nombre d'actions pérennisées ou transférées	<p>Demandes des structures ou partenaires pour un renouvellement</p> <p>Demandes d'autres structures pour la mise en place d'un projet</p>	Coordination par la chef de projet	A la fin du programme dans chaque structure

Tableau VI : Questions évaluatives et indicateurs de l'évaluation finale de résultats

Pour ce qui sont des modalités de communication de l'évaluation, un bilan sera rédigé sous forme de synthèse et transmis à chaque partenaire financeurs ainsi qu'aux diététiciennes intervenantes et aux structures micro-crèches participantes. La difficulté de cette évaluation résidera particulièrement dans le taux de renvoi de questionnaire T1 (à 4 mois).

4.3.2- Les questionnaires d'évaluation

Il s'agit d'une enquête avant-après. Ainsi, on compare, selon les indicateurs définis précédemment, les sujets avant et après la mise en place de l'intervention. La situation « avant » sert de référence afin d'évaluer l'efficacité de l'intervention, en l'occurrence ici, l'évolution des comportements alimentaires par rapport aux recommandations du PNNS et de l'INPES.

Afin de construire le document d'évaluation avant-après, nous sommes partis du questionnaire, adapté de l'étude nationale nutrition (ENNS) qui proposent des questions simples et claires sur la consommation des grands groupes alimentaires du PNNS.

Ainsi, les personnes interrogées complètent le questionnaire par aux habitudes alimentaires des enfants à leur charge (parentale ou professionnelle).

Afin d'accompagner le remplissage des questionnaires, la diététicienne intervenant sur les ateliers ainsi que la coordinatrice de projet pourront aider les participants à répondre aux questionnements pour obtenir un panel de réponses optimal.

Concernant le questionnaire T1, à compléter à + 4 mois, il sera envoyé aux bénéficiaires du programme par courrier accompagné d'un courrier explicatif et d'un pli de retour. Une relance téléphonique est prévue si nécessaire afin d'encourager la participation à cette deuxième phase d'évaluation.

Enfin, les questionnaires seront exploités par la coordinatrice de projet et son assistante afin de construire un document d'évaluation.

5 - Discussion

5.1 - *Équilibre entre leviers, bénéfices et inconvénients*

5.1.1 - Les leviers du projet

5.1.1.1 - L'inclusion dans les orientations politiques de santé

Actuellement les actions relatives à l'alimentation dans un objectif d'éducation pour la santé et de modification de comportements sont au cœur des démarches de promotion de la santé.²²

En effet, l'alimentation est un besoin vital mais surtout un acte social, sensoriel et affectif, déterminé par un contexte économique et matériel, lié à des habitudes de vie et qui revêt une dimension culturelle.²² Tout autant d'axes sur lesquels travaillent les actions en promotion de la santé. De nombreux ateliers sur l'alimentation/la nutrition sont développées en France, au niveau national, comme régional, ou encore local et institutionnel.

Comme il l'a été précisé précédemment, la nutrition joue un rôle primordial comme facteur de protection dans les maladies. Aussi, au niveau politique, de nombreux programmes se sont orientés vers cette thématique. Ainsi, s'est développé sur la période 2001-2015 le Programme National Nutrition Santé (PNNS) dont le dernier s'écoule de 2011 à 2015. Ce programme se base sur les orientations stratégiques nutritionnelles du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP).

Le PNNS a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs de la santé : la nutrition. Dans sa construction, il se décline en plusieurs axes divisé en différentes mesures (Annexe1).

Concernant un projet Nutrition Santé Petite enfance, nous nous situons dans l'Axe 1 du PNNS, et plus précisément dans la mesure 4.²¹

Axe 1 → Réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention

- **Mesure 4** : Développer des actions d'information et d'éducation nutritionnelle

Cette mesure appelle à se référer aux repères nutritionnels du PNNS car ces derniers sont souvent inégalement connus ou incompris. Aussi il semble primordial de développer des actions d'information, entre autre auprès de la population afin de favoriser une alimentation diversifiée et favorable à la santé.

Concernant les territoires ruraux, d'autant plus en Lorraine, on rencontre de grandes inégalités sociales en termes de services et prestations en santé. Aussi l'ASEPT, par son déploiement en zone rurale, est un acteur important pour mener à bien des actions de prévention et d'éducation pour la santé vers ses populations et promouvoir les recommandations et politiques nationales.

5.1.1.2 - L'expérience de l'institution

Les ASEPT sont des opérateurs actifs en terme de promotion de la santé sur les territoires. Ils développent des actions de terrain depuis quelques années, orientées vers différents publics : la famille, les adolescents, les enfants, les seniors. Bien implantée sur le territoire lorrain, l'ASEPT Lorraine détient de nombreuses compétences dans la mise en place et la coordination de projet. Que ce soit en terme d'expériences, de ressources financières ou humaines, elle est à même de coordonner un nouveau projet afin de le proposer au plus grand nombre.

Dans le but de développer un nouveau programme de nutrition, l'ASEPT a également l'avantage d'avoir des partenariats grâce à des conventions avec des professionnels. Ces derniers ont l'habitude de travailler avec l'association, avec la coordinatrice de projet, mais également avec les supports de la MSA. Ce sont des animateurs qui ont de l'expérience sur ce type d'action de terrain et qui savent être pédagogues et mener des actions ludiques d'éducation pour la santé.

Enfin, de par son implantation sur le territoire, l'ASEPT a déjà de nombreux contacts sur celui-ci. Les CCAS et les mairies, dans le cadre par exemple des ateliers du « Bien Vieillir sont des atouts majeurs et s'impliquent dans le développement des actions de l'ASEPT. Ce type de ressources est primordial pour une action locale, puisqu'elles sont des relais pour l'association afin, entre autre, de pouvoir connaître par avance l'implication que peuvent avoir les partenaires et rassurer sur une potentielle participation au projet.

5.1.1.3 - Les échanges entre intervention mère et fille

L'ASEPT Lorraine et l'ASEPT Poitou-Charentes sont toutes les deux dépendantes de la MSA au niveau national. Elles répondent toutes deux en terme de compte rendu d'action à la Caisse Centrale de la MSA et proposent des activités aux mêmes contenus. Étant donné que le but de la MSA est de développer, via les ASEPT, sur tous les territoires, le maximum d'offres de promotion de la santé validées, les associations sont encouragées à échanger sur leurs expériences, afin de proposer les actions les plus efficaces.

Aussi, avoir des relations facilitées entre associations, qui mettent respectivement en place l'intervention mère et l'intervention fille, est un levier important dans la mise en place d'une intervention efficace et pertinente.

5.1.2 - Les bénéficiaires

Le programme n'étant actuellement pas encore développé sur le terrain il est donc difficile de pouvoir parler de bénéficiaires. En effet, lorsque l'on parle de bénéficiaires on pense aux résultats. Bien qu'espérant observer des retours et effets similaires à l'intervention en Poitou-Charentes, nous ne sommes actuellement pas en mesure de les prédire puisqu'en éducation pour la santé, lorsqu'il s'agit d'influencer les comportements, l'intervention est interdépendante du contexte. De plus, les changements de comportements, tout comme l'amélioration des connaissances et de l'information disponible, sont des compétences difficiles à apprécier.

Cependant, en ce qui concerne les résultats observés sur l'intervention mère, les retours sont positifs que ce soit pour les parents, les professionnels de santé ou les assistantes maternelles. Ainsi les informations, ou rappels pour certains, ont été perçus comme intéressants, menés de façon ludique et participative. Pour les familles, un élément est souligné quant au fait

que les parents aient pu dédramatiser leurs habitudes alimentaires en échangeant avec le professionnel de santé intervenant.

Si l'on s'intéresse à d'autres programmes de nutrition en faveur de la petite enfance, le centre social Saint-Michel Jéricho de Saint-Max en Lorraine propose des ateliers nutrition-cuisine accueillant les parents et leurs enfants. Malgré une faible participation du public à ce stade du programme, les résultats sont positifs quant aux informations et connaissances apportées et aux échanges de savoirs faire.

5.1.3 - Les inconvénients

5.1.3.1 - Le diagnostic de territoire

Une intervention en santé publique suppose en effet, une réflexion préalable sur l'intérêt de la développer et doit se décomposer en trois étapes.²³

- Le diagnostic de santé publique
- La programmation et l'implantation de l'intervention
- L'évaluation de l'intervention

Ici, le diagnostic de santé publique, qui permet d'identifier le problème sur lequel l'action va porter au niveau du territoire, de la population, mais également ses déterminants a été délaissé.

Aussi, si l'on se réfère à la triade « Besoins-Demandes-Réponses », on pointe le fait que, dans le cadre du transfert des « Ateliers Nutrition Santé Petite Enfance », aucun besoin n'a été identifié ni demande exprimée. Il s'agit juste d'une réponse apportée vis-à-vis de problématiques nutritionnelles générales, détaillées de manière épidémiologique dans la littérature.

Ne pas réaliser de diagnostic de territoire diminue également l'implication des participants et des partenaires puisque aucune démarche préalable n'a été réalisée auprès d'eux sur leur territoire.

Lors de l'assemblée générale de la micro-crèche de Châtel sur Moselle, un des parents avait pointé le manque de formation aux gestes de premier secours. Cette réaction nous rappelle à l'intérêt de prendre en compte les besoins du public afin d'apporter les réponses adéquates en terme de santé. Se soulève alors la notion de diagnostic initial et plus particulièrement de diagnostic participatif. En proposant ici un projet nutrition aux parents, on ne répond pas forcément aux attentes/demandes de territoire et on peut d'ores et déjà nuire à sa pérennité. P.Houée précise qu'« il n'y a pas de projet de développement durable et efficace sans participation effective de la population, une participation qui ne se limite pas à l'adhésion à une décision externe, mais qui soit la prise en main de ses problèmes et de ses solutions, selon son langage et sa culture ».²⁴

A.Traore-Ambrosetti ajoute, dans son travail sur le diagnostic participatif, que les expériences ont montré que l'implication active du public, dès le diagnostic, dans un projet qui leur est destiné participe à la légitimation et à la validation de l'intervention mais participe également à la pérennité de celle-ci.²⁵

Aussi le défaut de diagnostic initial est un frein stratégique au développement d'un projet, et ici au transfert efficient dans un nouveau contexte. De plus, le lien évident entre implication des participants et des partenaires, pérennité du projet et notion de démarche participative semble avéré.

5.1.3.2 - L'implication des participants et des partenaires

La participation est indissociable d'un projet en promotion de la santé. D'ailleurs, la Charte d'Ottawa mentionne que « *la promotion de la santé passe par la participation effective de la communauté, à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé* ». ³

Aussi, la participation des populations est une dimension essentielle de l'amélioration de l'état de santé. Cependant, lors de la mise en place du projet « Ateliers Nutrition Santé Petite Enfance » sur le territoire Poitou-Charentes, l'ASEPT de la région avait observé un faible taux de participation des parents d'enfants de 0 à 3 ans aux ateliers. Malgré une campagne de communication intensive et effective, l'implication et la participation des bénéficiaires restent incertaines.

En effet, l'utilisation d'une démarche non participative ne permet pas d'optimiser l'implication des participants.

Échelon	Degré de participation
1 ^{er} échelon	L'équipe projet sans communiquer avec les citoyens
2 ^{ème} échelon	L'équipe projet informe les citoyens sans leur demander de se prononcer sur la question
3 ^{ème} échelon	L'équipe projet consulte sans réellement tenir compte des commentaires émis
4 ^{ème} échelon	L'équipe projet consulte et tient compte des commentaires émis
5 ^{ème} échelon	L'équipe projet s'associe à la population pour résoudre le problème
6 ^{ème} échelon	L'équipe projet remet entre les mains des citoyens le pouvoir de prendre seuls les décisions appropriées

Tableau VII : Les différents niveaux d'implication²⁶

Dans le cadre du projet Ateliers Nutrition Santé Petite Enfance, l'ASEPT Lorraine se situe au 2^{ème} échelon, soit avec un degré de participation de la population à la coordination du projet très faible. En effet, lors de la mise en place du projet, l'équipe a décidé seule le transfert de l'action sur le territoire lorrain à sa simple décision. Les citoyens/publics n'ont pas été informés de l'action, et donc n'ont pas été non plus consultés pour son élaboration.

Il faut prendre en compte qu'aucun diagnostic de territoire n'a été réalisé. Aussi, l'approche participative ne s'est pas instituée comme méthode de concertation pour l'intervention

P.Aquino précise que « *la grande réussite de ces évolutions est [...] la volonté de remplacer la relation d'assistance entre l'encadrement et les populations par une relation de partenariat, basée sur une reconnaissance des savoirs, des perceptions et de la légitimité des acteurs locaux* ». ²⁷ Aussi l'implication des participants auraient pu être stimulée en amont par des stratégies d'élaboration du projet différentes, en l'occurrence s'approchant un peu plus du modèle participatif.

En ce qui concerne les partenaires, bien qu'ils aient été informés de la mise en place du projet, leur contribution s'est limitée pour la plupart à la mise à disposition d'affiches et de flyers dans leurs locaux afin d'augmenter la visibilité du projet et de le promouvoir. En effet, il n'a été accordé aux partenaires aucun pouvoir de décision vis-à-vis du projet, de son implantation et de son contenu, qui, entre autre pour ce dernier, aurait pu être judicieusement retravaillé avec le médecin de PMI. De plus, les partenaires et acteurs de terrain sont clairement identifiés en santé publique en qualité de personnes ressources en ce qui concerne les besoins et demandes des populations en terme de santé. Il aurait donc été possible de les consulter afin, par exemple de s'orienter plus ou moins vers des territoires présentant plus particulièrement des inégalités de santé marquées par des problématiques de nutrition.

Aussi, bien qu'on ait agi en quelque sorte dans une démarche pluridisciplinaire, l'inclusion et la participation des partenaires au projet n'a été que très faible. Ce manque d'implication, mais surtout d'inclusion des partenaires à la source du transfert de projet est un frein clairement identifié, tant en terme de ressources que de moyens.

5.1.3.3 - Le coût du projet

Le projet présente un coût conséquent et légèrement au-dessus de la moyenne des ateliers proposés par la MSA. Ainsi, au vue du coût matériel et des prestations, le prix d'un atelier s'élève à environ 40€/participant.

Si l'on compare par exemple avec le programme de nutrition proposé par l'ASEPT Lorraine aux adolescents de lycées agricoles et de Maisons Familiale Rurale, on se situe sur un forfait d'environ 10€/atelier/participant.

Il s'agit bien évidemment d'un programme expérimental au titre du territoire lorrain qui méritera des réajustements pour les années à venir pour le reconduire et le budget pourra être d'autant mieux évalué après une première expérience.

Cependant, au vue du financement FNPEISA accordé, une réévaluation du budget a tout de même été nécessaire malgré la limitation du projet à trois structures. En effet, le choix d'une réorganisation en ce qui concerne la mise en place de réunions avec les micro-crèches ainsi qu'avec les diététiciennes a été envisagé afin d'optimiser la maîtrise des coûts. Cette nouvelle évaluation a permis d'estimer le coût à 25€/participant pour un atelier. Aussi il est nécessaire de pouvoir s'adapter aux conditions matérielles, en l'occurrence financières, afin de mener à bien un projet tout aussi efficient en terme de prestations.

5.1.3.4 - Le contenu des ateliers et la structure du programme

La structure du programme peut poser questions. En effet, il s'agit d'un cycle de trois ateliers très construits et structurés. Ce cycle est très informatif mais revendique tout de même un aspect éducatif. Cependant il s'agit d'un programme très court (trois ateliers collectifs) et très peu personnalisé en fonction des besoins du publics. Il ne contient également aucune pratique (cuisine par exemple) et ne rebondit dans ses aspects ludiques que sur des questionnaires et documents à compléter (fiches menus, recettes ...). Son format semble donc peu adapté à un objectif efficient d'éducation pour la santé, avec une volonté réelle de changer les comportements.

Bien que l'utilisation d'ateliers collectifs permette à la fois de diminuer les coûts par rapport à des entretiens individuels, de toucher un plus grand public et d'augmenter l'aspect participatif, il n'en reste pas moins que les apports ne peuvent être que sur des bases générales. Aussi, il est important de travailler avec le professionnel intervenant. Dans un premier temps, en amont, sur

les questions éventuellement posées par le public, de par son expérience d'expert, la diététicienne connaît généralement les problématiques rencontrées. Dans un second temps, en aval, suite aux différentes situations rencontrées pendant les actions afin de pouvoir proposer, en perspectives, des ateliers plus complets et mieux adaptés.

Le contenu du programme « Atelier Nutrition Santé Petite Enfance » étant validé nationalement au niveau MSA, il n'est pas possible d'en modifier ni la structure ni les supports/contenus. Éventuellement des réajustements pédagogiques peuvent être envisagés avec les diététiciennes intervenantes notamment sur la façon d'aborder les thématiques.

C'est ici une limite importante dans l'adaptation d'un projet à un nouveau contexte. D'ailleurs, bien qu'on agisse sur le même département pour les trois structures, il se peut tout à fait qu'un programme soit parfaitement adapté à l'une et demande des ajustements très différents chez les deux autres. L'éducation pour la santé, est encore une fois, très dépendante du contexte, du public, des besoins et des demandes.

5.2 - Perspectives du projet

Suite à la mise en place de ce projet et de son évaluation, il serait pertinent de pouvoir le pérenniser sur le territoire. Étant donné que le diagnostic initial avant l'implantation n'a pas été réalisé, il nous faut pouvoir rebondir sur cette première expérience. En effet, les apports tirés de ce premier essai permettront d'en tirer entre autre les éléments concernant les besoins et les demandes des populations. Les évaluations manuscrites, mais également les échanges avec les participants nous encouragerons à pointer les besoins en santé, en terme d'intervention, mais également les demandes.

Une seconde perspective pourrait être envisagée. Il s'agirait de développer le projet « Ateliers Nutrition Santé Petite Enfance » sur d'autres secteurs en mobilisant d'autres structures. Des RAM, des micro-crèches, des crèches, ou encore des PMI pourraient être des structures relais afin d'ouvrir le projet à un plus grand public et élargir ainsi les bénéfiques pour le public sur le territoire.

Avant le démarrage des premiers programmes, deux structures seraient déjà intéressées en Moselle.

Enfin, pour conclure sur ce transfert d'intervention, il faut pointer la nécessité de se poser des questions stratégiques. En effet, il ne s'agit en aucun cas de réaliser un « copier-coller » mais d'identifier les facteurs de réussite et les freins stratégiques, afin de viser l'efficacité de l'intervention pour le public. La notion de participatif, de démarche communautaire sont ici importantes, avec notamment le principe de diagnostic participatif initial. Actuellement, bien que le communautaire ne soit pas toujours évident à développer, il est identifié comme une technique d'élaboration de projet pertinente. Aussi, dans l'éventualité de pérennisation du projet « Atelier Nutrition Santé Petite Enfance », inclure le public dans sa mise en place et surtout son réajustement est une question à débattre. En effet celle-ci pourrait grandement impacter l'implication des participants, mais également les bénéfiques qui seraient peut-être plus probants au vu d'actions adaptées et personnalisées.

Index des tables

Tableau I : Les objectifs du projet.....	15
Tableau II : Le budget prévisionnel	16
Tableau III : Les partenaires du projet.....	18
Tableau IV : Méta-critères de l'évaluation	20
Tableau V : Questions évaluatives et indicateurs de l'évaluation finale de processus.....	21
Tableau VI : Questions évaluatives et indicateurs de l'évaluation finale de résultats	22
Tableau VII : Les différents niveaux d'implication	27

Index des illustrations

Carte 1 : Indicateur conjoncturel de fécondité en 2009 selon la région de résidence de la mère	6
Carte 2 : Répartition des micro-crèches visées par le projet Ateliers Nutrition Santé Petite Enfance sur le territoire lorrain	7

Bibliographie

1. L'éducation pour la santé, quels concepts ? Éducation et prévention pour la santé, Cespharm, 5 février 2015 [page consultée le 03.03.2016] Accessible en ligne : <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Quels-concepts>
2. Prévention et sécurité sanitaire, Livre des plans de santé publique, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, mai 2011, [page consultée le 05.03.2016] Accessible en ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/LDP_2011_BD.pdf
3. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 21 novembre 1986, [page consultée le 03.03.2016] Accessible en ligne : http://www.euro.who.int/_data/asset/pdf_file/003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
4. Etude nationale nutrition santé ENNS 2006, premiers résultats, InVS, Cnam et Université Paris 13, 2007 [page consultée le 15.01.2016] Accessible en ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2007/nutrition_enns/RAPP_INST_ENNS_Web.pdf
5. EPIFANE étude nationale 2011-201, Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie, InVS et Université de Paris 13, protocole 2011, [page consultée le 15.01.2016] Accessible en ligne : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7467
6. E.PRADOT, K.DEWEY, Nutrition and brain development in early life, Insight, Alive&Thrive Technical Brief, Issue 4, January 2012, [page consultée le 03.03.2016], Accessible en ligne: <http://www.ccmamforum.org/pool/resources/nutrition-brain-development-early-life-A-TTechnical-Brief-2012.pdf>
7. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Organisation Mondiale de la santé, UNICEF, 2002, [page consultée le 11.04.2016] Accessible en ligne : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42680/1/9242562211.pdf>
8. M.BOQUET, M.WANNYN, Pr J.P CORBEAU, Dr A.BOCQUET, Aliments de l'enfance, Comment sont nourris nos bébés en 2013 ? Résultats de l'étude Nutri-bébé SFAE 2013, Comportements alimentaires et apports nutritionnels chez les 0 à 3 ans, Dossier de presse, 2013
9. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épipane, France, INVS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2012
10. Manifeste, Le collectif pas de 0 de conduite, *Petite enfance : pour une prévention prévenante*, Enfance et parentalité, ERES ; 2011. p.40
11. C. BELLAS-CABANE, P.SUESSER, Prévention et petite enfance, Traité de prévention, Chapitre 38, 2009 ; p 271-279, [page consultée le 10.03.2016] Accessible en ligne : http://www.snmpmi.org/IMG/pdf/P_Suesser_Prevention_petite_enfance.pdf
12. MSA Midi-Pyrénées Sud, L'association santé éducation et prévention sur les territoires, Nos actions nos partenaires, Santé et médico-social, [page consultée le 22.01.2016] Accessible en ligne : <http://www.msa-mps.fr/lfr/l-association-de-sante-d-education-et-de-prevention-sur-les-territoires-asept->
13. Programme de développement rural FEADER 2014-2020, Lorraine, Mars 2014, [page consultée le 03.03.2016] Accessible en ligne : http://europe-en-lorraine.eu/wp-content/uploads/2015/01/programme_developpement_rural_FEADER_2014-2020.pdf

14. ARS Lorraine, L'importance de la population concernée par le PRAPS en Lorraine, Programme Régionale de Santé, PRAPS, [page consultée le 2.03.2016] Accessible en ligne : <http://arslorraine.prod.flexit.fr/index.php?id=122>

15. URIOPSS Lorraine et Collectif Alerte, *le Livre Noir de la pauvreté en Lorraine*, 2012. p.7

16. INSEE, état civil (données domiciliées 2009), estimations de population 2009 et 2010, [page consultée le 03.03.2016] Accessible en ligne : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1430&page=graph#cartel1

17. Ministère des affaires étrangères, La politique en faveur de la petite enfance en France, info synthèse, La France à la loupe, mai 2007

18. L.CAMBON, V.RIDDE, F.ALLA, Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français, *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 58, 2010 ; pp 277- 283

19. S.WANG, JR.MOSS, JE.HILLER, Applicability and transferability of interventions in evidence based public health. *Health promotion international*. 2006; 21(1). pp 76-83

20. Cambon L. Étude de la transférabilité des interventions de promotion de la santé dans une perspective de promotion des démarches evidence based health promotion : Développement d'un outil d'analyse de la transférabilité des interventions. Thèse de doctorat (Médecine) – Université de Lorraine, École doctorale BioSE, 2012

21. Programme National Nutrition Santé, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011-2015, [page consultée le 13.01.2016] Accessible en ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf

22. Focus Santé, L'alimentation au cœur des actions de promotion de la santé, *Culture&Santé asbl*, N°3, Avril 2014

23. F.ALLA, A.BREZOVSEK, L.CAMBON, L.MINARY, Chapitre 1 : La démarche d'intervention en santé publique, *Intervention en santé publique*, Août 2014 ; pp 11-12

24. P. HOUEE, in Développement social local, une pratique sociale réinventée, MDSL Poitou Charente, 1987 ; p.1

25. A.TRAORÉ-AMBROSETTI, La mise en œuvre d'un diagnostic éducatif : L'exemple de l'Atelier Santé Ville de Talence. Master 2 Professionnel Science de la vie et de la Santé – Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement, Université Bordeaux 2, 2007 ; p.12

26. L.SENDRE et l'Institut Renaudot, Chapitre 2 : Méthodologie de projet dans une démarche participative, *Démarche participative*, École de Santé Publique, Université de Lorraine, octobre 2015 ; p 3

27. P.AQUINO, M.SECK SIDI. Et si les approches participatives étaient inadaptées à la gestion décentralisée de territoire ? / *And if participative approaches were inadapted to decentralised territorial management ?* In: *Géocarrefour*, vol. 76, n°3, 2001. Les territoires de la participation. pp. 233-239.

ANNEXE I

1. PNNS 2011-2015

Axe 1 → Réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention

- Mesure 1 : Mettre en place des interventions spécifiques pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS) en matière nutritionnelle
- Mesure 2 : Décliner la stratégie de prévention nutritionnelle dans le champ de l'alimentation
- Mesure 3 : Mettre en œuvre les actions ayant un impact de santé publique mentionnées dans le Programme éducation santé 2011-2015 et complémentaires à ce programme
- Mesure 4 : Développer des actions d'information et d'éducation nutritionnelle
- Mesure 5 : Promouvoir l'allaitement maternel

Axe 2 → Développer l'activité physique et sportive (APS) et limiter la sédentarité

- Mesure 1 : Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne pour tous
- Mesure 2 : Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA) chez les populations en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques

Axe 3 → Organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition : diminuer la prévalence de la dénutrition

- Mesure 1 : Organiser le dépistage des troubles nutritionnels et la prise en charge du patient
- Mesure 2 : Prévenir et dépister la dénutrition
- Mesure 3 : Prendre en charge la dénutrition
- Mesure 4 : Prévenir et prendre en charge les troubles nutritionnels des populations en situation de handicap

Axe 4 → Valoriser le PNNS comme référence pour les actions en nutrition ainsi que l'implication des parties prenantes

- Mesure 1 : Promouvoir le PNNS comme la référence en matière de « nutrition et santé »
- Mesure 2 : Développer les chartes d'engagement des collectivités territoriales actives du PNNS
- Mesure 3 : Développer les chartes d'engagement des entreprises au profit des salariés
- Mesure 4 : Faire connaître et valoriser les actions et documents validés par le PNNS

ANNEXE II

2. Livret Pédagogique pour l'Animateur

Atelier 1 – « Mangez-moi »

La diversification alimentaire

Quand et comment diversifier l'alimentation de mon enfant

Objectif :

Améliorer la connaissance sur une alimentation diversifiée favorable à la santé et prévenir ainsi des comportements nutritionnels déséquilibrés. Expliquer les recommandations relatives à la consommation du lait et à l'introduction des aliments chez l'enfant de la naissance à 3 ans (diversification et apprentissage de l'alimentation)

Partir des représentations et connaissances des participants et expliquer certains besoins importants de l'enfance

MESSAGES A FAIRE PASSER

Les bonnes habitudes alimentaires se mettent en place très tôt (dès que l'enfant a une alimentation variée, vers 1 an). Encouragez-le donc à bien choisir ses aliments, certains doivent être consommés de façon privilégiée et d'autres en plus petite quantité. Sans oublier qu'apprendre à bien manger à votre enfant est tout à fait compatible avec lui faire plaisir ! C'est vers 2-3 ans que se constitue le répertoire alimentaire de l'enfant, faites-lui découvrir un maximum de saveurs !

SENTIR-GOUTER-MANGER-BOUGER

DEROULEMENT :

- 1- **Distribution du Questionnaire** PNNS T0 sur les habitudes et les comportements alimentaires
- 2- **QUIZ** : énonciation des affirmations une par une à l'aide d'un diaporama. Demander aux participants de se prononcer sur le vrai ou le faux, et d'argumenter leurs réponses. Animation d'une discussion à partir de ces éléments. Conclusion en reprenant la « bonne réponse ».
- 3- **Distribution de la fiche-Bilan** à compléter par les participants à la fin de l'atelier

SUPPORTS PEDAGOGIQUES :

- Document présentant les réponses au quiz
- Document « questions-réponses »
- Site Manger Bouger Pro PNNS
- Site Manger Bouger PNNS « Les différentes étapes de la diversification »

Atelier 2 – « Lisez-moi »

La Lecture d'étiquettes

Mieux se repérer pour mieux consommer avec une meilleure connaissance de l'étiquetage nutritionnel

Objectif :

Renforcer l'information des consommateurs sur la composition nutritionnelle des denrées pré – emballées (meilleure connaissance de l'étiquetage nutritionnel).

Mettre l'accent sur l'identification des gras et sucres ajoutés dans les aliments souvent proposés aux enfants. Simulation avec des morceaux de sucre et cuillères à soupe d'huile

MESSAGES A FAIRE PASSER

Rien n'est interdit. Le corps a besoin de diversité et de variété pour grandir et bien fonctionner. Mais, attention aux aliments « pièges » riches en sucre et matières grasses, à limiter. Lire et comparer les étiquettes des produits alimentaires peut aider à mieux équilibrer l'alimentation de vos enfants dans le sens des recommandations nutritionnelles PNNS. Cela permet notamment de choisir les produits les moins gras et les moins sucrés

DEROULEMENT :

Outils d'animation :

- 1- Présentation** : des éléments relatifs à la lecture des étiquettes (mentions obligatoires / facultatives – tableau nutritionnel).
- 2- Atelier : Lecture et décryptage d'étiquettes et d'emballages**
 - ❖ Travail en atelier : les participants se répartissent sur des ateliers et analysent des emballages à partir d'une fiche « qu'est-ce qu'il y a sur l'étiquette ? » : produits dont la cible publicitaire est les enfants (crèmes dessert, fromage à tartiner, compotes et yaourts à boire, gâteaux ...).
 - ❖ Mise en commun : chacun présente ses produits, l'animatrice complète les réponses et apporte des explications supplémentaires. Dénomination / liste des ingrédients / DLC et DLUO. Éléments de promotion du produit.
 - ❖ Approfondissement des éléments relatifs à la qualité nutritionnelle des aliments : décryptage du tableau nutritionnel (glucides / lipides). Simulation de la quantité de sucre (morceaux de sucre) et de gras (cuillère à soupe d'huile). Distribution de la fiche – bilan à compléter en fin de séance

SUPPORTS PEDAGOGIQUES :

- Document « Comprendre l'étiquetage alimentaire » (IFN/ANIA)
- Site Manger Bouger PNNS « étiquetage nutritionnel »
- Diaporama « Comprendre l'étiquetage alimentaire »
- Fiche « comprendre l'étiquetage alimentaire » CLCV/IFN
- Dépliant « DLC/DLUO » (DGCCRF)
- Guide alimentaire pour tous « la santé vient en mangeant » PNNS

Atelier 3 – « Trucs et Astuces »

Pour bien manger au quotidien en famille

Objectif :

Découvrir des idées de menus de saison variés pour manger équilibré toute la semaine en accord avec les repères nutritionnels du PNNS.

Donner des idées pour réaliser un éventail de préparations à partir d'aliments de base. Proposer un répertoire de recettes simples et rapides.

Des conseils simples et pratiques pour bien manger et rester en forme : Echanges avec une diététicienne à partir de fiches pratiques (menus et recettes)

MESSAGES A FAIRE PASSER

L'équilibre se construit sur la journée, voire la semaine. La diversité est la clé de l'équilibre (de tout, un peu). Aucun aliment n'est interdit. Quelques règles simples permettant un équilibre au quotidien : limiter les sucres et les graisses, consommer au moins 5 fruits et légumes par jour ...

DEROULEMENT :

- 1- **Présentation des 9 repères** pour bien manger et bouger plus (PNNS).
- 2- **Concevoir des menus équilibrés :** Échanges à partir de fiches pratiques : menus à compléter et fiches - recettes. Présentation de « la fabrique à menus » (site Internet « Manger Bouger » PNNS).

Des idées simples de plats, des recettes faciles à réaliser :

- A partir d'aliments de base.
- Avec des aliments intéressants en termes de prix et de qualité nutritionnelle.
- Avec les légumes et fruits de saison.
- Avec des restes (aliments en stock).

Le calendrier des fruits et légumes. Présentation des différentes périodes auxquelles un fruit ou légume est dit « de saison ».

Des idées de goûters équilibrés : Présentation du livret « le meilleur du goûter » (Manger Bouger, PNNS).

- 3- **Distribution de la fiche** – bilan à compléter en fin de séance.

SUPPORTS PEDAGOGIQUES :

- Fiches « menus à compléter », fiches recettes et fiches « cuisiner les restes »
- Brochure « le meilleur du goûter » PNNS
- La table des conversions, PNNS Brochure « recommandations sur l'alimentation et l'activité physique pour les enfants et les adolescents »
- Calendrier des produits de saison (PNNS)

ANNEXE III

3. OUTIL ASTAIRE - GRILLE 2 : OUTIL D'ANALYSE DE LA TRANSFERABILITE D'UNE INTERVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT AU TRANSFERT

POPULATION

-
25. Les caractéristiques épidémiologiques et socio-démographiques de la population bénéficiaire de l'intervention sont semblables dans les interventions mère et fille
- Sous-critères : Caractéristiques socioéconomiques (taux de chômage), caractéristiques démographiques (âge, sexe), état de santé
-
26. Les caractéristiques cognitivo-culturo-socio-éducative de la population bénéficiaire de l'intervention sont semblables dans les interventions mère et fille
- Sous-critères : Caractéristiques culturelles (modes de vie et représentations du monde), caractéristiques cognitives (connaissances), caractéristiques socio-éducatives
-
27. Le type de motivation de la population bénéficiaire est semblable dans les interventions mère et fille
- Sous-critères : Motivation induite (incitation financière, intéressements, convivialité) et motivation initiale (intérêt, enthousiasme, plaisir)
-
28. L'accessibilité à l'intervention est semblable dans les interventions mère et fille
- Sous-critères : Accessibilité financière, accessibilité géographique, accessibilité socioculturelle
-
29. Le climat de confiance entre les intervenants et les bénéficiaires est semblable dans les interventions mère et fille
- Sous-critères : Connaissance mutuelle préalable, antécédent d'action, absence de relation interférente - type relation hiérarchique
-
30. La population bénéficiaire fille croit en l'utilité de l'intervention mère
- Sous-critères : L'action est une priorité, elle est reconnue efficace, elle est reconnue bien-fondée
-
31. La population bénéficiaire fille est autant en demande de l'intervention que la population bénéficiaire de l'intervention mère
- Sous-critères : Recueil et prise en compte de la demande
-
32. Les populations mère et fille ont une perception semblable de leurs besoins de santé
- Sous-critères : Recueil et prise en compte dans l'intervention
-
33. L'intervention mère est autant acceptable pour les populations bénéficiaires mères et filles
- Sous-critères : acceptabilité sociale, culturelle, philosophique (ou par conviction – par exemple : l'intervention est un vaccin et on est opposé à la vaccination)
-
34. Le niveau de participation des bénéficiaires est identique dans les populations mères et filles⁵
- Sous-critères : Taux de participation
-
35. Le degré d'implication des bénéficiaires est identique dans les populations mères et filles⁶
-

ENVIRONNEMENT

36. L'environnement institutionnel fille directement influant sur l'intervention est favorable à la mise en place et au succès de l'intervention

Sous-critères : Volonté politique préexistante et durable, soutien institutionnel affirmé et affiché des décideurs, perception positive des décideurs sur l'intervention, statut et marges de manœuvre équivalentes

37. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre fille sont favorables à la mise en place et au succès de l'intervention

Sous-critères : Existence d'antécédents agonistes (par exemple, présensibilisation de la population) ou antagonistes, existence d'interventions agonistes ou antagonistes (par exemple autre intervention qui poursuit un objectif inverse de celui de l'intervention)

38. Les partenariats sont comparables entre les contextes mère et fille

Sous-critères : Même type de partenaires (ex: groupes communautaires, associations, décideurs locaux, bailleurs de fond, agences publiques), même implication des partenaires

MISE EN OEUVRE

39. Les modalités d'intervention de la mère et de la fille sont semblables

Sous-critères : Principes stratégiques (action éducative, formation professionnelle, modification de l'environnement), plan d'action, processus de mise en œuvre, participation des bénéficiaires à la planification (processus participatif), modalités de communication dans l'intervention (ex : entre les acteurs), outils utilisés, durée et échelle de réalisation de l'intervention

40. Les ressources sont à la hauteur de celles disponibles pour l'intervention mère

Sous-critères : Financières, humaines

41. Les intervenants et le chef de projet filles ont des capacités semblables à ceux de l'intervention mère

Sous-critères : Compétences adaptées à l'intervention (scientifique/pratique-expérientielle / savoir-être), expertise appropriée à l'intervention, connaissance des caractéristiques de la population, capacité à travailler en équipe, compétences à la mise en œuvre de l'action mère

42. Les intervenants filles croient en l'utilité de l'intervention mère

Sous-critères : Intervention reconnue comme une priorité, efficace, bien-fondée, acceptation des valeurs et modalités d'intervention sur laquelle l'intervention est fondée

43. L'action mère est acceptable pour les intervenants filles

Sous-critères : acceptabilité sociale, culturelle, philosophique (ou par conviction – par exemple : l'intervention est un vaccin et on est opposé à la vaccination)

44. Les intervenants filles sont mobilisés de manière semblable dans les actions mère et fille

Sous-critères : Implication, motivation, intérêt financier, scientifique, et/ou professionnel

ACCOMPAGNEMENT AU TRANSFERT DE CONNAISSANCES

45. Des adaptations de l'intervention mère peuvent être (ont pu être) réalisées dans le contexte fille sans la dénaturer

Sous-critères : Le contexte le permet, le processus le prévoit dans l'intervention fille (diagnostic, programmation prenant en compte les enseignements de la mère, démarche de projet, pilotage, résultats analysés en continu pour ajuster l'intervention)

46. L'intervention mère a prévu et fournit tous les éléments pour être transférée ?

Sous-critères : Conception en vue d'être transférée : s'appuie sur les moyens et structures ordinaires (ex : professionnels de proximité) ; évaluation des résultats et processus (éléments qui ont contribué aux résultats) ; disponibilité des documents et outils d'intervention de la mère (processus, outils pédagogiques, questionnaires)

47. Un processus de transfert de connaissances existe dans le contexte fille

Sous-critères : Le transfert de l'action est accompagné (appui scientifique, aide méthodologique), formation et accompagnement des acteurs filles à l'intervention mère, création de liens avec les promoteurs ou acteurs et/ou évaluateurs de l'intervention mère, prise en compte des enseignements tirés de l'intervention mère

ANNEXE IV

4. Diagramme de Gantt – Planification prévisionnel du projet

Actions	2016												2017										
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
Élaboration et implantation du projet																							
Analyse du contexte																							
Attente financements																							
Réunion avec les crèches																							
Réunion avec les diététiciennes animatrices																							
Mobilisation des partenaires																							
Communication et inscriptions																							
Définition des différents ateliers suivant les groupes dans les structures																							
Ateliers (1, 2 et 3) dans les différentes crèches																							
Envoi questionnaires T1 aux participants																							
Synthèse-Bilan d'évaluation																							
Communication des résultats aux partenaires et propositions de perspectives et pérennisation																							

ANNEXE V

5. Affiche de communication

*Ateliers Nutrition Santé Petite
Enfance*

Bien manger pour bien grandir

De 0 à 3 ans



Pour qui?
Les parents, les assistantes
maternelles et les professionnels
de la petite enfance

Comment?
3 Ateliers d'1h30 en petits
groupes pour s'informer sur
l'alimentation du jeune enfant

A CHATEL SUR MOSELLE
En partenariat avec la micro-crèche « Tournicoti »



Association santé
éducation et prévention
sur les territoires
Lorraine



santé
famille
retraite
services

L'essentiel & plus encore

ANNEXE VI

6. Le Flyers, bulletin d'inscription

Bulletin d'inscription aux Ateliers Nutrition Santé Petite Enfance

Parent
Professionnel

NOM:.....
Prénom:.....
Adresse:.....
.....
.....
Téléphone:.....
Email:.....

Merci de retourner ce coupon-réponse à l'adresse ci-après

Pour participer à nos ateliers, contactez l'ASEPT Lorraine

Christine MARANGE
15 avenue Paul Doumer
54707 VANDOEUVRE-LES-NANCY CEDEX
marange.christine@aseptlorraine.fr
03.83.50.35.71 ou 03.83.50.35.32

En partenariat avec

La micro-crèche « Tournicoti »
Mairie de Chatel sur Moselle
CAF Vosges
PMI de Mirecourt
CCAS d'Epinal

Ateliers Nutrition Santé Petite Enfance

Bien manger pour bien grandir

De 0 à 3 ans

A CHATEL SUR MOSELLE

 Association santé éducation et prévention sur les territoires Lorraine

 santé famille retraite services Lorraine

Pourquoi?
Pour s'informer sur l'alimentation du jeune enfant
Pour connaître les clés d'une alimentation diversifiée favorable à la santé
Pour devenir un consommateur averti

Pour qui?
Les parents, les assistantes maternelles et les professionnels de la petite enfance

Comment ça marche?
Chaque atelier est organisé en séances d'1 heure 30 en petits groupes

Où?
A proximité, dans une salle communale, salle des fêtes ...

Les Ateliers

Atelier 1: « Mangez-moi »
La diversification alimentaire
Quand et comment diversifier l'alimentation de mon enfant?

Atelier 2: « Lisez-moi »
La lecture d'étiquette
Comment et pourquoi mieux connaître l'étiquetage nutritionnel?

Atelier 3: « Trucs et Astuces »
Pour bien manger au quotidien en famille



4 bonnes raisons de participer!

- Une diététicienne apporte des réponses personnalisées à vos questions
- Vous participez à un moment d'échange en compagnie de personnes qui rencontrent les mêmes préoccupations que vous
- Il n'est jamais trop tôt pour prendre soin de la santé de son enfant
- Et... ça se passe près de chez vous dans une ambiance conviviale



ANNEXE VII

7. Questionnaires d'Évaluation (T0 et T1)

(Les questionnaires T0 et T1 sont identiques)



Questionnaire Atelier Nutrition Santé Petite Enfance – T0 – premier atelier

N° d'anonymisation du participant :

Madame, Monsieur, ce questionnaire permet d'évaluer les consommations alimentaires de votre enfant inscrit à la crèche. En aucun cas il ne sera porter de jugement et les résultats ne seront pas divulgués.

Il s'agit d'avoir un aperçu global des habitudes alimentaires afin de pouvoir adapter aux mieux nos ateliers Nutrition à vos besoins et vos demandes.

Ce questionnaire a été élaboré dans le cadre du Plan National Nutrition Santé 2011-2015 (PNNS).

En vous remerciant de votre participation,

Informations

1. Quel âge à votre enfant ?

0 à 6 mois 6 à 8 mois 8 à 12 mois 1 à 3 ans

2. Votre enfant fait-il au moins un repas complet sans lait par jour ?

Oui Non

Alimentation lactée

3. Allaitiez-vous votre enfant ? Oui Non

4. Votre enfant consomme-t-il du lait 1er âge ? Oui Non

5. **Votre enfant consomme-t-il du lait 2^{ème} âge ?** Oui Non

6. **Votre enfant consomme-t-il du lait de croissance ?** Oui Non

7. **Votre enfant, s'il ne prend plus de biberons ou si vous ne l'allaitiez plus, consomme-t'il des produits laitiers chaque jour ?**

Oui

Non

Si oui :

Combien de fois en mange-t-il par jour ?

1 fois

3 fois

2 fois

4 fois et plus

La diversification de l'alimentation

8. **A partir de quel âge avez-vous commencé la diversification alimentaire de votre enfant ?**

.....

9. **Votre enfant mange-il du pain, des biscottes ou des céréales du type « petit déjeuner » chaque jour ?**

Oui

Non

Si oui :

Combien de fois en mange-t-il par jour ?

1 fois

3 fois

2 fois

4 fois et plus

10. **Votre enfant mange-il du riz, des pâtes, des pommes de terre ou du maïs chaque jour ?**

Ce groupe comprend aussi le blé, la purée lyophilisée, les raviolis, lasagnes, hachis-Parmentier, gratins dauphinois etc ...

Oui

Non

Si oui :

Combien de fois en mange-t-il par jour ?

1 fois

2 fois

3 fois

4 fois et plus

11. **Votre enfant mange-t-il des fruits (y compris des jus de fruits 100 % pur jus) chaque jour ?** (la tomate fait partie de cette catégorie mais pas la pomme de terre)

Oui

Non

Si oui :

Combien de fois en mange-t-il par jour ?

1 fois

2 fois

3 fois

4 fois et plus

12. **Votre enfant mange-t-il des légumes chaque jour ?**

Oui

Non

Si oui :

Combien de fois en mange-t-il par jour ?

1 fois

2 fois

3 fois

4 fois et plus

13. **Votre enfant mange-t-il de la viande, de la volaille, du jambon, du poisson ou des œufs chaque jour ?**

Oui

Non

14. **Votre enfant mange-t-il de plats prêts à consommer (ou plats « préparés »), qu'ils soient frais, surgelés ou en conserve chaque jour ?**

Cette catégorie comprend par exemple les pizzas, les barquettes préparées, sous vide ou congelées, les plats achetés chez le traiteur ainsi que ceux achetés en fast-food et rapportés à la maison.

Oui

Non

Si oui :

Combien de fois en mange-t-il par jour ?

1 fois

3 fois

2 fois

4 fois et plus

15. Votre enfant mange-t-il des produits sucrés comme des gâteaux, des barres chocolatées, des pâtisseries, des viennoiseries, des crèmes dessert chaque jour ?

Oui

Non

Si oui :

Combien de fois en mange-t-il par jour ?

1 fois

3 fois

2 fois

4 fois et plus

16. Que boit votre enfant ?

- De l'eau : Oui Non

1 fois par jour

2 fois par jour

- Du jus de fruit : Oui Non

1 fois par jour

2 fois par jour

- Du sirop : Oui Non

1 fois par jour

2 fois par jour

- Des sodas : Oui Non

1 fois par jour 2 fois par jour

Merci de votre participation

Ne pas supprimer cette page ni ce cadre qui n'est pas imprimé

RESUME

L'éducation pour la santé est un enjeu de santé publique et le lien entre alimentation et santé est plus que jamais d'actualité. Dans le domaine de la prévention, notamment précoce, les acteurs travaillent autour de programmes de nutrition, entre autre en faveur de la petite enfance. En 2015 l'ASEPT Poitou-Charentes avait pris cette orientation et l'ASEPT Lorraine souhaite s'inscrire dans la continuité en transférant le projet initial. Cependant, un transfert de projet implique une démarche analytique en amont.

Aussi, les objectifs de ce travail s'axent autour de l'analyse préalable des conditions et des facteurs de transfert du projet « Ateliers Nutrition Petite Enfance » sur le territoire lorrain et son élaboration pour une mise en œuvre efficiente. Pour cela, une première approche de la transférabilité et l'utilisation d'un outil d'analyse ont permis de déterminer les modalités d'implantation du projet. Ainsi sont mis en évidence la démarche de construction de projet et les outils nécessaires à son applicabilité.

Cette analyse et la construction du projet soulignent et discutent les méthodes et freins stratégiques identifiés pour un transfert facilité.

MOTS CLEFS : PROMOTION DE LA SANTE, NUTRITION, PETITE ENFANCE, TRANSFERABILITE, PROMOTION DE LA SANTE FONDEE SUR LES PREUVES, PLAN NATIONAL NUTRITION SANTE

ABSTRACT

Health education is a public health issue and the link between health and alimentation is nowadays more relevant than ever. In the field of prevention, in particular early prevention, the stakeholders are working around nutrition programs, amongst others in favor of early childhood. In 2015, the ASEPT Poitou-Charentes had first taken this direction, followed today by the ASEPT Lorraine that wishes to enroll in the continuity by transferring the original project. However, such a transfer involves an upstream analytical process.

This work's objectives are focused on the preliminary analysis of the conditions and transfer factors of the "Workshops early childhood health nutrition" project in the Lorraine region as well as its development for an efficient and coherent implementation. For this to happen, a first approach to portability and the use of an analytical tool have identified the implementation modalities of this project. In this way, are highlighted the procedure of project construction and the necessary tools for its applicability.

This analysis and construction of the project not only underline, but also discuss the methods and strategic brakes identified for an easy transfer.

KEYWORDS: HEALTH PROMOTION, NUTRITION, EARLY CHILDHOOD, EVIDENCE-BASED HEALTH PROMOTION, TRANSFERABILITY

INTITULE ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

Association de Santé, d'Éducation et de Prévention sur les Territoires de Lorraine
Offre de Services de la Mutualité Sociale Agricole de Lorraine
15 avenue Paul Doumer
54507 Vandœuvre-lès-Nancy