**Guide méthodologique**

**CONTEXTE**

* 1. **Présentation du contexte du groupe de travail**

Le nouveau *Rapport sur l’obésité dans la Région européenne de l’OMS 2022*, publié le 3 mai, relève que les taux de surpoids et d’obésité ont atteint des proportions épidémiques dans toute l’Europe et continuent de grimper. Aucun des 53 États membres de la Région n’est actuellement en bonne voie d’atteindre l’un des objectifs mondiaux de l’OMS dans le domaine des maladies non transmissibles (MNT), à savoir enrayer la progression de l’obésité pour 2025.

Ce rapport révèle qu’en Europe, près de **1 enfant sur 3** (29 % des garçons et 27 % des filles) sont en surpoids ou obèses. Le surpoids et l’obésité y figurent parmi les principales causes de décès et d’invalidité.

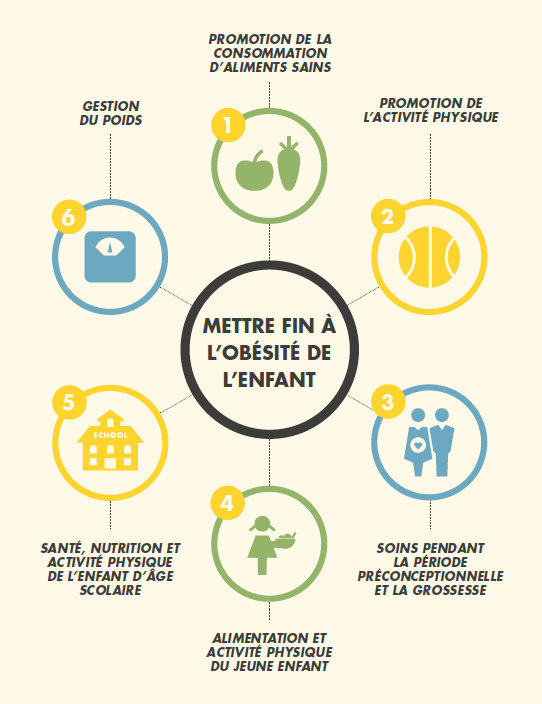
L’obésité est **un phénomène complexe**, avec des déterminants et des conséquences sanitaires aux multiples facettes, ce qui signifie qu’aucune intervention ne peut, à elle seule, arrêter l’évolution de la pathologie.

Toute politique nationale doit atteindre les individus durant tout le parcours de vie et cibler les inégalités. Les efforts de prévention de l’obésité doivent prendre en compte les déterminants de la maladie au sens plus large, et les options stratégiques doivent s’éloigner des démarches centrées sur l’individu et s’attaquer aux facteurs structurels de l’obésité.

Le rapport de l’OMS relève quelques politiques spécifiques qui semblent prometteuses pour réduire les niveaux d’obésité et de surpoids :

* L’application de mesures fiscales (telles que la taxation des boissons sucrées ou les subventions aux aliments sains) ;
* Des restrictions concernant le marketing de produits alimentaires peu sains auprès des enfants ;
* Un accès facilité aux services de prise en charge de l’obésité et du surpoids dans les services de soins primaires, dans le cadre de la couverture sanitaire universelle ;
* Des efforts pour améliorer l’alimentation et l’activité physique durant toute la vie, notamment par des soins administrés pendant la période préconceptionnelle et la grossesse, la promotion de l’allaitement au sein, la prise de mesures en milieu scolaire et les interventions visant à créer des environnements où les aliments sains et les possibilités de pratiquer une activité physique sont plus facilement accessibles et moins chers.

Concernant l’obésité pédiatrique, le *Rapport de la commission de l’OMS « Pour mettre fin à l’obésité de l’enfant »* a fixé en 2016 le cadre que doivent prendre les actions, résumé dans le schéma ci-dessous :



Dans la région PACA, où le taux de prévalence de l’obésité est quatre fois et demie plus important en maternelle dans les territoires défavorisés qu’ailleurs, les travaux menés au titre de la stratégie pauvreté ont fait apparaître le besoin de renforcer très fortement les partenariats autour des démarches de prévention en santé visant les jeunes enfants. Ils convergent avec les orientations du programme régional de santé bâti par l’ARS. L’une des priorités ont été définies pour agir est de développer des actions nutrition / obésité pour les enfants dès 4 ans.

Une action menée par le Commissariat à la lutte contre la pauvreté pour la région PACA, l’ARS PACA, et le rectorat de la région académique a ainsi été lancée via une convention tripartite.

Le groupe de travail « Nutrition et santé » s’est ainsi attaché à travailler sur la prévention de l’obésité infantile dans la région PACA, dès le plus jeune âge. La démarche adoptée a été celle d’une démarche 360°, c’est-à-dire prenant en compte l’ensemble des déterminants de l’obésité infantile et non pas uniquement la nutrition et l’activité physique, démarche prônée par les rapports de l’OMS, ainsi que par des expérimentations à l’étranger, comme à Amsterdam.

* 1. **Présentation des chiffres de l’obésité infantile en PACA**

Sur les 1 500 000 enfants, adolescents, et jeunes de moins de 25 ans résidant en région PACA, près de 900 000 vivent dans des territoires identifiés en situation de désavantage social (classes 4 et 5 IDS)[[1]](#footnote-1). Le taux de pauvreté en PACA est de plus de 2 points supérieurs (17.5%) à celui de la France métropolitaine (14.7%) et ce sont les départements des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse qui sont les plus touchés, quelle que soit la tranche d’âge, avec une concentration de la pauvreté dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (taux de pauvreté de plus de 40% dans certains quartiers). De plus, les jeunes sont les plus touchés: 17,3 % des moins de 30 ans, contre 14,5 % en France métropolitaine.

En région PACA, selon l’étude InfoStat (2014) menée chez des enfants de grande section de maternelle en 2012, on observe un fort gradient de répartition de la prévalence entre PACA Est (Académie de Nice: 8,0% d’enfants en surcharge pondérale dont 2,4% en obésité) et PACA Ouest (Académie d’Aix-Marseille : 10,0% d’enfants en surcharge pondérale dont 3,4% en obésité).

Plus récemment, une étude (Roth 2022) réalisée par la PMI des Bouches du Rhône chez tous les enfants de 3-4 ans a confirmé le fort impact des inégalités sociales. Dans la région, entre 2017 et 2020, 1 enfant de 3-4 ans sur 10 est en surcharge pondérale, notamment les petites filles. Une très grande disparité de situations selon les localisations géographiques est également constatée. Il ressort ainsi que si, seuls 1,1% des enfants appartenant au quintile le plus favorisé sont obèses, les enfants du quintile le plus désavantagé le sont 4 fois plus. Certaines communes sont ainsi particulièrement touchées, comme Vitrolles, Port-de-Bouc ou les quartiers Nord de Marseille, où près de 5% des enfants sont obèses et 19% en surpoids, contre 3,3% et 13,5% à l’échelle de la ville, elle-même fortement touchée à l’échelle du département. En complément de l’analyse de la prévalence, les courbes des enfants ont également été analysées afin de mesurer la prévalence du rebond d’adiposité précoce chez ces enfants. La prévalence du rebond d’adiposité précoce variait de 15.4% à 24.9% selon les territoires. Le rebond d’adiposité précoce (augmentation de l’adiposité avant l’âge physiologique de 6 ans) est un facteur prédictif connu de risque de développer un surpoids puis une obésité (Travaux de MF Rolland-Cachera ; Péneau S, 2016). Une étude prospective et rétrospective récente menée en Allemagne auprès de 51.505 enfants de 0 à 18 ans a montré que parmi les adolescents obèses, la prise de poids la plus rapide s’était constituée entre 2 et 6 ans (âge du rebond précoce) (Geserick M., 2018).

Enfin, il est tout à fait probable que ces chiffres de prévalence aient évolué à la hausse depuis 2020 et la première période de confinement liée au COVID. C’est en effet ce qui a été observé dans le Val de Marne et publié en 2022 dans le [BEH](https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-26-avril-2022-n-8) : sur la population d’enfants de 4,5 ans en moyenne vus en maternelle la prévalence, stable jusqu’en 2020, est passée de 11.4% à 15.8%.

* 1. **Définition des populations ciblées**

Compte-tenu de ces différents travaux, des préconisations de l’OMS et de la volonté de lutter contre les inégalités de santé, le groupe de travail propose que les actions de prévention de l’obésité pédiatrique s’adressent en priorité aux populations les plus en difficultés sur le plan socio-économique.

L’obésité infantile est en effet fortement corrélée aux situations de précarité financière et alimentaire des familles. Les causes sont complexes : éloignement de l’information sur la prévention de l’obésité, fragilité économique empêchant d’adopter une alimentation saine et équilibrée et des habitudes d’activité physique régulière mais aussi facteurs culturels, sociaux, éducatifs, liés à l’environnement de résidence … importants à prendre en compte.

Les actions concernées par ce guide seront donc déployées en priorité dans les quartiers où vivent ces familles, en ciblant à la fois les enfants de 0 à 6 ans et leurs parents, mais aussi les futurs parents et les professionnels intervenant dans le champ du soin et de l’éducation pour la santé du territoire.

Ce guide méthodologique ayant toutefois vocation à s’adapter à tout type de territoires, il convient de suivre la notion d’universalisme proportionné. Ainsi, pour réduire la pente du gradient social de santé, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale.

* 1. **Présentation de l’objectif du guide méthodologique**

L’objectif du guide méthodologique est de :

* **Proposer une démarche 360°**, soit une approche globale de prévention, coordonnée entre les acteurs et basée sur des actions probantes qui touchent tous les déterminants de l’obésité ;
* **Lancer un appel à manifestation d’intérêt** basé sur le guide méthodologique pour fédérer tous les acteurs d’un même territoire autour d’un objectif de prévention de l’obésité infantile.

Le groupe de travail a eu pour mission d’effectuer un travail préparatoire autour des déterminants de l’obésité infantile en PACA et sur les actions probantes menées dans la région et au niveau national. Cela permet d’identifier dans ce guide des propositions d’actions et d’acteurs à fédérer sur des territoires pré-identifiés pour lutter contre l’obésité infantile, notamment via la prévention.

Il est rappelé, en lien avec les recommandations de bonne pratique (OMS, HAS, Santé Publique France), que toutes les actions menées directement auprès du public présentées dans ce guide, devront l’être **dans une démarche et avec une posture éducative**, quel que soit le public : éducation thérapeutique pour ce qui concerne le soin et éducation pour la santé pour les actions de prévention. Cela implique que les actions doivent être conduites et construites à partir des besoins, des connaissances, des craintes, des perceptions de la personne et de son entourage, sans jugement, en utilisant pour cela des techniques d’animation facilitant la parole et s’adaptant aux capacités de chacun, capacités de compréhension (notion de littératie en santé) mais aussi d’actions. Pour les actions menées auprès des enfants, les thématiques devront concerner des leviers que l’enfant peut maitriser, en privilégiant l’expérimentation (concept de « main à la pâte »).

Les actions ne devront pas se limiter à un apport d’informations, de connaissances ou à de simples conseils. Il s’agit bien de conduire les actions dans une perspective de développement des compétences psycho-sociales de l’enfant et de son entourage, en s’appuyant notamment sur l’entretien motivationnel.

**DEMARCHE 360°**

1. **L’influence de l’environnement**

Cette thématique s’attache à promouvoir une approche systémique de la réponse dans la lutte contre l’obésité infantile. Ainsi, elle prend en compte plusieurs déterminants qui ne touchent pas uniquement à l’alimentation ou à l’activité physique à l’échelle individuelle mais à tous les déterminants sociaux et environnementaux qui ont une influence, comme :

* L’environnement culturel et institutionnel ;
* Les inégalités socio-économiques ;
* L’offre alimentation et la publicité afférente ;
* Les aménagements urbains etc.

1. **La santé**

Cette thématique vise la qualité du système de santé pouvant prendre en charge la prévention et le traitement de l’obésité infantile dans la région. Elle fédère ainsi plusieurs acteurs, comme l’ARS, les hôpitaux, l’Education nationale, la PMI et le soin de premier recours.

Les déterminants sont relatifs à la coordination des acteurs du système de santé (exercice coordonné et pluridisciplinarité en particulier), à la qualité de la prévention, l’intégration de la médecine scolaire dans le parcours de santé de l’enfant….

1. **La promotion et l’accès à une alimentation saine**

Cette thématique touche la nutrition de l’enfant dans les structures d’accueil de la petite enfance mais aussi l’éducation au goût et plus largement la sensibilisation des parents sur ces problématiques d’alimentation. Le choix du type d’allaitement et son accompagnement sont aussi un déterminant important.

1. **La promotion et l’accès à l’activité physique, la lutte contre la sédentarité**

Cette thématique vient traiter des questions d’activité physique, de sédentarité et de rythme de vie dont le sommeil. Des déterminants comme l’usage des écrans doivent y être pris en compte. La sensibilisation des parents est ici encore déterminante mais aussi les possibilités d’accès à des espaces où l’activité physique est possible (cf aménagements urbains)

1. **Les 1 000 premiers jours : de la conception à la naissance**

Cette thématique concerne les 1 000 premiers jours, de la conception à l’accouchement. Elle se focalise donc sur les parents, leur santé physique et mentale et la prévention apportée par le système de santé et les associations sur leur propre prise de poids et sur l’accueil de l’enfant.

Les principaux facteurs déterminants de l’obésité infantile pendant cette période sont (cf. Bibliographie et travaux sur les cohortes EDEN et ELFE) :

* **Pendant la période préconceptionnelle :**
  + La précarité des familles
  + L’obésité des parents (facteurs génétiques sur lesquels il paraît difficile d’intervenir)
* **Pendant la grossesse :**
  + Le tabac
  + La prise de poids excessive
  + Le diabète mal équilibré

D’autres facteurs existent comme la dénutrition maternelle en début de grossesse ou la naissance par césarienne, la prise d’antibiotiques à large spectre (par le biais probable d’une modification du microbiote intestinal) mais ces facteurs semblent avoir moins de poids dans les études de cohorte. Les facteurs émotionnels sont aussi importants à prendre en compte pendant cette période.

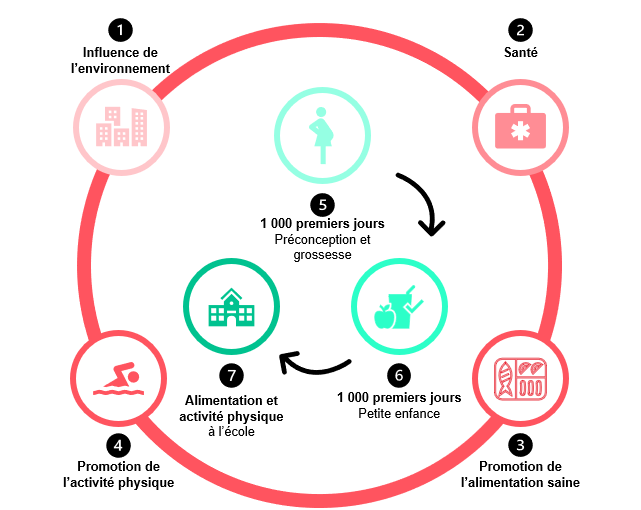
1. **Les 1 000 premiers jours : 0 – 2 ans**

Cette thématique concerne principalement la nutrition du tout-petit, en lien avec son rythme de vie (alimentation / activité physique / sommeil) et en particulier les aspects éducatifs liés à l’alimentation. En effet les enfants à risque de surpoids naissent souvent avec un trouble de la régulation de l’appétit et les parents doivent être accompagnés pour apprendre à gérer cet appétit parfois excessif. Dire non à un enfant qui réclame à manger est difficile !

1. **La santé à l’école, dont l’alimentation, l’activité physique, la sédentarité…**

Cette thématique traite spécifiquement du cadre scolaire, autour des différents axes de prévention pouvant y être mis en œuvre : l’alimentation, par exemple via l’offre alimentaire en restauration scolaire et les actions pouvant y être associées (formation des personnels de restauration, éducation au goût…), l’activité physique et la lutte contre la sédentarité, via les cours d’EPS et les actions comme « The Daily Mile » ou « Je bouge + à l’école », la santé, via la santé scolaire et les actions de promotion pour la santé (dont sommeil, rythmes de vie…).

Présentation synthétique des déterminants de l’approche 360°

****

*Source : OMS*

**ACTIONS A MENER**

**3.1. Le cadre méthodologique des actions : référentiels et bonnes pratiques**

Les travaux du groupe de travail ont permis de mener une réflexion autour des actions à mener pour améliorer la prévention de l’obésité infantile dans la région. Un travail de recensement a ainsi été mené pour identifier les actions probantes dans la région ou au niveau national, voire international ([registre des interventions probantes SPF](https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/cadcgp.php))

Une action probante est une action qui, après avoir été expérimentée, a fait l’objet d’une évaluation ayant conclu à un impact positif sur la lutte contre le surpoids et l’obésité infantile.

Ces actions probantes peuvent devenir une inspiration pour les collectivités territoriales répondant à l’appel à manifestation d’intérêt, afin de mettre en place certaines en suivant le protocole établi. Toutefois, ce répertoire d’actions n’est pas exhaustif et il est important de laisser une marge de manœuvre aux collectivités et de pouvoir adapter ces actions aux spécificités locales, en partenariat avec l’ARS.

Par ailleurs, des actions prometteuses ont été ajoutées, permettant d’expérimenter des dispositifs qui viennent répondre à un besoin ou à un manque des actions probantes.

Enfin, des ressources documentaires ont été identifiées tout au long du document et listées en Annexe 1.

**Présentation des macro-recommandations de l’OMS**

1. Mettre en œuvre des programmes complets favorisant la consommation d’aliments sains et diminuant celle des aliments nocifs pour la santé et des boissons sucrées, chez l’enfant et l’adolescent ;
2. Mettre en œuvre des programmes complets favorisant l’activité physique et réduisant les comportements sédentaires chez l’enfant et l’adolescent ;
3. Renforcer les orientations pour la prévention des maladies non transmissibles et les intégrer à celles en vigueur actuellement pour les soins avant et pendant la grossesse, afin de réduire le risque d’obésité de l’enfant ;
4. Fournir des orientations et un soutien concernant l’alimentation saine, le sommeil et l’activité physique pendant la petite enfance afin que les enfants grandissent correctement et prennent de bonnes habitudes ;
5. Mettre en œuvre des programmes complets favorisant des milieux scolaires sains, la connaissance de la santé et de la nutrition et l’activité physique pour les enfants d’âge scolaire et les adolescents ;
6. Fournir aux enfants obèses et aux jeunes obèses des services centrés sur la famille et le mode de vie et comportant de multiples éléments, afin de les aider à gérer leur poids.

**3.2. Les actions retenues pour lutter contre l’obésité infantile**

1. **L’influence de l’environnement**

**Action #1 : Encourager un environnement de résidence favorable à la santé**

* Aménager des **zones piétonnes ou cyclables** sécures dans l’espace urbain
  + **Description**: Mettre en place des pistes cyclables, piétonniser des rues et élargir les trottoirs, prévoir de la végétation et de l’ombre…
  + **Porteur :** Collectivité territoriale
  + **Référence :** Amsterdam / Action probante (Yang and al, *Ob Reviews*, 2020)
* Guider l’action publique via la mise en place d’aménagements tels que les **jardins partagés**
  + **Description :** L’accès à un jardin partagé pourrait favoriser l’adoption de pratiques alimentaires plus favorables à la santé par les habitants de quartiers défavorisés.
  + **Porteurs :** Collectivité territoriale / Associations
  + **Références :** Etude « Des jardins partagés dans les quartiers d’habitat social: un moyen de repenser les pratiques alimentaires ? » N. Darmon, P.Martin, 2018 ; [Projets Alimentaires Territoriaux (PAT) portés par les DRAAF](https://draaf.paca.agriculture.gouv.fr/les-fiches-des-pat-de-provence-alpes-cote-d-azur-a2515.html)
* Aménager des **aires d’activité pour les enfants et les familles, accessibles et sûres**
  + **Description :** Aménager des aires de jeu de proximité, ainsi que dans les cours d’école, privilégiant la végétalisation, pour inciter les enfants à pratiquer une activité physique basée sur le jeu, avec leur entourage
  + **Porteur :** Collectivité territoriale
  + **Références :** [Guide du Design Actif](https://terredejeux.paris2024.org/actualite/paris-2024-lance-son-guide-operationnel-du-design-actif) / <http://geoprodig.cnrs.fr/items/show/50552>

**Action #2 : Agir sur l’offre alimentaire urbaine**

* Aménager des **fontaines à eau attractives**
  + **Description :** Faire en sorte que l’accès à l’eau potable soit incitative pour que les enfants la privilégient sur d’autres boissons sucrées, en adoptant par exemple une charte graphique enfantine pour attirer l’œil des enfants et rendre l’eau aussi « amusante » que les autres boissons
  + **Porteur :** Collectivité territoriale
  + **Référence :** Amsterdam / Action probante

1. **La santé**

**Action #1 : S’appuyer sur le modèle RéPPOP**

**Description :** Promouvoir une approche pluridisciplinaire et coordonnée de la prise en charge de l’obésité de l’enfant et de l’adolescent en accompagnant les professionnels de ville et les familles (prévention, etc.) et permettre l’accès à toutes les familles ayant un enfant en surpoids à un suivi pluridisciplinaire financé, en axant cette démarche sur la prévention et la coordination entre les acteurs du système de santé

**Porteur :** ObEP PACA et CSO / ARS

**Référence :** Publication sur résultats des RéPPOP (Carriere and al, *Pediatric Obesity. 2019*) / Feuille de route nationale Obésité

**Action #2 : Déployer le dispositif MRTC en s’appuyant sur les structures de soins coordonnées : MSP et centres de santé**

**Description :** Le programme « Mission Retrouve Ton Cap » a été expérimenté dans le Nord Pas de Calais, à La Réunion et en Seine St Denis. Il vise à améliorer la prévention de l’obésité chez les jeunes enfants à travers le déploiement d’une nouvelle prise en charge de prévention, pluridisciplinaire, gratuite, précoce et adaptée aux besoins de l’enfant et de sa famille. Cette prise en charge s’adresse aux enfants de 3 à 12 ans, en surpoids ou obèse sans signes de complexité ainsi qu’à leur famille, sur prescription par le médecin qui suit habituellement l’enfant dans des structures de type MSP ou Centres de santé préalablement sélectionnées.

**Porteur :** CPAM / ObEP PACA et CSO / ARS

**Référence :** LFSS 2022 ; logigramme d’orientation régional en Annexe 2

1. **Favoriser une alimentation équilibrée**

**Action #1 : Renforcer l’apport d’information sur l’alimentation**

* Renforcer la publicité associée aux produits sains via le **Nutriscore** et s’appuyer sur la publicité (initiative PNNS)
  + **Description :** Simplifier l’information du consommateur sur la qualité nutritionnelle des aliments préemballés et inciter les industriels à améliorer la qualité nutritionnelle de leurs produits
  + **Porteur :** Etat
  + **Référence :** Santé publique France / Action probante
* Mener des actions autour de **l’éducation au goût** avec le Réseau régional de l’éducation à l’alimentation et au goût pour coordonner les acteurs locaux (éducation, associatif, etc.) et dispenser des formations
  + **Description :** Apprendre aux enfants à apprécier les aliments et faire en sorte que manger de tout, et notamment des aliments sains, ne soit pas une contrainte mais devienne un plaisir, sans stigmatiser les enfants
  + **Porteur :** CRES / DRAAF / GRAINE PACA
  + **Référence :** travaux du Centre des Sciences du Goût et de l’Alimentation de Dijon (Sophie Nicklaus et collaborateurs)

**Action #2 : Améliorer l’équilibre alimentaire et la qualité nutritionnelle des aliments en favorisant des achats sans coût supplémentaire dans une population défavorisée**

* Lutter contre les inégalités sociales dans l’accès à une nourriture accessible avec le programme **Opticourses**
  + **Description** : Améliorer l’équilibre alimentaire et la qualité nutritionnelle des aliments en favorisant des achats sans coût supplémentaire dans une population défavorisée, par la mise en place d’ateliers, tout en prenant en compte l’accessibilité financière des aliments sains
  + **Porteur :** INRAE / CRES / CODES et CoDEPS
  + **Référence :** INRAE / Action probante SPF
* Structurer, optimiser les initiatives comme les **« Paniers solidaires » et les Épiceries sociales** et plus largement des volets d’aide alimentaire pour garantir l’accessibilité de l’alimentation équilibrée (Ex : délivrance de coupons de fruits et légumes…)

1. **La lutte contre la sédentarité et la promotion de l’activité physique**

**Rappel :** Recommandations générales pour les 0-4 ans

* Nourrissons (0-1 an) :
  + Être physiquement actif plusieurs fois de différentes manières, en particulier par le biais de jeux interactifs au sol (plus c'est mieux.)
  + Pour ceux qui ne sont pas encore mobiles, inclure au moins 30 minutes de temps sur le ventre, réparties tout au long de la journée pendant qu'ils sont éveillés.
  + En position assis :
    - Ne pas être retenu pendant plus d'une heure d’affilée (par exemple, dans une poussette ou une chaise haute).
    - Le temps d'écran n'est pas recommandé.
    - Lorsque le bébé est sédentaire, il est recommandé de s'engager avec lui dans des activités telles que la lecture et la narration.
* Enfants de 1 à 4/5 ans :
  + Au moins 180 minutes / j passées dans une variété d'activités physiques à n'importe quelle intensité, y compris des jeux énergiques, réparties tout au long de la journée - plus c'est mieux. Pour les 3-4 ans : au moins 60 mn de jeux énergiques… Favoriser le jeu et le plaisir, diversifier les activités : marche, course, sauts, lancers, équilibre, découverte du milieu aquatique...
  + En position assis :
    - Ne pas être retenu pendant plus d'une heure d'affilée (par exemple, dans une poussette ou une chaise haute) ou rester assis pendant de longues périodes.
    - Pour les moins de 2 ans, le temps d'écran sédentaire n'est pas recommandé. Pour les enfants âgées de 2 à 4 ans, le temps d'écran sédentaire ne devrait pas dépasser 1 heure (moins c'est mieux).
    - Lorsque l’enfant est sédentaire, il est recommandé de s'engager avec lui dans des activités telles que la lecture et la narration

**Références :** Recommandations ANSES 2016-2027 et Directives canadiennes : <https://csepguidelines.ca/guidelines/early-years/>

**Action #1 : Mener un ensemble de bonnes pratiques luttant contre la sédentarité**

Limiter **l’usage des écrans** par les enfants

* + **Description** : Rapport du HCSP : pas d’écrans dans la chambre des enfants, des moments sans écrans, par exemple au moment des repas….en encourageant des actions aidant les parents à trouver des solutions pour remplacer les écrans dans le cadre d’un accompagnement à la parentalité
  + **Référence :** HCSP
  + **Ressources**:

Associations : ["Horizon Multimédia"](https://www.horizonm.fr/) ; Challenges sans écran mis en place dans les écoles: [Défi collectif 2022 | 10 jours sans ecrans](https://10jourssansecrans.org/defi-collectif/) ; [Association Lève les yeux](https://www.levelesyeux.com/)

Action probante SPF « 3-6-9-12 »**:** <https://www.3-6-9-12.org/>

Action probante SPF [Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité (PSFP)](https://www.santepubliquefrance.fr/docs/le-programme-de-soutien-aux-familles-et-a-la-parentalite-psfp)

**Action #2 : Mener des actions favorables à l’activité physique**

Inciter les enfants à **marcher jusqu’à leur école**

* + **Description :** Des expériences comme celle portées par l’association Marchons Vers l’Ecole (MVE) permet aux enfants de se rendre à l’école en marchant, accompagnés d’adultes volontaires et bénévoles. Ce principe est à la fois bénéfique aux enfants (plaisir de la marche, tranquillité et convivialité avant l’école…) et aux parents (gain de temps, prise en charge gratuite de l’enfant…), et à tout le territoire couvert (moins de bouchons, moins de pollution). De plus les enfants sont sensibilisés à la sécurité routière et aux règles à respecter tout au long du trajet.
  + **Porteur :** Collectivité territoriale
  + **Référence :** Association Marchons vers l’école / Livret « Bouger + » <https://onaps.fr/wp-content/uploads/2022/05/Paris2024-Livret-Bouger-Plus.pdf>

1. **Les 1 000 premiers jours : de la conception à la naissance**

**Action #1 : Identifier les besoins et renforcer les actions de formation auprès de l’ensemble des professionnels intervenant dans le parcours des femmes enceintes (santé et social)**

La formation des professionnels apparaît comme un enjeu primordial. Alors que de nombreux acteurs interviennent dans le parcours d’une femme enceinte (sage-femmes, gynécologues, PMI etc.), il n’est pas certain que les professionnels de santé disposent toujours d’une formation en matière de prévention de l’obésité infantile. Certains sujets, comme l’activité physique des femmes enceintes, sont parfois très peu connus.

* **Réfléchir aux formations** qui devraient être développées en complément de l’existant : réunir toutes les personnes qui animent des formations pour mettre en commun les expériences et les enrichir avec la thématique des 1 000 premiers jours et du surpoids pédiatrique
* **Identifier les professionnels** qu’on ne touche pas encore (sage-femmes, médecins généralistes et pédiatres, écoles de diététique) en ciblant également les professionnels du social afin de s’assurer de toucher les publics les plus précaires.

**Action #2 : Élaborer un outil pédagogique à destination des professionnels pour les informer et les aider à adopter la bonne posture et le bon langage dans l’accompagnement des femmes enceintes dans la prévention de l’obésité infantile**

La façon d’aborder, en particulier la question de la prise de poids excessive avec les femmes enceintes, peut être ressentie comme une agression, ce qui peut être contreproductif. Par ailleurs les données sur ce sujet ne sont pas connues de tous. En complément des formations, il peut être utile pour les professionnels de disposer d’un support d’informations et d’éléments de verbatim pour aborder le sujet avec les publics.

**Travailler à l’élaboration d’un document pédagogique d’information et de sensibilisation**, qui pourrait être accessible en ligne, en s’inspirant du fascicule [« Objectif santé »](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjWuL7Q97P3AhVs8rsIHe0FCvQQFnoECBQQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.chu-toulouse.fr%2FIMG%2Fpdf%2Fguide_objectif_sante_pour_mon_bebe_et_moi.pdf&usg=AOvVaw2Xyo7T3xfXOnMpXAZw1FO2) de Toulouse pour outiller les professionnels de santé et en complément d’une [video](https://www.youtube.com/watch?v=Mg97yb6pxT0) développée par le CSO de Marseille avec un financement du Conseil départemental 13.

**Action #3 : Conduire un état des lieux et capitaliser sur les initiatives existantes sur la prévention de la consommation de tabac pendant la grossesse dans la région PACA**

* **A partir des bonnes pratiques identifiées, par exemple au sein de la PMI 06 et du CHU de Nice, conduire un état des lieux pour** voir si au niveau régional il y a des actions identiques autour de la question du tabac, si le sujet est connu et si les équipes disposent des outils nécessaires.

**NB :** sur la partie « tabac », la démarche de « lieux de santé sans tabac » coordonné par le RESPADD dans les établissements de santé qui doivent, en plus du respect de la réglementation interdisant de fumer dans l’établissement, proposer un accompagnement des patients et des professionnels fumeurs dans l’arrêt du tabac semble un levier pertinent. En effet, peu d’établissements sont à ce jour engagés dans cette démarche dans la région PACA

* **Prioriser les maternités dans la mise en place du programme « lieux sans tabac » dans la région PACA**

**Action #4 : Mieux accompagner les femmes enceintes dans leur activité physique**

* **Associer et s’appuyer sur les « Maisons Sport Santé »**, en cours de déploiement, pour promouvoir les actions en faveur de l’activité physique des femmes enceintes.
* **Promouvoir le** [Livret sur l’activité physique pendant la grossesse](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi-2u3y-LP3AhW-SfEDHfGUD9gQFnoECA8QAw&url=https%3A%2F%2Fsports.gouv.fr%2FIMG%2Fpdf%2Fguide-apsetmaternite.pdf&usg=AOvVaw1eiKh8_QHgy595yir7ANLv) élaboré par le Ministère des Sports

**Action #5 : Sensibiliser sur les enjeux relatifs à l’allaitement maternel**

1. **Les 1 000 premiers jours : 0-2 ans**

**Action #1 : Développer des programmes d’éducation thérapeutique pour aider les parents à gérer l’alimentation des tout-petits**

**Proposer des ateliers d’éducation thérapeutique clés en main avec des outils** (vidéos, quizz, livrets etc.) en s’appuyant sur l’existant **et les déployer dans la maison des 1 000 premiers jours, les PMI et les structures pertinentes et les proposer aux femmes (et leurs conjoints) en excès de poids ou ayant présenté un diabète gestationnel**.

* A proposer en lien avec les formations **(Action #1/4)**
* Idéalement dans le cadre de programme d’ETP validés par l’ARS mais en privilégiant un modèle souple qui peut s’adresser à la diversité des femmes, dans l’esprit d’ateliers thérapeutiques. Plus que sur le fond, la question est d’éduquer sur l’attitude à avoir : éducation au goût, éducation démocratique avec un cadre donné par les parents et des marges de libertés données à l’enfant qui est capable de dire très vite s’il a faim ou non, gestion des cris du bébé, etc.

**Action #2 : Renforcer et s’assurer de la prise en compte de l’éducation au goût dans les structures d’accueil des tout-petits**

**Description** Si l’enjeu de la sécurité de ce qui est donné à manger aux enfants ne fait pas de doute, il faudrait s’assurer que les structures d’accueil veillent également à l’éducation aux goûts, tout en s’assurant de la bonne application des recommandations du PNNS en terme d’offre alimentaire. Exemples : découverte des 5 sens à travers des ateliers…

**Référence :** travaux du [Centre des Sciences du Goût et de l’Alimentation](https://www2.dijon.inrae.fr/csga/)

**Action #3 : Informer sur le programme Malin**

**Description :** Dans ce [programme](https://www.programme-malin.com/) lesfamilles sont accompagnées sur les questions de l’alimentation de la femme enceinte et allaitante, sur l’allaitement en lui-même, sur l’utilisation du biberon, sur la diversification alimentaire, sur l’alimentation familiale faite maison.Les sujets en lien avec l’univers de bébé qui peuvent avoir un impact sur leur santé: écrans, sommeil, activité physique sont aussi abordés. Pour les familles avec des difficultés financières, le Programme Malin donne la possibilité d’acheter des produits adaptés et de qualité à prix réduit grâce à des bons de réduction. Ce programme est depuis peu déployé sur la France entière. Une attention particulière est apportée à la prise en compte de la diversité culturelle des familles et les recommandations sont toujours adaptées à tous les budgets.

**Porteur :** Pédiatres AFPA et SFP et partenaires industriels (Danone…)

**Référence :** Partenaires institutionnels: CAF, PNNS/Evaluation scientifique en cours (Etude INSERM ECAIL)

1. **La santé à l’école, dont l’alimentation, l’activité physique, la sédentarité…**

**Action #1 : Faire en sorte que les enfants mangent de manière équilibrée à l’école**

**Description :** Aider les familles à accéder à la restauration collective. Exemple du dispositif « Cantines à 1 € » pour les communes rurales défavorisées

**Référence :** <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/faq_tarification_sociale_des_cantines_2021-12.pdf>

**Action #2 : Développer le programme Ratatouille & Cabrioles**

**Description :** Développer un programme d'éducation nutritionnelle pour les enfants scolarisés en écoles maternelles de quartiers prioritaires autour d’activités ludiques, de découverte et d’éveil nutritionnel et sensoriel. Ce programme associe un accompagnement des équipes éducatives (enseignants et ATSEM) et des temps d’échanges proposés aux parents d’élèves pour répondre à leurs questionnements et discuter de la nutrition de l’enfant de 3 à 6 ans. Y adjoindre éventuellement des actions autour du sommeil, des rythmes de vie…

**Porteur :** Education nationale / CRES / CODES (04 / 05 / 06 /83 / 84) CODEPS 13

**Référence :** Evaluation régionale CRES

**Action #3 : Encourager l’activité physique et lutter contre la sédentarité dans les écoles**

**Description** : Favoriser l’activité physique dans les écoles en organisant en maternelle une séance quotidienne de trente à quarante-cinq minutes environ, selon la nature des activités, l'organisation choisie, l'intensité des actions réalisées, le moment dans l'année, les comportements des enfants…. Ces séances doivent être organisées en cycles de durée suffisante pour que les enfants disposent d’un temps qui garantisse une véritable exploration et permette la construction de conquêtes motrices significatives.

**Référence** : extrait BO

NB : Pour les écoles primaires : Guide « [Je Bouge + à l’Ecole](https://azursportsante.fr/actualites/je-bouge-a-lecole-des-ressources-pour-lutter-contre-la-sedentarite-en-milieu-scolaire/)»

* 1. **Les bonnes pratiques à suivre et les acteurs à fédérer pour assurer le succès de l’implantation d’une démarche 360°**

**Condition #1 : Faire de la formation des professionnels un socle de réussite**

La formation des professionnels est essentielle à la réussite de la mise en œuvre d’une démarche 360° : elle doit être transversale et indispensable à l’ensemble des actions proposées. Cette formation doit permettre aux acteurs d’adopter une démarche de prévention de manière non-stigmatisante. Elle doit s’adresser aux professionnels de santé mais aussi aux autres acteurs intervenant dans les actions de prévention : acteurs du médico-social, enseignants, ATSEM, animateurs périscolaires, agents des collectivités…

Par ailleurs, mieux sensibiliser les professionnels de santé sur les risques d’obésité infantile et les munir d’un annuaire pour pouvoir orienter les familles vers les bons interlocuteurs semble également clé. Cet annuaire pourrait comprendre des réponses spécifiques à :

* Tabac pendant la grossesse ;
* Femmes en surpoids ;
* Public précaire ;
* Diabète gestationnel ;
* Soutien allaitement maternel, etc.

**Condition #2 : S’assurer de la non-stigmatisation des enfants lors du déploiement des actions**

La bonne mise en œuvre de cette démarche ne peut passer que par une posture non-stigmatisante vis-à-vis des enfants et de leurs familles, via notamment la sensibilisation de leurs interlocuteurs et des acteurs de l’écosystème. Un effort devra notamment être porté sur le langage associé à la mise en œuvre des actions.

**Condition #3 : Prendre en compte les représentations sociales**

L’obésité est une maladie très marquée socialement et les représentations autour de cette maladie et de ses déterminants sont importants à connaitre et en prendre en compte en fonction du public visé.

**Condition #3 : S’appuyer sur les structures de soins coordonnées : MSP, centres de santé, CPTS**

Un programme d’éducation pour la santé ou d’éducation thérapeutique nécessite une démarche pro-active de la part des parents, ce qui peut générer un effet d’éviction. Pour résoudre la question du « aller vers » et de « faire venir », il est nécessaire de mobiliser les maisons et centres de santé et d’embarquer les professionnels qui réalisent les entretiens pré-natal et post-natal précoces.

Lorsqu’un problème est repéré, ils doivent pouvoir faire le lien vers les acteurs pertinents, dont les ateliers thérapeutiques.

**Condition #4 : Réfléchir aux leviers offerts par la contractualisation dans le cadre des contrats locaux de santé**

Il pourrait sembler pertinent d’intégrer les indications portées en matière de prévention de l’obésité infantile dans les contrats locaux de santé.

**Condition #5 : S’appuyer sur le service sanitaire**

Certains étudiants en santé interviennent au cours de leur cursus au service de la promotion pour la santé sur la thématique de l’alimentation et de l’activité physique, notamment en milieu scolaire.

Cela peut passer par la formation et l’accompagnement des étudiants, en lien avec la santé scolaire et les enseignants.

**Condition #6 : Coordonner les actions au niveau territorial et régional**

**Condition #7 : S’appuyer sur la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037**

Instruction du 19 Août 2022 et [Référentiel Santé Publique France](https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-competences-psychosociales-un-referentiel-pour-un-deploiement-aupres-des-enfants-et-des-jeunes.-synthese-de-l-etat-des-connaissances-scientif)

**3.4. Les modalités d’évaluation des expérimentations et actions probantes**

En s’engageant à poursuivre cette démarche, les collectivités territoriales acceptent que les fonds versés par les acteurs institutionnels soient conditionnés à l’évaluation des actions mises en œuvre.

Le cadre d’évaluation sera défini en fonction des spécificités locales de chaque collectivité.

Celles-ci seront appréciées selon la carte d’identité d’un territoire.

**Pourront être évalués les indicateurs suivants :**

**1. Suivi des données d’activité et de processus**: type et nombre d’actions, population touchées, écarts au protocole d’action initialement prévu, raisons de ces écarts et mesures prises vis-à-vis de ces écarts. Ces aspects sont importants pour améliorer l’action, sa faisabilité, et en assurer la pérennité.

**2.** **Suivi du Zscore IMC des enfants** en lien avec la PMI pour la maternelle (3-4 ans) et la Santé scolaire en CP, comme le recommande la HAS.

Il faudra définir en amont de la mise en œuvre de l’action, chez qui ce suivi sera effectué ; dans quel(s) territoires(s) ou quelle(s) collectivité(s) (par exemple : écoles, classes, autres…) ; selon quelles modalités (par qui et comment l’information sera relevée pour ensuite être exploitée) ; selon quelle périodicité (une mesure avant le début de l’action est nécessaire si l’on souhaite mesurer l’impact de l’action en avant-après) ; ceci en assurant le respect des règles RGPD.

**3.** **Evaluation qualitative auprès des familles** : évolution des habitudes de vie

Voici quelques exemples de types de questions, à adapter selon le type d’action adoptée pour évaluer comment les familles se sont senties impliquées (échantillon d’une dizaine de participants à adapter selon la taille de l’intervention et l’acceptation des familles) :

* Qu’est-ce qui a changé dans leurs habitudes de vie ? Qu’est-ce qui n’a pas changé ?
* Les actions proposées étaient-elles bien adaptées aux familles et enfants qui en étaient la cible ? (culturellement ou dans la langue la mieux parlée par les familles par exemple).
* Les familles se sentaient-elles "disponibles" pour participer aux actions proposées et sinon, pourquoi ?
* Ont-elles eu l'impression que les actions proposées ont facilité la modification de leur comportements ou qu'elles ont ressenti moins de barrières pour cela ?
* Qu’est-ce qui, dans les actions proposées, les a incité à modifier leur comportement ?
* Comment leur motivation à modifier leur comportement a évolué dans le temps ?

Ici aussi, respects du RGPD, du consentement, de la confidentialité et de l’anonymat dans ce type d’approche qualitative

**4. Suivi et évaluation des ressources mises à disposition**: budget, documentation produite, ressources humaines…

**5. Evaluation de la coordination et des partenariats entre les acteurs**

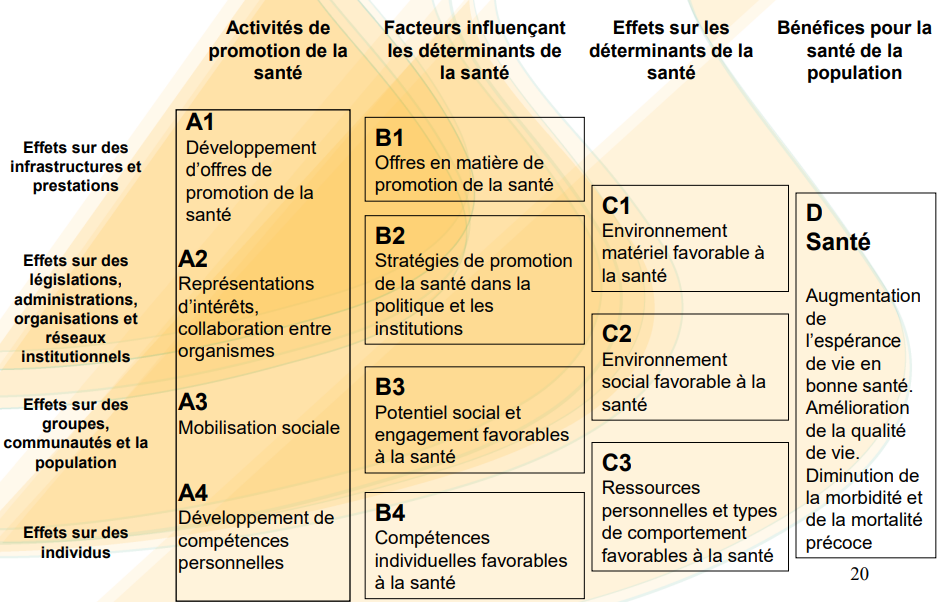
Ces deux aspects sont cruciaux pour la bonne marche d’un programme multicomposante. Un exemple de démarche qui pourrait être appliqué dans ce type de programme au niveau d’un territoire est celle du chemin participatif d'impact du programme 2 au niveau du territoire. Il s’agit de construire avec les acteurs, au début du programme, un schéma de l'intervention décrivant :

* Les ressources : ensemble des moyens mis en œuvres dans le programme, ressource budgétaire et humaine, informations, connaissances, produits, actions,...)
* Les produits : toute production positive ou négative du programme (connaissance, méthode, formations, réseau d'acteurs, ou effets non désirés…
* Les attentes : changements attendus de l'intervention
* Les impacts : effets à moyen et long terme, ce qui reste quand l'intervention est terminée

**L’outil de catégorisation des résultats (OCR)**

L’outil de catégorisation des résultats (OCR) est un outil présentant les différents facteurs et déterminants pouvant influer sur les changements de comportements des individus. Il reprend les différents niveaux d’interventions, d’interactions et de prise en compte possibles afin d’aborder une problématique de santé. Dans une approche type 360°, tous les modes d’interventions peuvent se retrouver dans le modèle proposé par l’OCR.

2 Savy et al. Tailoring Process and Impact Evaluation of a “Cash-Plus” Program: The Value of Using a Participatory Program Impact Pathway Analysis



L’outil de catégorisation des résultats peut être utilisé selon 3 entrées :

- L’analyse d’une situation ou d’une problématique de santé

- La conception de projets intervenant sur différents facteurs et déterminants ou, à minima, prenant en compte les différents déterminants d’une problématique de santé

- L’évaluation de projets et interventions tenant compte de ces différentes dimensions.

L’OCR pourra être utilisé pour démontrer l’impact du projet. Cet outil permet de formuler les objectifs en termes de résultats attendus dans les grandes catégories de déterminants de la santé (comportements, déterminants socio-économiques, environnement physique). Il pourra aider à l’évaluation des indicateurs proposés.

Le relevé des résultats effectivement atteints sera attribué aux catégories et sous-catégories de l’outil :

* Dans quelles catégories et sous-catégories y a-t-il une accumulation de résultats?
* Dans quelle mesure les résultats atteints correspondent-ils aux objectifs visés?
* Dans quelle mesure les interrelations supposées ont-elles été confirmées ou n’ont-elles pas été trouvées?

Le modèle sera utilisé pour des évaluations et bilans intermédiaires, et non seulement finaux. Les résultats intermédiaires pourront alors être réinvestis dans le pilotage du projet.

**ANNEXE 1 : BOITE A OUTILS**

|  |
| --- |
| * Ministère des sports [Livret sur l’activité physique pendant la grossesse](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi-2u3y-LP3AhW-SfEDHfGUD9gQFnoECA8QAw&url=https%3A%2F%2Fsports.gouv.fr%2FIMG%2Fpdf%2Fguide-apsetmaternite.pdf&usg=AOvVaw1eiKh8_QHgy595yir7ANLv) |
| * DRAAF : [Projets Alimentaires Territoriaux (PAT)](https://draaf.paca.agriculture.gouv.fr/les-fiches-des-pat-de-provence-alpes-cote-d-azur-a2515.html) |
| * Site « [legrandforumdestoutpetits](https://www.rencontres-grand-forum.fr/association/le-grand-forum-des-tout-petits/)» |
| Livret PNNS « [Pas-à-pas votre enfant mange comme un grand](https://www.santepubliquefrance.fr/import/pas-a-pas-votre-enfant-mange-comme-un-grand)» et [videos](https://www.youtube.com/playlist?list=PLl00syIAMv7ScGmi2ihVfRrYZYHfv5GFZ) |
| * [Site internet des 1 000 premiers jours](https://www.1000-premiers-jours.fr/fr) |
| * [Programme Malin](https://www.programme-malin.com/) |
| * [Video](https://www.youtube.com/watch?v=Mg97yb6pxT0) sur la prévention de l’obésité pendant les 1000 premiers jours développée par le CSO de Marseille avec un financement du Conseil Départemental 13. |
| * Opticourses : [Registre des interventions probantes SPF](https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/cadcgp.php) |
| * Travaux du centre de recherche de Dijon sur l’éducation à l’alimentation ([Sophie Nicklaus](https://www.rencontres-grand-forum.fr/podcast/episode-4-a-la-maison-ce-qui-sapprend/)) |
| * [Réseau régional de l'éducation à l'alimentation et au goût en région PACA](http://www.cres-paca.org/a/1201/reseau-regional-de-l-education-a-l-alimentation-et-au-gout-en-region-provence-alpes-cote-d-azur-/) |
| * [Ratatouille et Cabrioles](https://www.google.com/search?client=firefox-b-e&q=ratatouille+et+cabriole) |
| * [Rapport sur les écrans HCSP](https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=759) |
| * Site du Programme National Nutrition Santé : [www.mangerbouger.fr](http://www.mangerbouger.fr) |
| * Actions probantes aménagement et renouvellement urbains: <http://orspaca.org/sites/default/files/publications/eis-fiches-donnees-probantes.pdf> |
| * Modèle Vivons En Forme : <https://vivonsenforme.org/wp-content/uploads/2020/09/DP-VIF-Publi.pdf> |
| * Guide du design actif : <https://terredejeux.paris2024.org/actualite/paris-2024-lance-son-guide-operationnel-du-design-actif> |
| * Fiches actions « Bouger + » 2024 : <https://onaps.fr/wp-content/uploads/2022/05/Paris2024-Livret-Bouger-Plus.pdf> |
| * Programme Passerelles Manger Bouger : <http://mangerbouger.passerelles.info/> |
| * Activité physique : ANSES 2016-2027 et Directives canadiennes : <https://csepguidelines.ca/guidelines/early-years/> |
| * Référentiel Santé Publique France sur [Les compétences psycho-sociales auprès des enfants et des jeunes](https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-competences-psychosociales-un-referentiel-pour-un-deploiement-aupres-des-enfants-et-des-jeunes.-synthese-de-l-etat-des-connaissances-scientif) |

**ANNEXE 2** : **LOGIGRAMME DE PRISE EN CHARGE DU SURPOIDS ET DE L’OBESITE DE L’ENFANT EN PACA**



1. Source ARS/ORS Sirsé Paca – IDS indice de désavantage social [↑](#footnote-ref-1)