

« MIAM » à Condé et Vieux-Condé : une action pluriannuelle et partenariale portée par la CPAM de Valenciennes pour « manger intelligent, s'alimenter malin »

Le programme pluriannuel « MIAM » (« Manger Intelligent, s'Alimenter Malin »), dont le CRES a en charge l'évaluation, est porté par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Valenciennes sur le territoire des communes de Condé-sur-l'Escaut et Vieux-Condé. Il associe les municipalités des deux communes, les établissements scolaires, les familles et l'Institut de Formation aux Soins Infirmiers (IFSI). Destiné aux enfants de 3 à 6 ans scolarisés et à leurs parents, il est enclenché depuis 2006 et se déroulera sur une période de 6 ans.

L'objectif général de santé de ce programme porté par la CPAM de Valenciennes, consiste à diminuer - ou à défaut, stabiliser, d'ici 2012, équitablement et durablement, la proportion d'enfants de 3 à 6 ans des communes de Condé-sur-l'Escaut et Vieux-Condé souffrant d'obésité. La méthode choisie est éducative. Elle développe des actions visant à :

- augmenter de 5% d'ici 2012 la proportion de parents et d'enfants démontrant un niveau de connaissances suffisant en matière d'alimentation ;

- augmenter de 5% d'ici 2009 la proportion d'enfants consommant fruits, légumes et produits laitiers de façon quotidienne et conforme aux normes nutritionnelles ;

- augmenter de 5% d'ici 2012 la proportion de parents et d'enfants ayant positivement modifié leur comportement alimentaire ;

- augmenter de 5% d'ici 2012 la proportion de familles bénéficiant de la promotion d'une activité physique commune « parents-enfants ».

Le Comité de pilotage du programme « MIAM » a désigné les membres du Comité d'évaluation de l'action, qui ont pour mission de « valider les processus et les résultats ».

Ce programme est particulièrement intéressant, du fait de son envergure (action concernant deux communes : Condé-sur-l'Escaut et Vieux-Condé durant 6 années) et du fait de son actualité (obésité et petite enfance).

Il nous est apparu que cette action de qualité exigeait une évaluation de qualité. Une proposition d'évaluation a été

Résultat de l'évaluation questionnaire de type semainier

462 questionnaires ont été retournés. Globalement le pourcentage de questionnaires traités est de 90 %. À titre d'exemple, 52% sont des filles. Plus de 70% sont des familles nombreuses de plus de 3 personnes. Ces questionnaires sont basés sur du déclaratif et n'ont pas de valeur statistique scientifique mais permettront de mesurer l'écart en cours d'action.

SOMMEIL

- 75% des enfants dorment plus de 11 heures par nuit.
- 25% des enfants dorment 6 à moins de 10 heures dont 5% moins de 8 heures.

Propositions :

- Organiser des actions sur les rythmes de vie.
- Agir sur le sommeil des enfants à partir de l'outil « Gabriel au pays du sommeil ».

PETIT DÉJEUNER

- 30 % des enfants prennent un petit déjeuner équilibré et changeant chaque jour.
- 70 % des enfants prennent un petit déjeuner unique et identique tous les jours dont 35% uniquement du lait et certains sont complètement déséquilibrés.

Propositions :

- Organiser des actions sur le petit déjeuner équilibré.
- Agir sur les rythmes de vie peut aussi être important sur les rythmes alimentaires.

COLLATIONS

- 30 % des enfants prennent une collation chaque jour.
- 30 % des enfants prennent une collation en dehors des jours de classe.
- 30 % des enfants ne prennent jamais de collation.

Propositions :

- Organiser des actions collation en lien avec les familles à partir des rythmes de vie.
- Mettre en place des actions spécifiques sur le thème des collations équilibrées.

REPAS DU MIDI

- 60 % des enfants prennent un repas, varié et changeant tous les jours.
- 25 % mangent à la cantine.
- 40 % prennent un repas unique dont 20% sans légumes ni fruits.

Propositions :

- Organiser des actions spécifiques fruits et légumes.
- Organiser des actions autour de la consommation de l'eau nature.
- Agir sur l'équilibre hebdomadaire de l'alimentation et des repas.

GOÛTER

- 90% des enfants prennent un goûter.
- 5% des enfants consomment des chips, cacahuètes et autres produits.

Propositions :

- Organiser des actions autour de la revalorisation du pain pour les collations.
- Agir sur le coût de l'alimentation et petit budget à partir du classeur « Alimentation à tout prix ».

REPAS DU SOIR

- 30 % des enfants ont des repas équilibrés variés et changeants.
- 70 % des enfants ont des plats uniques sans légumes, ni laitage, ni fruits.
- Les repas sont souvent lourds, riches et peuvent influencer sur le sommeil.

Propositions :

- Organiser des actions sur les rythmes de vie.
- Agir sur l'équilibre du repas du soir.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

- 40 % des enfants ont une pratique régulière d'activité physique hors école.
- 35 % ont une activité ponctuelle hors milieu scolaire.
- 20 % n'ont pas d'activité physique.

Propositions :

- Organiser des actions sur les rythmes de vie.
- Agir sur le sommeil des enfants à partir de l'outil « Gabriel au pays du sommeil ».

faite avec le concours du CRES Nord - Pas-de-Calais au comité d'évaluation et a pour objet premier de rendre le projet évaluable. A travers cette proposition, il s'agissait de proposer une vision évaluative du projet, et donc un regard différent de celui qui est visible à la lecture de la fiche projet.

Ainsi, nous avons proposé d'appliquer la démarche d'évaluation retenue par les Programmes Régionaux de Santé en Nord - Pas de Calais et explicitée dans le « *Guide pratique de l'évaluation des actions PRS Nord - Pas de Calais à l'usage des acteurs* » (CRES Nord - Pas-de-Calais, 2004).

Nous avons appliqué cette démarche au contenu des documents suivants : la fiche projet 2006 validée par le PRS Santé Cardio-vasculaire et le document de présentation du projet joint au compte-rendu de la réunion du Comité de pilotage de l'action du 26 septembre 2006.

Cette application a permis de repérer les éléments de l'évaluation, et de procéder aux reformulations nécessaires pour rendre l'action évaluable (propositions d'indicateurs, recommandations...). Il a ensuite été possible de proposer un programme d'évaluation du projet.

De l'évaluation des procédures et des processus de l'action découle des recommandations.

Concernant celles en lien avec l'évaluation des procédures, il s'agit de :

- réinscrire le projet dans le contexte de la santé du territoire environnant ;
- relier le projet au modèle explicatif socio-économique de l'obésité ;
- préciser qui fera quoi, comment, où et quand (cahier des charges) ;
- préciser les moyens affectés à chacune des activités ;
- préciser le calendrier des activités.

Quant à l'évaluation des processus, les recommandations faites sont les suivantes :

- repérer les représentations que chacun a de la place et du rôle des acteurs et du public dans le projet ;
- repérer les représentations que chacun a du sens originel donné au projet par ses concepteurs ;
- repérer le degré de connaissance que chacun a du projet (sens, objectifs, moyens).

Mesure de l'indice de masse corporelle

PARTICIPATION ET REPRÉSENTATIVITÉ
Ensemble des écoles de Condé et de Vieux-Condé (9 écoles participantes)

Nombre d'enfants de 3 ans	Nombre de mesures prises	Pourcentage brut
143	67	46,8%
Nombre d'enfants de 6 ans	Nombre de mesures prises	Pourcentage brut
263	192	73%

Les résultats obtenus sont représentatifs :

- à 69,1% (risque d'erreur de 30,9%) pour les enfants de 3 ans ;
- à 76% (risque d'erreur de 24%) pour les enfants de 6 ans.

« Comparer ce que l'on voulait obtenir et ce que l'on a obtenu » (évaluation des résultats)

L'atteinte de l'objectif général de santé du programme sera mesurée par l'indicateur IMC (Indice de Masse Corporelle). Cet indicateur sera calculé à partir des mesures de poids et de taille de chaque enfant aux âges de 3, 6 et 9 ans. Ces mesures seront effectuées dans les écoles auprès de l'ensemble des enfants par les élèves-infirmières de l'IFSI selon un protocole rigoureux établi par leurs formateurs et communiqué aux parents.

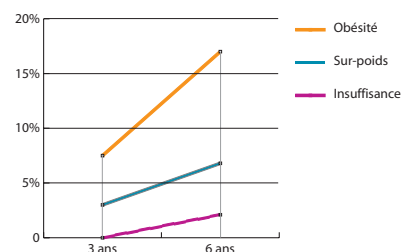
Les résultats, anonymes, seront analysés et communiqués globalement.

L'IMC à 3 ans sera l'indicateur de début d'action. L'IMC à 6 ans sera l'indicateur de fin d'action. Et enfin, l'IMC à 9 ans sera l'indicateur de durabilité des résultats. Les valeurs seuils de l'IMC sont les valeurs validées par le Ministère de la santé.

L'atteinte des objectifs d'action éducative du programme sera mesurée par :

- l'évolution des connaissances démontrées par parents et enfants en matière d'alimentation ;
- l'évolution du nombre d'enfants déclarant consommer fruits, légumes et produits laitiers de façon quotidienne et conforme aux normes nutritionnelles ;
- l'évolution du nombre de parents et d'enfants déclarant avoir positivement modifié leur comportement ali-

Prévalence des statuts selon l'âge



STATUT PONDERAL DES ENFANTS

- L'insuffisance pondérale concerne 0% des enfants de 3 ans et 2,1% des enfants de 6 ans.
- Le sur-poids concerne 7,5% des enfants de 3 ans et 17% des enfants de 6 ans.
- L'obésité concerne 3% des enfants de 3 ans et 6,8% des enfants de 6 ans.

mentaire ;

- l'évolution du nombre de familles bénéficiant de la promotion d'une activité physique commune « parents-enfants ».

« Comparer ce que l'on voulait faire et ce que l'on a fait » (évaluation des procédures)

La comparaison entre les activités prévues et les activités effectivement réalisées est mise en évidence grâce à un « tableau de bord » de l'action mis à jour en permanence.

Ce tableau de bord, accessible à tous les acteurs, décrit chaque activité telle qu'elle était prévue et telle qu'elle s'est effectivement réalisée, que ce soit au niveau :

- du respect du calendrier ;
- de l'utilisation des moyens humains, matériels, financiers et temporels ;
- des activités supprimées ;
- des activités ajoutées.

« Comparer ce que l'on voulait partager et ce que l'on a échangé » (évaluation des processus)

L'évolution des attitudes des différents acteurs et des publics de l'action sera observée et fera l'objet de débats.

A l'occasion de la réalisation des activités, les réactions des acteurs (enfants, parents et intervenants) sont

recueillies. L'évolution de la participation sera analysée et l'évolution des liens et relations au sein de la population et entre professionnels et habitants, examinée. De même, l'évolution des pratiques professionnelles chez les acteurs intervenants sera observée. Les effets imprévus de l'action, positifs ou négatifs, seront décrits et le caractère équitable de l'action et la durabilité des résultats seront examinés.

L'ensemble sera débattu au sein du Comité d'évaluation. Les comptes-rendus des débats seront transmis au Comité de pilotage.

Le modèle explicatif support de l'action a été vérifié (lien entre précarité des familles et obésité des enfants).

Le « score de précarité » des familles a été calculé à partir des résultats d'une enquête anonyme. L'évolution de ce score sera comparée à l'évolution de l'IMC des enfants.

Les résultats de cette comparaison permettront de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse d'un lien entre précarité des familles et obésité des enfants.

Les outils de l'évaluation utilisés

Le protocole de recueil des données taille et poids.

Le protocole de recueil des données taille et poids et de calcul de l'IMC est élaboré par l'IFSI.

Après validation par le Comité d'évaluation, il sera porté à la connaissance de tous les acteurs du programme : enfants, parents, partenaires et intervenants.

La fiche de recueil des comportements alimentaires

Une fiche de recueil des comportements alimentaires de chaque enfant a été élaborée.

Anonyme, elle recueille les données journalières d'une semaine entière suivantes :

- sexe et année de naissance ;
- composition des repas effectivement consommés (petit-déjeuner, repas de midi et du soir, collations) ;
- circonstances des repas ;
- heures de lever et de coucher ;
- activités extra-scolaires réalisées.

Cette fiche a été renseignée par les enfants aidés des adultes proches. Elle sera utilisée durant une semaine par

an, la même pour tous.

Un protocole d'enquête a été écrit, validé et communiqué à tous.

Le CRES Nord - Pas-de-Calais s'est chargé du dépouillement de cette fiche et de son analyse.

Le questionnaire de recueil des données concernant les connaissances nutritionnelles des parents et les données du score de précarité

Egalement dépouillé et analysé par notre comité, un questionnaire destiné aux parents a été élaboré.

Anonyme, il comprend :

- sexe et âge du parent répondant ;
- questions simples concernant les connaissances nutritionnelles de base (20 questions maximum) ;
- les 11 questions du score de précarité « Epices ».

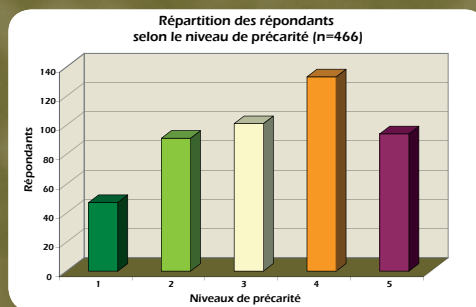
Un protocole d'enquête a, là aussi, été écrit, validé et communiqué à tous.

Pour le score de précarité des familles, on observe avec inquiétude qu'une famille sur deux se situe dans les niveaux de précarité élevés (niveaux 4 et 5) et que plus de 20% des familles se situent dans le niveau de précarité la plus grave (niveau 5).

Appréciation des connaissances des parents et estimation du niveau de précarité des familles

Nombre d'enfants	Nombre de formulaires retournés	Pourcentage brut
892	461	52,8%

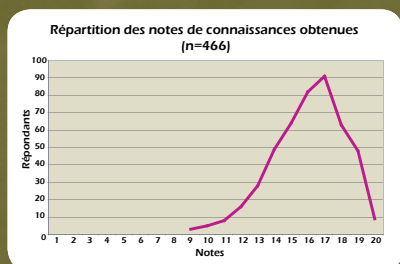
PARTICIPATION ET REPRÉSENTATIVITÉ
Ensemble des écoles de Condé et de Vieux-Condé (9 écoles participantes). Les résultats obtenus sont représentatifs à 88,5% (risque d'erreur de 11,5%).



NIVEAUX DE PRÉCARITÉ DES FAMILLES
Les niveaux de précarité obtenus se répartissent comme suit : les niveaux vont de 1 à 5 (de la précarité la plus faible à la précarité la plus grave).

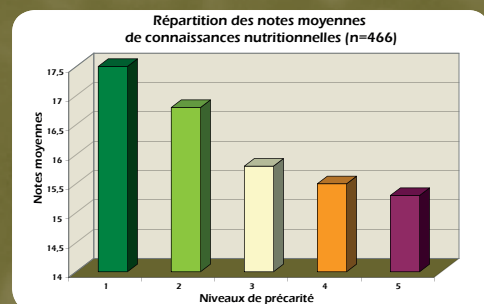
CONNAISSANCES NUTRITIONNELLES DES PARENTS

Les notes de connaissances nutritionnelles obtenues par les répondants se répartissent comme suit :
Amplitude des notes obtenues : de 9/20 à 20/20. 466 répondants.
Moyenne des notes obtenues : 15,991 sur 20.



RELATION ENTRE CONNAISSANCES NUTRITIONNELLES ET PRÉCARITÉ

Il existe une relation statistiquement significative entre les notes moyennes de connaissances nutritionnelles obtenues par les répondants et leur niveau de précarité. Plus la précarité est importante, moins la note de connaissances nutritionnelles est élevée.



Paroles de partenaires

L'application de l'outil Epices permet d'estimer que le taux local d'obésité des adultes est de 15,9% contre un taux de 14,4% au niveau national.

Comme nous montre la mesure de l'IMC des enfants, ce constat ne s'avère pas pertinent pour ce qui concerne les enfants de 3 à 6 ans de Condé et Vieux-Condé.

On peut donc poser l'hypothèse que les parents de Condé-sur-l'Escaut et Vieux-Condé, en dépit des situations de précarité vécues, démontrent une grande compétence à assurer l'éducation de leurs enfants en matière d'alimentation.

La CPAM de Valenciennes a engagé depuis de nombreuses années un partenariat privilégié avec le CRES Nord - Pas-de-Calais. Sa grande disponibilité facilite la collaboration.

Le CRES nous apporte dans ce projet expertise, fiabilité et respect du cahier des charges. Plus de finesse dans l'exploitation des résultats obtenus au cours du déroulement de l'action, un réajustement des objectifs de l'action pour la rendre plus crédible et performante et une expertise par rapport à l'écriture de la fiche projet constituent également les avantages de l'intervention du CRES.

A travers cette intervention, notre perception de l'éducation pour la santé est un souci du rapport à l'autre : qu'attend-il de nous ? Faisons alors en sorte de lui apporter ce qu'il attend et qui améliorera son quotidien par rapport à la représentation qu'il a de sa santé.

Après un an d'action, l'évaluation intermédiaire met en avant des objectifs fondés, des critères d'évaluation précis et des outils

d'évaluation et de synthèse fiables et lisibles. Cependant, le budget évaluation étant toujours difficile à faire accepter par les financeurs, il apparaît une difficulté d'affiner davantage le travail d'évaluation puisque davantage de temps de prestations coûterait plus cher.

Bernadette DUFLOS,
responsable prévention,
CPAM de Valenciennes.

Le score EPICES

Il est constitué de 11 questions dont les réponses s'analysent comme suit :
Chaque répondant reçoit d'abord une constante de 75,14 points. Ensuite chaque réponse OUI donne lieu à ajout ou retranchement de points selon le tableau suivant :

N°	QUESTION	Si OUI
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	+10,06
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28
4	Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28
5	Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF,...) ?	+14,80
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51
7	Êtes-vous allé(e) au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10
8	Êtes-vous parti(e) en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47
10	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47
11	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10

Le score ainsi obtenu est compris entre 0 et 100 et constitue le score individuel de précarité.
A partir du score, cinq niveaux de précarité sont constitués :

Score de 0 à 7,0	Score de 7,1 à 16,5	Score de 16,6 à 30,1	Score de 30,2 à 48,4	Score de 48,5 à 100
Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5

Précarité légère

Précarité importante

Il a été établi et scientifiquement prouvé que ces cinq niveaux de précarité correspondent à des caractéristiques :

- socio économiques (diplômes, profession),
- de modes de vie (stabilité de l'emploi, consommations à risque, recours aux soins),
- de santé (santé perçue, santé buccodentaire, maigreur, obésité, diabète, hypertension).

Bruno Duvivier
Dominique Vergin

**Comité Régional
d'Éducation pour la Santé
Nord - Pas-de-Calais**
235 avenue de la Recherche
BP 86
59373 Loos Cedex
tél 03 20 15 49 40
fax 03 20 15 49 41
cresnpdc@wanadoo.fr

avril 2008

Le CRES est membre du Groupement Régional de Promotion de la Santé
Le CRES adhère à la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes)