



Populations précarisées : l'accessibilité de l'alimentation

Suisse :

**Les villes s'adaptent
aux piétons**

Doris Bonnet :

« Valoriser le savoir
traditionnel des mères »

Nouvelle-Calédonie :

**prévention des
conduites addictives**

La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

LA **Santé**
de l'homme

est éditée par :

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directrice de la publication :
Thanh Le Luong

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**
<dired@inpes.sante.fr>
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux** et
Nathalie Houzelle
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand**
<ericlegrand35@orange.fr>
Aide à l'action : **Florence Rostan** <florence.rostan@inpes.sante.fr>
La santé en chiffres/enquête : **Christophe Léon**
<christophe.leon@inpes.sante.fr>
International : **Jennifer Davies**
<jennifer.davies@inpes.sante.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé**
<michelconde@grignoux.be>
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : Centre de documentation
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :

Élodie Aïna (INPES), **Jean-Christophe Azorin** (Épidaure, CRLC, Centre de ressources prévention santé), **Dr Bernard Basset** (INPES), **Soraya Berichi** (ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Sylvie Giraudo** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bordeaux-2), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION

Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Mame Imprimeurs** – Tours
ADMINISTRATION

Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0711B06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 3^e trimestre 2009.
Tirage : 7 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction



52 pages d'analyses et de témoignages

Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

La Santé de l'homme sur Internet

Vous trouverez sur www.inpes.sante.fr

en cliquant sur la vignette de la revue en page d'accueil à droite :

- le sommaire détaillé des numéros parus entre 1999 et 2003 ;
- et, depuis 2003, tous les sommaires et une nouveauté : **cinq à dix articles de chaque numéro en accès gratuit et intégral.**

Quatre rubriques composent l'espace de *La Santé de l'homme*

- La revue (présentation)
- Sommaires (liste des numéros parus depuis 1999 avec accès direct au sommaire)
- Articles en ligne (pour chaque numéro, un résumé et cinq à dix articles)
- Index des articles par mots-clés
- Commandes/Abonnements (accès au bulletin d'abonnement, à la liste des numéros disponibles et au formulaire de commande des numéros).

À noter : si vous souhaitez effectuer une recherche sur un thème précis, utilisez le moteur de recherche du site de l'INPES qui permet de trouver instantanément tous les articles de *La Santé de l'homme* ainsi que d'autres documents de l'INPES traitant cette thématique.

► Aide à l'action

À Brest, des professionnels formés à l'éducation nutritionnelle
Yves Pagès, Ronan Le Reun, Virginie Auffret 4

Les chemins pour piétons dans le paysage genevois
Marcos Weil 6

Évaluation des actions de prévention : un document pour les professionnels
Stéphanie Pin-Le Corre, Cécile Fournier, Pierre Arwidson, Philippe Guilbert 8

► Qualité de vie

« Il est impératif de valoriser le savoir traditionnel des mères »
Entretien avec Doris Bonnet 9

Dossier

Populations précarisées : l'accessibilité de l'alimentation

Introduction
Christine César, Corinne Delamaire 11

Manger équilibré pour 3,5 euros par jour : un véritable défi
Nicole Darmon 13

Distribution de chèques fruits et légumes : faisabilité et impact
Hélène Bihan, Sandrine Péneau, Caroline Méjean, Laetitia Pélabon, Henri Faure, Véronique Ducros, Hervé Le Clésiau, Katia Castetbon, Serge Hercberg . . 16

Environnement alimentaire : état des connaissances aux États-Unis et au Québec
Eric Robitaille, Pascale Bergeron 19

Étude Record : quel lien entre poids, activité physique et environnement urbain ?
Basile Chaix, Cinira Leal, David Evans, Sabrina Havard, Nathalie Baudet 22

Associer les populations à la conception des messages de prévention
Florence Condroyer 24

Quelle place pour les associations dans l'histoire du secours alimentaire ?
Alain Clément, Christine Lagoutte 28

Que sait-on sur l'aide alimentaire ?
Christine César 31

« Faire les poubelles pour manger » : l'écosystème fragile du glaneur
Christine César 33

Alimentation des plus démunis : ce que prévoit le Programme national nutrition-santé
Corinne Delamaire 36

Lyon : une épicerie solidaire pour les personnes en situation de précarité
Sophie Robert, Jean-Baptiste Chiodi 37

Mouans-Sartoux : produits frais et équilibrés à la cantine
Gilles Perole 38

Produits locaux et bio à la restauration collective de Lons-le-Saunier
Didier Thévenet 40

Pour en savoir plus
Olivier Delmer, Céline Deroche 41

► La santé à l'école
Nouvelle-Calédonie : l'école, lieu de prévention des conduites addictives
Christian Michel 43

► International
Comportements et santé : quel rôle joué par l'environnement ?
Gaston Godin 45
Brèves 47

► Lectures
Céline Deroche, Sandra Kerzanet 48



Illustrations : Gwen Keraval

À Brest, des professionnels formés à l'éducation nutritionnelle

À Brest, médecins, diététiciennes, éducateurs sportifs et autres professionnels travaillent ensemble au sein de la structure Défi santé nutrition. Leur objectif : informer le grand public et former les professionnels pour prévenir la dénutrition chez les personnes âgées, développer l'éducation nutritionnelle en entreprise...



À la lecture du Programme national nutrition-santé (PNNS), les axes prioritaires paraissent denses et leur mise en œuvre complexe tant nos comportements alimentaires ou notre aptitude à bouger dépendent de multiples facteurs. Comment donc dégager une méthodologie d'intervention ? Créée à Brest, en 2003, la structure Défi santé nutrition travaille exclusivement sur la promotion des repères de consommation du PNNS. Elle est labellisée par le ministère de la Santé depuis 2005. Défi santé nutrition travaille majoritairement au niveau local mais a aussi une partie de son activité au niveau national (voir encadré page 5).

Pour Défi santé nutrition, plusieurs axes sont particulièrement pertinents car ils peuvent avoir un impact considérable

sur la population : agir auprès des enfants, des salariés, des personnes âgées, développer la formation des professionnels, promouvoir la charte des Villes actives du PNNS, impliquer les acteurs économiques. L'équipe est composée de médecins, diététiciennes, éducateurs sportifs, statisticien, sportif de haut niveau, ingénieur formation ; elle s'est attachée à construire des programmes d'information, de formation, d'éducation, de communication, en innovant ses approches méthodologiques et surtout en plaçant l'évaluation au cœur de toutes ses stratégies d'intervention.

Prévenir la dénutrition des personnes âgées

Bien que dans l'esprit du public, car fortement relayé par les médias, le PNNS semble avoir été mis en place essentiellement pour lutter contre l'obésité de l'enfant, la décision de travailler sur la nutrition des personnes âgées s'est imposée à Défi santé nutrition en 2004 avec l'émergence d'une formation « Alimentation de la personne âgée » à destination des aides à domicile. Cette formation continue de vingt-deux heures a suivi différentes étapes en quatre ans :

- groupe test de seize aides à domicile : évaluation-réajustement ;
- élaboration d'un guide remis à l'issue de la formation ;
- déploiement de la formation pour cent soixante aides à domicile après validation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
- réévaluation de la formation ;
- label PNNS sur la formation, obtenu en 2007 ;
- déploiement à toutes les structures.

Devant l'accroissement annuel de l'espérance de vie et la volonté institutionnelle de favoriser le soutien à domi-

cile, la nutrition reste un déterminant majeur du bien-vieillir. La prise de conscience en institution semble aussi de plus en plus importante et les directeurs d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) considèrent la nutrition comme une prise en soin à part entière. Notre équipe mène un audit dans un établissement de ce type, hébergeant plus de cent résidents. Objectifs : évaluer la qualité de la prise en charge nutritionnelle en institution et proposer un modèle pour cette approche. Enfin, l'attention est portée sur un service particulier que représente le portage de repas à domicile. Les « états des lieux » sont nécessaires pour appréhender la qualité des pratiques professionnelles.

Travailler avec les entreprises

Impliquer les acteurs économiques, soulignait le PNNS 1, mieux les impliquer, insiste le PNNS 2. L'entreprise peut devenir à part entière un acteur de santé publique en nutrition.

Malgré les avis et les théories divergentes sur ce sujet, nous nous sommes engagés, depuis 2003, dans une voie visant à rapprocher les acteurs économiques et institutionnels. Formation des gérants d'Avenance sur la restauration collective en collèges et lycées, audit qualité avec la Sodexo sur les plateaux repas destinés aux personnes âgées, programme de sensibilisation puis de formation des collaborateurs de tous les magasins Intermarché du Groupement des Mousquetaires en France, programmes nutrition santé au travail dans plusieurs entreprises agroalimentaires : les exemples ne manquent pas. Défi santé nutrition mène ces interventions puis les évalue en respectant un protocole méthodologique : mise en place

d'un comité de pilotage avec participation des représentants des salariés, enquête initiale au sein de l'entreprise, diffusion de cette évaluation, proposition et mise en place d'actions nutritionnelles mais aussi visant à améliorer rythmes de travail et temps de pause, évaluation finale ; les résultats confortent les dirigeants et responsables d'entreprise dans l'intérêt de placer la nutrition au centre de leur responsabilité. Interpellés régulièrement par des entreprises pour les accompagner dans l'écriture de la charte d'engagement de progrès nutritionnelle, nous insistons auprès des dirigeants sur la responsabilité sociale et collective de l'entreprise.

Il n'est pas simple de toucher les « adultes actifs » par un programme national de santé publique. L'entreprise est un lieu approprié, à condition de le faire sur le temps de travail des salariés. Nous nous y employons en motivant et responsabilisant les directions des ressources humaines, comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, médecine du travail, comités d'entreprise, etc. Ainsi par exemple, nous avons travaillé avec l'entreprise « Filet bleu », biscuiterie employant deux cents personnes, avec un rythme de travail 3/8. Le travail initial a consisté à observer de jour comme de nuit les comportements alimentaires des salariés lors de leurs pauses repas. Des conseils nutritionnels ont été délivrés par les diététiciennes. Une modification des horaires et rythme de travail a été proposée. Le second volet « nutrition santé » qui commence en 2009 dans cette entreprise va se focaliser sur le travail de nuit, où les erreurs alimentaires ont été les plus fortement mises en évidence par les diététiciennes.

Nécessité de communiquer

Si le message des cinq fruits et légumes par jour semble désormais acquis, le grand public a besoin de plus de lisibilité sur le PNNS, sur ses objectifs prioritaires, sur les repères de consommation. L'exposition sur les repères de consommation du PNNS (dix panneaux reprenant chaque objectif du programme) créée par Défi santé nutrition s'est vu décerner, en 2008, le logo PNNS ; cette exposition, mise à disposition gracieusement, circule en France dans les établissements scolaires, entreprises et collectivités. Nous participons aussi, depuis cinq ans, à la diffusion des

Réseau Villes actives du PNNS : Brest pilote

Dès 2004, plusieurs villes, en France, ont signé la charte des Villes actives du Programme national nutrition-santé (PNNS), une façon officielle d'affirmer leur politique volontariste municipale dans le domaine de la nutrition et surtout de s'engager à respecter les recommandations du PNNS dans toute action mise en place.

Quatre ans plus tard, cent soixante-dix villes et communautés de communes sont signataires avec une représentativité de plus de huit millions d'habitants. Défi santé nutrition s'est vu confier la mission de mise en réseau, en 2007, par la direction générale de la Santé, un chantier conséquent : constitution d'un comité scientifique, mise au point d'un site Internet grand public, répertoire des villes et de leurs référents, validation d'une grille de présentation des actions, ouvertures de pages sécurisées pour les villes, réunions régionales des villes actives, etc. Le constat est sans appel : les villes souhaitent fortement échanger entre elles sur leurs pratiques et cherchent du soutien méthodologique, technique et financier pour mener leurs actions de promotion du PNNS : le réseau des Villes actives du PNNS permet d'établir ces liens.

Pour en savoir plus : www.villeactivepnns.fr

guides PNNS édités par l'INPES, au travers de stands grand public, qui rassemblent chaque année plus de deux cent mille personnes.

Professionnels formés à l'éducation nutritionnelle

S'il est bien un levier efficace dans la mise en œuvre du PNNS, c'est la formation professionnelle : une « urgence » pour combler un retard accumulé. La formation – initiale, continue, des professionnels en contact avec des publics prioritaires du PNNS – est fondamentale. Nous formons des aides à domicile, des auxiliaires de vie, des assistantes maternelles, des cuisiniers, des éducateurs, du personnel paramédical, des encadrants sportifs, des agents territoriaux, etc.

Alternance de modules théoriques et pratiques, de supervision, d'évaluation : l'objectif est d'apporter aux professionnels des messages clairs et précis en cohérence avec les recommandations et les repères de consommation du PNNS. Ces professionnels pourront ensuite agir et répondre aux multiples questions et situations nutritionnelles, en cohérence avec le PNNS. Autre levier d'action : faire appel à un sportif de haut niveau – le skipper Thomas Rouxel – pour porter des messages de prévention¹.

Après six ans de fonctionnement, Défi santé nutrition poursuit ses efforts de promotion des messages de santé publique du PNNS, avec toujours la même philosophie : fédérer autour des fondamentaux du PNNS des partenaires d'horizons variés et complémentaires,

pour rendre cohérents les messages nutritionnels à destination du grand public. Mais ce défi quotidien, balancé entre pragmatisme et innovation, doit suivre un chemin parfois difficile : financements aléatoires, frilosité de certaines institutions à s'engager en partenariat avec les acteurs économiques, évaluations trop lourdes, difficultés à s'immerger dans les circuits de la formation professionnelle et cela, malgré une labellisation PNNS. Et pourtant, même en santé publique, impossible d'évoluer sans innover. La mise en œuvre du PNNS doit être rigoureuse et créative et s'inscrire dans le temps.

La santé de nos concitoyens passe par une alimentation équilibrée et une activité physique régulière : en tout cas, cette vérité partagée est et restera pérenne !

Dr Yves Pagès

Président,

Dr Ronan Le Reun

Directeur,

Virginie Auffret

Coordnatrice nutrition, diététicienne,

Défi santé nutrition, Brest.

1. L'identification aux sportifs n'est plus à démontrer. Les athlètes de haut niveau adhèrent parfois à des causes humanitaires mais ils peuvent aussi véhiculer des messages forts de prévention, en particulier de comportement et d'hygiène de vie : l'alimentation équilibrée et l'activité physique régulière sont des piliers fondamentaux à transmettre au grand public et surtout aux enfants et aux adolescents. Défi santé nutrition a choisi la voile en solitaire pour transmettre ce message avec un très jeune skipper, Thomas Rouxel. Son bateau porte le logo PNNS du ministère de la Santé depuis trois ans.

Les chemins pour piétons dans le paysage genevois

Aménager la ville pour les piétons améliore le cadre de vie et favorise l'activité physique. En Suisse, Genève et d'autres communes ont mis en place un « plan directeur des chemins pour piétons ». Elles ont diagnostiqué les obstacles, puis constitué un maillage de chemins garantissant la sécurité des piétons. Obligatoire à Genève, ce plan tarde toutefois à être mis en œuvre sur l'ensemble des communes.

Grands randonneurs devant l'Éternel, les Suisses aiment la marche ! Au point que le 1^{er} janvier 1987, la Confédération helvétique s'est dotée d'une base légale pour la planification, la réalisation et l'entretien des chemins pour piétons et des chemins de randonnée pédestre. Onze ans après, le canton de Genève adoptait une loi d'application imposant aux quarante-cinq communes genevoises de concevoir et d'appliquer un « plan directeur des chemins pour piétons ». L'expérience du bureau Urbaplan porte sur de nombreux plans élaborés pour de petites et de grandes communes, notamment la ville de Genève.

Cet instrument d'urbanisme d'apparence modeste offre de puissants leviers d'action pour favoriser et faciliter la marche à pied. Dans certains cas, il permet même aux communes d'exiger la réalisation et l'entretien de chemins par des personnes privées, voire d'engager des procédures d'expropriation pour la réalisation d'un cheminement. C'est ainsi, par exemple, que nous avons pu négocier un passage public à travers un jardin privé pour permettre à des enfants d'accéder à leur école sans devoir traverser une route à grand trafic.

Planifier des réseaux piétonniers

Pour l'urbaniste, la planification d'un réseau piétonnier relève du paradoxe, de l'évidence et de la nécessité.

Du paradoxe, parce que la liberté est la qualité première de la marche à pied. Le piéton est multiple, ses motivations sont diverses, il utilise tous les espaces à disposition pour se déplacer selon ses besoins : raccourcis périlleux ou détours

bucoliques. À la différence des autres modes de transport, plus ou moins canalisés et contraints, la marche laisse un libre choix du parcours : improvisé, détourné ou réfléchi.

De l'évidence, puisque, sur le terrain, il n'est pas nécessaire de faire de longues analyses pour constater la multiplication de barrières de toute nature : clôtures, routes à grand trafic, dénivellations, jardins privés, etc., sont autant d'éléments susceptibles de rendre le territoire de plus en plus imperméable à la déambulation.

De la nécessité, car la sécurité et la santé de la population sont en jeu : d'une part, les piétons sont particulièrement vulnérables dans le trafic ; d'autre part, la marche à pied favorise la forme physique des personnes et respecte l'environnement.

De ce triple constat découlent quatre options fondamentales qui fondent la conception et la mise en œuvre des plans directeurs des chemins pour piétons.

La sécurité

La sécurité des piétons nécessite des aménagements adaptés (visibilité aux traversées piétonnes) et des règles d'usage de l'espace public (empêcher le stationnement sauvage sur les trottoirs, abaisser la vitesse, etc.). Au départ d'un plan directeur des chemins pour piétons, un diagnostic identifie les facteurs pouvant constituer un risque et une entrave aux déplacements à pied.

La sécurité dépend fortement des mesures de circulation. Elle est parti-

culièrement nécessaire à proximité des écoles et des résidences pour personnes âgées, de même que sur les axes et carrefours principaux, où se trouvent les arrêts de transports publics et où les piétons sont trop souvent pénalisés. Le plan directeur des chemins pour piétons permet de fixer des mesures de modération des vitesses.

L'éclairage est un aspect à traiter : des parcours appropriés pendant la journée ne doivent pas provoquer un sentiment d'insécurité la nuit (passages souterrains, par exemple).

Les personnes âgées ont besoin d'installations particulières qui ajoutent au confort des autres piétons : mains courantes, bancs de repos à intervalles réguliers, parcours formant de courtes boucles de promenade, largeur des trottoirs adaptée aux personnes accompagnées, avec canne ou chaise roulante, etc. Les mêmes réflexions s'appliquent aux personnes à mobilité réduite.

La continuité

Qui dit réseau, dit continuité : chaque plan directeur des chemins pour piétons vise à améliorer l'interconnexion des cheminements afin de former un maillage aussi fin que possible, irriguant l'ensemble du territoire communal. Sentiers, trottoirs, places de jeux, jardins, cours d'école, passages piétons, etc., sont autant de maillons de parcours utilitaires, quotidiens, sportifs ou de promenade. Un bon réseau piéton doit être assez dense pour permettre d'atteindre les principales destinations sans détours inutiles et offrir une liberté de choix des parcours.

La continuité n'est pas seulement spatiale, mais temporelle, notamment pour la traversée de grands axes : la traversée d'un carrefour en plusieurs étapes, avec des feux non coordonnés, allonge le temps de parcours autant que de longs détours.

Enfin, tous les utilisateurs de moyens de transport mécaniques sont des piétons en puissance. Le transfert modal doit être facilité en proposant les cheminements piétonniers à partir des interfaces de transports comme les gares et haltes ferroviaires, les arrêts de transports publics et les parcs-relais.

Le confort

Le confort est un autre facteur déterminant du succès des cheminements piétonniers. Il est assuré par une multitude de petits dispositifs qui peuvent apparaître comme des détails mais sont déterminants à l'usage. Abaissements de trottoirs devant les passages piétons, mains courantes le long de rampes ou d'escaliers, éclairage suffisant, revêtement de surface qui ne glisse pas à la première pluie, trottoirs « désencombrés » de tout ce qui fait obstacle, bancs pour se reposer, fontaines pour se rafraîchir, etc. Toutes ces mesures contribuent à rendre plus agréable la pratique de la marche.

Les personnes âgées à mobilité réduite et les enfants sont particulièrement sensibles à ces dispositifs de confort. Rappelons que les personnes à mobilité réduite ne sont pas uniquement les personnes handicapées : por-

ter des paquets, tirer un caddy, guider une poussette, être enceinte ou en convalescence sont des situations « normales » qui peuvent entraver la mobilité ou augmenter le besoin de se reposer de chacun.

L'embellissement

Le réseau des chemins pour piétons est le territoire « vécu » de la ville. Il doit répondre à des exigences de qualité et d'esthétique liées au plaisir d'emprunter tel ou tel parcours. Ainsi, les aspects paysagers, la tranquillité environnementale (diminution des nuisances sonores et olfactives), la présence d'éléments naturels, les dégagements visuels, la richesse spatiale des séquences successives d'un itinéraire sont à valoriser. Aussi complet et précis soit-il, un plan directeur des chemins pour piétons

n'est rien si la commune n'a pas la ferme volonté et la capacité de le mettre en œuvre. Lorsqu'il s'agit de réparer des situations existantes, ce n'est pas toujours facile. Par exemple, décloisonner des quartiers exige souvent des emprises sur des terrains privés qui peuvent s'avérer politiquement délicates à négocier. En revanche, pour les nouveaux quartiers, le plan directeur devrait s'imposer, en fixant la trame de base d'un réseau piétonnier qui réponde aux critères de sécurité, de continuité, de confort et d'embellissement que l'on est en droit d'attendre d'une ville vivable.

Marcos Weil

Urbaniste-paysagiste, directeur d'Urbaplan,
Genève (Suisse).
m.weil@urbaplan.ch

Les compétences des communes du canton genevois

L'obligation d'établir un plan directeur des chemins pour piétons constitue une spécificité genevoise. En effet, dans le système légal suisse, chaque canton doit se doter de sa propre loi d'application de la loi fédérale (loi-cadre). Pour les communes genevoises, cette loi a une valeur particulière car elles n'ont, par ailleurs, pas de réelle compétence en matière d'aménagement du territoire, d'urbanisme, de circulation ou de police des constructions (contrairement à la situation dans les autres cantons suisses). La planification des réseaux piétonniers a donc constitué une des premières compétences qui leur a été formellement accordée dans le domaine de l'urbanisme et de la mobilité.

Dans le canton de Genève, la loi prévoit que la planification et l'entretien des réseaux pédestres (itinéraires de randonnée, parcours intercommunaux) sont de compétence cantonale, alors que les chemins pour piétons sont de compétence communale.

Malgré un délai légal fixé jusqu'en 2001, seules environ vingt-cinq communes (sur un total de quarante-cinq) établissent ou ont établi un tel plan (dont quatorze par Urbaplan). La ville de Genève a été la première à se doter de cet instrument, non sans difficultés, en raison du refus des autorités cantonales d'approuver certaines mesures ambitieuses visant la création de zones à priorité piétonne (le plan directeur lie les autorités cantonale et communale et doit

donc être approuvé par les deux instances). D'autres communes de la première couronne suburbaine ont suivi le mouvement : Vernier, Carouge, Versoix, Thônex, Le Grand-Saconnex, etc. Aujourd'hui, presque toutes les grandes communes ont un plan directeur des chemins pour piétons et les plus petites suivent le mouvement.

La mise en œuvre effective des mesures prévues dans un plan directeur des chemins pour piétons reste toutefois très variable selon les communes car cela dépend de l'intérêt des élus à agir dans ce domaine. On constate, toutefois, que de plus en plus de communes développent une réelle politique en faveur des piétons.

M. W.

Évaluation des actions de prévention : un document pour les professionnels

Comment évalue-t-on une action de prévention ou d'éducation pour la santé ? L'INPES, qui réalise chaque année plusieurs dizaines d'évaluations de ses campagnes, documents et autres supports, a décidé de rendre public un panel de ces évaluations ainsi que leur méthodologie. Objectif : mettre à disposition de tous les intervenants les pratiques ainsi rassemblées.

Concept à la mode, vocable magique paré de toutes les vertus : l'évaluation ne manque pas de définitions qui donnent des images parfois fort différentes de ce concept, de ses contours, de ses champs d'application, de ses résultats également. Et le problème ne se résout pas en explorant plus précisément l'évaluation dans le champ de la santé publique. Là aussi, ce terme cache des traductions opérationnelles diverses correspondant à des enjeux spécifiques et parfois contradictoires, du protocole de recherche (comme l'essai randomisé contrôlé) à l'enquête de satisfaction, en passant par l'utilisation d'approches inspirées du marketing pour évaluer les campagnes médiatiques, par l'évaluation de la qualité du déroulement des actions de prévention

ou encore par l'analyse du contexte précédant l'élaboration d'un projet.

À l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé comme ailleurs, une majorité des actions de prévention et de promotion de la santé bénéficient d'une évaluation. La plupart du temps, elle consiste à vérifier l'atteinte des objectifs : réception d'un document, compréhension d'un message, utilisation d'un outil, etc. Ainsi, une action – ou certains de ses composants – ne sera pas reconduite en l'état si elle n'a pas atteint les objectifs qu'elle s'était fixés au départ. Pourtant, contrairement à d'autres études réalisées par l'INPES, comme les Baromètres santé, ces travaux ne sont pas valorisés et rarement mutualisés. La difficulté de pouvoir disposer de repères méthodologiques est, à ce titre, une constante relevée par les différents acteurs concernés, comme en ont témoigné encore récemment les participants de la session « recherches évaluatives » des Journées de la prévention 2009. Dans ce but, l'INPES publie, pour la première fois sur son site, une sélection d'évaluations d'actions ou de programmes réalisés ou financés en 2007.

Les actions présentées concernent directement les programmes mis en œuvre par l'Institut dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. Leur diffusion présente l'intérêt de faire partager des exemples très détaillés d'évaluations d'actions, en ayant le souci de décrire leurs méthodes, leur mise en œuvre concrète, leurs apports et leurs limites dans une situation donnée, afin que d'autres acteurs puissent se les approprier et les adapter à leurs besoins.

Cette première publication sera par la suite étoffée et mise à jour puisqu'une dizaine d'autres évaluations sont en cours d'analyse, avec un souci plus grand encore de mettre l'accent sur les méthodes utilisées et leurs limites. En parallèle, une évaluation de ce premier document volumineux mis en ligne sera indispensable car, s'il est vrai que beaucoup de professionnels et de décideurs peuvent être demandeurs d'informations précises sur les évaluations, que ce soit les résultats ou les méthodes, il reste difficile à mettre au point un document utile et facilement utilisable sans recueillir l'avis des utilisateurs sur le contenu et le format, autrement dit procéder à une... évaluation de ce premier document ! Fin septembre 2009, ce rapport sera mis en ligne sur le site Internet de l'INPES¹, et donc accessible en intégralité, la liste des évaluations analysées et présentées (*voir l'encadré ci-contre*) témoigne de la diversité des thèmes traités.

Stéphanie Pin-Le Corre

Cécile Fournier

Chargées d'expertise en promotion de la santé,

Pierre Arwidson

Médecin en santé publique,

Philippe Guilbert

Économètre,

direction des Affaires scientifiques, INPES.

Alcool, accidents domestiques, grippe, éducation du patient, obésité infantile : dix évaluations publiées

- La campagne alcool sur les idées reçues (P. Guilbert, J. Guillemont)
- La campagne accidents par défenestration et intoxications accidentelles chez les jeunes enfants (D. Girard)
- L'expérimentation d'une formation sur les aspects relationnels de la prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer (S. Pin, J.-C. Verheye, I. Vincent)
- Les États généraux de l'alcool (J. Guillemont)
- Le dispositif d'information et de formation de la grippe aviaire (P. Guilbert, C. Jestin)
- La préévaluation de la mise en place des pôles de compétences en éducation pour la santé (A. Sitbon)
- La qualité d'un programme d'éducation du patient diabétique de type 2 (C. Fournier, J. Pélicand, A. Le Rhun)
- La qualité d'un programme départemental de prévention du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 10 à 13 ans scolarisés dans la Vienne (F. Chabaud, M. Roncheau)
- La relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville (C. Rolland, T. Lang)
- Un panorama d'évaluations publiées dans la littérature scientifique internationale sur les politiques, programmes ou actions de prévention du tabagisme (O. Delmer, É. Piquet, P. Guilbert)

<http://www.inpes.sante.fr>

Entretien avec Doris Bonnet, anthropologue, africaniste, co-auteure du livre *Du soin au rite dans l'enfance* (1)

« Il est impératif de valoriser le savoir traditionnel des mères »

Quels sont les rites et pratiques de soins associés à la petite enfance en Afrique ? Un groupe de scientifiques a mené l'enquête et publie un ouvrage anthropologique pour en mettre les résultats à disposition des professionnels français de la petite enfance. Interview de l'anthropologue Doris Bonnet, qui souligne la richesse de ces pratiques et leur pertinence tout en pointant les limites de leur « transférabilité » vers l'Europe.

La Santé de l'homme : Dans un ouvrage collectif, vous présentez des travaux sur des techniques de soins et des rites associés à la petite enfance (1). Quelle est la motivation principale de cette recherche ?

Doris Bonnet : Il s'agit d'un travail collectif, mené durant plusieurs années, à partir de prises de notes filmées. Nous avons décidé de les mettre à disposition non seulement de notre communauté scientifique mais aussi en direction d'un public plus large dans le domaine du soin maternel et infantile. Nous pensions aux puéricultrices, bien sûr, et plus largement aux professionnels de santé, notamment ceux qui pourraient être en relation avec des familles étrangères. Sous la conduite de notre collègue anthropologue Suzanne Lallemand, nous avons confronté nos matériaux et recherches, et très vite nous avons constaté que beaucoup de documents concernaient la toilette des enfants et montraient des soins tactiles, des massages par exemple. De plus, ces bouts de documents mettaient en relief des rites et pratiques culturelles dignes de la confrontation d'idées et de débats. Nous avons éprouvé le besoin de comparer ces pratiques ; l'ouvrage consigne ces résultats.

S. H. : Avec Laurence Pourchez, vous traitez notamment de la question du « savoir des femmes ». Qu'avez-vous mis en relief ?

Nous dressons le constat, valable notamment sur le continent africain,

que des savoirs que l'on appelle traditionnels ne sont pas souvent valorisés par le milieu médical. Et, comme les médecins, sages-femmes et personnels de santé sont essentiellement formés sur des critères qui ignorent la tradition, il y a une sorte d'idée générale qui s'installe faisant admettre que ces femmes, ces mères, sont ignorantes en matière de soins. Pis, qu'elles sont incapables de bien s'occuper de leurs enfants. Eh bien, nous avons voulu démontrer le contraire. Les pratiques décrites sont toutes riches d'enseignements. Elles placent toutes la femme dans un registre relationnel avec son enfant, certes avec des pratiques de soins qui sont différentes mais qui, dans tous les cas, valorisent un certain savoir.

S. H. : Vous expliquez des pratiques, des rites mais vous restez prudentes sur leur transférabilité vers l'Europe, par exemple. Pourquoi ?

Parce qu'il est important de ne pas tomber d'un excès dans l'autre et donc de savoir raison garder. Cette démonstration de ces savoirs n'a pas pour objet une valorisation excessive des rites et des traditions. Elle apporte d'abord des connaissances mais aussi une réflexion. Comprendre et accepter que ces femmes aient du savoir, c'est entrer dans un schéma relationnel différent de celui de la subordination, le principe du dominant/dominé. Si nous sommes dans une relation d'échanges de savoirs, nous nous comprendrons mieux, nous nous parlerons davantage. C'est bon pour la qualité des soins de l'enfant. Mais nous

voulons aussi être précis. Comprendre et accepter que ces femmes aient du savoir n'exclut en rien qu'il peut y avoir matière à discussion. Il y a des savoirs qui peuvent être nocifs. Il faut les connaître avant de les dénoncer.

S. H. : En Afrique, comment ces savoirs se transmettent-ils ?

De mère en fille, de grand-mère en petite-fille mais surtout de belle-mère en belle-fille. Évidemment par les femmes. En réalité, tout dépend du système de résidence. Si nous prenons le cas de la jeune fille qui vient habiter chez son mari, ce qui est un cas largement majoritaire, celle-ci se retrouvera immanquablement sous la coupe de la belle-mère. Ce sera elle qui lui transmettra les techniques de soin pour l'enfant. Les coépouses sont également importantes en cas de polygamie. Ce qui, d'ailleurs, limite selon moi les possibilités de transférabilité et d'appropriation dont nous venons de parler.

S. H. : Comment ces techniques de soin se caractérisent-elles ?

Nous sommes dans un environnement caractérisé par des soins très tactiles. Le corps-à-corps, le « peau-à-peau ». Il faut dire que la question de la survie est prédominante dans ces sociétés où la mortalité infantile est considérable. Nous constatons donc que l'enfant est, dans les premières années de sa vie, un objet de soins constants. Il se retrouve au plus près de sa mère, par l'allaitement, le portage.

À partir du moment où l'enfant est sevré, il appartient alors davantage à la communauté villageoise. Il entre dans une relation avec ses pairs.

S. H. : Vous avez évoqué la question de la transférabilité en émettant un doute. Qu'en pensez-vous exactement ?

Nous sommes dans un milieu où technique et rite sont liés. Je ne suis vraiment pas certaine que cela soit véritablement transférable ailleurs que dans un environnement précis. Même entre les femmes, les choses ne sont pas évidentes. Regardez la technique de l'embaillotement en Bolivie, par exemple. C'est matière à conflit entre jeunes et vieilles femmes. En Afrique aussi, il y a conflit de générations, par exemple sur le sujet des purges administrées aux enfants. Les grands-mères invitent à purger les petits-enfants alors que de plus en plus de jeunes femmes, qui vont plus facilement dans des services de protection maternelle infantile, suivent davantage les préconisations de ces services et n'administrent pas ces purges à leurs enfants. Elles savent que ces pratiques peuvent

entraîner des malnutritions. Donc, tout dépend du contexte. Si la femme est dans une situation où elle est en mariage nucléaire, en situation conjugale en ville et émancipée d'une belle-mère surtout, elle ne retiendra pas forcément toutes ces techniques ancestrales. Il y aura une pluralité d'approches.

S. H. : Peut-on s'inspirer, sur notre continent, de ces savoirs ?

Il existe des mouvements qui se sont inspirés de certaines traditions. Je pense aux « bébés-kangourous », ces enfants qui, naissant prématurément, étaient mis en situation de corps-à-corps afin de les faire grandir d'une manière différente que dans une couveuse. Ce sont des techniques qui ont été inspirées de populations vivant selon des rites ancestraux. De même, nous voyons ici de plus en plus de femmes qui portent les enfants sur le ventre ou sur le dos. C'est une différence avec une époque lointaine où il y avait de la mise à distance entre la mère et son enfant. Nous voyons, en Europe, se développer des pratiques que nous rencontrons en Afrique subsaharienne, par exemple un « corps-à-

corps » tout droit issu de ces pratiques lointaines.

S. H. : Vous insistez, en conclusion de votre ouvrage, sur une nécessaire « anthropologie de l'enfance ». Pourquoi ?

Nous pensons que la place de l'enfant est réduite, voire inexistante, dans les travaux d'anthropologie. Certains de nos collègues ont travaillé sur la parenté, sur la filiation. Mais peu sur l'enfant en lui-même. La question de l'enfant en tant qu'élément clé du tissu social n'a jamais été traitée en tant que tel. Cette question doit être au cœur de nos débats. Car la façon dont une société traite ses enfants est révélatrice de la société elle-même. Il est temps que l'anthropologie traite de problèmes contemporains.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

(1) Bonnet D., Pourchez L. (sous la dir.). *Du soin au rite dans l'enfance*. Toulouse : Érès, coll. Petite enfance et parentalité, 2007, 320 pages, édition doublée d'un DVD.

Populations précarisées : l'accessibilité de l'alimentation

La période économique est trouble et les perspectives de reprise encore faibles. Dans ce contexte, le budget de nombre de ménages est en berne, le sentiment de précarisation ayant gagné, depuis plusieurs années, une partie croissante de la population (1). Le poids du budget alimentaire devient crucial pour certaines familles, commence à faire question pour d'autres, tous cherchant des solutions pour en minimiser l'importance, comme l'atteste notamment la montée en puissance de la consommation des produits de premier prix chez les distributeurs traditionnels ou dans les *hard discount*. Plus que jamais, les modes d'approvisionnement se sont diversifiés (de la vente à la ferme à l'hypermarché en passant par la coopérative), faisant écho à une stratification sociale des pratiques liées à l'alimentation. De même, l'offre de produits s'est largement morcelée, allant jusqu'à participer à ce que Claude Fischler n'hésite pas à décrire comme un mouvement de « gastro-anomie » (2), autrement dit l'affaiblissement des repères classiques qui avaient permis de construire les principaux socles des schémas alimentaires.

Voir la nutrition dans une approche globale

Pour la société industrialisée, au sortir des Trente Glorieuses, l'alimentation rime avec abondance ; mais, progressivement, les indicateurs de santé se sont accumulés pour décrire l'accroissement des populations en excès de poids et des pathologies qui peuvent y être associées. L'épidémiologie permet maintenant de préciser plus finement les contours et la dynamique de cette situation en soulignant, d'une part, la répartition inégale

des corpulences au sein de la pyramide sociale et, d'autre part, l'accroissement des écarts de corpulence entre les différents groupes sociaux. L'enjeu de santé publique se situe donc sur les populations les plus pauvres.

Il nous semble qu'en devenant une question majeure de santé, l'excès de poids et les situations alimentaires qui peuvent y être reliées obligent à sortir la nutrition d'une approche centrée sur l'individu, son comportement, pour s'ouvrir vers d'autres disciplines et approches. Nous souhaitons livrer, dans ce numéro, les premiers résultats d'approches qui mettent en évidence la contribution respective des contextes économiques, des environnements de vie, notamment pour les populations les plus défavorisées.

Examiner les composantes « environnementales »

En trame donc de ce numéro, une question : « Pour quelles raisons les plus pauvres sont-ils les plus gros ? » En regard, s'impose une approche globale, au plus près des réalités. Sur les composantes « environnementales », les experts que nous avons sollicités déclinent cette question et apportent leurs éléments de réponse comme suit :

- quand une nutritionniste croise sa discipline avec le prix des denrées alimentaires, qu'apprenons-nous ? Nicole Darmon démontre que les calories les moins chères sont dans les produits secs, riches en densité énergétique mais pauvres en nutriments essentiels ;
- quand des médecins et des chercheurs tentent de lever l'obstacle financier pour accéder aux fruits et légumes, que mesurent-ils ? Hélène Bihan et ses

Dossier coordonné par **Christine César**, socio-anthropologue, et **Corinne Delamaire**, Docteur en Nutrition, coordinatrice du programme Nutrition, chargées d'expertise scientifique en promotion de la santé, INPES.

« L'excès de poids et les situations alimentaires qui peuvent y être reliées font de la nutrition une question majeure de santé. Il devient nécessaire de sortir d'une approche centrée sur l'individu et son comportement, pour intégrer contextes et environnements de vie. »

collaborateurs expérimentent avec une incitation financière mineure un effet levier pour ceux qui étaient les plus faibles consommateurs ;

- quand des géographes, spécialistes de l'aménagement du territoire, cartographient les lieux d'approvisionnements et de restauration, que se dessinent-ils ? Éric Robitaille et ses collègues repèrent notamment des liens entre densité de restauration rapide et prévalence de l'excès de poids ;
- quand les épidémiologistes sociaux mettent en relation le statut pondéral, les caractéristiques socio-économiques des individus et celles de leurs quartiers, qu'observent-ils ? Basile Chaix et son équipe constatent qu'à niveau d'instruction et de revenu égaux, on a plus de risques d'être obèse dans un quartier défavorisé ;
- quand une spécialiste de la communication en santé publique s'interroge sur les limites de l'exercice de masse, quelles perspectives s'ouvrent ? Florence Condroyer plaide pour un accompagnement de proximité des messages, notamment nutritionnels ;
- quand les sciences économiques se penchent sur le passé de l'aide alimentaire, quels enseignements se dégagent ? Alain Clément et Christine Lagoutte retracent l'affaiblissement des fonctions régaliennes de l'État et le glissement

- de la solidarité sur le secteur caritatif ;
- quand une socio-anthropologue s'intéresse au contexte du glanage alimentaire dans les poubelles, qu'apprenons-nous ? Christine César révèle que les possibilités de glanage risquent de diminuer ;
- quand des acteurs locaux s'engagent pour dépasser les limites du caritatif afin de favoriser la mixité sociale, qu'inventent-ils ? À Lyon, un exemple d'épicerie sociale développe des services et des liens avec des agriculteurs locaux ;
- quand des collectivités locales s'emparent de la restauration collective dans une logique de développement durable, éthique, équitable, que font-elles ? À Lons-le-Saunier, à Mouans-Sartoux, les élus impulsent l'organisation de régies qui repensent globalement l'approvisionnement pour s'acheminer vers le Grenelle de l'environnement.

Bonne lecture !

Christine César
Corinne Delamaire
Coordonnatrices du dossier.

► Références bibliographiques

- (1) Paugam S., Duvoux N. *La régulation des pauvres*. Paris : Puf, coll. Quadrige, 2008 : p. 33.
- (2) Fischler C. *L'omnivore : le goût, la cuisine et le corps*. Paris : Odile Jacob, 1990 : 414 p.

Manger équilibré pour 3,5 euros par jour : un véritable défi

Les personnes soumises à de très fortes contraintes budgétaires n'ont pas d'autre choix que de se tourner vers une alimentation trop riche en énergie et faible en nutriments essentiels. Plus précisément, pour les personnes dont le budget alimentaire se situe en dessous d'un seuil critique égal à 3,5 euros par personne et par jour, l'éducation alimentaire ne peut suffire.

Les personnes qui dépensent plus pour leur alimentation mangent mieux et se portent mieux que les autres. Le prix des aliments, tout comme leur goût et leur praticité, a un impact décisif sur les choix alimentaires. Ainsi, dans les enquêtes sur les motivations d'achat, partout en Europe, les consommateurs citent le prix parmi les premiers facteurs influençant leurs achats alimentaires. C'est également montré par des études d'économie expérimentale dans lesquelles le prix des aliments est artificiellement modifié : ces expérimentations montrent qu'il suffit de baisser le prix d'aliments tels que les fruits et légumes pour que les consommateurs en achètent plus.

Les études d'épidémiologie nutritionnelle – qui permettent d'analyser l'alimentation des individus en fonction de diverses caractéristiques, démographiques et socio-économiques – montrent clairement, quant à elles, que les personnes qui ont un faible niveau de revenu ont généralement une alimentation plus déséquilibrée que les autres (1). La consommation de fruits et légumes est particulièrement concernée par ces inégalités socio-économiques. Du fait de ces déséquilibres alimentaires, les déficiences nutritionnelles et les pathologies liées à la nutrition sont plus fréquemment rencontrées dans les populations défavorisées que dans les classes aisées de la société.

Prix et qualité nutritionnelle : pas de miracles

Dans les enquêtes de consommation en population générale, on peut estimer le coût journalier des rations alimentaires consommées par les participants en se basant sur le prix moyen

des aliments. On observe alors une relation très nette entre le coût et la qualité de l'alimentation, mesurée à travers divers indicateurs. Pour un même niveau d'apport énergétique, plus le coût estimé de la ration (en €/j) est faible, plus la quantité de fruits et légumes consommés (en g/j) est faible également, et plus la densité énergétique (un indicateur de moindre qualité nutritionnelle exprimé en kcal/100 g) est élevée. Il a aussi été montré que les personnes qui « payent » moins cher leur énergie (en fait ceux dont le coût estimé des rations, exprimé en €/2 000 kcal, est faible) ont non seulement une alimentation de forte densité énergétique, mais surtout des apports énergétiques plus élevés et des apports en vitamines et micronutriments plus faibles que ceux qui « payent » leur énergie plus cher (2).

Cette relation positive entre prix et qualité de l'alimentation est expliquée par le fait que la structure de prix des denrées alimentaires est plutôt défavorable à l'équilibre alimentaire : en effet, les aliments dont il est conseillé d'augmenter la consommation pour préserver sa santé (fruits, légumes, poissons) sont chers (surtout si on calcule le prix en euros pour 100 kcal), alors que les produits gras et/ou sucrés apportent des calories à bon marché (3, 4).

Produits frais délaissés

Des modélisations mathématiques dont l'objet est de simuler l'impact d'une contrainte de coût sur les choix alimentaires et la qualité nutritionnelle de l'alimentation ont été réalisées. Ces études démontrent que la façon la plus rationnelle de baisser le prix des rations sans modifier les apports énergétiques

est de diminuer les sommes consacrées aux aliments qui contribuent le plus aux dépenses alimentaires totales, c'est-à-dire les produits carnés (viande et poisson), les fruits et légumes. En revanche, les produits céréaliers, qui constituent déjà la source majeure d'énergie dans l'alimentation observée en population générale, occupent une place croissante quand la contrainte de coût s'intensifie, ce qui est assez proche de ce qui est observé dans les populations défavorisées. Ces travaux ont confirmé l'hypothèse selon laquelle les contraintes économiques ont un impact très défavorable sur la qualité nutritionnelle des rations : plus on force le prix à baisser, plus la densité énergétique augmente, c'est-à-dire que les produits frais riches en eau sont délaissés au profit des produits secs ou raffinés, non périssables. De son côté, la teneur en vitamine C diminue de façon considérable, ainsi que les teneurs en la plupart des autres vitamines et minéraux.

Sous 3,5 euros, équilibre impossible

Doit-on en déduire qu'il est impossible de manger équilibré avec un petit budget ? Plusieurs études d'intervention et d'éducation nutritionnelle, au cours desquelles on informe et éduque les participants sur l'équilibre alimentaire et la meilleure façon de gérer un budget alimentaire, indiquent qu'il est possible de manger équilibré sans dépenser plus (1).

Par ailleurs, des modélisations visant à concevoir des rations respectant toutes les recommandations nutritionnelles pour le prix le plus bas possible montrent qu'il est possible d'avoir une alimentation équilibrée pour un petit budget. Cependant, ces études soulignent dans le même temps qu'il existe un seuil minimal, estimé à 3,5 €/j/personne, en dessous duquel il est impossible de « descendre » si l'on veut respec-

ter l'ensemble des recommandations nutritionnelles (1).

Pour respecter les recommandations nutritionnelles à un si faible coût, il faut être prêt à s'écarter considérablement des habitudes alimentaires observées en population générale. Les produits végétaux, en particulier, doivent constituer la base de l'alimentation : des légumes secs, du pain complet, des

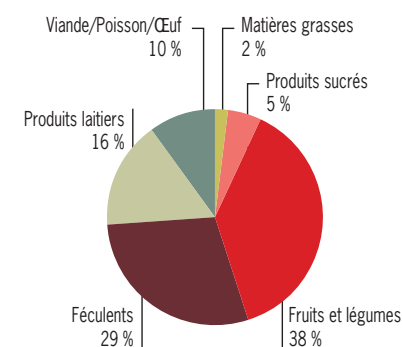
Liste, poids et prix des produits alimentaires constituant une ration quotidienne* pour 3,5 euros par jour, pour une personne

Produits	Prix €/kg	Quantité achetée g/sem	Prix €/portion	Coût €/sem
Viande/œufs/poisson				
Bœuf (bourguignon)	9,8	56	0,54	
Cuisse Poulet	4,51	111	0,50	
Escalope dinde	9	100	0,90	
Jambon	9,8	150	1,47	
Foie de génisse	7	50	0,35	
Œufs (5 œufs)	5	333	1,67	5,43
Saumon surgelé	13	100	1,30	
Sardine boîte	8,45	60	0,51	
Colin surgelé	5,41	100	0,54	
Fruits de mer mélangés surgelés	6,5	60	0,39	2,74
Total				8,17
Produits Laitiers				
Lait demi-écrémé UHT	0,85	700	0,60	
Yaourt nature	1,7	875	1,49	
Gruyère	8,22	100	0,82	
Total				2,90
Féculents				
Biscottes	2,19	200	0,44	
Pâtes crues	1,5	300	0,45	
Riz cru	1,45	100	0,15	1,04
Pain complet	3,48	420	1,46	
Lentilles boîte	1,6	300	0,48	
Pois cassés secs	1,8	85	0,15	
Pommes de terres fraîches	1,25	824	1,03	3,12
Total				4,16
Fruits et légumes				
Carottes fraîches	1,15	588	0,68	
Tomates pelées boîte	1,45	240	0,35	
Jardinière de légumes surgelés	1,25	500	0,63	
Épinards surgelés	1,15	500	0,58	2,22
Jus d'orange 100 % fruits, base concentré	1,18	700	0,83	
Noix	4,49	117	0,52	
Pruneau	7,1	78	0,55	
Pommes	1,4	875	1,23	
Oranges/Clémentines	1,9	875	1,66	4,79
Total				7,01
Produits sucrés				
Chocolat	6	100	0,60	
Confiture	2,1	140	0,29	
Biscuits	3,25	200	0,65	
Sucre	1,65	45	0,07	
Total				7,01
Matières grasses ajoutées				
Beurre	4,55	40	0,18	
Huile colza	1,9	100	0,19	
Huile olive	4,8	40	0,19	
Huile tournesol	2,45	20	0,05	
Total				0,61
Poids/sem	10 485 g		Prix/sem	24,48 €
Poids/jour	1 498 g		Prix/jour	3,50 €

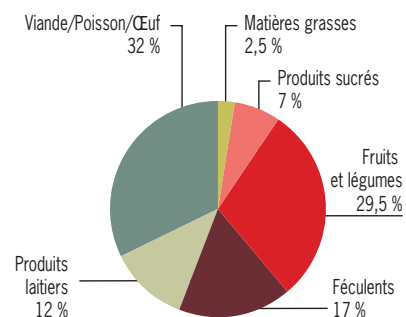
* Respectant les apports nutritionnels conseillés (ANC)

Source : Nicole Darmon

Contribution des différents groupes d'aliments au poids total de la ration à 3,5 €/j



Contribution des différents groupes d'aliments au prix total de la ration à 3,5 €/j



Comment manger équilibré avec seulement 3,5 euros par jour et par personne ? Pour mesurer toute la difficulté de l'exercice, ci-contre le « panier » (liste de courses, calculé en ration quotidienne) constitué par Nicole Darmon au cours de ses recherches, panier respectant les apports nutritionnels conseillés (ANC), calé sur les prix de mars/avril 2009. À souligner notamment, dans le graphique « contribution au prix total » (ci-dessus), la place importante que prend le poste « viande/poisson/œuf » (32 %) alors que ce poste ne contribue qu'à 10 % du poids total de la ration.

pommes de terre, du chou, des carottes, des jus d'agrumes (1^{er} prix à base de concentré), des légumes en conserve, des fruits de saison et quelques fruits à coque. Les quantités de viande doivent rester faibles, il faut privilégier la volaille et les œufs et consommer du poisson gras (sardines et maquereau surtout) et si possible des abats (foies de volaille ou rognons). Il faut bien sûr éviter les produits sucrés, à part un peu de chocolat noir (ou en poudre) et des fruits secs. Privilégier les féculents complets plutôt que raffinés, les yaourts plutôt que les fromages, les huiles végétales plutôt que les graisses animales.

Affirmation indécente

Même s'il est possible de bien manger avec un petit budget, il serait indécent d'affirmer que c'est facile ou que ce n'est qu'une question de volonté. En fait, le seuil de 3,5 euros est un seuil critique en dessous duquel il est risqué de se situer. Or, ce seuil est proche de celui du budget alimentaire des personnes pauvres en France. Selon l'enquête « Budget de famille » réalisée, en 2001, par l'Insee, les 10 % des ménages qui ont le niveau de revenu le plus faible, en France, consacrent moins de 10 euros par jour (et par famille) à leur alimentation à domicile, et cela représente près du quart de leur dépenses totales (5). Les dépenses alimentaires des plus pauvres, bien que faibles en valeur absolue, pèsent lourd dans leur

budget, ce qui les oblige à développer des stratégies d'achat élaborées pour gérer au mieux ce petit budget alimentaire. Les aliments dont il est conseillé d'augmenter la consommation pour préserver la santé (car ils sont riches en nutriments essentiels et de faible densité énergétique) tels que les fruits, les légumes et le poisson sont les sources de calories les plus chères (i.e. leur coût d'énergie, en €/100 kcal, est élevé) alors que les produits gras et/ou sucrés apportent des calories bon marché (3, 4).

En conclusion et pour résumer la situation, plusieurs études soulignent que le budget alimentaire des personnes pauvres est insuffisant pour se procurer une alimentation équilibrée, même s'il est généralement admis que ces personnes développent des stratégies d'achat très élaborées pour gérer au mieux ce petit budget. Et les personnes soumises à de fortes contraintes budgétaires cumulent de nombreuses difficultés. Pour elles, la notion de santé à long terme est abstraite, reléguant souvent l'alimentation au second plan, derrière d'autres préoccupations immédiates plus importantes (logement, emploi, etc.).

Nicole Darmon

Chercheur en nutrition,
UMR Inra/Inserm,
université Aix-Marseille.

► Références bibliographiques

- (1) Caillavet F., Darmon N., Lhuissier A., Régnier F. L'alimentation des populations défavorisées en France : synthèse des travaux dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel. In : *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2005-2006*. Paris : La documentation française, 2006 : 279-322.
- (2) Andrieu E., Darmon N., Drewnowski A. *Low-cost diets: more energy, fewer nutrients*. Eur. J. Clin. Nutr., 2006 : 60(3) : 434-6.
- (3) Maillot M., Darmon N., Darmon M., Lafay L., Drewnowski A. *Nutrient-dense food groups have high energy costs: an econometric approach to nutrient profiling*. J. Nutr., 2007; 137(7): 1815-20.
- (4) Darmon M., Darmon N. *L'équilibre nutritionnel. Concepts de base et nouveaux indicateurs : le SAIN et le LIM*. [avec CD-rom] Paris : Tec & Doc Lavoisier, 2008 : 320 p.
- (5) Andrieu E., Caillavet F., Momic M., Lhuissier A., Régnier F. L'alimentation comme dimension spécifique de la pauvreté. Approches croisées de la consommation alimentaire des populations défavorisées. In : *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2005-2006*. Paris : La documentation française, 2006 : 247-78.

La santé corrélée au « gradient socio-économique »

Partout dans le monde, la morbidité, l'espérance de vie et la mortalité suivent un « gradient socio-économique » : l'état de santé des individus est d'autant meilleur que leur statut socio-économique est élevé. Ces inégalités sociales de santé concernent toutes les pathologies chroniques, et notamment celles directement liées à la nutrition, telles que le diabète, les maladies cardio-vasculaires, l'ostéoporose, la santé bucco-dentaire et de nombreux cancers. De même, l'obésité est plus fréquente, et a des conséquences plus graves, dans les populations de faible statut socio-économique. Ainsi, en France, le pourcentage d'adultes touchés par l'obésité est 1,5 fois plus élevé dans les ménages ayant un revenu mensuel net inférieur à neuf cents euros que dans la population générale (18,8 % vs 12,4 % en 2006)¹. Ces inégalités sociales de santé sont expliquées par le fait que les personnes de faible statut socio-économique cumulent généralement plusieurs handicaps en matière de santé et d'accès aux soins². Les déséquilibres alimentaires vont ainsi souvent de pair avec le tabagisme et la sédentarité et sont eux-mêmes associés à un faible niveau d'éducation et de revenus et à des conditions d'habitat et de travail défavorables. Il est donc très difficile d'estimer séparément l'impact du facteur nutrition dans les inégalités sociales de santé. De plus, l'alimentation, comme la consommation de tabac et d'alcool ou d'autres caractéristiques des modes de vie individuels sont fortement liés au statut socio-économique dans l'enfance, ce qui suggère que ces « comportements » résultent moins de l'expression d'un libre choix que de l'impact de facteurs culturels et structurels en grande partie indépendants de la volonté individuelle. Par conséquent, des expressions telles que « comportements de santé », « comportements alimentaires » ou « choix alimentaires » devraient être utilisées avec précaution car elles supposent une responsabilité individuelle et des choix conscients dans l'adoption de comportements défavorables à la santé, alors que ces derniers sont largement déterminés par un faisceau de facteurs environnementaux sur lesquels l'individu n'a pas prise.

N. D.

1. Inserm, TNS Sofres, Roche. ObÉpi : enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. <http://www.roche.fr/portal/eipf/france/roche/fr/institutionnel/lesurpoidsenfrance2006>

2. Moulin J.-J., Dauphinot V., Dupré C., Sass C., Labbe E., Gerbaud L., Guéguen R. Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002. *BEH* 2005 ; 43 : 213-15.

Distribution de chèques fruits et légumes : faisabilité et impact

Une équipe de chercheurs français a étudié l'impact d'une distribution de chèques « fruits et légumes » aux populations en situation de précarisation. Ils démontrent que cette distribution favorise la consommation (surtout auprès des plus faibles consommateurs) et pourrait ainsi, à plus long terme, améliorer leur statut nutritionnel.

Une alimentation saine est un facteur de prévention de certaines maladies. Notamment, une consommation importante de fruits et légumes est associée à un risque réduit de maladies cardiovasculaires, d'obésité, de cancers (cancers du côlon, du sein). Les recommandations internationales sont une consommation quotidienne de cinq fruits et légumes par jour, soit 400 g (1). Or, la consommation de fruits et légumes est plus faible dans les groupes de bas revenus, ou populations précaires (2). Les facteurs explicatifs sont à la fois socio-économiques, environnementaux (disponibilité des fruits et légumes, problème de préparation et conservation) et également psychosociaux et culturels (goût d'en manger, habitudes culinaires) (3).

Aux États-Unis, il existe, depuis les années 1990, des programmes d'aide délivrant des coupons pour l'achat de fruits et légumes ou l'obtention de paniers de produits de la ferme. Ces programmes sont destinés aux femmes et enfants en situation de pauvreté (4) ou à des personnes plus âgées (5). Ainsi, l'évaluation de ces programmes met en avant une augmentation de la consommation de fruits et légumes correspondant à 1,31 portion après cinq mois du programme, avec également une augmentation du pourcentage des sujets consommant plus de cinq portions par jour (de 22 à 39 % *vs* une diminution de 30 à 23 % dans le groupe sans coupons). Deux revues montrent que la plupart des interventions permettent d'augmenter la consommation de fruits et légumes de 0,1 à 1,4 portion par jour (6, 7).

En France, la mise en place d'une telle intervention a été suggérée lors du premier rapport du Programme natio-

nal nutrition-santé (PNNS) mais alors non étayée par des études françaises. Aussi, nous avons réalisé, entre décembre 2007 et mai 2009, une étude pour analyser l'impact de chèques destinés à l'achat de fruits et légumes frais exclusivement, sur la consommation de fruits et légumes, cela dans un groupe de personnes précaires¹.

Faisabilité et efficacité

Les objectifs de notre étude « chèques fruits et légumes » étaient de démontrer :
– la faisabilité de la distribution et de l'utilisation de ce type de chèques ;
– l'efficacité d'une aide financière même minime pour majorer la consommation de fruits et légumes.

L'étude Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire (Abena) avait mis en évidence une consommation très faible chez des personnes bénéficiant de l'aide alimentaire (8). Ainsi, parmi les 1 164 personnes interrogées, 94,5 % mangent des fruits et légumes moins de 3,5 fois par jour, et seulement 1,2 % en consomment cinq fois ou plus par jour.

Notre étude a pour cible une population moins précaire que celle de l'étude Abena, incluant des individus se présentant dans un centre d'examen de santé pour participer à un bilan de dépistage proposé par la caisse primaire d'Assurance Maladie.

Les volontaires ont été recrutés lors de ce bilan réalisé au centre d'examen de santé de Bobigny. Nous avons utilisé l'index de précarité Épices (Évaluation de la précarité et des inégalités dans les centres d'examen de santé), index développé et utilisé quotidiennement dans les centres d'examen de santé sur

le plan national² qui a permis d'établir qu'environ 30 % des consultants de ce centre sont en situation de précarité.

Déroulement de l'intervention

Lors de l'entrée dans l'étude (inclusion), tous les sujets ont bénéficié d'un bilan comportant la mesure des paramètres anthropométriques (poids, taille, tension artérielle), des données biologiques (numération formule sanguine, ionogramme sanguin, bilan glycémique, lipidique, ferritinémie et analyse du statut vitaminiq, des vitamines associées à la consommation de fruits et légumes).

Ils répondaient de plus à un questionnaire concernant leur alimentation : organisation des courses, difficultés, choix réalisés, interrogation sur une éventuelle insécurité alimentaire. L'évaluation diététique comportait un court questionnaire fréquentiel (pour estimer le nombre de portions de fruits et de légumes consommés chaque jour) et une consultation avec une diététicienne pour un rappel des 24 h (notation de tous les aliments et boissons consommés durant les dernières 24h).

Au terme de cette évaluation, la diététicienne expliquait l'importance d'une consommation quotidienne de fruits et de légumes, les moyens d'en consommer pour un moindre tarif (jus, conserves, achat en fin de marché). Au terme de l'entretien, un tirage au sort était réalisé, en tenant compte du sexe, de la tranche d'âge, du nombre d'enfants dans le foyer et de la commune d'habitation.

Dans le groupe « chèques », les sujets ont reçu des chèques pour un montant de dix euros par mois pour une personne seule, vingt euros pour un cou-

ple, trente euros pour un couple avec deux enfants et quarante euros pour un couple avec trois enfants ou plus. Les chèques ressemblent à des chèques-cadeaux et sont porteurs d'un code-barres, d'une date limite d'utilisation (fixée par périodes de deux semaines) et du numéro d'identifiant du volontaire. Ils étaient utilisables dans tous les magasins du département possédant le matériel pour scanner le code-barres. Leur utilisation sur les marchés n'était donc par exemple pas possible.

Dans le groupe « sans chèques », les sujets ont uniquement bénéficié des conseils d'une diététicienne.

Un envoi postal des chèques était réalisé de façon mensuelle pendant trois mois, puis de nouveau délivrés pour trois mois lors des visites ultérieures.

Les sujets étaient reconvoqués à trois mois, neuf mois et douze mois. Le rendez-vous était fixé par téléphone (jusqu'à trois appels de relance) ou courrier. Les volontaires recevaient les chèques fruits et légumes.

Lors des bilans ultérieurs les mêmes données étaient recueillies, en dehors du bilan biologique, plus simplifié.

Résultats

Nous avons inclus 295 volontaires (133 hommes, 162 femmes), répartis également entre le groupe « avec chèques » et dans le groupe « sans chèques ». L'âge moyen est de 44,8 ans. Plus de deux tiers des participants ont des enfants. Plus de 50 % des femmes sont sans emploi. En revanche, les trois niveaux d'éducation (aucun ou primaire/secondaire /études supérieures) sont également représentés. Les dépenses alimentaires sont de $86,1 \pm 54,9$ euros par semaine.

L'étude a été bien accueillie par les volontaires. Les chèques devaient être acceptés dans tous les magasins (plus de cinquante dans le département), cependant, les premières semaines, certaines personnes se sont vu refuser les chèques au niveau des caisses, par manque d'information. Par la suite, nous avons orienté nos volontaires vers les vingt-deux magasins proches du centre où les chèques étaient acceptés sans problème.

À l'entrée dans l'étude, les sujets déclarent consommer chaque jour en moyenne 1,2 fruit par jour, 0,9 légume et dans l'ensemble 2,1 fruits et légumes. Nous avons analysé nos volontaires en les séparant en très faibles consommateurs (ceux qui consomment des fruits et légumes moins d'une fois par jour) et en consommateurs quotidiens (ceux qui en consomment une fois par jour ou plus).

Les résultats de la première évaluation, soit sur la population globale, sans intervention, montrent que 28 % des volontaires sont de très faibles consommateurs (moins d'une fois par jour). Il y a donc 71 % de consommateurs quotidiens, et seulement 7 % mangent cinq portions de fruits et légumes ou plus par jour. Lorsque l'analyse s'intéresse aux facteurs d'explication d'une très faible consommation, il apparaît que les plus faibles consommateurs déplorent l'absence de moyens financiers, et sont par ailleurs également conscients qu'ils ne mangent pas sainement. Concernant les données anthropométriques, l'index de masse corporelle moyen est de 26,4 chez les hommes et 27,7 chez les femmes, avec respectivement 18 et 27 % d'obèses. Pour rappel, le surpoids et l'obésité sont définis par un index de masse corporelle supérieur à 25 et 30, respectivement. La tension artérielle était de 13/8.

L'évaluation à trois mois, pour l'ensemble de l'échantillon, permet de conclure à une amélioration de la consommation de fruits et légumes (déclarée par les volontaires) : 84 % sont des consommateurs quotidiens, ainsi, le pourcentage des faibles consommateurs a diminué à 16 %. Lorsque nous comparons les deux groupes, l'évolution montre une amélioration plus nette dans le groupe ayant reçu les chèques (93 % *vs* 74 % de consommateurs quotidiens) et avec une différence significative entre les deux groupes. L'augmentation de la consommation de fruits et légumes est de 0,7 pour le groupe chèques et 0,6 dans le groupe sans chèques (différence non significative). Un autre aspect de cette étude est le versant vitaminique, en cours d'analyse. Les premiers résultats montrent que les taux moyens de vitamine C, vitamine A, tocophérol (alpha et gamma), carotène, vitamines B9 et B12 sont identiques entre les deux groupes et restent inchangés à trois mois, sans différence notable.

L'analyse des données obtenues par le recueil des 24 heures, ainsi que l'évaluation des données à neuf et douze mois est en cours. Une analyse préliminaire semblerait montrer une amélioration du statut en vitamine C estimé par les rappels de 24 h.

Discussion

Notre population apparaît comme étant en très grande difficulté, malgré un niveau d'éducation parfois élevé pour certains volontaires. Le statut de migrant des volontaires est probablement une explication, même s'il n'a pas été documenté.

La consommation de fruits et légumes est extrêmement faible, et très en dessous des recommandations du plan Programme national nutrition santé. Les chiffres de consommation déclarée se rapprochent plutôt de ceux retrouvés dans l'étude Abena (8), réalisée auprès de personnes fréquentant des centres de distribution d'aide alimentaire, avec la même méthode d'enquête alimentaire.

Les chèques ont été bien acceptés par les volontaires, et utilisés régulièrement, cela tout au cours de l'étude. Le nombre de sujets suivis pendant un an est supérieur dans le groupe « chèques » par rapport au groupe contrôle, alors que tous les volontaires revus recevaient soit des « chèques fruits et légumes », soit des chèques-cadeaux en remerciement de leur participation.

La consommation de fruits et légumes augmente dans les deux groupes à trois mois et de façon plus importante dans le groupe « chèques ». Nous concluons à

la fois au bénéfice d'une intervention de promotion de la consommation de fruits et légumes (amélioration de celle-ci même dans le groupe « sans chèques ») et à l'efficacité des chèques. Il est démontré que l'approche éducative est importante pour promouvoir la consommation de fruits et légumes. Cependant, l'augmentation notée de cette consommation ne permet pas de modification du statut vitaminique. L'augmentation de la consommation de fruits et légumes est modeste, ce sont surtout les très faibles consommateurs qui deviennent des consommateurs quotidiens de fruits et légumes. Cette augmentation n'est peut-être pas suffisamment longue ni intense pour permettre une amélioration du statut vitaminique à trois mois. Le nombre de sujets sortis de l'étude est certes un biais dans l'analyse, risquant notamment de limiter certaines conclusions.

Conclusion

Cette première étude réalisée dans ce domaine, en France, démontre la faisabilité de l'utilisation de chèques. Certaines barrières rencontrées initialement peuvent être diminuées avec une information et la promotion d'une telle initiative. Nous démontrons une augmentation modeste de la consommation des fruits et de légumes dans les deux groupes de sujets. Surtout, les chèques ont

permis pendant trois mois aux personnes qui ne consommaient pas de fruits et légumes chaque jour d'en consommer quotidiennement. Cependant, il n'apparaît pas d'amélioration du statut vitaminique à trois mois.

Même si le montant paraît faible, cette mesure pourrait avoir un effet stimulant et éducatif, notamment en ce qui concerne l'éducation des enfants présents dans ces foyers. L'importance du lien entre les habitudes alimentaires instituées dans l'enfance et la consommation de fruits et légumes à l'âge adulte incite à prendre ce genre de mesure.

Sans avoir été réellement mesuré, nous avons noté un réel enthousiasme des personnes ayant bénéficié des chèques.

**Hélène Bihan¹, Sandrine Péneau¹,
Caroline Méjean¹, Laetitia Pélabon¹,
Henri Faure², Véronique Ducros²,
Hervé Le Clésiau³, Katia Castetbon⁴,
Serge Herberg¹.**

1. Unité de recherche en épidémiologie nutritionnelle, Paris-XIII, SMBH, Bobigny.
2. Département de biologie intégrée, pavillon B, CHU, Grenoble.
3. Centre d'examen de santé de la caisse primaire d'Assurance Maladie de Seine-Saint-Denis, Bobigny.
4. Unité de surveillance en épidémiologie nutritionnelle, Paris-XIII, SMBH, Bobigny.

► Références bibliographiques

- (1) WHO. *Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva: World Health Organisation, editor. 2003. Technical report series 916.
- (2) Irala-Estévez J.D., Groth M., Johansson L., Oltersdorf U., Prättälä R., Martínez-González M.A. A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2000; 54(9): 706-14.
- (3) Kamphuis C.B., Giskes K., de Bruijn G.J., Wendel-Vos W., Brug J., van Lenthe F.J. Environmental determinants of fruit and vegetable consumption among adults: a systematic review. *Br. J. Nutr.* 2006; 96(4): 620-35.
- (4) Herman D.R., Harrison G.G., Jenks E. Choices made by low-income women provided with an economic supplement for fresh fruit and vegetable purchase. *J. Am. Diet. Assoc.* 2006; 106: 740-4.
- (5) Johnson D.B., Beaudoin S., Smith L.T., Beresford S.A., LoGerfo J.P. Increasing fruit and

- vegetable intake in homebound elders: the Seattle Senior Farmers'Market Nutrition Pilot Program. *Prev. Chronic. Dis.* 2004 Jan; 1: A03.
- (6) Pomerleau J., Lock K., Knai C., McKee M. Interventions designed to increase adult fruit and vegetable intake can be effective: a systematic review of literature. *J. Nutr.* 2005; 135(10): 2486-95.
- (7) Ciliska D., Miles E., O'Brien M.A. et al. Effectiveness of community-based interventions to increase fruit and vegetable consumption. *J. Nutr. Educ.* 2000; 32: 341-52.
- (8) InVS. Numéro thématique : Surveillance nutritionnelle des populations défavorisées : premiers résultats de l'étude Abena. *BEH* n° 11-12; 2006 : 77-9.
- (9) Sass C., Moulin J.-J., Guéguen R., et al. Le score Épices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *BEH* n° 14; 2006 : 93-6.

Remerciements

- Agence pour la recherche et l'information en fruits et légumes (Aprifel/Interfel) et plus particulièrement Mme Saida Barnat, pour le soutien organisationnel et financier.
- La Ligue contre le cancer pour le soutien financier.

1. L'Agence pour la recherche et l'information en fruits et légumes (Aprifel) est le promoteur de cette étude, pourvoyant au financement de l'étude pour l'impression, le financement des chèques et l'organisation de leur utilisation à la suite d'un démarchage auprès de la moitié des grandes surfaces du département (avec la rencontre des chefs de rayon). La Ligue contre le cancer a également participé au financement de l'étude. 2. Ce score est calculé d'après un questionnaire de onze questions renseignant sur les conditions socio-économiques, mais également sur l'entourage social d'une personne, ses loisirs. Le score va de 0 (pas de précarité) à 100 (précarité la plus grande), la précarité est définie au-delà de 40,2 (9). Ainsi, les personnes ayant un score supérieur à 40,2 étaient invitées par les membres de l'équipe de recherche en nutrition (Uren) à participer à notre étude d'intervention alimentaire.

Environnement alimentaire : état des connaissances aux États-Unis et au Canada

Pourquoi l'obésité progresse-t-elle autant aux États-Unis et au Canada ? Une équipe de chercheurs du Québec spécialiste de la question souligne que plusieurs facteurs se conjuguent : l'individu et ses comportements, le cadre social et l'environnement, c'est-à-dire le bâti, les espaces verts, mais aussi l'implantation plus ou moins réglementée des commerces alimentaires présents dans le quartier. Or cet environnement est un facteur non négligeable, il peut expliquer en partie la prévalence plus forte de l'obésité dans les quartiers défavorisés.

L'obésité est devenue l'un des problèmes de santé publique les plus préoccupants au cours des dernières années. À l'échelle mondiale, des organismes tels que l'Organisation mondiale de la santé qualifient d'épidémique la situation actuelle quant à la prévalence des personnes accusant un excès de poids (1).

Selon les données les plus récentes, au Québec, cette prévalence serait de 48 % (obésité 14 % et embonpoint 34 %) (2). Cette prévalence a crû au cours des dernières années, l'indice de masse corporelle (IMC)² moyen des Québécois ayant progressé de 24,1 kg/m² en 1987 à 25,4 kg/m² en 2005 (2, 3). Cette augmentation de 1,3 kg/m², qui paraît minime, s'est traduite par un gain de poids important dans la population et une augmentation du nombre de personnes à risque de problèmes de santé (dont le diabète de type 2, les accidents vasculaires cérébraux, certains cancers, etc.). Aux États-Unis, chez les adultes, la prévalence de l'obésité a doublé entre 1980 et 2004. En 2006, les données montrent que près d'un Américain sur trois souffre d'obésité, soit près de soixante-douze millions de personnes³ (4).

Les facteurs explicatifs de cette tendance peuvent s'avérer multiples. La plupart des chercheurs retiennent quatre catégories de facteurs : individuels, sociaux, comportementaux (ou habitudes de vie), et environnementaux (5). L'un des facteurs environnementaux est l'environnement physique, défini par l'environnement naturel d'une part et,

d'autre part, par le cadre bâti, c'est-à-dire l'environnement bâti. Plusieurs caractéristiques de l'environnement bâti peuvent influencer les comportements individuels, qui eux sont reliés au poids corporel. Parmi ces caractéristiques, notons l'environnement alimentaire et l'accessibilité des individus à certains types de commerces d'alimentation. Cette accessibilité varie sur le territoire, particulièrement selon les caractéristiques socio-économiques des quartiers. Les aspects de l'environnement alimentaire ont amené quelques communautés, américaines pour la plupart, à limiter la présence de certains types de commerces d'alimentation par l'entremise de politiques en matière d'aménagement du territoire, particulièrement en ce qui a trait au zonage⁴.

Associations entre accessibilité aux commerces, habitudes et caractéristiques individuelles

L'accessibilité géographique à certains types de commerces d'alimentation a fait l'objet d'études qui la mettent en relation avec les habitudes alimentaires et le poids corporel des individus. Par exemple, la recherche de L.V. Moore et coll. montre que les participants n'ayant aucun supermarché près de leur domicile étaient de 25 à 46 % moins susceptibles de développer de saines habitudes alimentaires que les participants habitant un environnement desservi par les supermarchés (6). Quelques études ont aussi trouvé que l'accessibilité géographique à des restaurants de type *fast-food* était associée significativement à des risques plus éle-

vés d'obésité ou de surpoids et à des niveaux d'IMC plus élevés (7).

Accessibilité aux commerces et défavorisation des quartiers

L'accès aux commerces offrant des aliments sains serait, dans les quartiers défavorisés socio-économiquement, plus difficile qu'ailleurs. C'est l'hypothèse des études sur les déserts alimentaires. Un désert alimentaire est une zone à faible accès aux commerces d'alimentation (exemple : supermarchés) offrant des produits liés aux saines habitudes alimentaires. Le terme « désert alimentaire » a surtout été utilisé dans les études provenant du Royaume-Uni (8).

Aux États-Unis, les études portant sur l'accessibilité aux commerces d'alimentation en lien avec les caractéristiques socio-économiques des quartiers ont surtout été reliées au concept de l'insécurité alimentaire (9). Plusieurs études ont ainsi constaté que la population des quartiers défavorisés peut accéder plus facilement aux petites épiceries qu'aux supermarchés (10). Les chercheurs américains hésitent donc à utiliser le terme de « désert alimentaire » car les populations des quartiers désavantagés ont tout de même accès à une certaine forme d'offre alimentaire consistant principalement en de petites épiceries et des épiceries à heures d'ouverture prolongées (*convenience stores ou liquor stores*) (11). D'autres études, menées aux États-Unis et au Canada, ont aussi noté que les quartiers désavantagés socio-économiquement étaient caractérisés par une concentration de

restaurants de type *fast-food* plus élevée qu'ailleurs (12, 13).

Au Québec, les études sont peu nombreuses et se concentrent sur la région de Montréal. Les résultats d'une première étude portant sur l'accès aux supermarchés montrent que près de 17 % de la population montréalaise habite un quartier correspondant aux critères du désert alimentaire (défavorisation socio-économique et faible concentration de supermarchés) (14). Les auteurs d'une autre étude n'ont relevé aucune corrélation significative entre le niveau socio-économique des quartiers et l'accès aux commerces de fruits et de légumes (15). Finalement, Y. Kestens et coll. ont étudié l'environnement alimentaire autour de 1 169 écoles situées dans l'agglomération de Montréal. Ils ont constaté que la très forte majorité des écoles (75 %) ont au moins un restaurant *fast-food* dans un rayon d'un kilomètre, une distance qui peut être parcourue à pied. De plus, la densité de ces commerces varie en fonction du niveau socio-économique du quartier où se situe l'école (16). Par ailleurs, les caractéristiques du paysage alimentaire demeurent méconnues dans le reste du Québec et l'existence de déserts alimentaires ne peut donc être écartée.

Règlements de zonage visant la création d'environnements favorables

L'étude de l'impact de l'environnement alimentaire sur les habitudes alimentaires et le poids corporel au sein des communautés constitue un champ de recherche relativement récent. Par conséquent, peu d'études scientifiques

portant sur les initiatives visant à améliorer cet environnement ont été réalisées. Or, bien qu'elles soient peu nombreuses, certaines interventions environnementales et politiques publiques ont tout de même vu le jour, notamment aux États-Unis, et méritent d'être mentionnées. Ces interventions en matière d'aménagement consistent essentiellement à mettre en place des formes de prohibition de certains types de commerces d'alimentation.

Afin de mieux encadrer la densité ou l'emplacement des restaurants de type *fast-food* dans certains secteurs, plus particulièrement autour des écoles et dans les quartiers défavorisés, plusieurs chercheurs ont proposé de modifier les règlements de zonage municipal (17). Or, bien que peu de municipalités aient déjà entrepris une telle modification, certaines l'ont fait avec succès dans le cas d'autres problématiques de santé. Ainsi, afin de limiter l'offre de boissons alcoolisées, certaines municipalités américaines, plus spécifiquement en Californie, ont modifié leurs règlements de zonage de sorte à restreindre les commerces vendant de telles boissons près des terrains de jeux, des parcs ou des écoles (18).

De plus, certaines juridictions aux États-Unis ont déjà réussi à modifier leurs règlements de zonage afin de limiter l'offre de *fast-food* dans certains secteurs. À titre d'exemple, la ville de Detroit, dans le Michigan, a interdit toute implantation de *fast-foods* dans un rayon de cinq cents mètres autour des écoles. D'autres exemples existent, notamment dans le Massachusetts et en Californie (17). La plupart de ces modifications ont été

instaurées pour la protection du marché local de la restauration. Elles n'étaient donc pas spécifiquement destinées à la réduction de la prévalence de l'obésité ou à la protection de la santé des individus de ces communautés. Ces initiatives nous renseignent tout de même sur la pertinence d'utiliser de tels mécanismes. Pour combattre plus spécifiquement les problèmes liés à l'obésité, la ville de Los Angeles, en Californie, a voté un moratoire afin d'interdire l'implantation de nouveaux commerces de type *fast-food* dans certains secteurs défavorisés socio-économiquement (19).

Le cas du Québec

Au Québec, dans le récent Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids, il est avancé que, pour améliorer de façon durable les habitudes alimentaires des citoyens, les divers milieux de vie doivent faciliter les choix alimentaires sains (5). On y souligne que les municipalités sont des partenaires importants pour le développement de tels environnements alimentaires favorables et qu'elles peuvent soutenir plusieurs actions. Les actions des municipalités québécoises pourraient se traduire par des politiques favorisant l'aménagement de marchés publics et de jardins communautaires. Certaines municipalités québécoises ont déjà agi en ce sens. À titre d'exemple, la ville de Montréal, dans son plan d'urbanisme, favorise l'implantation de marchés publics locaux, ce qui constitue un moyen d'améliorer la qualité des milieux de vie existants (20).

Toutefois, les municipalités québécoises n'ont pas les mêmes pouvoirs que leurs homologues américaines. Des études récentes, au Québec, ont évalué, dans le contexte de la législature québécoise, la possibilité de limiter la présence de commerces d'alimentation « nuisibles » aux saines habitudes de vie (19, 21). Les résultats de l'étude de S. Paquin montrent que la classification des commerces d'alimentation dans les règlements de zonage doit être plus précise (21). Dans l'état actuel de ces règlements, il serait difficile de les utiliser afin de favoriser le développement d'un environnement bâti susceptible d'influencer positivement les habitudes de vie de la population. Pour M. Bourdeau et M.A. LeChasseur, il serait pos-

sible de limiter la présence de certains commerces d'alimentation autour des écoles non de façon quantitative mais bien de façon qualitative. Il existe, dans la loi actuelle sur l'aménagement et l'urbanisme, des outils permettant aux municipalités de limiter la présence de certains commerces non compatibles avec leur environnement immédiat (sur le plan de l'intégrité architecturale, par exemple). Dans le cas de l'environnement immédiat d'une école, un tel outil pourrait favoriser l'implantation de commerces offrant des produits liés à une saine alimentation (19).

Conclusion

Certaines études ont montré que les caractéristiques de l'environnement alimentaire, en particulier la variation de l'accessibilité géographique aux commerces d'alimentation, sont associées aux habitudes alimentaires et au poids corporel des individus. Il a aussi été montré que la défavorisation socio-économique d'une communauté peut avoir

une incidence sur son offre alimentaire. Ainsi, les caractéristiques de l'environnement alimentaire peuvent expliquer, en partie, les tendances actuelles de la prévalence de l'obésité.

Afin de rendre les environnements favorables à de saines habitudes alimentaires, certaines communautés tentent d'instaurer des politiques en matière d'aménagement. Ces politiques de zonage visent à restreindre l'accessibilité à certains types de commerces, en particulier aux restaurants de type *fast-food*, et ce, autour des écoles et dans les quartiers socio-économiquement défavorisés. Quelques municipalités des États-Unis ont déjà implanté ce type de politique. Au Québec, les travaux de recherche ont seulement étudié la faisabilité de l'implantation de ces politiques à l'intérieur du cadre législatif actuel. Aucune municipalité du Québec n'a instauré de politiques en matière de zonage afin de développer des environnements favorables aux saines habi-

tudes alimentaires. De plus, actuellement et à notre connaissance, il n'existe aucune étude sur l'impact de l'implantation de ces politiques sur les habitudes alimentaires ou sur le poids corporel des individus.

Éric Robitaille
Pascale Bergeron

Agents de planification, de programmation et de recherche, développement des individus et des communautés, unité « habitudes de vie », Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Québec, Canada.

1. Au Québec, l'embonpoint est relié à un indice de masse corporelle situé entre 25 à 29,9 kg/m² et l'obésité à un indice supérieur à 30 kg/m².
2. Indice de masse corporelle ou IMC : indice de mesure du statut pondéral égal au rapport du poids de l'individu, exprimé en kilogrammes, sur le carré de sa taille, exprimée en mètres.
3. Aux États-Unis, l'obésité est définie par un IMC supérieur à 30 kg/m².
4. Les règlements de zonage, aux États-Unis et au Québec, sont des outils permettant, entre autres, aux communautés locales (les municipalités) de déterminer la vocation du territoire sous leur juridiction.

► Références bibliographiques

- (1) Organisation mondiale de la Santé. *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Rapport du secrétariat*. Genève : World health organization regional publications; 17 avril 2004 : 24 p.
- (2) Lamontagne P., Hamel D. *Poids corporel de la population adulte québécoise : mise à jour 2005*. Exploitation des données de l'ESCC 3.1. Québec : INSPQ, 2008 : 25 p.
- (3) Mongeau L., Audet N., Aubin J., Baraldi R. *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*. Montréal, Qc : INSPQ, 2005 : 24 p.
- (4) Ogden C.L., Carroll M.D., McDowell M.A., Flegal K.M. *Obesity among adults in the United States –no change since 2003-2004*. NCHS data brief 2007; (1): 7 p.
- (5) Lachance B., Pageau M., Roy S. *Investir pour l'avenir : Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*. Ministère de la Santé et des Services sociaux ; Gouvernement du Québec ; 2006 : 50 p.
- (6) Moore L.V., Diez Roux A.V., Nettleton J.A., Jacobs D.R. Jr. *Associations of the local food environment with diet quality –a comparison of assessments based on surveys and geographic information systems: the multi-ethnic study of atherosclerosis*. Am. J. Epidemiol. 2008 Apr 15; 167(8): 917-24.
- (7) Crawford D.A., Timperio A.F., Salmon J.A., et al. *Neighbourhood fast food outlets and obesity in children and adults: the CLAN Study*. Int. J. Pediatr. Obes. 2008; 3(4): 249-56.
- (8) Wrigley N., Warm D., Margetts B. *Deprivation, diet, and food-retail access: findings from the Leeds "food deserts" study*. Environment and Planning 2003; 35(1): 151-88.
- (9) Raja S., Changxing M., Pavan Y. *Beyond Food deserts: measuring and mapping racial disparities in neighborhood food environments*. Journal of Planning Education and Research 2008; (27): 469-82.
- (10) Moore L.V., Diez Roux A.V. *Associations of neighborhood characteristics with the location and type of food stores*. Am. J. Public Health 2006; 96(2): 325-31.
- (11) Blanchard T., Lyson T. *Food availability & food deserts in the nonmetropolitan south*. Southern rural development center 2006; 12: 1-7.
- (12) Hemphill E., Raine K., Spence J.C., Smoyer-Tomic K.E. *Associations of neighborhood characteristics with the location and type of food stores*. Am. J. Health Promot. 2008 Jul; 22(6): 426-32.
- (13) Smoyer-Tomic K.E., Spence J.C., Raine K.D., et al. *The association between neighborhood socioeconomic status and exposure to supermarkets and fast food outlets*. Health Place 2008; 14(4): 740-54.
- (14) Apparicio P., Cloutier M.S., Shearmur R. *The case of Montreal's missing food deserts: evaluation of accessibility to food supermarkets*. Int. J. Health Geogr. 2007; 6: 4.
- (15) Bertrand L., Therien F., Cloutier M.S. *Measuring and mapping disparities in access to fresh fruits and vegetables in Montreal*. Can. J. Public Health 2008; 99(1): 6-11.
- (16) Kestens Y., Daniels M. *Éliminer la malbouffe et remplir les McDo ? Étude du paysage alimentaire autour des écoles montréalaises*. Présentation faite à l'Acfas, à Trois-Rivières, le 9 mai 2007. (Étude non publiée).
- (17) Mair J.S., Pierce M.W., Teret S.P. *The use of zoning to restrict fast food outlets: a potential strategy to combat obesity*. October 2005.
- (18) Ashe M., Jernigan D., Kline R., Galaz R. *Land use planning and the control of alcohol, tobacco, firearms, and fast food restaurants*. Am. J. Public Health 2003; 93(9): 1404-8.
- (19) Bourdeau M., LeChasseur M.-A. *La malbouffe chez les jeunes, une solution municipale à un problème social*. Urbanité 2009 : 29-33.
- (20) Ville de Montréal. *Plan d'urbanisme de Montréal. Version préliminaire*. Montréal : Ville de Montréal ; 2004.
- (21) Paquin S. *Le zonage et la classification des usages de restauration et de commerces d'alimentation : une mesure d'urbanisme pour diminuer l'épidémie d'obésité ? Canadian Journal of Urban Research 2008 ; 17(1) : 48-62.*

Étude Record : quel lien entre poids, activité physique et environnement urbain ?

L'étude Record mesure les disparités sociales et territoriales en Ile-de-France, au plus près des quartiers. Ses premiers résultats mettent en évidence qu'à niveau d'instruction et de revenu égal on a plus de risques d'être obèse dans un quartier défavorisé.

Menée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et d'autres partenaires (1), avec le soutien de l'Assurance Maladie, l'étude scientifique Record a pour objectif d'étudier les disparités sociales et territoriales de santé qui existent en Ile-de-France. Record étudie principalement les maladies coronaires et leurs

facteurs de risques, comme son nom l'indique (*Record : Residential Environment and CORonary heart Disease*, en français : Environnement résidentiel et maladies coronaires).

Entre mars 2007 et février 2008, 7 293 personnes âgées de 30 à 79 ans ont été enquêtées dans le cadre d'exa-

mens périodiques de santé proposés par la Sécurité sociale et réalisés dans des centres situés à Paris, Argenteuil, Mantes-la-Jolie et Trappes. Parmi les premiers résultats rassemblés par l'étude Record, certains traitent du statut pondéral, de nutrition et d'activité physique.

Premier constat : Record constate des disparités d'obésité massives entre populations favorisées et défavorisées. À souligner que les études antérieures se sont intéressées aux disparités sociales, mais rarement aux quartiers en tant que tels. Dans la cohorte Record, 12,4 % des participants étaient en situation d'obésité (indice de masse corporelle supérieur à 30) au moment de l'examen. Ce chiffre est cohérent avec les résultats de l'enquête nationale ObEpi, qui a livré un pourcentage similaire. Si l'on ajoute aux personnes en situation d'obésité celles en situation de surpoids, le pourcentage se porte à 50,1 % des participants de l'étude Record.

L'originalité de cette étude est de montrer qu'il existe des disparités importantes entre les cent douze communes d'Ile-de-France enquêtées, et de souligner que le pourcentage d'individus obèses augmente à la fois lorsque diminue le niveau d'instruction des individus et lorsque diminue le niveau d'instruction moyen de leur quartier de résidence. Autrement dit, des disparités sociales massives d'obésité semblent exister en Ile-de-France, et sont liées aux caractéristiques socio-économiques à la fois des individus et de leur quartier. Pour préciser ces résultats, le groupe Record va travailler, dans les mois à venir, sur l'importance de l'environnement alimentaire (supermar-

Activité physique en baisse, obésité et inégalités de santé en hausse

On assiste, depuis vingt-cinq ans, à une aggravation des inégalités sociales et des inégalités de santé partout en Europe. Ainsi, dans la grande majorité des populations suivies dans l'étude internationale Monica-WHO, les différences d'index de masse corporelle (IMC) liées au niveau d'éducation se sont amplifiées en dix ans. L'enquête ObEpi indique la même tendance en France, entre 1997 et 2006 (1). Plusieurs enquêtes (notamment les enquêtes nationales ObEpi et l'enquête de l'Insee sur la santé et les soins médicaux) indiquent la même tendance, en France, au cours des quinze dernières années (2).

De même, deux enquêtes, l'une réalisée chez des enfants d'âge préscolaire en région lilloise et l'autre chez des collégiens du Val-de-Marne, indiquent que la progression de l'obésité infantile s'est globalement ralentie en France, sauf dans les familles défavorisées. Cela suggère que certaines modifications récentes des modes de vie et des comportements alimentaires ont eu un impact plus défavorable dans les populations défavorisées que dans le reste de la population.

Ainsi, les personnes de faible statut socio-économique ont été les plus concernées par la diminution de l'activité physique liée au travail et ont peu bénéficié du développement des activités physiques de loisirs, qui a surtout profité aux catégories aisées de la population. Adultes et enfants de faible statut socio-économique ont aussi été plus gravement affectés par l'allongement du temps passé devant la télévision, et sont de ce fait également plus exposés à la publicité pour des aliments de faible qualité nutritionnelle, mise en cause dans l'épidémie actuelle d'obésité.

Enfin, l'augmentation de la taille des portions, enregistrée ces dernières années et incriminée dans l'augmentation de la prévalence de l'obésité au même titre que l'augmentation croissante du nombre de produits alimentaires transformés de mauvaise qualité nutritionnelle, a probablement influencé prioritairement les choix alimentaires des personnes défavorisées, puisqu'elle leur permet d'acquérir une plus grande quantité d'énergie au même prix.

Nicole Darmon

(1) Charles M.A., Eschwège E., Basdevant A. *Monitoring the obesity epidemic in France: the ObEpi surveys 1997-2006*. Obesity (Silver Spring); 2008; 16(9): 2182-6.

(2) Darmon N. *Le gradient social de l'obésité se creuse en France. Sait-on pourquoi ?* OCL (Oléagineux et corps gras lipides) 2008 ; 15 (1) : 46-52.

chés et commerces de détail, restaurants traditionnels et lieux de restauration rapide), des opportunités d'activité physique dans le quartier (équipements sportifs, espaces verts et de marche, etc.) et des interactions sociales entre résidents au sein des quartiers (cohésion sociale, facteurs de stress, image négative des quartiers) comme facteurs pouvant contribuer aux disparités d'obésité entre quartiers.

Second constat : l'environnement de résidence peut soit encourager, soit décourager à marcher autour de chez soi, ce qui pourrait avoir des répercussions sur le statut pondéral des personnes. Ces facteurs « environnementaux » d'incitation à l'activité ont été étudiés dans des communes de profil différent par Record. Il avait été demandé aux 7 293 participants de préciser leur temps de marche total au cours des sept jours précédant l'enquête en distinguant les différentes occasions de marche (entre le domicile et le travail, pour faire ses courses ou autre et la marche récréative). En moyenne, les participants ont rapporté un peu moins de huit heures trente de marche pour cette période ; ce temps de marche important s'explique par le fait que les participants devaient

tenir compte de la totalité de la marche effectuée, et pas seulement des épisodes de marche d'au moins dix minutes ou effectués avec une certaine intensité. À souligner que les temps de marche diffèrent selon les caractéristiques démographiques et socio-économiques des personnes. Par ailleurs, le groupe des personnes à revenu inférieur a rapporté en moyenne quarante minutes de marche en plus sur les sept jours que les trois autres groupes à revenu supérieur.

Là encore, les premières analyses de Record, qui seront approfondies dans les mois à venir, suggèrent que les caractéristiques des environnements de vie influent sur les habitudes de marche des personnes. À caractéristiques individuelles égales, on observe, par exemple, des temps de marche supérieurs dans les quartiers où un grand nombre de services sont accessibles à pied (dans un rayon de cinq cents mètres autour du lieu de résidence). Ainsi, par rapport aux quartiers qui n'offrent que peu de services, le temps de marche récréative déclaré était supérieur (de vingt-sept à quarante-deux minutes) dans les trois groupes de quartiers contenant le plus de services de proximité.

Par ailleurs, les personnes qui vivent dans un environnement contenant des parcs ou des espaces verts identifiés comme agréables pour la marche ont rapporté un temps de marche récréative en moyenne supérieur de trente minutes aux autres. Autrement dit, à niveau d'instruction et de revenu égal, plus on vit dans un quartier avec peu de commerces proches et peu d'espaces verts de loisirs et plus sa durée de marche est faible.

Basile Chaix

Responsable de l'étude,

Cinira Leal

David Evans

Sabrina Havard

Nathalie Baudet

Inserm, unité 707, Paris.

(1) Le projet Record est conduit en collaboration étroite par l'Inserm (UMR-S 707, Inserm-université Paris-VI) et le Centre d'investigations préventives et cliniques de Paris (IPC).

Contact

record@record-study.org
chaix@u707.jussieu.fr

Associer les populations à la conception des messages de prévention

Comment communiquer des messages de santé publique sans culpabiliser ni stigmatiser les personnes en situation de précarisation ? Comment faire passer des messages de prévention ? Les recherches et évaluations d'actions pointent la nécessité d'élaborer un message « acceptable » et pas seulement accessible. Les campagnes d'information doivent être élaborées avec les populations concernées, prendre en compte leurs caractéristiques économiques, leurs représentations, leurs perceptions et leur environnement.

Les campagnes de communication en santé publique ont-elles un impact sur les inégalités de santé ? Sont-elles sources d'inégalités et de disparités ? Ce débat n'est pas nouveau ; ainsi, par exemple, le séminaire de Bierville (1), organisé, en 1996, par le Comité français d'éducation pour la santé posait déjà la question : *La communication publique peut-elle réduire les inégalités ?*

La synthèse des débats mettait l'accent sur le fait que « *centrée sur les comportements individuels, la communication publique peut au contraire provoquer une aggravation des inégalités (...)* », soulignant une tendance à privilégier la stigmatisation des comportements individuels au détriment de la lutte contre les facteurs environnementaux. Philippe Lazar, professeur de santé publique et ancien directeur de l'Inserm, notait alors que « *les problèmes d'inégalités sociales de santé sont si fondamentalement liés à toute l'organisation sociale et politique des pays que l'on voit mal comment faire sensiblement évoluer les uns sans modifier radicalement les autres* ». Un défi de taille !

La communication, outil très mobilisé...

Ce débat se pose-t-il aujourd'hui dans les mêmes termes ? Oui et non. En réalité, l'influence de la communication en santé publique n'a fait qu'augmenter. C'est un outil devenu central des campagnes de prévention et d'éducation pour la santé.

« Communiquer », qui signifie « entrer en relation avec », implique un échange

d'informations et devrait avoir pour conséquence un enrichissement des savoirs (2). La communication peut recouvrir deux formes : la communication interpersonnelle directe (par la parole, le regard, le geste) et la communication médiatisée. Il est d'abord plus spécifiquement question ici de la seconde dans la mesure où les campagnes médiatiques visent à promouvoir des comportements favorables à la santé et constituent un outil qui pèse lourd dans les programmes de santé publique.

Ces enjeux sont tout aussi importants pour les acteurs économiques, qui ont investi massivement dans la communication. Ainsi, l'industrie agroalimentaire est-elle impliquée à juste titre dans le Programme national nutrition-santé (PNNS), compte tenu de son rôle en matière d'offre alimentaire et de sa responsabilité dans la composition des produits mis sur le marché (réduction des teneurs en sel et en sucre ajoutés des produits transformés, par exemple). Hors coopération avec la communication publique et depuis longtemps, cette industrie a massivement investi – à des fins commerciales et d'image – dans l'information et l'éducation nutritionnelle en direction des consommateurs.

...qui peut creuser les inégalités

Dans le même temps, les recherches, d'une part démontrant l'existence et la persistance des inégalités sociales de santé, d'autre part validant l'efficacité de certaines interventions, se sont accumulées. Si les études portant sur la communication en santé sont rares et essentiellement américaines (3), le marketing

social – qui consiste à appliquer la technique du marketing à la promotion des causes sociales et notamment à la santé – a fait l'objet d'un certain nombre d'ouvrages et de publications (4). Les preuves de l'impact d'un certain type de communication en santé dans le creusement des inégalités sont aujourd'hui incontestables. Effectivement, dans certaines conditions de mise en œuvre, la communication en santé publique tend à creuser les inégalités sociales de santé. Schématiquement :

- les actions en éducation pour la santé, uniquement axées sur l'information, profitent inégalement aux populations selon leur position sur l'échelle sociale. Elles profitent davantage aux populations bénéficiant d'un niveau d'éducation et de revenu élevé ;
- en revanche, les interventions alliant une communication interpersonnelle (par exemple, visite à domicile) à la distribution d'informations sont efficaces pour l'ensemble des sous-groupes de la population (5).

L'information touche surtout les plus éduqués

Par ailleurs, le rapport de l'Inserm sur l'obésité (6) fait sienne la critique la plus courante adressée aux actions d'information, à savoir qu'elles atteignent prioritairement les plus éduqués et les plus informés. Nombre d'auteurs en appellent à une réflexion approfondie sur des modalités nouvelles d'information, permettant de cibler les populations à risque et d'élargir l'audience des recommandations en les rendant plus simples et plus faciles à mettre en œuvre.

Le *National Cancer Institute* précise ce que la communication en santé publique peut faire et ne pas faire (7). Cette communication peut : accroître les connaissances du public et la conscience d'une question de santé ; influencer les perceptions, croyances et attitudes avec comme conséquence l'évolution des normes sociales ; réfuter les mythes (exemple des campagnes de lutte contre le tabagisme) ; démontrer ou illustrer des capacités/savoir-faire en santé ; renforcer les connaissances ou les comportements ; montrer le bénéfice d'un changement de comportement ; défendre une position sur une question de santé ou une politique ; accroître la demande de services de santé.

En revanche, cette communication en santé seule, sans soutien environnemental, n'est pas efficace pour : entraîner des changements de comportements au niveau de l'individu, communiquer des messages très complexes. Et elle ne peut pas compenser le manque d'accès aux soins ou environnements en santé.

L'exemple de la nutrition

La question des inégalités sociales de santé émerge peu à peu dans le débat public. L'exemple de la nutrition est à

ce titre éclairant. On constate en effet une prise en compte plus marquée des populations défavorisées² dans l'actuel Programme national nutrition-santé (PNNS 2, 2006-2010) par rapport à son prédécesseur, en lien avec la publication des résultats de l'étude Abena (InVS, 2005-2006), qui révéla la situation très critique de l'état nutritionnel des populations bénéficiaires de l'aide alimentaire. À noter la proposition du professeur Serge Hercberg, dans ses propositions pour le PNNS 2, d'agir sur l'accessibilité, non de l'information nutritionnelle, mais des produits eux-mêmes, conformément aux conclusions de nombreux experts (8).

À partir de 2005-2006, différentes études ont permis de mesurer les limites des politiques axées sur l'information et l'éducation nutritionnelle pour les populations précaires, tant les contraintes socio-économiques (en particulier le coût) sont fortes pour ces populations en matière d'alimentation (Abena et autres études dont INPES). L'éducation nutritionnelle est très largement insuffisante pour améliorer l'alimentation des populations en situation de précarité ; elle risque même d'être contre-productive en mettant en exergue les difficultés que rencontrent quotidiennement les plus

défavorisés et qui transparaissent dans leurs habitudes alimentaires. Autant d'arguments en faveur d'une amélioration de l'accessibilité des aliments tels que les fruits et légumes.

Une communication « mise à distance »

Pour autant, la communication en santé publique peut-elle constituer un véritable outil de réduction des inégalités de santé ? Dans quelles conditions ? Deux observations soulignent les difficultés de l'exercice :

- le pouvoir et l'inégalité de la relation que peut induire l'information en santé. Le « communicateur », ou même parfois l'éducateur, fait trop souvent le postulat que la communication est un bien en soi, sans se demander si les objectifs poursuivis n'entrent pas en contradiction avec ceux de ses interlocuteurs. Or, l'utilisation des médias, ou même la prise de parole au nom d'un savoir (éducateur, médecin, professeur, etc.), représente une prise de pouvoir. On peut penser que plus la personne est « pauvre en pouvoir », plus elle perçoit l'inégalité de la relation et, de ce fait, met à distance ce qui est communiqué (2) ;
- l'idée de « discrimination fortuite », avancée par Jonathan Mann, qui attire

l'attention sur le fait que nombre d'actions de santé publique sont discriminatoires et portent ainsi atteinte aux droits de la personne : « (...) comme dans les activités de communication qui postulent que toutes les populations sont atteintes de façon égale par un message unique exprimé dans un langage dominant et diffusé par la télévision ; (...) ou comme lorsque les messages d'information sur le saturnisme infantile sont diffusés sans se préoccuper de l'existence de moyens financiers permettant d'écartier le danger. En fait, la discrimination fortuite est si répandue que toutes les politiques et tous les programmes de santé publique devraient être considérés comme discriminatoires jusqu'à preuve du contraire. » (J. Mann 1998).

Prendre en compte les populations

Sous ces réserves, revenons sur le point de savoir comment faire évoluer les stratégies de communication afin, si ce n'est de réduire les inégalités sociales de santé, *a minima* de ne pas les accentuer. On peut suggérer trois directions à renforcer :

- combiner la prise en compte de la problématique des populations en situation

Au-delà de la communication, réduire les inégalités à la source

Plus globalement, on peut se demander comment mieux prendre en compte le principe de réduction des inégalités sociales de santé dans les programmes de prévention et d'éducation pour la santé. Quelques constats : le débat social français sur la santé accorde une place faible à la problématique des inégalités sociales. La politique de santé est principalement guidée par une vision individuelle des comportements à risque, qu'il s'agisse d'accroître les prix du tabac ou de conduire des actions de prévention ou de dépistage qui restent principalement relativement indifférenciées, à l'exception des dispositifs spécifiquement liés à la prise en charge de la précarité. Autre frein : l'absence de formation des professionnels à la prise en compte dans leurs pratiques des caractéristiques socio-économiques de leurs patients (1). Sur ces points, la France accuse un retard par rapport à des pays tels le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou la Suède. D'autres pistes doivent être explorées : renforcer le couplage « Information/accompa-

gnement » sur un territoire (à définir) et sur les lieux de vie (école, travail), en associant étroitement les professionnels. Renforcer la complémentarité entre les campagnes nationales et les actions de terrain. Ou mettre les actions médiatiques au service des actions de proximité. Intégrer dans une politique de santé générale la santé des moins favorisés. Développer une véritable stratégie de promotion de la santé conformément aux axes définis par les chartes d'Ottawa et de Bangkok. Placer la réduction des inégalités de santé au cœur des programmes de prévention et d'éducation pour la santé, quelle que soit l'approche retenue : risques, populations (les enfants, les familles) ou lieux de vie (école, travail ou quartiers). Produire et diffuser des référentiels/guides à l'action destinés aux opérateurs. Réfléchir au ciblage et à la modulation des messages de prévention, dont il faut réévaluer la capacité à atteindre les différents groupes sociaux, par exemple en matière d'habitude de vie ou de nutrition¹.

Le choix, pour des interventions ayant pour but de réduire les inégalités de santé, de cibler l'ensemble de la population, des sous-groupes ou des individus est en effet une question centrale : « Faut-il, comme l'ont fait les Britanniques, cibler les enfants très jeunes ? Faut-il concentrer l'effort sur les populations les plus défavorisées, sachant que l'on risque alors de négliger les mécanismes qui sont à l'origine de la formation des inégalités de santé tout au long de l'échelle sociale, mais que les actions de prévention à portée générale, si elles peuvent atteindre les ménages modestes, ont du mal à toucher les plus en difficulté d'entre eux ? Faut-il, enfin, privilégier une politique au niveau des territoires, en s'appuyant notamment sur les collectivités territoriales et les réseaux associatifs ? » (1).

F. C.

(1) Elbaum M. Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 2007 ; (55) 1 : 47-54.

de précarisation dans toutes les actions de communication grand public, avec la mise en œuvre de plans d'actions spécifiques. C'est-à-dire élaborer un « message acceptable », et pas seulement « accessible » : intégrer la diversité de la population, les caractéristiques socio-économiques, les représentations, les perceptions des catégories moyennes à faiblement élevées. Prendre en considération le rôle de la culture : systèmes de croyances, valeurs religieuses et culturelles, expériences de vie sont de puissants filtres à travers lesquels les messages en santé sont reçus (9, 10) ; produire des matériels écrits adaptés ; évaluer les résultats des campagnes en fonction de différentes variables socio-économiques (niveau d'éducation, profession du père de famille, revenu mensuel du foyer) ;

- élaborer les campagnes « avec » les populations concernées, plutôt que « pour », c'est-à-dire dans une approche communautaire (11). Partir des compétences des populations. Contribuer à la création d'un environnement facilitant la mise en œuvre de changements préconisés (3). Éviter de se focaliser sur les comportements individuels, de passer ainsi de la responsabilisation à la culpabilisation individuelle ;

- avoir recours à une gamme élargie de stratégies de communication : éducation en santé à travers un média de loisir (télévision), utilisation stratégique des médias, communication en santé interactive (9). Développer la communication interpersonnelle : renforcer le soutien et les liens sociaux. Si les réseaux virtuels sont en développement, leur accès reste inégal. L'impact de la communication interpersonnelle à travers l'utilisation de conseillers en santé reconnus dans leurs communautés est en revanche bien documenté.

Une approche intersectorielle

Pour agir sur les inégalités sociales de santé et alimenter le débat public sur cette question, la communication pourrait poursuivre les objectifs suivants : combler les déficits d'information des personnes pauvres ou précaires, migrantes ou non, sur leurs droits, qu'il s'agisse d'aides au logement, d'aides au travail ou d'accès aux soins (CMU, AME). Promouvoir la problématique des inégalités sociales de santé et les modes d'intervention efficaces ; contribuer ainsi à la diffusion des bonnes pratiques. Lutter contre les discriminations.

Dernière remarque et sujet de préoccupation : la question de l'évaluation des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé : si les études publiées sont rares en ce domaine, les recherches démontrant l'existence et la persistance des inégalités sont en effet bien plus nombreuses que celles concernant les interventions proprement dites (12). Vicki S. Freimuth regrette, quant à elle, le peu de compréhension de l'impact de la communication sur les inégalités de santé manifesté par la communauté scientifique (9).

En conclusion, développer la recherche, l'expérimentation et l'évaluation en ce domaine particulièrement complexe est une impérieuse nécessité. Faire de la réduction des inégalités sociales de santé une priorité des politiques de santé ouvre de nouvelles perspectives et de nouveaux enjeux. Il s'agit de :
– ne pas se limiter à l'approche individuelle retenue dans nombre de campagnes de prévention, élaborées indépendamment de la prise en compte des dimensions de l'environnement ;
– veiller à ce que les politiques de santé

publique ne soient pas en elles-mêmes porteuses de nouvelles discriminations ou violences pour certaines catégories de population. Comme le résume Didier Fassin : « *Assurément la plupart des interventions qui ne se fixent pas pour but la diminution des disparités, que ce soit dans le domaine social ou sanitaire, produisent presque toujours – même lorsqu'elles réussissent à atteindre leur objectif d'amélioration de la santé de la population dans son ensemble – une aggravation des écarts.* »

Florence Condroyer¹

Directrice de la communication,
Caisse nationale de solidarité
pour l'autonomie (CNSA).

1. Auteur de l'étude « *Inégalités sociales de santé et campagnes de communication en prévention et en éducation pour la santé : enjeux et perspectives, à travers l'exemple du Programme national nutrition-santé* ». Master Sciences-Po, 2007.

2. *Accroissement de l'obésité et des pathologies liées à une mauvaise nutrition et des données probantes sur l'existence d'un gradient social de l'obésité. Deux des quatre nouveaux axes du PNNS 2 (2006) ont à voir avec la question des inégalités d'accès à une alimentation satisfaisante des populations défavorisées.*

► Références bibliographiques

(1) Pissaro B. La communication publique peut-elle réduire les inégalités ? In : Chauvin F., Brixi O., Roussille B. *Du bon usage de la communication en éducation pour la santé*. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1998 : 49-53.
(2) Bontemps R., Cherbonnier A., Mouchet P., Trefois P. *Communication et promotion de la santé : aspects théoriques, méthodologiques et pratiques*. Bruxelles : Question Santé, 2004 : 192 p.
(3) Randolph W., Viswanath K. *Lessons learned from public health mass media campaigns: marketing health in a crowded media world*. Annu. Rev. Public Health 2004; 25:419-37.
(4) Grier S., Bryant C.A. *Social marketing in public health*. Annu. Rev. Public Health 2005; 2: 319-39.
(5) Gepkens A., Gunning-Shepers L. *Interventions to reduce socioeconomic health differences, a review of the international literature*. Europ. J. Public Health 1996; 6: 218-26.
(6) Centre d'expertise collective de l'Inserm. *Obésité, bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge*. Paris : Inserm,

coll. Expertise collective, 2006 : 217 p.
(7) US Public Health Service, National Institutes of Health National Cancer Institute. *Making health communication Programs works*, 2001.
(8) Wilkinson R., Marmot M. *Les déterminants sociaux de la santé*. Les faits. OMS, 2^e édition. Bureau régional pour l'Europe de l'OMS, 2004 : 40 p.
(9) Freimuth V.S. *The contributions of health communication to eliminating health disparities*. Am. J. Public Health. 2004; 94(12): 2053-5.
(10) Thomas S.B., Fine M.J., Ibrahim S.A. *Health disparities: the importance of culture and health communication*. Am. J. of Public Health 2004; 94(12): 2050.
(11) Freimuth V.S., Mettger W. *Is there a hard-to-reach audience?* Public Health Report 1990; 105(3): 232-8.
(12) Ridde V. *Quelles interventions pour lutter contre les inégalités sociales de santé ?* Québec : université de Laval, juin 2003.

Quelle place pour les associations dans l'histoire du secours alimentaire ?

L'aide alimentaire constitue un dernier recours dans la panoplie des soutiens accordés aux populations démunies. L'État par le biais de politiques publiques, tantôt « punitives », tantôt « charitables », a œuvré en permanence et de concert avec les associations, dont le rôle alternatif dans la prise en charge des plus démunis a été essentiel dans l'histoire de nos sociétés.

L'engouement du public pour les Restos du cœur, le succès récurrent des campagnes des banques alimentaires, ainsi que la mobilisation de nombreux bénévoles via le mouvement associatif caritatif confirment tout l'intérêt que l'opinion publique d'aujourd'hui porte à la pratique et à la nécessité du secours alimentaire via les associations. Cette aide constitue le plus souvent un dernier recours dans la panoplie des soutiens aux populations démunies, et les politiques sociales contemporaines qui s'attaquent indirectement à la satisfaction des besoins alimentaires par le biais des revenus de transfert n'ont pu aboutir à la disparition totale de ces pratiques fort anciennes. L'histoire tend à nous montrer que l'État et les associations ont le plus souvent œuvré ensemble, apportant des solutions plus complémentaires que concurrentes dans ce champ-là mais bien souvent insuffisantes. L'aide alimentaire, y compris dans la période contemporaine et quelle qu'en soit l'origine, publique ou associative, s'avère nettement insuffisante pour répondre aux graves insuffisances nutritionnelles des populations en situation de pauvreté et de précarité.

L'évergétisme antique : une première forme de secours alimentaire

Les premières formes connues de secours alimentaire émanent de l'Antiquité (1). La plupart du temps, en cas de crise alimentaire, le peuple des cités grecques comptait en fait avant tout sur une solidarité familiale ou de voisinage et plus rarement sur l'aide publique ou privée. Pourtant, cette dernière, plus connue sous le nom d'*évergétisme*, laquelle désigne la générosité manifes-

tée par des particuliers sous forme de dons en nourriture plus particulièrement, existe bel et bien. L'évergète typique est un riche membre de l'élite sociale et politique dont la générosité contribue à améliorer son statut. L'acte n'est pas obligatoire même s'il est très attendu par la population ; il est civique et non religieux, et surtout il ne s'agit pas d'un acte de charité car la générosité de l'évergète s'adresse à tous les citoyens sans distinction. Le secours alimentaire prend toutefois une forme différente quand on s'intéresse à une période postérieure (de 600 avant Jésus-Christ à 300 après Jésus-Christ) et en particulier sous l'Empire romain, et à des villes comme Rome ou Constantinople, où il existe bel et bien une distribution gratuite mais organisée et financée par les pouvoirs publics. La couverture publique est de l'ordre de 50 % des besoins via les distributions. Le système (l'annone) ainsi établi va perdurer jusqu'à la chute de l'Empire romain. En Grèce comme à Rome, les principaux bénéficiaires sont les bons serviteurs, les soldats de la garde impériale, certaines corporations, et pratiquement tous les citoyens sans distinction ; en aucun cas l'état de pauvreté n'est un critère de sélection.

Secours alimentaire et charité chrétienne

Le Moyen Âge représente une première tentative véritable de secours au sens propre du terme. La reconnaissance de l'existence d'un monde partagé entre riches et très pauvres rend le secours nécessaire, souhaitable, et la charité comme moyen de se racheter. L'Église joue le rôle d'intermédiaire entre donateurs et receveurs, soit en uti-

lisant une partie des revenus qu'elle perçoit et qu'elle affecte à l'aide aux pauvres, soit en servant de gestionnaire des institutions de bienfaisance, qui reçoivent legs et dons des riches et puissants à la recherche du salut (2). Les distributions sont assez irrégulières et le plus souvent liées aux fêtes religieuses ou bien à l'occasion d'anniversaires de funérailles de seigneurs ou de moines et bien souvent dans les périodes de soudure entre les deux récoltes. Ce que l'on distribue est à peu près toujours la même chose : du pain, des fèves, parfois du vin, des légumes, du pain à cuire. L'exemple moyenâgeux nous offre les prémises d'une politique de redistribution avec les *largesses* des classes dirigeantes, avec la mise en place progressive d'un ciblage des populations à secourir.

Laïcisation des secours et répression des pauvres

Avec la montée du nombre de pauvres dès le XVI^e siècle, en Europe, les premiers économistes ont très vite intégré la question du paupérisme dans leurs analyses économiques. Les pauvres en majorité ne sont plus les marginaux de la société mais le peuple dans son ensemble, dont la vulnérabilité est d'autant plus forte qu'augmente le nombre d'individus dépendant du marché pour satisfaire les besoins de subsistance. Les solutions traditionnelles d'assistance qui reposent sur la charité privée et publique ne suffisent plus, alors que le flot de pauvres devient une menace pour le pouvoir en place. Sans opérer de rupture avec la tradition chrétienne, l'État, symbolisé par le roi, doit continuer à assurer sa fonction charitable et solidaire qui néanmoins trouve

vite ses limites. Mais, si les politiques ne remettent pas en cause ce type de secours pour les pauvres invalides, en revanche, pour les personnes valides et sans travail, le travail est la seule alternative que l'on doit offrir : du pain contre du travail. L'organisation des secours prend alors partout en Europe la forme d'*ateliers de travail*. Ces établissements de charité ont un rôle nutritif mais également éducatif et surtout de mise au travail. Le don alimentaire s'investit d'un nouveau sens : il a comme fonction principale de nourrir celui qui a faim.

Le droit à la subsistance et les débuts de la philanthropie

À partir du XVIII^e siècle, on commence à admettre que l'on peut être pauvre et travailleur, la responsabilité du pauvre lui-même étant écartée. Le droit à la subsistance est pleinement reconnu (3). Cependant les économistes classiques du XVIII^e siècle vont rejeter à leur tour les politiques d'assistance aux pauvres parce qu'ils considèrent que la société peut régler harmonieusement le problème et notamment via le marché. Mais dire que le système économique peut par les vertus d'un fonctionnement totalement libre du marché nourrir tout le monde relève plus du postulat que du principe de réalité. Les économistes eux-mêmes en sont finalement convaincus car, face à ce discours positif, viennent s'adjoindre des politiques sociales normatives en faveur des plus pauvres. L'aide à domicile est promue, en France, par la loi de 1791. Des hospices minuscules et des bureaux de charité créés par des legs ou des souscriptions gèrent ce nouveau type de secours dont l'activité principale repose sur la distribution de nourriture. Des ateliers de charité permettent aussi de donner du travail et un salaire aux pauvres. Ces politiques sont complétées par l'intervention de confréries de charité et de sociétés philanthropiques qui se créent progressivement dès la fin du XVIII^e siècle (4). C'est notamment le cas de la Société philanthropique de Paris, créée en 1780, et qui fut impliquée à partir de la période consulaire dans l'ouverture des *fourneaux économiques*. Le premier fourneau, créé en 1800, distribua pour la première année, trois cents soupes quotidiennes au cours de l'hiver. L'année suivante sept fourneaux furent créés et fut mis sur pied un comité général d'ad-

ministration des soupes économiques auquel se joignirent plusieurs anciens membres de la Société philanthropique dont il fut décidé, en 1803, de reprendre le nom. L'économiste libéral Jean-Baptiste Say fait une distinction entre ces soupes qui fonctionnent avec « *la bienfaisance éclairée et délicate des philanthropes modernes* » dont une partie est achetée par les indigents eux-mêmes et « *les aumônes avilissantes et mal calculées qu'on distribuait autrefois aux pauvres les plus fainéants* ». Ces systèmes de secours ciblés qui sollicitent l'effort individuel et la responsabilité des bénéficiaires s'opposent ainsi aux politiques de dépendance économique et sociale dans laquelle se trouvaient placés les pauvres sous l'Ancien Régime. Avec cette nouvelle formule, il s'agit de diffuser une morale de la prévoyance et de la responsabilité individuelle. Mais cette nouvelle attitude ouvrira le champ à une gestion libérale de la question du paupérisme qui va marquer le début d'un durcissement des attitudes publiques à l'égard des pauvres tout au long du XIX^e siècle.

Du désengagement de l'État aux premiers pas de l'État providence

La pauvreté, phénomène massif au XIX^e siècle, est liée à l'industrialisation et à la prolétarianisation de la population aussi bien rurale qu'urbaine. Le chômage épisodique et la faiblesse des salaires perçus rendent de plus en plus floue la frontière entre les pauvres et les prolétaires, si bien que le secours peut

s'adresser aussi bien aux pauvres sans travail qu'à ceux qui travaillent mais dont les revenus sont insuffisants en raison de la maladie, du chômage ou de l'entretien d'une famille. De fait, c'est environ 30 % de la population qui vivent en dessous du niveau de pauvreté. Paradoxalement, le secours apporté aux pauvres devient très contesté par les économistes « reconnus », à l'instar de Malthus et Ricardo. Le libéralisme dominant précipite la suppression du système de secours à domicile, lequel a tendance à être de plus en plus organisé dans le cadre d'établissements dont le fonctionnement est davantage carcéral que charitable, ce qui est particulièrement le cas en Grande-Bretagne. L'objectif est de limiter matériellement les secours aux pauvres travailleurs ou aux chômeurs et de les décourager de demander une aide quelconque. On incite les pauvres, par des conditions de vie extrêmement dures, à trouver des solutions individuelles.

En France, en revanche, la création des *bureaux de bienfaisance*, en 1796, qui rappellent les anciens bureaux de charité, marque le retour de l'assistance communale et à la fois demeure la seule institution représentant les pauvres. Cette institution reçoit les fonds publics et les dons privés. La caractéristique majeure est la promotion du secours à domicile en nature aux résidents de la commune. L'assistance est gérée localement. Le nombre de bureaux est de 13 367 en 1871, le secours en nature, et notamment le secours alimentaire, reste

le principe de base, puisque 70 % des secours distribués le sont sous cette forme. Les maisons de secours achètent les produits de base, qui sont distribués sous forme préparée par les *Marmites des maisons de secours*. Ce type de secours concerne 6,5 % de la population en 1914, les dépenses ayant doublé entre 1857 et 1913. Finalement, l'assistance est avant tout une activité locale et très souvent basée sur le bénévolat durant cette première partie du XIX^e siècle, où initiatives publiques et privées se croisent sur le terrain. L'hôpital des pauvres n'est plus un élément essentiel du dispositif de lutte contre la pauvreté.

Avec le désengagement progressif de l'État, au début du XIX^e siècle, nous entrons dans une période d'éclosion de nombreuses institutions privées charitables, caractérisées par leur diversité doctrinale ou religieuse. En France, de la Société de Saint-Vincent de-Paul à l'Armée du Salut arrivée sur le continent en 1881, de la Société philanthropique à la Société de charité maternelle, on assiste à un développement important de ce mouvement associatif, mais, comme le note l'historien André Gueslin (5), il existe des liens étroits entre ces œuvres caritatives et la puissance publique dont certaines vivent même en osmose. Le secours alimentaire fait partie de leurs préoccupations. Dans les périodes de difficultés extrêmes les autorités publiques subventionnaient les *fourneaux* (87 % des soupes ont été délivrées contre des bons acquittés par des fonds publics en 1812 ; en année normale, de 40 à 60 % des ressources courantes de la Société provenaient des dons de la famille régnante et des subventions ministérielles) et participaient directement à la mise en place de secours en procédant à la distribution de soupes gratuites. Dans le dernier quart du siècle, l'idée de réciprocité entre la collectivité et les citoyens fait son chemin. C'est le point de départ d'une mutualisation des risques et des avantages organisés dans le cadre d'un système d'assurances contre les incapacités naturelles et contre les risques sociaux avec les premières lois sur l'assistance.

Le retour en force du secours alimentaire à la fin du XX^e siècle

À la différence des périodes antérieures, aujourd'hui, l'État est plus interventionniste que jamais puisque la part des dépenses sociales dépasse 20 % du

PNB., mais la pauvreté n'a pas pour autant disparu et avec elle son cortège d'actions humanitaires et caritatives. Le secours alimentaire est de retour alors que pendant longtemps on crut que l'État providence se serait substitué à cette forme d'assistance élémentaire. Dans l'attente d'une hypothétique refonte des systèmes de protection sociale, c'est bien le secteur associatif qui semble pallier les insuffisances de l'État providence, aux prises avec des contraintes budgétaires de plus en plus lourdes et les conséquences du dysfonctionnement du marché du travail. Le Secours catholique, l'Armée du Salut, la Croix-Rouge, la Société Saint-Vincent-de-Paul et bien d'autres participent à l'action alimentaire mais interviennent de façon plus généraliste. En revanche, les actions des banques alimentaires, des Restos du cœur et du Secours populaire contiennent une très forte composante d'intervention alimentaire, exclusives pour les deux premières. La création des deux premières date d'ailleurs des années 1984-1985. La première banque alimentaire de France a été créée en 1984 et, en 1985, les Restos du cœur, dont le succès fut très fort dès le départ en raison du caractère médiatique de leur fondateur. Les banques alimentaires ne proposent pas directement des aides alimentaires mais jouent le rôle de magasin d'approvisionnement pour environ 3 800 associations qui assurent la distribution. Par contre, les Restos du cœur et le Secours populaire disposent de leurs propres réseaux. Les CCAS participent aussi à ces distributions (1,4 million de bénéficiaires d'aides alimentaires selon l'enquête du Crédoc) (6). Partout dans le monde occidental, des associations comparables prennent le relais de l'État. Il existe 72 banques alimentaires en France et en Europe. En France, le nombre de Restos du cœur est d'environ 1 950 et concerne 800 000 bénéficiaires. Ces associations fonctionnent sur le bénévolat et les aides financières, et en nature, en provenance essentiellement de la Communauté européenne (24 %) des dons et collectes auprès de l'industrie agroalimentaire, du secteur de la distribution et des particuliers (44 %). Mais cette forme d'aide tend d'ailleurs à montrer ses limites puisque la demande non satisfaite reste encore importante. L'existence de critères d'éligibilité plus sévères en est une nouvelle preuve.

Le secours alimentaire constitue une forme d'aide incontournable dans notre histoire. D'un point de vue institutionnel, le secours alimentaire tend à impliquer de manière assez intangible la participation de toutes les organisations privées et publiques que peut mobiliser une société. L'État et l'Église initialement ont joué un rôle important soit directement, soit indirectement tout au long de cette histoire, en collaboration ou en alternance avec des associations philanthropiques, caritatives, que les pouvoirs publics tendaient à privilégier. Alors que le développement de l'État providence a pendant tout le XX^e siècle freiné, voire fait disparaître cette forme d'aide, son retour est perçu, y compris par le personnel politique comme un complément à l'action de l'État (l'État ne pouvant pas prendre en charge tous les problèmes économiques et sociaux) tout en présentant les caractéristiques d'être plus visible, plus concrète, plus fraternelle, plus proche des gens. Pourtant, le recours à l'aide alimentaire, publique ou privée, ne doit pas masquer le fond du problème, à savoir la responsabilité économique, politique et morale d'un État, dans une société d'abondance marquée par une inégale répartition des richesses et du travail.

Alain Clément

Christine Lagoutte

Maîtres de conférences

en sciences économiques,

université François-Rabelais, Tours.

► Références bibliographiques

- (1) Veyne P. *Le pain et le cirque. Sociologie historique d'un pluralisme politique*. Paris : Seuil, coll. L'univers historique, 1976 : 800 p.
- (2) Gueslin A., Guillaume P. *De la charité médiévale à la Sécurité sociale*. Paris : Les éditions ouvrières, coll. Patrimoine, 1992 : 342 p.
- (3) Sassier P. *Du bon usage des pauvres*. Paris : Fayard, coll. Nouvelles études historiques, 1990 : 450 p.
- (4) Duprat C. *Usages et pratiques de la philanthropie*. Paris : Comité d'histoire de la Sécurité sociale, 1996 (1) ; 1997 (2) : 1 393 p.
- (5) Gueslin A. *Gens pauvres. Pauvres gens dans la France du XIX^e siècle*. Paris : Aubier-Montaigne, coll. historique, 1998 : 314 p.
- (6) Legros M. *Donner à manger aux pauvres, l'aide alimentaire d'une pauvreté à l'autre*. Paris : Crédoc, 1997 : 162 p.

Que sait-on sur l'aide alimentaire ?

Environ 2 millions de Français ont recours à l'aide alimentaire pour se nourrir au quotidien. Conséquence de la crise, ce chiffre atteint des niveaux record selon les associations. Deux enquêtes – Abena et E3A – montrent que cette aide ne peut suffire à garantir un niveau d'alimentation décent pour la population. Les destinataires de l'aide alimentaire ne peuvent dépenser que 2,6 euros par jour par personne en moyenne. Leur état de santé s'en ressent et est qualifié de « très critique » par des experts : surpoids et obésité deux à trois fois plus fréquents, anémie, carences.

Selon les estimations, le nombre de « bénéficiaires » de l'aide alimentaire pourrait s'établir autour de 2 millions. Les bilans d'activité de deux des principaux acteurs de l'aide s'établissent à des niveaux record. Ainsi, la Fédération française des banques alimentaires (FFBA) comptabilise, pour 2008, qu'environ 680 000 personnes ont pu bénéficier de leur aide. De leur côté, les Restos du cœur soulignent que leur vingt-quatrième campagne 2008-2009 de distribution alimentaire d'hiver a fait apparaître une hausse « sans précédent » du nombre de bénéficiaires, puisqu'elle atteint 12,5 % par rapport à la campagne 2007-2008. Environ 90 000 personnes supplémentaires se sont présentées dans ses 2 000 centres d'activité, ce qui porte le total à près de 800 000 personnes reçues par l'association.

Les résultats présentés sont issus de deux études sur l'aide alimentaire en France. L'étude Abena (un volet épidémiologique et un volet socioanthropologique) a été conduite en 2004-2005 sur quatre sites (Paris, Seine-Saint-Denis, Marseille, Dijon) auprès de 1 164 personnes ayant recours à l'aide alimentaire dans trente-cinq structures différentes. L'objectif de cette première étude était d'établir le profil sociodémographique et biologic-nutritionnel (1, 2) de cette population. Il ne s'agissait donc pas d'évaluer la fréquentation des structures et, par ailleurs, la population des sans domicile fixe n'entrait pas dans les inclusions réalisées (d'autres études plus spécifiques leur étant déjà dédiées). L'enquête E3A (3) a permis de dresser un panorama des modes de fonctionnement des structures de l'aide alimentaire

(repas, colis, épicerie, etc.) et de la valeur nutritionnelle des distributions alimentaires.

Qui sont les « bénéficiaires » de l'aide alimentaire ?

L'étude Abena a permis de pointer que la figure cardinale de la population fréquentant la distribution de colis d'aide alimentaire reste l'allocataire d'un minima social. Loin de l'idée, communément répandue, que ce secteur caritatif s'adresse essentiellement à des SDF, il se dessine une population beaucoup plus large où la part des travailleurs pauvres (pour l'essentiel à cause d'un travail à temps partiel) ne cesse de croître. Globalement, ces populations ne jouissent pas des mêmes niveaux d'équipements domestiques que la population générale que ce soit pour se rendre sur les lieux d'approvisionnements (pas de voiture, etc.) ou pour entreposer, transformer, conserver les aliments. Ainsi, parmi les

Quelle place pour l'éducation nutritionnelle ?

En France, le budget alimentaire des personnes qui vivent en dessous du seuil de pauvreté et/ou qui ont recours à l'aide alimentaire est estimé dans l'étude Abena à 2,5-2,8 €/j, ce qui est donc inférieur au budget strictement nécessaire pour respecter l'ensemble des recommandations nutritionnelles tout en s'éloignant des habitudes alimentaires françaises (estimé à 3,5 €/j). En accord avec les conclusions de plusieurs études d'intervention récentes, ceci suggère que l'éducation nutritionnelle ne peut pas suffire pour améliorer les consommations alimentaires des personnes défavorisées. Une augmentation des revenus disponibles et du budget alimentaire est nécessaire. À défaut, une aide alimentaire conséquente et durable est indispensable. Il est aussi primordial que cette aide apporte une quantité suffisante à la fois d'énergie mais aussi de nutriments essentiels (tels que vitamines et minéraux)¹.

Nicole Darmon

1. Darmon N. Recommandations pour un colis d'aide alimentaire équilibré. *Information Diététique* 2008; 4 : 26-31.

bénéficiaires de l'aide alimentaire, 30 % n'ont pas de réfrigérateur, 50 % n'ont pas de four, 30 % n'ont pas de plaques de cuisson.

L'analyse des liens sociaux permet d'affiner la compréhension des usages qui sont faits de l'aide alimentaire. À même niveau de ressources disponibles, leur diversité apparaît tout à fait discriminante pour le rôle de ce type d'aide ; elle permet aussi d'appréhender la vulnérabilité de ces liens en situation de pauvreté. Les familles dotées d'un réseau diversifié peuvent y puiser quelques possibilités pour différer, pour un temps, les effets négatifs d'une pauvreté économique structurelle. De même, les migrants maniant mieux l'ensemble des techniques culinaires et armés des robustes repères alimentaires de leur culture d'origine peuvent mieux résister aux effets de la précarisation. Cependant, ces familles apparaissent globalement en sursis, tant ces situations de pauvreté s'avèrent corrosives pour l'estime de soi et la santé.

Que représente un colis alimentaire : une aide ou l'essentiel ?

Le colis représente, en France, la forme majoritaire de l'aide alimentaire (à côté du repas et des épiceries sociales encore marginales). L'étude E3A évaluée à 800 calories l'énergie qu'un colis moyen peut apporter pour une journée et par personne. Il n'est donc pas possible d'assurer les besoins quotidiens d'un individu avec ce seul apport. Comme son nom l'indique et comme toutes les associations nationales le reconnaissent, la vocation de ce don alimentaire est de constituer une « aide » qui devrait donc s'inscrire en complément d'autres apports. Aucune association ne conçoit de soutenir des familles entières sur l'année (cf. la périodicité des actions avec des campagnes d'hiver, etc.) Or, l'un des principaux enseignements de l'étude Abena est de montrer que pour nombre de familles, ce don ne constitue pas une « aide » mais bien une part importante de leurs ressources alimentaires. Leurs dépenses alimentaires sont évaluées entre 2,6 euros par jour et par personne. Cette situation doit se comprendre au regard de l'architecture du budget des ménages pauvres pour lesquels le loyer représente une part majeure alors que la nourriture devient la variable d'ajustement.

Un bilan biogico-nutritionnel préoccupant

L'état de santé s'en ressent, il est « très critique » (4) et les résultats biogico-nutritionnels enregistrés sont inquiétants : le surpoids et l'obésité y sont deux à trois fois plus fréquents ; 19% des femmes sont anémiées ; de nombreuses carences sévères sont observées, notamment pour les marqueurs associés à la consommation de fruits et légumes comme la vitamine C, les folates, carences souvent inexistantes en population générale. Pour ne prendre que leur positionnement par rapport au repère recommandé pour la consommation de fruits et légumes, il a été enregistré que parmi les 1 164 personnes interrogées, 94,5 % mangent des fruits et légumes moins de 3,5 fois par jour, et seulement 1,2 % en consomme au moins cinq fois par jour respectant ainsi la préconisation.

Christine César

Socio-anthropologue, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, Ddeset, INPES.

► Références bibliographiques

- (1) Bellin-Lestienne C., Deschamps V., Noukpoapé A., Darmon N., Hercberg S., Castetbon K. *Consommations alimentaires et place de l'aide alimentaire chez les personnes incluses dans l'étude Abena, 2004-2005*. BEH 2006 ; 11-12 : 79-81.
- (2) César C. *Les usages de l'aide alimentaire à la lumière des liens sociaux : un aspect du volet socio-anthropologique de l'étude Abena*. BEH 2006 ; 11-12 : 83-4. Les deux rapports sont disponibles sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rappports-publics/074000728/> et <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rappports-publics/074000727/index.shtml>
- (3) Darmon N., Andrieu E., Bellin-Lestienne C., Dauphin A.-G., Castetbon K. *Enquête auprès des associations d'aide alimentaire (E3A) : mode de fonctionnement des structures et valeur nutritionnelle des colis et repas distribués*. Cahiers de nutrition et de diététique 2008 ; fascicule 43 (5) : 243-50.
- (4) Hercberg S., Brücker G. *Éditorial. Numéro thématique : Surveillance nutritionnelle des populations défavorisées : premiers résultats de l'étude Abena*. BEH 2006 ; 11-12 : 77.

équilibres

Une lettre d'information mensuelle pour tout savoir sur l'actualité de la prévention et de l'éducation pour la santé

équilibres

LA LETTRE DE LA PRÉVENTION ET DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Santé publique : 400 professionnels en formation à Besançon

Alors qu'ils, 400 professionnels de la prévention et de la promotion de la santé ont été formés à Besançon, le 12 septembre 2008, par l'Université de Besançon et l'Institut national de prévention et de promotion de la santé (INPES) à l'initiative de la Direction régionale de santé de Franche-Comté. Ils ont été accueillis par le directeur régional de santé, M. Jean-Louis Baudouin, et le directeur régional de la prévention, M. Jean-Louis Baudouin. Ils ont été formés par des experts de l'INPES et de la Direction régionale de santé de Franche-Comté.

Ces professionnels ont été formés à l'usage de la prévention et de la promotion de la santé. Ils ont été formés à l'usage de la prévention et de la promotion de la santé. Ils ont été formés à l'usage de la prévention et de la promotion de la santé.

Trois actions à Besançon, Besançon

L'INPES a financé trois actions de prévention et de promotion de la santé à Besançon, le 12 septembre 2008. Ces actions ont été financées par l'INPES et la Direction régionale de santé de Franche-Comté. Elles ont été financées par l'INPES et la Direction régionale de santé de Franche-Comté.

La prévention en question

L'INPES a financé une action de prévention et de promotion de la santé à Besançon, le 12 septembre 2008. Cette action a été financée par l'INPES et la Direction régionale de santé de Franche-Comté. Elle a été financée par l'INPES et la Direction régionale de santé de Franche-Comté.

Abonnez-vous gratuitement !

www.inpes.sante.fr

www.inpes.sante.fr

inpes

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

« Faire les poubelles pour manger » : l'écosystème fragile du glaneur

Les glaneurs sont de retour. Il ne s'agit plus de ramasser les épis non collectés dans les champs, comme autrefois, mais de récupérer gratuitement – voire d'acheter à bas prix – les produits dont les dates de vente sont atteintes, de récupérer dans la même logique les produits laissés sur place sur les marchés. Comme l'analyse Christine César, le glanage est une stratégie de subsistance extrême adoptée par les populations précarisées pour accéder à certains produits, par exemple des fruits et légumes. Un signe incontestable de précarisation d'une frange de la société.

Le glanage est le terme utilisé pour rendre compte d'une pratique ancienne en milieu rural et qui consistait à « ramasser dans un champ les épis qui ont échappé aux moissonneurs » (Litré). Par extension, il s'agit de recueillir, au hasard, des denrées dont on peut encore tirer avantage. La version urbaine et contemporaine de cette pratique consiste à « faire les poubelles » de la grande distribution, « faire les fins de marché ».

Si le phénomène du glanage alimentaire a pris une visibilité nouvelle, notamment par une médiatisation accrue de ce type de pratique, sa quantification reste une question difficile, voire impossible... C'est souvent dans ce type de contexte que les sciences sociales sont appelées à travailler. À partir de cet exemple concret de situation de précarisation, je proposerai de porter le regard non sur le glaneur comme individu développant une pratique mais sur ce qui rend possible la pratique, que je qualifierai en l'occurrence « d'écosystème ». Cette approche qui plaide pour une vision « environnementale » permet de poser les pratiques et comportements individuels (1) comme résultant de l'imbrication de différents contextes. Dans le cadre du glanage, je propose de passer en revue : de nouvelles circulations de marchandises ; la légitimité à opérer sur l'espace public ; ce que dit la loi ; la rationalité économique de la grande distribution ; la rationalité professionnelle des services de voirie.

Une autre circulation des marchandises

Il semble pertinent d'inscrire le glanage alimentaire dans le cadre du développement fulgurant de deux pratiques récentes : les vide-greniers et les ventes aux enchères sur Internet. Ces deux phénomènes qui allient le ludique et le lucratif sont certainement les situations d'offres commerciales qui ont (avec l'apparition des *bard discounters*) le plus marqué la structure des échanges marchands ces dernières années. En effet, ils ont ouvert des espaces différents couvrant à la fois les territoires ruraux (quel village ne possède pas son « traditionnel » vide-grenier ?) et les sphères les plus virtuelles d'Internet. Des passerelles existent entre ces univers puisque dans leurs stratégies de « professionnalisation », des chineurs proposent leurs trouvailles sur le grand magasin virtuel de la Toile, livrant ainsi une concurrence importante aux officines classiques de la brocante, des ferrailleurs, des chiffonniers, etc. L'expansion de ces deux phénomènes me semble indéniablement liée à la diffusion d'un sentiment de précarisation économique et/ou de spoliation. En effet, en court-circuitant l'étape « magasin », il s'agit aussi de limiter les intermédiaires.

Concernant la circulation des fruits et légumes, le développement des Associations pour le maintien d'une agriculture paysanne (Amap) est aussi un indicateur précieux de ces phénomènes. Des petits groupes de « consom'

acteurs » se font livrer, au rythme hebdomadaire, par un agriculteur bio des productions locales de saison. Ces « consom'acteurs » s'engagent sur l'année à maintenir le prix du panier. Aux antipodes de la dérégulation (par exemple à l'œuvre sur le cours du lait), il s'agit de garantir un revenu au producteur, qui propose son prix¹.

L'ensemble de ces circuits reflète la nécessité de recourir à de nouveaux systèmes pour répondre à de nouvelles exigences, maintenir ou augmenter un certain niveau de consommation.

Le glaneur, un « chasseur de ressources »

La figure du glaneur alimentaire peut s'apparenter à celle du « chasseur de ressources » (2), aventurier urbain qui tente d'optimiser toutes les opportunités de son milieu de vie. Autrement dit, si cette pratique interroge une circulation de marchandises qui échappe à l'économie classique, elle interroge aussi la gestion des usages de l'espace public et la régulation des pratiques marginales qui peuvent se développer en période de précarisation... Bref, si la figure du glaneur peut troubler le voisinage ou le passant ordinaire par le rapport engagé avec la « souillure » (3), elle préoccupe aussi la sphère des politiques car elle renvoie dans un premier temps à une perturbation de « l'ordre public ». In fine, se trouvent interpellées les relations traditionnelles entre l'État, les « pauvres », l'aide sociale et le commerce.

Cette relation se complexifie quand le glaneur se double d'un « marchand » potentiel et qu'il revend sa cueillette sur les marchés *ad hoc* qui peuvent être nommés dans les grandes métropoles comme Paris, Marseille « marchés des pauvres, des biffins², marchés des voleurs » (d'où la récurrence des interventions policières dans certains contextes³). Sous l'angle qui nous intéresse, ces situations atteignent un point d'orgue quand se retrouvent ainsi à la vente des denrées alimentaires distribuées dans le cadre de l'aide alimentaire caritative (dont certaines sont tout à fait reconnaissables car frappées du sceau de la Communauté européenne via le Programme européen d'aide aux plus démunis)...

Ce que dit la loi : flou et usage ignoré

La législation française stipule que les denrées alimentaires ne doivent plus être proposées (c'est-à-dire vendues ou données – par une association caritative par exemple) le jour qui suit leur date limite de consommation (DLC), elles sont strictement interdites à la vente, à la distribution, elles doivent impérativement être considérées comme inaptes et doivent être apparentées à des déchets vouées à la destruction. Rien n'est stipulé sur le délai précis dans lequel doit se faire cette destruction. La DLC a un caractère impératif, ce qui n'est pas le cas de la date limite d'utilisation optimale (DLUO). La plupart des produits à DLUO sont des produits secs ou pasteurisés, hormis les

fromages au lait cru.. Ainsi, les produits ayant dépassé la DLUO peuvent tout à fait être vendus ou donnés. Le dépassement de la DLUO n'est pas une condition obligatoire de la mise au rebut.

Cependant, la législation concernant les dates de durabilité ne suffit pas à comprendre les situations qui rendent possibles ou pas les activités de glanage puisque, pour l'essentiel, cela s'opère sur un temps suspendu, non réglementé : le moment (plus ou moins long) où la marchandise est abandonnée (sur un espace plus ou moins public) à son destin de détrit. Cette zone de flou est tout simplement due au fait que le glanage n'est pas pris en compte⁴ par le législateur.

Rationalités de la grande distribution et glanage institutionnalisé

Les grandes enseignes se dotent le plus souvent de chartes internes qui garantissent au client que la denrée alimentaire est retirée des rayonnages bien avant ce que lui ordonne la loi, c'est-à-dire avant le jour de la DLC et cela peut couvrir un laps de temps qui va de J-2 à J-7 ou J-10. C'est ainsi que se retrouvent dans les poubelles (ou les aires de stockage) de la grande distribution des produits à DLC tout à fait légalement commercialisables, présentables... C'est sur cette « niche » que se fondent nombre de partenariats avec des associations caritatives (comme la Fédération française des Banques alimentaires), qui exploitent cette opportunité permettant

de redistribuer des produits à DLC tout en respectant la réglementation sanitaire. Sous cet angle, l'aide alimentaire, en France, fonctionne bel et bien sur un glanage « institutionnalisé » et rendu possible par les chartes internes de la grande distribution et leur intérêt rationnel à faire traiter par d'autres ces matières qui, si elles devaient être traitées comme déchets, leur reviendraient environ à cent cinquante euros par tonne portée à la destruction. Cette forme de glanage « institutionnalisé » permet donc à un magasin de tendre vers le « zéro » déchet, indicateur d'une gestion efficace de ces flux de marchandises.

Mais, là encore effet de la crise, ces chartes internes sont en cours de large révision depuis que la pratique des ventes à « date juste » et celle des déstockeurs se répandent. Le principe de la vente à « date juste » revient à organiser des espaces où sont proposés à prix bradés (souvent moins 50 % et plus) les produits qui atteignent la date de leur DLC (le jour même). Il y a des magasins où tous les rayons alimentaires en frais se caractérisent par un « DLC juste », ce sont les « déstockeurs » et, à l'intérieur des magasins classiques, ce type de pratique se limite à quelques espaces spécifiés (type tête de gondole). Cette pratique permet d'augmenter le chiffre d'affaires d'un magasin et répond implicitement à la volonté de capter un public précarisé, même si ce public n'est pas forcément le seul à en profiter, comme c'était le cas quand ces produits partaient dans le circuit de l'aide alimentaire.

Marchés découverts : durabilité contre retour à l'ordre

Les marchés sont – nombre de touristes y flânent avec plaisir pour nous le rappeler – une spécificité qui représente l'agora à la française, un lieu de convivialité et de partage. Ce modèle s'exporte depuis peu avec succès, aux États-Unis notamment. Ils ont aussi pour caractéristique de rompre avec l'univers impersonnel de la grande distribution et peuvent souvent permettre pour les étals qui proposent des produits de « catégorie II »⁵ de réaliser des « affaires », c'est pourquoi ils sont très prisés par les populations précarisées. La plupart des marchés municipaux des grandes métropoles françaises sont concédés à des délégataires qui en assurent la gestion. Le délégataire perçoit les droits de place. Il s'agit d'un tarif « global » qui reste en dessous du coût réel de la prestation supporté par la collectivité et qui recouvre à la fois le droit de place proprement dit (droit d'occupation du domaine public), ainsi que le droit de balayage, le droit d'utilisation des prises de courant (consommation électrique) et les prestations de montage et démontage des tentes d'abris. Sur ces espaces ouverts, le temps qui sépare la fin officielle de la vente aux étals du retour à la circulation normale dépend de la durée d'intervention des services de la voirie en charge du nettoyage des lieux. C'est d'ailleurs pour réduire cette durée d'intervention que les plus gros marchés parisiens ont été équipés de « compacteurs » (vaste benne avec bélier-poussoir intégré) pour faciliter au cours de la matinée le portage par les marchands de leurs résidus d'exploitation (cageots, denrées, etc.). Cela a constitué une sorte de mini-révolution, à la fois pour les commerçants et surtout pour les glaneurs, dont les conditions de pratiques ont été largement modifiées, voire altérées par ce nouveau dispositif (4).

Sur la fin des marchés découverts, les logiques professionnelles des personnels de voirie sont teintées de dissonance car, si prévaut le retour le plus rapide à l'ordre et à la netteté des lieux, souvent à titre individuel, un « devoir de solidarité » fonctionne et sont alors ménagées des marges de manœuvre pour que les glaneurs puissent collecter. Plus finement, cette dissonance s'étaye aussi sur une rationalité économique simple mais trop souvent tue :

tout ce qui est glané n'a pas à être manipulé par les agents de la voirie et n'a pas à être incinéré aux frais de la collectivité. Le coût de la tonne de déchets à traiter est de cent euros et la refacturation aux gestionnaires des marchés a toujours été moindre.

Conclusion

La consommation de fruits et légumes est généralement faible parmi les populations qui disposent de moins de revenus. Le cas des glaneurs montre que des stratégies de subsistance extrêmes peuvent être développées pour accéder à ces produits. Loin de n'être que le résultat d'une collecte aléatoire, le glanage est aussi le résultat de l'im-

brication de différents cadres de contraintes. Observer la réalité de ces contraintes permet de mieux comprendre l'écosystème fragile des glaneurs. Pour élargir le propos, la parole est au directeur du Programme des Nations unies pour l'environnement, Achim Steiner, qui considère que « plus de la moitié de la nourriture produite dans le monde aujourd'hui est perdue, gaspillée, ou jetée à cause d'insuffisances dans la gestion de la chaîne alimentaire »...

Christine César

Socio-anthropologue⁶,
chargée d'expertise scientifique
en promotion de la santé,
Ddeset, INPES.

1. C'est aussi un contrat solidaire, prix équitables pour les deux partenaires, reposant sur l'engagement financier du consommateur qui achète à l'avance sa part de récolte qu'il récupère pendant la saison de production. L'achat à l'avance garantit un revenu stable à l'agriculteur et le met notamment à l'abri des aléas climatiques qui pourraient endommager ses cultures et donc grever ses revenus.

2. Ils se définissent eux-mêmes sur un blog qu'ils ont constitué comme « des personnes, femmes et hommes, sans ou à faibles ressources, parfois sans abris, et n'ayant pour seul moyen de survie que celui de vendre des objets recherchés la nuit dans les rues, les poubelles, ou provenant de leurs biens personnels ».

3. En réponse au fleurissement de ce commerce illégal, l'intervention de la police est « complètement décalée, disproportionnée et improductive », selon Virginie Milliot, anthropologue, maître de conférence à Paris-X et directrice de la recherche « Les archipels de la Goutte-d'Or, analyse anthropologique d'une métropolisation par le bas ». Elle explique : « Si l'enjeu est de maintenir l'ordre public, la réponse policière est décalée puisqu'elle ne règle pas le problème et tend à produire du désordre public. À Barbès, mais aussi Porte Montmartre, la police intervient régulièrement

et de manière très répressive. Ces interventions produisent des réactions indignées des personnes qui en sont témoins, qui ressentent cette répression de la misère comme une offense à l'ordre public. »

4. Insistons sur le fait que, si de façon ponctuelle, les denrées contenues dans des poubelles sont chlorées ou javalisées, cela ne correspond pas à une obligation légale mais le plus souvent à une « gestion » du glanage, des odeurs, etc. C'est seulement en cas d'infraction constatée, c'est-à-dire dépassement de la DLC qu'il y a une destruction immédiate rendant impropre à la consommation (comme la chloration, par exemple).

5. La catégorie II dite aussi « qualité marchande » correspond à une réglementation contrôlée par la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), pour laquelle des défauts plus importants sont admis dans les lots de fruits, légumes et pommes de terre (il s'agit en fait d'un pourcentage de défaut par lots, type palette ou autres). Ces défauts peuvent être des fêlures et autres.

6. Ce travail a été réalisé en 2008 au sein de l'association « Recherche et Sociétés » dans le cadre d'un appel d'offres du Haut Commissariat aux solidarités actives contre la pauvreté.

► Références bibliographiques

(1) Il ne sera donc pas question dans cet article d'approches individualisées mais deux articles montrent que pour des « bénéficiaires » de l'aide alimentaire le glanage est un retour à l'autonomie.

• César C. *Stratégies d'approvisionnements et comportements alimentaires de familles recourant à l'aide alimentaire : le cas des multi-glaneurs*. Cahiers de nutrition et de diététique, numéro spécial « Nutrition et précarité », 2006 ; (41)2 : 285-8.

• César C. *Dépendre de la distribution d'aide alimentaire caritative : le cas des sans-papiers*. Anthropology of Food, 6 septembre 2008 : 13 p. En ligne :

<http://aof.revues.org/document5073.html> ; Plus largement l'étude du Centre d'étude et de recherche sur la philanthropie (CerPhi).

(2) Merklen D. Les chasseurs urbains : une figure d'individu en milieu populaire. In : Caradec V., Martuccelli D. (éds). *Matériaux pour une sociologie de l'individu*. Perspectives et débats. Paris : Presses universitaires du Septentrion, coll. le regard sociologique, 2004 : 57-74.

(3) Douglas M. *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*. Paris : La découverte, 2001 [1966] : 201 p.

(4) Cf. le récit détaillé de Madame A. In : César C. *Stratégies d'approvisionnements et comportements alimentaires de familles recourant à l'aide alimentaire : le cas des multi-glaneurs*. Cahiers de nutrition et de diététique, numéro spécial « Nutrition et précarité », 2006 ; (41)2 : 285-8.

Alimentation des plus démunis : ce que prévoit le Plan national nutrition-santé

Le Programme national nutrition-santé 2006-2010 (PNNS 2) prévoit un volet sur l'accessibilité à une alimentation appropriée pour les plus démunis.

Cibler les actions sur les populations défavorisées

Les inégalités de santé sont marquées en matière de nutrition : faible consommation de fruits et légumes, prévalence plus élevée de l'obésité et du surpoids par rapport aux autres populations. Elles justifient ainsi une prise en compte spécifique des populations défavorisées – mais ne recourant pas à l'aide alimentaire – par différents réseaux : les caisses d'allocations familiales, les caisses primaires d'assurance maladie, mais aussi les centres communaux d'action sociale et les services sociaux des conseils généraux, qui interviennent également quotidiennement en lien direct avec ces populations.

Les objectifs sont :

- associer étroitement ces différents réseaux aux actions d'éducation à la santé en matière de nutrition, en particulier dans les quartiers populaires ;
- développer la formation de ces professionnels et la fabrication d'outils pédagogiques d'information ;
- favoriser, grâce à ces réseaux, la diffusion de brochures de prévention, compléter les actions d'éducation à la santé, notamment dans le cadre de l'appui aux parents et aux associations qui ont pour objet de resocialiser certaines populations en difficulté.

Afin de multiplier les initiatives en direction des familles défavorisées, les maisons de quartier, les centres sociaux et les services sociaux des collectivités territoriales peuvent conduire des actions d'accompagnement social des familles les plus exposées au problème du surpoids ou de l'obésité. L'objectif est de rapprocher les populations défavorisées du système de prise en charge de l'obésité et de renforcer la prévention. A ce titre, le réseau des centres d'exams de l'Assurance Maladie est appelé à renforcer ses actions pour développer l'accès aux soins et aux dispositifs de prévention.

Améliorer l'aide alimentaire apportée aux personnes en situation de précarité¹

Les résultats épidémiologiques de l'étude sur l'alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire (Abena 2006), menée au titre du plan « Alimentation et Insertion », ont indiqué que l'état sanitaire des bénéficiaires de l'aide alimentaire, comparé à celui de la population générale, est significativement dégradé, associant des apports alimentaires globalement insuffisants, des carences multiples simultanées à des taux élevés de pathologies telles que l'hypertension artérielle ou l'obésité (*voir dans ce dossier l'article de Nicole Darmon*).

Cette étude pose les bases d'une action publique ciblée. D'où le plan triennal 2006-2008 d'amélioration de l'aide alimentaire arrêté par le Comité interministériel de lutte contre l'exclusion (Cile)², en mai 2006, qui a vocation à diffuser auprès des populations en situation de précarité les préconisations du PNNS de manière adaptée, en formant les bénévoles et en favorisant les actions génératrices de lien social

Le Cile a retenu cinq axes d'intervention :

- adapter l'aide aux besoins des personnes, en qualité et en quantité ;
- améliorer la connaissance par le public du réseau de distribution de l'aide alimentaire ;
- optimiser la gestion/distribution de l'aide alimentaire ;
- assouplir la réglementation européenne (dans le cadre du Programme européen d'aides aux

personnes démunies) et nationale, afin que la distribution des produits soit facilitée ;

- soutenir les actions locales, développer partenariats et échanges sur l'aide alimentaire entre acteurs des domaines sanitaire et social³.

Deux priorités opérationnelles peuvent être identifiées : assurer une mise à disposition des référentiels nutritionnels et des formations des bénévoles sur l'ensemble du territoire. Et, surtout, augmenter la mise à disposition des produits de la pêche et des fruits, des légumes : actuellement, seuls 3 % des produits de la pêche retirés du marché – au

titre de la régulation des prix – sont distribués gratuitement aux associations humanitaires et moins de 8 % des fruits et légumes. Un pôle « accessibilité aux fruits et légumes » a été constitué en 2005 à la demande du ministre de l'Agriculture et de la Pêche afin de concevoir et initier des projets pilotes permettant de rendre plus accessibles les fruits et légumes. Ce pôle, composé des pouvoirs publics, des consommateurs ainsi que des représentants des professionnels (producteurs, expéditeurs, grossistes, transformateurs, détaillants, grande distribution, centres techniques), favorise et coordonne les initiatives, locales et nationales, en jouant sur tous les leviers de l'accessibilité (proximité, praticité, attractivité, éducation, information, communication, etc.).

Corinne Delamaire

Source : Programme national nutrition-santé 2006-2010. http://www.sante.gouv.fr/html/actu/pnns_060906/plan.pdf

1. Conformément aux annonces du comité interministériel de lutte contre l'exclusion du 12 mai 2006.

2. Qui s'inscrit dans la double perspective du PNNS et de la politique de lutte contre l'exclusion menée par les pouvoirs publics.

3. La déclinaison opérationnelle de ces axes et leur mise en œuvre sont confiées à un comité de pilotage animé par le ministère délégué à la cohésion sociale et à la parité (DGAS) en coordination avec les ministères de la santé (DGS) et de l'agriculture (DGAL et DPEI) et constitué des services des ministères concernés, des associations agréées, des représentants des collectivités territoriales.

Lyon : une épicerie solidaire pour les personnes en situation de précarité

Dans le quartier de la Croix-Rousse, à Lyon, une épicerie solidaire fait vivre un lieu qui promeut la mixité sociale, une pluralité d'approvisionnements et différents services. Effet de la crise, la clientèle a augmenté de 20 % en 2008.

L'association La Passerelle d'eau de Robec, née en 2001 d'une initiative d'habitants des pentes de la Croix-Rousse, à Lyon, a ouvert une épicerie solidaire en 2002. En 2004, devant l'affluence de personnes bénéficiaires (de 200 à 400 personnes aidées), la structure déménage dans un local plus grand. En 2005-2009, l'épicerie s'ouvre sur le quartier et sur d'autres publics afin de permettre l'accès de l'épicerie à des adhérents solidaires pour des produits issus du commerce équitable ; s'y greffe aussi une offre de fruits et légumes bio grâce à la création d'une association pour le maintien d'une agriculture paysanne (Amap), l'Amapentes, qui fait partie du projet solidaire de l'épicerie et renforce la mixité sociale.

Adhérents bénéficiaires ou solidaires

Dans la gamme de produits proposés dans l'épicerie, les produits issus du réseau caritatif classique (banque alimentaire, collecte, dons) ne sont vendus qu'aux adhérents bénéficiaires. Les autres produits issus du commerce équitable et de l'Amap peuvent être achetés par les adhérents bénéficiaires et les adhérents solidaires, à des tarifs adaptés.

Aujourd'hui, l'équipe salariée se compose : de deux emplois en contrat de droit commun. L'un sur la coordination, le développement et la gestion administrative, et l'autre sur le volet social ; de deux contrats Avenir, dont

création de lien social ;
– créer une mixité sociale de la population autour d'un projet commun.

Parallèlement, l'adhésion à la charte du groupement des Épiceries sociales et solidaires de la Région Rhône-Alpes permet aux épiceries d'articuler leurs projets autour de principes communs : appuyer la personne dans la recherche de son autonomie ; proposer à la vente des produits alimentaires à prix réduits ou adaptés aux revenus, diversifiés, et renvoyant une image positive ; animer une action pédagogique sur des thèmes utiles à la gestion de la vie quotidienne ; développer des échanges entre bénéficiaires et en recherchant la mixité sociale ; contribuer à consolider le respect et l'estime de soi et des autres ; développer toutes les actions pour que les personnes retrouvent le goût et la capacité d'entreprendre.

l'un à 26 h et l'autre à 35 h sur la gestion de stock, l'approvisionnement, la tenue de caisse et la recherche de fournisseurs. Les bénévoles et notamment les adhérents bénéficiaires interviennent en soutien de cette équipe salariée.

Les missions

L'épicerie poursuit quatre objectifs :
– mettre à disposition de ses adhérents une variété de produits alimentaires à prix réduit qu'ils choisissent librement, dans un souci de maintenir l'autonomie des personnes ;
– préserver la dignité des personnes en maintenant la qualité de leur alimentation et en apportant une information sur la nutrition et l'équilibre alimentaire pour des budgets réduits ;
– être un lieu de rencontre et d'échanges des savoirs et des expériences, rompant avec l'isolement et favorisant la

Un public diversifié

En 2008, l'association a permis à 217 dossiers, soit 558 personnes dont 282 enfants, d'accéder à l'épicerie. La typologie sociale du porteur de dossier est majoritairement des personnes allocataires du RMI (30 %), des travailleurs pauvres (21 %), des allocataires Pôle Emploi (12 %) et des retraités (8 %). L'effet de la crise sur le public est une augmentation des catégories travailleurs pauvres, étudiants et retraités. Entre 2007 et 2008, le nombre de personnes accueillies a augmenté de 20 % (chiffre corroboré dans d'autres structures du réseau des épiceries solidaires de Rhône-Alpes).

Lieu de vie quotidien ouvert, ce projet est aussi un tremplin vers l'extérieur car il favorise la confiance en soi par l'investissement individuel et déve-

loppe de nouveaux réseaux de solidarité. Il est à souligner que les épiceries sociales et solidaires ne sont pas adaptées pour l'accueil d'un public d'urgence (type sans domicile fixe, notamment) à des secours alimentaires, elles représentent un second niveau d'intervention en soutien des structures classiques d'aide alimentaire pour offrir à un public spécifique, une réponse mieux adaptée à leurs besoins et qui limite les effets de stigmatisation.

Concrètement, l'épicerie propose une aide directe aux personnes en situation de précarité sous forme de denrées alimentaires dont des fruits et des légumes, des produits d'épicerie, d'hygiène, à moins de 50 %, en moyenne, du prix du marché. Par ailleurs, l'association propose aux clients de l'épicerie trois types d'ateliers :

– nutrition-santé : animés par la conseillère en économie sociale et familiale, ils traitent l'alimentation (équilibre nutri-

tionnel) mais aussi la santé en général (sommeil, médicaments, relaxation, etc.). Et une information sur l'allaitement est dispensée selon la demande ;
– cuisine : en deux phases, théorique (les participants décident d'un menu équilibré avec l'aide de la conseillère) et pratique, ils vont au marché, puis élaborent le repas, qu'ils prennent ensemble lors d'un moment convivial ;
– vie quotidienne : les thèmes correspondent aux problématiques rencontrées par les bénéficiaires (logement, crédit à la consommation, etc.). Ils sont animés par la conseillère spécialisée.

Fruits et légumes éthiques

De plus, depuis 2005, l'épicerie a élargi son accès à une autre population : les adhérents solidaires, pour des produits issus du commerce bio. Une Amap, baptisée Amapentes, a ainsi été créée, en 2007, et propose des paniers de légumes issus de l'agriculture raisonnée, produits par un cultivateur du département. La

mise en place de l'Amapentes a permis d'accroître la mixité sociale, l'échange et la convivialité au sein de l'épicerie. La distribution des paniers se fait le jeudi soir, à l'épicerie. L'Amapentes a permis une ouverture vers l'extérieur et ainsi une augmentation des adhérents solidaires. L'épicerie conforte ainsi son projet solidaire en devenant un lieu de développement d'une consommation de produits éthiques et responsables. Pour être adhérent solidaire, une cotisation annuelle est demandée. Les adhérents solidaires ont accès à une gamme de produits définis, issus du commerce équitable, bio et à toutes les activités de l'association.

Sophie Robert

Coordonnatrice,

la Passerelle d'eau de Robec, Lyon.

Jean-Baptiste Chiodi

Coordonnateur,

Groupement des épiceries sociales et solidaires de Rhône-Alpes (Gesra), Feyzin.

Mouans-Sartoux : produits frais et équilibrés à la cantine

À Mouans-Sartoux (Alpes-Maritimes), ville labellisée « active PNNS », les enfants des écoles et des crèches bénéficient d'une nourriture de qualité sans surcoût pour les parents. La commune n'a pas hésité à investir pour construire dans les écoles des cuisines qui servent des repas artisanaux respectant l'équilibre nutritionnel. Et des animateurs assurent un accompagnement éducatif pendant les repas.

Pour permettre à tous les enfants de la commune de bénéficier, chaque jour, d'un repas de qualité, la commune de Mouans-Sartoux¹ a pris des engagements forts pour sa régie municipale de restauration. Une politique tarifaire différenciée selon les revenus permet à 97 % des élèves de fréquenter le restaurant scolaire. Pour un tarif compris entre deux euros et quatre euros cinquante, calculé à partir d'un taux d'effort sur le quotient familial, les enfants ont droit à un repas de qualité et à un accueil correspondant aux normes des centres de loisirs. Les animateurs, outre

l'accompagnement éducatif du repas, proposent des activités culturelles ou sportives durant la pause méridienne. Chaque jour, nous servons environ 1 100 repas pour les écoles, le personnel municipal et une crèche.

Une cuisine par école

La commune a fait, depuis de nombreuses années, le choix de la qualité. Une cuisine pour chacune des trois écoles permet de cuisiner, chaque matin, des produits de qualité en préservant leur qualité gustative sans l'altérer par une liaison froide ou chaude (*NDLR : ni réchauffement, ni conservation au froid*). Certes, le surcoût en termes de personnel et d'investissement est important : sept emplois à temps plein et la construction de deux cuisines supplémentaires (300 000 euros d'investissements). Mais il est assumé. Au total dix-huit agents travaillent dans nos trois cuisines, la proximité et le contact direct entre l'équipe de cuisine et les enfants servis sont essentiels. Par ailleurs, le sur-

coût en personnel est atténué par le moindre coût des produits bruts par rapport à des produits préparés mais aussi par les autres missions que nous pouvons confier à ce personnel, comme la préparation des apéritifs, des repas officiels, de l'opération « un fruit pour la récré », etc.

Diminuer graisses, sel et sucre

Ville active PNNS, Mouans-Sartoux a modifié progressivement le contenu des repas pour augmenter l'offre de fruits et de légumes et diminuer les graisses, le sel et le sucre. La restauration municipale sert trois des cinq portions quotidiennes de fruits et légumes recommandées². Le pain servi quotidiennement est bio, à base de farine de type 80 salée à 18 g/kg. Des céréales complètes sont progressivement introduites et diversifiées (quinoa, boulgour, lentilles corail). Des laitages exclusivement bio et nature ou du fromage sont servis à chaque repas. Les sauces industrielles ont été remplacées par des sauces maison moins grasses,

moins salées et moins sucrées. Des fontaines à eau sont installées dans chaque restaurant.

Des produits bruts et frais

Nos cuisines, petites unités de production, facilitent la réalisation de nos recettes à partir de produits bruts et frais. Les légumes frais sont épluchés – les épluchures alimentent d'ailleurs le compost des jardins pédagogiques des écoles – et immédiatement cuisinés. Même s'il n'est pas facile de changer les habitudes, la saisonnalité des produits est respectée ; la variété des plats vient donc plus des recettes que des produits, notamment en hiver. Aucune viande ou poisson reconstitué ou précuisiné n'est utilisé. Pour limiter à la fois le sucre et les colorants et conservateurs, seuls les laitages nature, agrémentés de miel, confiture, sirop d'érable, compote sont servis. Les pâtisseries sont maison et nous nous passons de glaces !

22 % de « bio »

La première introduction du bio dans nos cuisines remonte à la crise de la vache folle. Depuis, le bœuf est bio. Progressivement, nous introduisons de nouveaux produits. En janvier 2008, le pain, en janvier 2009, les pommes, les salades et les laitages, en janvier 2010, ce sera le tour des céréales et des pommes de terre. Le choix du bio répond à un double objectif : offrir aux enfants des produits respectueux de leur santé et favoriser la production de produits respectueux du développement durable pour faciliter le développement de cette filière.

Cependant, il faut bien reconnaître deux difficultés importantes, ayant la même origine, à savoir une offre insuffisante : la difficulté de s'approvisionner en filière de proximité et le surcoût. Actuellement, le surcoût est compensé en partie par une meilleure gestion des rations, la chasse aux déchets est ouverte : prendre une tranche de pain à la fois, servir des portions raisonnables et permettre de venir se resservir, commencer par un demi-fruit... le tout suivi par la pesée des poubelles, qui permet d'ajuster les quantités cuisinées mais aussi de retravailler les plats moins appréciés. Pour développer les achats de proximité, notre implantation sur la Côte d'Azur n'est pas facilitatrice, les résidences secondaires poussent plus facilement que les légumes. Cependant, pour nous,

il n'y a aucun intérêt à servir des poires venant d'Argentine, même si elles sont bio. Pouvoir spécifier un territoire dans le marché de l'alimentation serait facilitateur pour répondre à ce critère de proximité. La ville étudie actuellement la mise en place d'une régie de production de légumes pour contourner cette difficulté. L'enjeu est de produire trente mille kilos de légumes pour nos restaurants, ainsi le bio et la proximité seraient conjugués et le coût serait contrôlé car non impacté par le jeu de l'offre et de la demande. La commune possède déjà le terrain, resterait à acheter le matériel et à embaucher un agriculteur... l'étude de faisabilité est en cours.

Accompagnement éducatif santé

Il ne suffit pas de servir des repas de qualité, il faut aussi qu'ils soient mangés et modélisables en termes de comportement alimentaire par les enfants... c'est tout l'enjeu de notre accompagnement éducatif. Avec un animateur pour quatorze enfants en élémentaire et un pour dix en maternelle, la commune s'est dotée de moyens humains pour accompagner les enfants, au cours du repas, dans la découverte d'une alimentation équilibrée. Parallèlement, des activités pédagogiques sont développées sur le thème de la nutrition : jardins pédagogiques à compostage, activités physiques (jeux, balades, vélo, etc.), jeux éducatifs sur l'équilibre ali-

mentaire et les fruits et légumes de saisons, carnets de suivi individuel, etc. Les enfants sont également sensibilisés aux déplacements actifs et se rendent à pied ou à vélo à l'école dans le cadre d'opérations « marchons vers l'école ».

À travers ses choix, Mouans-Sartoux souhaite s'engager via des actions volontaristes de santé publique. Les maladies liées à l'environnement se multiplient. Au-delà des engagements du Grenelle de l'environnement, il faut passer aux actes. Si le PNNS permet de prévenir un certain nombre de maladies en promouvant un équilibre alimentaire et une activité physique quotidienne, aucun plan ne permet encore de prévenir les maladies liées à l'environnement et à la manière de produire nos aliments. Mais rien n'interdit d'être en avance sur les recommandations.

Gilles Perole

Adjoint à l'enfance et à l'éducation,
Mouans-Sartoux, Alpes-Maritimes.

1. Mouans-Sartoux, dix mille habitants, est ville active PNNS, fondatrice de Mouv'eat, la semaine des collectivités territoriales pour la nutrition organisée par les éco-maires, adhérente à l'Association nationale des directeurs de restauration municipale (ANDRM), projet « Bien manger, bien bouger », financé par le Groupement régional de santé publique.

2. En moyenne, pour 2008, à chaque repas, nous avons servi 180 g de légumes et 110 g de fruits à chaque personne.

Produits locaux et bio à la restauration collective de Lons-le-Saunier

La restauration municipale de Lons-le-Saunier sert cinq mille repas par jour aux scolaires, personnes âgées à domicile, hôpitaux. La majorité des produits y compris l'eau sont locaux et plus de 20 % de ces repas sont « bio ». Ville active du PNNS depuis 2007, Lons mise sur l'accessibilité au plus grand nombre d'une nourriture de qualité, dans le respect d'un commerce équitable local et sans surcoût majeur pour le budget communal.

Lons-le-Saunier, capitale du Jura, mise sur la qualité de vie. Ses thermes, sa gastronomie, ses monuments et paysages ont fait la réputation de cette ville qui a vu naître l'auteur de *la Marseillaise* : Rouget de l'Isle. La collectivité gère en direct son eau et sa restauration. Pour protéger sa ressource en eau (contaminée en 1950 par un milligramme de nitrates puis vingt-cinq en 1980), la Ville a passé des contrats avec les agriculteurs propriétaires de terrains sur la plaine de captage. Actées en 1992, les conventions incitent à réduire les intrants lors des cultures et préconisent même la culture biologique. En 2001, un premier agriculteur souhaite cultiver du blé bio. Pour l'aider, la Ville propose d'acquérir ses blés et de les faire transformer afin de servir du pain bio dans la restauration collective, laquelle travaillait déjà sur l'amélioration de la qualité de son pain. C'est aujourd'hui soixante tonnes de blé issu de la filière du GIE Bio Comtois, dont vingt-cinq tonnes proviennent de la plaine de captage, qui sont consommées en restauration collective chaque année. Le surcoût global des achats, pris en charge par le service restauration, s'avère, *a contrario*, très rentable pour le service de l'eau, qui a pu réduire ses investissements dans des filtres à particules, extrêmement coûteux.

Yaourts locaux « bio »

Forte de cette expérience, la municipalité a décidé, au regard de la balance agricole départementale, de travailler sur trois autres axes. Les produits laitiers, fleuron de la gastronomie franc-comtoise, sont venus agrandir la famille des

produits bio locaux. La rencontre et la collaboration entre les agriculteurs bio locaux et l'École nationale de l'industrie laitière et des biotechnologies (Enil-bio) de Poligny a permis de fabriquer des yaourts avec du lait bio local dans les locaux de l'Enil. Un appel d'offres a ensuite été lancé, en 2005, pour l'achat de boeufs vivants, abattus à l'abattoir de Lons-le-Saunier, puis consommés au self de la cuisine municipale. C'est le travail engagé avec les chambres départementales et régionales d'agriculture qui a permis de multiplier et reconduire ces expériences sur d'autres sites de la région. Ces collaborations ont, enfin, permis de voir émerger de jeunes maraîchers bio qui, grâce au soutien des élus et du maire de la ville, récoltent aujourd'hui des légumes qui sont en partie consommés dans la collectivité.

Débouchés pour agriculteurs locaux

La réussite de la restauration municipale de Lons-le-Saunier est essentiellement due à une volonté forte des personnes en responsabilité tant au niveau de la Ville que de la cuisine. La présence systématique d'un représentant des intérêts du service de restauration lors des réunions agricoles a permis de faire connaître les ambitions et les objectifs en termes d'approvisionnement. Il est impératif que la cuisine soit identifiée par les acteurs agricoles locaux comme un débouché pour leurs produits. La restauration collective est un des plus grands consommateurs de produits. C'est ce qui permet aux agriculteurs de livrer de larges quantités de matière et d'être sûrs d'être rémunérés convenablement. La consommation de ces matières, tout au long de l'année, permet aussi aux producteurs de vivre de leurs fabrications. Elle supprime aussi, parfois, des intermédiaires qui n'apportent pas de valeur ajoutée aux produits.

Mais les efforts doivent être partagés. Les acteurs de la restauration collective doivent aussi remettre en question l'ensemble des pratiques actuelles et

s'orienter vers le type de produits et de conditionnement que sont susceptibles de livrer les acteurs locaux. Un choix de produits bruts ou de conditionnements non négociables peut bloquer les capacités de fourniture des acteurs locaux. Une communication importante doit donc être faite afin de sensibiliser les convives à la qualité et à la provenance des matières premières.

Enfin, différents choix s'offrent au responsable de l'intégration de produits bio locaux dans la restauration collective mais avec la contrainte des marchés publics, qui laissent toutefois aujourd'hui davantage de latitude dans le choix des fournisseurs. Pour promouvoir les approvisionnements régionaux, il faut connaître la capacité de réponse des acteurs locaux et ne pas bloquer leur capacité à postuler à ces marchés, s'adapter pour que ces marchés ne soient pas réservés aux généralistes de la fourniture alimentaire.

Un repas bio sur cinq permet d'atteindre le seuil des 20 % fixé par le Grenelle de l'environnement et les circulaires du Premier ministre. L'intégration, un par un, des produits dans la production est plus longue mais permet de donner plus de chance aux producteurs locaux et les aide à s'engager dans une démarche gagnant/gagnant. L'ensemble de ces choix ne peut se faire sans une volonté forte et incitative des élus locaux. La restauration municipale de Lons-le-Saunier a, d'ores et déjà, pu atteindre cet objectif de 20 % grâce à un engagement à tout niveau des acteurs en la matière. La réussite de tels projets repose prioritairement sur la motivation d'un personnel de restauration qualifié ou formé. Par ailleurs, il semble préférable, pour rester dans l'esprit des produits bio, d'instaurer des critères de proximité et un principe de commerce équitable local pour que ces actions puissent durer dans le temps.

Didier Thévenet

Responsable de la restauration municipale,
Lons-le-Saunier, Jura.

Pour en savoir plus

La rubrique « Pour en savoir plus » propose une sélection d'articles, d'ouvrages et d'organismes de référence sur un domaine de réflexion ou une question de société. Pour accompagner le dossier « Nutrition et précarisation », nous avons souhaité mettre en lumière les auteurs impliqués dans le champ de l'alimentation et de ses déterminants en l'abordant sous un angle sociologique et en évoquant la problématique de l'aide alimentaire. Vous retrouverez également présentés quelques organismes producteurs de données, de recherche, ou militant dans le domaine de l'alimentation et de la précarité. Les adresses des sites Internet ont été consultées le 06/08/2009.

► L'alimentation et ses déterminants

- Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa). *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (Inca 2) 2006-2007*. Maisons-Alfort : Afssa, 2009 : 227 p. En ligne : <http://www.afssa.fr/Documents/PASER-Ra-INCA2.pdf>
- Barthélémy L., Binsfeld C., Moissette A. *Alimentation atout prix* [classeur]. Saint-Denis : INPES, 2005 : 164 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr>
- Bellamy V., Léveillé L. *Enquête Budget de famille 2006*. Insee résultats, décembre 2007, n° 73. En ligne : http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?ref_id=bd06
- Castetbon K., Deschamps V., Malon A., et al. *Caractéristiques sociales et économiques associées à la consommation de fruits et légumes chez les enfants de 3 à 17 ans en France métropolitaine, ENNS 2006*. BEH 2009 ; n° 22 : 221-5. En ligne : <http://www.invs.sante.fr/beh/2009/22/index.htm#1>
- Combris P., Amiot-Carlin M.-J., Caillavet F., Causse M., Dallongeville J., Padilla M. *Les fruits et légumes dans l'alimentation : enjeux et déterminants de la consommation. Rapport d'expertise*. Paris : Inra, 2007 : 374 p. En ligne : <http://www.inra.fr>
- Combris P. *Le poids des contraintes économiques dans les choix alimentaires. Conférence donnée dans le cadre de la 46^e Journée annuelle de nutrition et de diététique, le vendredi 27 janvier 2006*. Cahiers de nutrition et de diététique 2006 ; 41, n° 5 : 279-84. En ligne : <http://www.jand.fr/opencms/export/sites/jand/data/documents/COMBRIS.pdf>
- Fischler C. *L'homnivore*. Paris : Odile Jacob : 2001 : 440 p.
- Guilbert P., Perrin-Escalon H. (dir.). *Baromètre santé nutrition 2002*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2004 : 259 p.
- Institut de veille sanitaire. *Étude nationale nutrition santé ENNS, 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme*

national nutrition-santé (PNNS). Saint-Maurice : InVS, 2007 : 77 p.

En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2007/nutrition_enns/RAPP_INST_ENNS_Web.pdf

• Recours F., Henel P. *Les populations modestes ont-elles une alimentation déséquilibrée ?* Paris : Crédoc, coll. Cahier de recherche, 2006, n° 232 : 113 p.

En ligne : <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C232.pdf>

► Sociologie de l'alimentation

• Caillavet F., Darmon N., Lhuissier A., Régnier F. *L'alimentation des populations défavorisées en France : synthèse des travaux dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel*. In : Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2005-2006*. Paris : La documentation française, 2006 : p. 279-322.

• Caillavet F., Darmon N. *Contraintes budgétaires et choix alimentaires : pauvreté des ménages et pauvreté de l'alimentation ?* Inra Sciences sociales, décembre 2005, n° 3-4 : 1-4. En ligne : <http://www.inra.fr>

• Ologoudou M. *Le rôle de l'éducation dans l'alimentation*. Paris : Conseil économique et social, coll. Avis et rapports du Conseil économique et social, 2004 : 138 p. En ligne : <http://www.ces.fr/rapport/docton/04011901.PDF>

• Poisson D. *L'alimentation des populations modestes et défavorisées : état des lieux dans un contexte de pouvoir d'achat difficile*. Paris : Ocha, 19 novembre 2008 : 21 p. En ligne : http://www.lemangeur-ocha.com/fileadmin/images/sciences_humaines/DP-aliment-pop-defavorisees.pdf

• Poulain J.-P. *Sociologies de l'alimentation : les mangeurs et l'espace social alimentaire*. Paris : Puf, coll. Quadrige, 2005 : 287 p.

• Régnier F., Lhuissier A., Gojard S. *Sociologie de l'alimentation*. Paris : la Découverte, 2006 : 121 p.

► Aide alimentaire

• **Abena**. L'étude sur l'Alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire (Abena) est une initiative de l'Institut national de veille sanitaire (InVS) et de l'Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen)¹. Elle a pour objectif principal de décrire l'état nutritionnel et la consommation alimentaire des personnes ayant recours à l'aide alimentaire dans quatre zones urbaines françaises en 2004 et 2005. Elle comprend deux volets : épidémiologique et sociologique.

• Bellin-Lestienne C., Castetbon K. *Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Étude Abena, 2004-2005. Rapport de l'étude épidémiologique*. Saint-Maurice : InVS, novembre 2007 : 74 p.

En ligne : <http://www.invs.sante.fr>

• Castetbon K. (coor.). *Surveillance nutritionnelle des populations défavorisées : premiers résultats de l'étude Abena*. BEH 2006 ; 11-12 : 77-84.

En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/11_12/beh_11_12_2006.pdf

• César C. *Étude Abena 2004-2005. Comportements alimentaires et situations de pauvreté : aspects socio-anthropologiques de l'alimentation des personnes recourant à l'aide alimentaire en France*. Saint-Maurice : InVS, 2007 : 108 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000728>

• Clément A. *Faut-il nourrir les pauvres ?* Anthropology of food, septembre 2008, n° 6.

En ligne : <http://aof.revues.org/index4283.html>

• Institut CSA, Fédération française des banques alimentaires. *Portrait des personnes accueillies et situation et attentes des associations et CCAS partenaires*. Mai 2006 : 12 p.

En ligne : http://www.banquealimentaire.org/IMG/pdf/Synthese_Banque_alimentaire.pdf

1. L'Usen a été créée, en 2000, avec la signature d'une convention entre l'InVS et l'Institut scientifique et technique de la nutrition et alimentation (Istna).

• Institut LH2-Louis-Harris. *Enquête qualitative sur les bénévoles et les bénéficiaires de l'aide alimentaire*. Saint-Denis : INPES, avril 2006 : 44 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/nutrition/etude_aidealiment/Etude0604.pdf

► Les organismes

• Aliss : unité de recherche Alimentation et sciences sociales de l'Inra

La création d'Aliss, en 2008, repose sur la fusion de deux unités de recherche de l'Institut national de la recherche agronomique (Inra) concernant les comportements de consommation et l'offre alimentaire et l'organisation des filières.

Les recherches conduites sont pluridisciplinaires et réunissent des chercheurs de trois disciplines, économie, histoire et sociologie. Elles portent sur trois grands axes :

- les déterminants des comportements des consommateurs et des pratiques alimentaires ;
- les déterminants des caractéristiques de l'offre alimentaire et de l'organisation des filières ;
- les interactions consommateurs, stratégies des entreprises, politiques publiques.

Aliss met à disposition sur son site Internet ses projets, thèses et *working-paper* en accès intégral.

En partenariat avec l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa), elle porte l'Observatoire de la qualité de l'alimentation (Oqali), prévu par le Programme national nutrition-santé 2006-2010 (PNNS 2). Cet observatoire centralise et traite les données nutritionnelles, économiques et socio-économiques de l'alimentation afin d'assurer un suivi de l'offre alimentaire des produits transformés. Ainsi, l'Oqali mesure et rend publique la concrétisation des efforts mis en œuvre par les acteurs des filières alimentaires, notamment dans le cadre des chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel prévues par le PNNS.

Aliss – Inra : 65, boulevard de Brandebourg – 94205 Ivry-sur-Seine. Tél. : 01 49 59 69 00.

En ligne : <http://www.paris.inra.fr/aliss>

Oqali : en ligne : <http://www.oqali.fr>

• Centre de recherche et d'information nutritionnelles (Cerin)

Le Cerin est le département du Centre national interprofessionnel de l'économie laitière (Cniel) chargé des questions de santé. Sa mission est de réunir et de relayer l'information sur les relations entre alimentation et santé. Une équipe pluridisciplinaire (médecin, diététiciens, nutritionniste, documentaliste, etc.) développe depuis de nombreuses années des programmes de recherche, organise des colloques et offre un ensemble d'outils d'information et de services aux professionnels de santé et du secteur social ainsi qu'aux médias. Le Cerin propose un bulletin de liaison trimestriel intitulé « Alimentation, santé & petit budget » (ancien-

nement « Alimentation & précarité »), dédié aux professionnels et bénévoles impliqués dans la prise en charge et l'aide aux populations démunies. À noter également, sur le site Internet du Cerin, l'accès à une base de données (rubrique « Recherche ») qui propose des articles intégralement téléchargeables, notamment sur le thème « personnes en situation de précarité ».

Cerin : 45, rue Saint-Lazare – 75314 Paris Cedex 09. Tél. : 01 49 70 72 20.

En ligne : <http://www.cerin.org/>

• Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Crédoc)

Le Crédoc est un organisme d'étude et de recherche au service des acteurs de la vie économique et sociale sous tutelle du ministre chargé de la Consommation et du Commerce. Il a pour mission, depuis plus de cinquante ans, d'analyser et d'anticiper le comportement des individus. Il a mis en place, depuis 1978, un dispositif permanent d'enquêtes sur les modes de vie, opinions et aspirations des Français et s'est spécialisé dans la construction de systèmes d'information, dans les enquêtes quantitatives *ad hoc*, dans les enquêtes qualitatives par entretiens ou réunions de groupe et dans l'analyse lexicale. Le centre regroupe une soixantaine de professionnels aux compétences pluridisciplinaires : statisticiens, sociologues, spécialistes du marketing, économistes, linguistes. Les études qu'il produit sont rendues publiques et participent au débat national.

Le site Internet propose de nombreuses études et articles : « Cahier de recherche » et « Consommation et modes de vie ». Elles sont accessibles à la rubrique publications & sourcing, recherche par mots-clés : « nutrition » ou « alimentation ».

Quelques études proposées sur le site :

- pouvoir d'achat, crise économique et hausse des prix : incidence sur les comportements de consommation alimentaires ;
- alimentation : se nourrir d'abord, se faire du bien ensuite ;
- synthèse sur la perception des prix des aliments ;
- les populations modestes ont-elles une alimentation déséquilibrée ?

Crédoc : 142, rue du Chevaleret – 75013 Paris. Tél. : 01 40 77 85 00.

En ligne : <http://www.credoc.fr/>

• Fédération française des banques alimentaires (FFBA)

Les banques alimentaires collectent, gèrent et partagent des denrées alimentaires avec un réseau de 4 850 associations et organismes sociaux de proximité. Leur action se fonde sur la gratuité, la lutte contre le gaspillage, le don, le partage, le bénévolat et le mécénat. Les soixante-dix-neuf banques alimentaires françai-

ses sont des associations loi 1901 à but humanitaire. Elles sont regroupées au sein d'une fédération, la FFBA, qui coordonne leurs actions, anime le réseau et les représente auprès des pouvoirs publics et des partenaires nationaux. La FFBA propose un bulletin trimestriel, « La chronique », qui promeut le projet associatif dans l'univers caritatif français.

FFBA : 15, rue du Val-de-Marne – 94257 Gentilly Cedex. Tél. : 01 49 08 04 70

En ligne : <http://www.banquealimentaire.org/>

• Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes)

La Fnes représente les comités d'éducation pour la santé auprès des pouvoirs publics, des instances nationales ou internationales. Elle est garante du respect des principes de la charte du réseau et de la charte d'Ottawa. Elle a pour volonté de favoriser le développement et la reconnaissance de l'éducation pour la santé.

La Fnes propose en ligne une base de données des actions développées par les comités d'éducation pour la santé. Cet outil permet d'avoir une vision nationale des actions de terrain des comités : formations, conseil méthodologique aux professionnels, organisation de manifestation pour le grand public, etc. Lors de la connexion à la base, choisir le thème « Nutrition/alimentation »

Fnes : 42, boulevard de la Libération – 93200 Saint-Denis Cedex. Tél. : 01 42 43 77 23

En ligne : <http://www.fnes.fr/fnes/Actions/list.php>

• Villes actives PNNS

« Villes actives PNNS » est le réseau des villes associées au PNNS. Il a été créé dans le cadre des orientations de la loi de santé publique de 2004. Il est piloté par le ministère de la Santé. Les cent soixante-douze villes actuellement engagées mettent en place un grand nombre d'actions présentées sur le site Internet du réseau, site créé par l'association Défi santé nutrition.

Renseignements auprès de l'association **Défi santé nutrition** : 17, rue de Lyon – 29200 Brest. Tél. : 06 72 66 16 74

En ligne : <http://www.villeactivepnns.fr>

Olivier Delmer, Céline Deroche

Documentalistes, Centre de documentation de l'INPES.



Nouvelle-Calédonie : l'école, lieu de prévention des conduites addictives

En Nouvelle-Calédonie, la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis est élevée chez les jeunes. Un dispositif de prévention a été mis en place, depuis 2005, dans les collèges, autour de séances d'information et de théâtre forum. Tous les acteurs institutionnels et associatifs sont impliqués.

Des enquêtes réalisées en 2003 en population adulte (1) et en 2006 auprès des 16-25 ans (2) ont montré que les principales spécificités des conduites d'alcoolisation étaient la banalisation et la répétition des crises d'ivresse aiguës ainsi que la méconnaissance des repères de consommation à moindre risque définis par l'Organisation mondiale de la santé. Selon l'enquête Escapad 2005 (3), la Nouvelle-Calédonie est l'un des territoires les plus consommateurs : sur les six Dom/Tom/Com, elle arrive en première ou deuxième place pour tabac, alcool et cannabis. Enfin, une étude réalisée en Nouvelle-Calédonie en milieu scolaire en 2005 (4) a indiqué qu'à 14 ans, 52,2 % des adolescents ont déjà expérimenté l'alcool, 39 % le tabac et 17 % le cannabis. À 16 ans, ils sont 74,2 % à avoir expérimenté l'alcool, 60 % le tabac et 42,6 % le cannabis.

Une initiation dès 14 ans

Les résultats de ces différentes enquêtes situent l'initiation aux produits psychoactifs vers l'âge moyen de 14-15 ans. En raison des importantes conséquences sanitaires et sociales dues aux consommations de produits psychoactifs, le gouvernement de Nouvelle-Calédonie a défini la prévention des conduites addictives comme une priorité de santé publique et mis en place des actions de prévention en milieu scolaire, les jeunes étant la cible prioritaire d'actions centrées sur le besoin d'information mais aussi sur la valorisation des comportements alternatifs à la consommation de produits psychoactifs. Le milieu scolaire est un lieu privilégié pour atteindre les jeunes, en particulier dans un territoire où il existe des disparités importantes entre populations d'appartenances ethniques et socioculturelles

différentes et dont les modes de vie des adolescents, vivant en milieu urbain, rural ou tribal, sont très éloignés.

Le bilan des différentes actions de prévention mises en œuvre jusqu'en 2005 pointait une absence de stratégie bien définie, un manque de coordination entre acteurs et des actions trop rares en éducation pour la santé. D'où l'ambition de fédérer ressources et moyens pour retarder l'initiation aux produits ou éviter le passage d'une consommation occasionnelle à une consommation régulière.

Un dispositif de prévention partenarial

Ce dispositif de prévention, créé en 2005, est coordonné par le service de prévention en addictologie de l'agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie, en partenariat avec le vice-rectorat, les services de prévention provinciaux, une association de prévention et des interlocuteurs de proximité (les enseignants et équipes pédagogiques et socio-éducatives, les infirmières et assistantes sociales scolaires, les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté et, quand cela est possible, les associations de parents d'élèves).

Le dispositif évite les actions ponctuelles et favorise celles inscrites dans un projet d'établissement, reposant sur un discours commun entre intervenants de la prévention. Il cible les 14-15 ans (élèves de 4^e et de 3^e) et permet la discussion autour d'expériences vécues par le jeune dans un contexte où l'identification au groupe et la pression du groupe sont importantes. Les objectifs sont, pour les jeunes, d'acquérir des connaissances sur les produits alcool, tabac, cannabis, d'aff-

finer la perception du risque, de valoriser les comportements alternatifs à la consommation de ces produits, d'être capable de se positionner au sein d'un groupe et de prendre des décisions responsables, de développer des compétences pour réaliser des choix positifs. Autre ambition : impliquer les équipes pédagogiques de manière transversale dans le projet d'établissement.

Initialement, il s'agissait d'une intervention de deux heures par classe s'appuyant sur un outil pédagogique interactif inspiré du jeu « L'alcool, un labyrinthe pour Fred et ses amis » adapté à la Nouvelle-Calédonie et étendu au tabac et au cannabis¹. Progressivement, les intervenants en éducation pour la santé et les jeunes se sont rendu compte que cette séance qui abordait les compétences psychosociales était insuffisante et trop courte ; par ailleurs, des collégiens se plaignaient de manquer de temps pour pouvoir s'exprimer. Une seconde séance de mise en situation d'une heure a été proposée à certains établissements-pilotes afin de mieux travailler sur le comportement, l'affirmation de ses choix et sur les stratégies d'évitement. Elle s'est révélée très riche sur le plan de la libération de la parole, du partage d'expériences et de l'interactivité.

Ultérieurement, devant le succès de cette seconde séance, l'idée de faire intervenir des comédiens professionnels a émergé en 2007. Des séances de théâtre forum ont donc été mises en place, menées par deux comédiens, en présence de deux professionnels de la prévention, au rythme de deux séances d'une durée de deux heures par établissement. Le théâtre forum permet de donner la parole aux élèves autour de

six situations improvisées : la cour de récréation vécue par deux nouveaux élèves (un frère et sa sœur), la clope offerte aux deux nouveaux (avec les pressions et les stratégies d'évitement), le cannabis avec d'autres pressions exercées (respect du grand frère, peur de l'exclusion, intégration au groupe, etc.) et d'autres stratégies à trouver, l'alcool à l'occasion d'une fête, le retour de la fête et la réaction des parents devant le fils, qui est ivre, et, enfin, le retour au collège le lendemain de la fête.

Une amélioration des connaissances

En matière d'évaluation, 53,4 % des jeunes se sont déclarés intéressés par les séances d'information, 38 % satisfaits, le reste étant indifférent, déçu ou en désaccord. Concernant l'acquisition de connaissances, les réponses en rapport avec l'alcool et la conduite d'un véhicule sont justes pour 77,2 % et celles évaluant la rapidité de l'installation de la dépendance à la nicotine à 95,3 %. Pour le théâtre forum, évalué en province Nord en 2008, 87 % des élèves sont satisfaits (542 élèves interrogés). À la suite de cette séance, plus de 60 % d'entre eux ont communiqué sur ce sujet avec leurs copains, 42 % avec la famille et 39 % avec les parents. 69 % déclarent avoir acquis des connaissances, 34 % du savoir-être et 21 % du savoir-faire.

Cette action a permis de réunir autour du même projet des services de l'État (le vice-rectorat de Nouvelle-Calédonie), des services de Nouvelle-Calédonie (service addictologie de l'agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie), des services provinciaux (deux services de prévention provinciaux sur trois), une troupe de théâtre professionnelle (Pacifique et compagnie) et, à partir de 2009, une association de prévention. Les acteurs de terrain (médecins de prévention et éducateurs sanitaires, personnel de prévention de l'addictologie, comédiens) ont travaillé en complémentarité après avoir défini des objectifs et un langage communs, en utilisant le même outil pédagogique, évalué et amélioré régulièrement, complété par un guide pédagogique destiné aux intervenants.

Couvrir tout le territoire

En 2008, le partenariat a permis de mettre en place des actions de ce type dans la totalité des collèges de la province Nord et de la province des Îles, et dans environ 60 % des collèges de la province Sud. Parallèlement, des infirmières, assistantes sociales scolaires, éducateurs d'internat et équipes pédagogiques ont suivi une formation spécifique. Depuis 2005, les actions sont pérennisées grâce à l'agence sanitaire et sociale, qui finance en totalité

le théâtre forum, et à la province Nord, qui mobilise l'ensemble de son service de prévention.

Bien entendu, il n'existe pas que des points positifs : seuls deux services de prévention provinciaux sur les trois et une association sur deux participent à cette action. Les critères d'évaluation doivent être affinés ; les équipes pédagogiques doivent être davantage impliquées, en particulier lors de la séance de théâtre forum, qui ne doit pas être perçue uniquement comme une action récréative. Au-delà de ces difficultés, afin que chaque jeune Calédonien puisse avoir accès aux mêmes informations avant la fin de sa scolarité obligatoire, ce dispositif doit être étendu à tous les collèges publics et privés de Nouvelle-Calédonie.

Christian Michel

Médecin,
responsable du programme de prévention et de soins en addictologie, agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie, Nouméa.

1. Cet outil permet de recueillir l'avis individuel d'un jeune de façon non verbale (je suis d'accord : je lève un carton vert, je ne suis pas d'accord : je lève un carton rouge) et permet ensuite d'ouvrir le débat en prenant en compte des avis individuels et l'avis du groupe, en partant de thèmes précis (l'alcool et le risque d'accidents, l'alcool et la violence, l'alcool et la sexualité, l'alcool et la loi, le cannabis et la mémoire, le cannabis et la loi, le cannabis et la banalisation, le cannabis et les risques psychiatriques, les fausses croyances, le tabac et le sport, la fumée de tabac, comment affirmer ses choix face au groupe, etc.).

► Références bibliographiques

- (1) Rouchon B. *Repères de consommations d'alcool en Nouvelle-Calédonie*. Bulletin médical calédonien et polynésien 2005 ; n° 43 : 4.
- (2) *Situation sociale et comportements de santé des jeunes en Nouvelle-Calédonie. Premiers résultats*. Villejuif : Inserm, unité 687, mars 2008 : 112 p.
- (3) Legleye S., Beck F., Spilka S., Le Nezet O. *Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France. Résultats de la cinquième enquête nationale Escapad*. Saint-Denis : OFDT, mai 2007 : 77 p.
- (4) Beck F., Legleye S., Michel C., et al. *Usage de drogues à l'adolescence en Nouvelle-Calédonie*. *Alcoologie et Addictologie* 2008 ; 30(4) : 355-65.

Comportements et santé : quel rôle joué par l'environnement ?

Quelle est l'influence de l'environnement dans la pratique de l'activité physique ? Spécialiste des comportements et de la santé, le professeur Gaston Godin, de l'université de Laval, au Québec, présente une revue de littérature et le résultat de ses propres recherches. D'où il ressort que, si l'environnement peut jouer un rôle facilitateur non négligeable, il ne faut surtout pas pour autant arrêter de travailler sur l'évolution des comportements individuels.

Tout comportement est réalisé dans un environnement spécifique qui tient compte du contexte culturel, social et physique. Il y a donc invariablement des interactions entre environnement et comportement. Du point de vue de la promotion de la santé, il importe de se demander jusqu'à quel point l'environnement influence le comportement. Il faut également s'assurer de bien comprendre par quel processus un changement au niveau environnemental pourrait causer un changement au niveau comportemental. Dans ce bref article, nous allons montrer les difficultés méthodologiques pour comprendre cette influence et rapporter certains résultats de nos études sur ce sujet.

Conclusions surprenantes

Jusqu'à maintenant, nous avons peu de preuves scientifiques démontrant qu'un changement environnemental (par exemple, construire des pistes cyclables) a un effet direct sur le changement de comportement (augmentation de la pratique du vélo). Les études portant sur ce sujet présentent des lacunes méthodologiques importantes. Les quelques analyses réalisées ne reposent pas sur des assises théoriques solides et ont surtout constaté des associations entre un élément de l'environnement et un comportement. Les conclusions dégagées sont donc fragiles et peuvent parfois conduire à des conclusions surprenantes.

À titre d'exemple, une récente étude publiée dans *l'American Journal of Health Promotion* (1) rapportait à l'aide d'une très sérieuse et méticuleuse analyse corrélationnelle (devis transversal)

de type multiniveau que le taux de pratique de l'activité physique était positivement associé au nombre de bars et restaurants dans l'environnement habité. Bien évidemment, on ne peut envisager de promouvoir la pratique de l'activité physique par la construction de bars et restaurants. Cela démontre que ce type d'étude ne reposant pas sur un cadre théorique et basée sur des analyses corrélationnelles est pour ainsi dire inutile pour guider les stratégies d'intervention visant à promouvoir l'adoption d'un comportement et accroître notre compréhension du processus d'influence de l'environnement sur le comportement.

Se référer à des cadres théoriques

Pour étudier les interactions entre l'environnement et le comportement, il est fortement recommandé de se référer à des cadres théoriques. En fait, il s'agit de la seule façon d'analyser de manière adéquate leurs interactions. Les cadres théoriques articulent habituellement des variables psychosociales et des variables environnementales. Parmi les variables psychosociales, dites aussi cognitions, on cite la motivation, la confiance en sa capacité à adopter le comportement, l'attitude associée à l'adoption du comportement, etc. En promotion de la santé, les variables environnementales se réfèrent habituellement au social structurant (niveau de scolarité, revenu familial, indices de défavorisation matérielle et sociale) ou aux composantes de l'environnement bâti (état des routes, sécurité des lieux, nombre d'édifices et de maisons, présence de parcs). Ces cadres théoriques permettent d'étudier les relations entre ces variables.

Trois types d'influence de l'environnement peuvent être constatés.

- Première influence : un effet direct sur le comportement, indépendamment des cognitions. Cela correspond à une vision où l'individu agit en réponse à un stimulus externe spécifique. Par exemple, la présence de pistes cyclables ferait en sorte que toutes les personnes feraient du vélo. Dans ce cas de figure, il suffirait de changer un aspect de l'environnement pour que les personnes adoptent le bon comportement.

- Deuxième influence : l'effet de l'environnement s'exprimerait sur les cognitions, qui, en retour, détermineraient le comportement. Cela correspond à ce que l'on appelle l'effet de médiation des cognitions, en ce sens que les cognitions agissent à titre de filtres de l'influence de l'environnement sur le comportement. La théorie du comportement planifié (2) correspond à cette vision des relations environnement-comportement. Par exemple, la présence de pistes cyclables contribuerait à diminuer la perception des barrières à la pratique du vélo tout en augmentant le sentiment de sécurité lors des excursions.

- Troisième influence : la présence (ou l'absence) de facteurs environnementaux favoriserait (ou nuirait à) l'adoption du comportement. C'est l'effet dit modérateur des relations cognitions-comportement, c'est-à-dire que la présence d'un modérateur (facteur environnemental) agit comme catalyseur de ces relations. Par exemple, la construction de pistes cyclables permettrait aux personnes motivées à faire du vélo de le faire, alors que cela n'aurait aucun effet chez les gens non motivés envers cette activité. Il importe de noter que ces effets des

variables environnementales peuvent changer d'un comportement à l'autre ou d'une population à l'autre.

Interaction environnement/comportement : prudence

Il y a la place pour la réalisation de beaucoup de travaux de recherche avant d'être en mesure de préciser les liens d'interaction entre environnement et comportement et ainsi dégager de façon claire quelles devraient être les stratégies d'intervention à préconiser en matière de promotion de la santé.

Nous avons récemment réalisé deux études basées sur la théorie du comportement planifié d'Ajzen (2) afin d'étudier quels pouvaient être les liens entre divers aspects de l'environnement et un comportement lié à la santé. La première étude s'intéressait à l'environnement social structurant et la pratique d'activité physique lors des périodes de loisir (3), alors que la seconde étude s'est intéressée à l'influence de l'environnement bâti sur l'adoption d'un mode de transport actif (marche à pied et usage du vélo) pour se rendre au travail (4).

Dans la première étude sur les activités physiques lors des périodes de loisir, 1 483 personnes aléatoirement sélectionnées ont été suivies sur une période de trois mois. Deux catégories de variables, mesurées au début de l'étude, étaient disponibles pour prédire le comportement au cours des trois mois suivants : les cognitions (intention, attitude, perception du contrôle) et les variables de l'environnement social structurant autorapportées (niveau de

scolarité, revenu familial, statut d'emploi, support social perçu) et objectivement mesurées (indices de défavorisation sociale et matérielle). Les résultats sont plutôt éloquentes : parmi les variables de l'environnement structurant, seul le niveau de scolarité avait un impact (différencié) sur le comportement. De plus, aucun des autres facteurs de l'environnement social structurant n'influaient réellement sur le comportement. Au contraire, les meilleurs déterminants du comportement étaient deux cognitions, à savoir l'intention et la perception du contrôle. De plus, aucun des facteurs de l'environnement social structurant n'était un modérateur de la relation intention-comportement.

Le mode de penser, facteur déterminant

Dans notre deuxième étude, l'objectif était de déterminer le rôle des cognitions et de l'environnement bâti perçu (présence de trottoirs, pistes cyclables, temps d'accès aux services et lieu de travail) dans l'intention ou/et la pratique de l'activité physique de transport pour se rendre au travail ou à l'école. Bien que la période de suivi ait été brève, soit deux semaines, les résultats ont indiqué que le rôle des cognitions était statistiquement supérieur à celui obtenu par les variables environnementales. De plus, lorsque les variables environnementales et les cognitions étaient combinées, le comportement était prédit par l'intention, l'habitude et l'âge, et aucune variable de l'environnement bâti n'exerçait d'influence. En fait, l'influence des variables de l'environnement bâti était entièrement filtrée (effet de médiation)

par les cognitions. Les résultats illustrent donc l'importance des cognitions dans la pratique d'activité physique de transport comparativement à celle de l'environnement bâti perçu.

Ne pas surestimer l'environnement

Ces études nous montrent comment il est possible d'étudier l'influence de l'environnement sur les comportements. Leurs résultats démontrent clairement qu'il est important en promotion de la santé de ne pas ignorer l'individu et ses motivations dans la planification des interventions. En fait, même si l'on se doit d'encourager les actions visant à améliorer l'environnement dans lequel évoluent les individus, cela ne doit pas être fait au détriment et par l'abandon des activités visant la personne. Il faut continuer à s'intéresser aux raisons et sources de motivation qui guident les individus dans leurs choix. Ignorer cet aspect serait non seulement regrettable mais pourrait à long terme compromettre l'atteinte des objectifs poursuivis, soit le changement des comportements et l'amélioration de la santé des populations.

Gaston Godin

Ph.D., titulaire de la chaire de recherche du Canada sur les comportements et la santé, université Laval, Québec, Canada.

► Références bibliographiques

- (1) Wen M., Zhang X. *Contextual effects of built and social environments of urban neighborhoods on exercise: A multilevel study in Chicago*. *American Journal of Health Promotion* 2009; 23(4): 247-54.
- (2) Ajzen I. *The theory of planned behavior*. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50(2): 179-211.
- (3) Godin G., Sheeran P., Conner M., Bélanger-Gravel A., Gallani M.-C., Nolin B. *Social structure, social cognition, and physical activity: A test of four models*. *British Journal of Health Psychology* (sous presse).
- (4) Lemieux M., Godin G. *How well do cognitive and environmental variables predict active commuting?* *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2009; 6: 12.

EN BREF

Quoi de neuf sur les inégalités sociales de santé ?

À la suite de la Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé qui s'est tenue lors des Journées annuelles de santé publique du Québec (JASP), les 17 et 18 novembre 2008, un numéro spécial d'*Éducation santé* intitulé « Réduire les inégalités sociales de santé : tout va bien » a été publié. La Rencontre a rassemblé des acteurs francophones de santé publique dans une dynamique de confrontations d'idées et d'apports mutuels. Elle a favorisé une prise de conscience de la pertinence et de l'urgence d'agir pour réduire les inégalités sociales de santé et outiller les participants dans leurs actions concrètes. Cette publication rassemble les débats et présente des solutions novatrices pour faire face à cet enjeu majeur qu'est la réduction des inégalités sociales de santé. Au sommaire notamment : la surveillance des inégalités sociales de santé (Myriam De Spiegelaere) ; la petite enfance (Ginette Paquet) ; le milieu scolaire (Lyne Arcand) ; la planification et l'évaluation des interventions (Shelley-Rose Hyppolite et Louise Potvin) ; l'engagement citoyen (Pier Bouchard et Sylvain Vézina) ; les partenariats (Jocelyne Bernier) ; les habitudes de vie (Katherine Frohlich) ; l'environnement (Pierre Cornut et Ginette Lafontaine) ; les populations autochtones (Marie-Jeanne Disant) ; les pays à faible revenu (Valéry Ridde et Mohamed Mebtoul). Par ailleurs, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a mis en ligne sur son site Internet les synthèses d'interventions de l'ensemble des participants à ces Rencontres.

En ligne : <http://www.educationsante.be/es/sommaire.php?dem=245>
Éducation Santé, n° 245, mai 2009.

Usage de substances psychoactives chez les jeunes Québécois : portrait épidémiologique

À Québec, professionnels et familles sont confrontés à l'usage non médical de substances psychoactives chez les jeunes et par les conséquences possibles de cet usage sur leur développement et leur épanouissement. Les professionnels des réseaux scolaires ou de la santé, des milieux universitaires ou communautaires, qui interviennent en réadaptation, en prévention ou en recherche, tentent de mieux comprendre ce phénomène pour mieux intervenir. Pour les épauler, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) publie un état des lieux de l'usage des substances psychoactives chez les jeunes Québécois, des conséquences de cet usage et des interventions probantes en matière de prévention. Ce document synthétique (38 pages) est le fruit d'une collaboration entre la Direction générale des services sociaux (DGSS) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'INSPQ et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

En ligne : [www.inspq.qc.ca/publications/notice .asp?E=p&NumPublication=950](http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=950)

Traumatismes chez les jeunes québécois de moins de 18 ans : état de la situation

Chaque année, plus de cent trente jeunes Québécois de moins de 18 ans meurent des suites de blessures et près de sept mille autres sont hospitalisés, selon les données de 2000-2005 publiées, en mai 2009, par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Des mesures préventives supplémentaires doivent être déployées pour prévenir ces blessures et décès, en particulier les noyades dans les piscines résidentielles, les accidents de voiture, les blessures à vélo et les chutes. L'étude démontre que la principale cause de mortalité accidentelle varie considérablement selon l'âge. Il s'agit de la suffocation chez les enfants de moins d'un an, de la noyade chez ceux de 1 à 4 ans et des accidents de la route en voiture chez les 5-18 ans. Le risque de décéder d'une blessure est plus élevé chez les 15-18 ans, chez les garçons, chez les jeunes vivant dans des milieux plus défavorisés et chez ceux habitant en région rurale ou une petite ville. Du côté des hospitalisations, les chutes en constituent la première cause pour chacun des groupes d'âge. Dans le cadre de ses travaux, l'INSPQ a recommandé plusieurs moyens de prévention qui devraient s'ajouter à ceux déjà existants afin de mieux protéger les enfants.

En ligne : www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=934

Une grille pour identifier les risques psychosociaux au travail

Les intervenants en santé au travail sont de plus en plus préoccupés par l'importance des problèmes de santé mentale au travail. Un nombre croissant de demandes concerne des situations de détresse psychologique, d'épuisement professionnel, de dépression ou encore, de façon générale, de stress au travail. Dans ce contexte, il est apparu important pour l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) de développer un outil qui permette d'évaluer de façon sommaire la probabilité d'un risque psychosocial élevé dans certains milieux de travail et de pouvoir juger ainsi de la pertinence de recommander une investigation plus poussée de la situation. L'Institut a donc élaboré une grille, outil simple de mesure qui comporte également une dimension pédagogique ; il s'agit d'aider les intervenants à identifier les actions à mettre en place ou les cibles à atteindre dans l'entreprise. La grille est basée sur des faits et des variables qui ont un impact avéré sur la santé mentale des actifs.

En ligne : [www.inspq.qc.ca/publications/notice .asp?E=p&NumPublication=930](http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=930)

Des appareils de chauffage au bois moins polluants

Le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP) du Québec a publié, en mai 2009, un communiqué annonçant l'adoption du règlement sur les appareils de chauffage au bois, qui vise à interdire la fabrication, la vente et la distribution au Québec d'appareils non conformes aux normes environnementales de l'Association canadienne de normalisation ou de l'*United States Environmental Protection Agency*. Ce règlement vise à minimiser l'augmentation des émissions polluantes reliées au chauffage au bois et, à plus long terme, à réduire ces émissions à mesure que les appareils polluants existants seront remplacés par les nouveaux modèles conformes. Les appareils certifiés émettent jusqu'à dix fois moins de particules fines que les appareils de chauffage courants, lesquels seraient responsables de plus de 40 % des particules fines émises dans l'atmosphère au Québec. Le règlement devait entrer en vigueur le 1^{er} septembre 2009.

Source : communiqué de presse, MDDEP, 5 mai 2009.

Inégalités sociales de santé

Didier Fassin



Aujourd'hui, en France, un ouvrier non qualifié a deux fois et demi plus de risques de mourir entre 35 et 60 ans qu'un cadre supérieur. Pourtant, les écarts d'espérance de vie ou de taux de mortalité ne font pas la une des médias. Les articles réunis dans ce dossier essaient de faire reculer quelque peu ce manque d'informations sur ce qui demeure l'inégalité la plus essentielle, celle devant la mort, en apportant des éclairages sur les disparités de santé.

La première partie fait référence aux origines des inégalités sociales de santé.

Quatre articles parcourent l'évolution du XX^e siècle à nos jours et quatre autres articles examinent comment la question du rapport des inégalités sociales et de la santé s'est progressivement posée. Une seconde partie tente de faire l'état des lieux des inégalités en matière de santé : il ne s'agit plus seulement de l'espérance de vie mais aussi de la morbidité, des handicaps, du suicide, de la mortalité maternelle, des accidents de travail, du sida : être pauvre, ce n'est pas seulement mourir plus tôt, mais pâtir d'une vie plus risquée et marquée par des incapacités plus lourdes ou plus longues. À noter que l'éventail des disparités est plus resserré parmi les femmes que parmi les hommes. La troisième partie pose la question du « pourquoi ? » L'ouvrage donne des pistes de recherches actuelles, récentes en France et qui s'appuient sur leurs antécédents britanniques et américains.

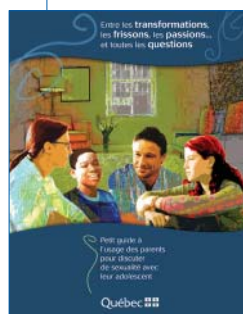
Sandra Kerzanet

Paris : La documentation française, coll. Problèmes politiques et sociaux, 2008, n° 960 : 136 pages, 9,90 €.

Entre les transformations, les frissons, les passions... et toutes les questions

Petit guide à l'usage des parents pour discuter de sexualité avec leur adolescent.

Richard Cloutier (coordinateur), direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.



Les parents sont souvent les premiers éducateurs à la sexualité de leur enfant ; ce guide met à leur disposition une méthode et des outils pour leur permettre d'ouvrir le dialogue et d'accompagner les adolescents dans leur réflexion sur la sexualité. Il propose d'abord un état des lieux de la sexualité adolescente et une réflexion sur le pont intergénérationnel. Il aborde ensuite la notion d'éducation à la sexualité en inculquant quelques réflexes simples visant à faciliter la communication entre parent et enfant. Puis viennent les questions de la contraception, des infections sexuellement transmissibles et de tous les accidents pouvant survenir lors de la découverte de la sexualité. Chaque étape de la lecture du guide est facilitée par la présence de « bulles » proposant pistes de réflexion, des informations ou encore des trucs et astuces. En fin de brochure, de nombreuses ressources bibliographiques et adresses de sites Internet permettent d'approfondir le sujet.

Céline Deroche

Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008 : 41 pages. Disponible en ligne :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-307-01.pdf>

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt)



Les politiques gouvernementales menées jusqu'à présent ont eu des effets notables sur la prise en charge des usagers et des personnes dépendantes aux drogues. On constate néanmoins, à l'heure actuelle, un niveau encore trop élevé de consommation de produits illicites ou d'alcool (notamment avec le phénomène d'alcoolisation excessive chez les jeunes : le *binge drinking*), et un enracinement profond de l'économie liée à ces substances.

Le gouvernement a donc souhaité se concentrer sur ces points de résistance en reprenant les modèles éprouvés des politiques de restriction de l'usage du tabac ou de lutte contre la violence routière. Adopté en juillet 2008, le nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites et les consommations excessives d'alcool s'est fixé l'horizon 2011 pour faire reculer de manière significative ces usages. Le plan donne une place importante à la prévention et tout particulièrement à la prévention des premières consommations. Il encourage le renforcement du rôle éducatif de l'adulte. Il prévoit des actions ciblées pour diminuer l'offre de produits et incite à la poursuite de la politique de réduction des risques déjà engagée. Il propose en outre une diversification de l'offre de prise en charge sanitaire et sociale, et des efforts accrus en matière de recherches scientifiques.

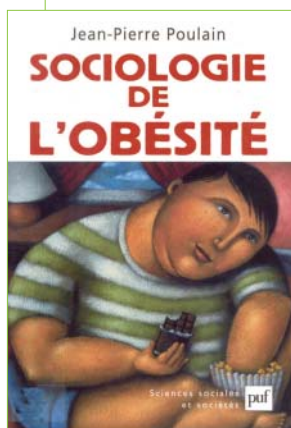
C. D.

Paris : La documentation française, coll. Rapports officiels, 2008 : 111 pages, 10 € ou disponible gratuitement en ligne sur :

http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgibin/brp/telestats.cgi?brp_ref=084000436&brp_file=0000.pdf

Sociologie de l'obésité

Jean-Pierre Poulain



Cet essai sociologique montre comment la résolution du problème sanitaire de l'obésité ne peut faire l'économie d'une réflexion où les sciences humaines ont un rôle majeur à jouer. Le but de cet ouvrage est d'analyser comment la sociologie et l'anthropologie peuvent contribuer à éclairer et expliquer pourquoi les plans d'action mis en place sont en partie insuffisants et comment ces disciplines peuvent apporter une aide efficace. Une première partie est consacrée à la sociologie de l'obésité, puis la question de la médicalisation et des controverses attenantes est abordée dans un deuxième chapitre. Enfin, l'ouvrage s'achève sur des questions sociétales en matière de politique de prévention et de prise en charge, et pose notamment la question des systèmes de valeur autour de la corpulence et de l'alimentation.

S. K.

Paris : Puf, coll. Sciences sociales et sociétés, 2009, 360 pages, 28 €.

Vieillesse, santé et protection sociale : du local à l'Europe.

Christine Lagoutte



Cet ouvrage retranscrit plusieurs interventions du colloque « Vieillesse, santé et protection sociale : du local à l'Europe » qui s'est tenu à l'université François-Rabelais à Tours, les 15 et 16 juin 2006. Initié par le Groupe d'études et de recherche sur la coopération internationale et européenne (Gercie), cette manifestation associait juristes et économistes spécialistes du droit matériel européen autour de la question particulière du vieillissement des populations.

Dans cet ouvrage, les experts évoquent les questions de l'impact du vieillissement démographique sur la protection sociale. Ils discutent des solutions envisagées au problème de financement des retraites, et développent la dimension de prise en charge de la dépendance et l'écart ressenti entre les théories plébiscitées et les réalités de terrain. Ils évoquent également, à la lumière d'expériences internationales, les risques que comportent ces solutions en matière d'accroissement des inégalités sociales.

C. D.

Paris : Le manuscrit, coll. Essais et documents, 2008, 319 pages, 21,90 €.

Santé des enfants et des adolescents. Propositions pour la préserver.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)



À la demande du Régime social des indépendants (RSI), caisse de protection sociale assurant une mission de service public auprès des chefs d'entreprise indépendants et de leurs ayants droit, l'Inserm a réuni, en 2003, un groupe de travail sur la prévention et l'éducation à la santé des enfants et des adolescents.

L'expertise opérationnelle qui découle de cette réflexion vient d'être publiée. Elle se base également sur des données et des recommandations de plusieurs expertises collectives sur les thèmes de l'obésité (en 2000), des troubles mentaux ou de la consommation d'alcool (en 2002). Elle porte sur les aspects fondamentaux de la santé physique et mentale des enfants et des adolescents, et s'attache plus particulièrement aux troubles présentant un caractère préoccupant en matière de santé publique (en raison de leur prévalence élevée et de leur constante augmentation) :

- les troubles mentaux, qui interfèrent avec le développement de l'enfant et sont susceptibles d'avoir une répercussion sur leur qualité de vie ;
- l'obésité, qui concerne actuellement de 10 à 12 % des enfants de 5 à 12 ans ;
- les conduites d'alcoolisation précoces et régulières.

Ces problématiques sont particulièrement liées à l'environnement et aux modes de vie. Aussi, prévenir et éduquer du document se situent donc dans le registre de la prévention universelle, elles s'adressent à tous les enfants et adolescents, et tiennent compte de la complexité des enjeux sociétaux : normes sociales, culturelles et familiales ; construction identitaire des jeunes ; contradictions entre incitations publicitaires et messages sanitaires.

C. D.

Paris : Inserm, coll. Expertise opérationnelle, 2009, 187 pages, 22 € ou disponible gratuitement en ligne sur : http://ist.inserm.fr/basisrapports/sante_enfants.html

Une IST, ce n'est pas



Une IST, c'est une
Infection Sexuellement Transmissible.

Herpès, chlamydie, hépatite B, gonococcies, papillomavirus, VIH, syphilis... Certaines IST n'ont pas de signes visibles et peuvent avoir des conséquences graves pour la santé. Plusieurs millions de personnes en sont atteintes en France. Pour plus d'informations, rendez-vous sur www.info-ist.fr ou appelez le **0 800 840 800***.

Réf. INPES 125-09402-R

Graphiste : Sylo - McCann Paris