

la Santé en action

PRÉVENTION / PROMOTION / ÉDUCATION

Juin 2018 / Numéro 444

Cinésanté
se faire accepter
quand on est différent

Arrêt du tabac
chez les publics défavorisés
quelles interventions efficaces ?

Environnements favorables
à une alimentation saine :
une réponse aux inégalités
sociales de santé ?

LA SANTÉ EN ACTION

la revue de la prévention,
de l'éducation pour la santé
et de la promotion de la santé

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

- ➔ actualité et expertise
- ➔ pratiques et actions de terrain
- ➔ méthodes d'intervention et aide à l'action
- ➔ interviews et témoignages

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

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

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

LA SANTÉ EN ACTION

est disponible gratuitement :

- ➔ en format papier sur abonnement pour
les lieux collectifs d'exercice et d'accueil du public
(établissements scolaires, centres de santé, hôpi-
taux, communes et collectivités, bibliothèques,
etc.)

- ➔ en format numérique pour tous les publics,
professionnels ou non, collectifs ou individuels

Rendez-vous sur inpes.santepubliquefrance.fr

The screenshot shows the homepage of the website. At the top, there are logos for 'Santé publique France' and 'inpes', along with the text '2018 - 110 ans d'États et d'Étapes s'engagent pour créer Santé publique France'. Below this is a navigation menu with links: 'L'ACCÈS', 'ACTUALITÉS', 'ESPACES THÉMATIQUES', 'ENQUÊTES ET ÉVALUATION', 'NOS PUBLICATIONS', 'ESPACES PROFESSIONNELS', and 'PRESSE'. The main content area features a large image of children wearing goggles, with a text box announcing the 'Lancement de l'enquête NOYADES 2018, du 1er juin au 30 septembre 2018'. Below this, there are sections for 'ENQUÊTES ET ÉVALUATION' and 'NOS PUBLICATIONS'. The 'ENQUÊTES ET ÉVALUATION' section lists 'Enquêtes en cours', 'Résultats et publications', 'Bibliothèque santé', and 'Évaluation en santé publique'. The 'NOS PUBLICATIONS' section includes a description of the magazine and a search filter with dropdown menus for 'Titre', 'Populations', 'Supports', and 'Publics'. At the bottom, there is a footer with social media icons and a copyright notice.

la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex – France
Tél. : 01 41 79 67 00
Fax : 01 41 79 67 67
www.santepubliquefrance.fr

Directeur de la publication :
François Bourdillon

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

**Sandrine Broussouloux, Michel Condé,
Nathalie Houzelle**
Lectures : **Centre de documentation**
<doc@santepubliquefrance.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

Yaëlle Amsellem-Mainguy (Injep), **Jean-Christophe Azorin** (enseignant - formateur), **Judith Benrekassa** (Santé publique France), **Mohamed Boussouar** (Ireps Rhône-Alpes), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Laurence Fond-Harmant** (Luxembourg Institute of Health – LIH), **Emmanuelle Hamel** (Santé publique France), **Laetitia Haroutunian** (Santé publique France), **Zoë Heritage** (Réseau français des villes-santé de l'OMS), **Laurence Kotobi** (université Bordeaux), **Zekya Ulmer** (FNMf), **Éric Le Grand** (sociologue), **Mabrouk Nekaa** (DSDEN Loire), **Dr Stéphane Tessier** (Regards), **Hélène Therre** (Santé publique France).

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Sciences et Co**
Photographies : **Martin Bertrand, Hans Lucas, Atelier IDF, Jean-Pierre Viguié, Sciences et Co, Association Veni Verdi, mairie de Salon-de-Provence**
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)
sante-action-abo@santepubliquefrance.fr
No ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 2^e trimestre 2018
Tirage : 7.000 exemplaires

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

Handicap

4 _ En Nouvelle-Aquitaine, des structures innovantes d'habitat inclusif

Guillaume Camelot, Guy Terrier

VIH

6 _ Personnes vivant avec le VIH : enquête sur la rupture des parcours de soins

Caroline Giacomoni



Dossier

ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À UNE ALIMENTATION SAINE : UNE RÉPONSE AUX INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ?

Coordination :
Corinne Delamaire,
Pauline Ducrot

Introduction

8 _ Corinne Delamaire,
Pauline Ducrot

Environnements favorables à une alimentation saine : état des lieux et recommandations
10 _ Corinne Delamaire

Enfants : réguler le marketing alimentaire

13 _ Marine Friant-Perrot

Interventions sur l'alimentation et l'activité physique chez les jeunes : état des lieux

15 _ Pauline Ducrot

Réseaux sociaux et changement de comportement alimentaire : quel potentiel ?

18 _ Manon Taravella

Angers : une politique locale pour une alimentation saine

20 _ Gérard Boussin

Marseille : des jardins partagés dans les quartiers Nord

22 _ Pauline Martin, Jean-Noël Consalès,
Pascale Scheromm, Paul Marchand,
Florence Ghestem, Nicole Darmon

Salon-de-Provence : agir sur l'environnement et l'offre en restauration scolaire

24 _ Emmanuelle Cosson,
Michèle Lafont-Battesti

Loon-Plage : circuits courts, offre alimentaire et insertion sociale

26 _ Alex Aubry

Favoriser la consommation de fruits et légumes : l'exemple de Saint-Denis

28 _ Camille Buscail, Aurore Margat

Marketing social et intervention nutritionnelle en magasin

31 _ Axel Gamburzew, Sandrine Raffin,
Nicole Darmon

Nutri-Score : un logo sur la qualité nutritionnelle des produits

33 _ Aurélie Nisand

Nutrition : vers une politique basée sur les environnements favorables

35 _ Thierry Lang, Serge Hercberg

Pour en savoir plus

39 _ Sandra Kerzanet

Cinéma

44 _ Wonder : voyage dans le regard des autres

Michel Condé

Tabagisme

47 _ Aide à l'arrêt du tabac et publics défavorisés : état des connaissances

Romain Guignard, Viêt Nguyen-Thanh,
Olivier Delmer, Marie-Camille Lenormand,
Jean-Marie Blanchoz, Pierre Arwidson

Vaccination

50 _ Concertation citoyenne sur la vaccination : le bilan de Santé publique France

Matthieu Humez

Lectures

51 _ Lectures

Laetitia Haroutunian, Sandie Boya

En Nouvelle-Aquitaine, des structures innovantes d'habitat inclusif

Guillaume Camelot,
interne en diplôme d'études
spécialisées de psychiatrie,
université de Poitiers,
Poitiers,

Guy Terrier,
médecin territorial,
chef de service,
direction de l'autonomie,
Conseil départemental
de Charente-Maritime,
La Rochelle.

La difficulté d'accès au logement est un sujet majeur de préoccupation pour les personnes en situation de handicap. Pourtant, l'habitat, au même titre que l'emploi, est un socle fondamental à l'insertion sociale [1]. Depuis le début des années 2000, on observe en France le développement d'une offre intermédiaire d'habitats inclusifs, plus de 600 dispositifs complètent une offre sociale et médico-sociale limitée, en s'inscrivant dans les objectifs de la loi du 11 février 2005 visant l'inclusion des personnes handicapées dans la société [2].

L'ESSENTIEL

Le département de la Charente-Maritime a fait réaliser un état des lieux des structures d'habitat inclusif en Nouvelle-Aquitaine. Ce type d'habitat permet une prise en charge et un accompagnement adaptés pour les personnes en situation de handicap.

Un lieu de vie souple et sécurisant

A distance de l'accueil en établissement institutionnel ou de l'habitat totalement autonome, l'habitat inclusif conjugue, pour la personne en situation de handicap, la réponse à ses besoins de logement et d'accompagnement, tout en préservant au maximum

son autonomie. Ce terme regroupe les maisons relais, les pensions de famille et les résidences accueil. Les maisons relais, ou pensions de famille, lieux d'habitation, associent un espace privé et des locaux de vie collective ; elles accueillent principalement des personnes en situation d'isolement ou d'exclusion sociale ; un responsable est chargé du fonctionnement et de la convivialité de la maison. Les résidences accueil s'adressent uniquement aux

personnes ayant des troubles psychiques, suivies par un service d'accompagnement à la personne.

Cet habitat propose un lieu de vie à la fois souple et sécurisant, adapté aux besoins de publics spécifiques, mettant l'accent sur la réalisation du projet de vie [3]. Les dispositifs présentent des différences de fonctionnement reflétant la diversité des problématiques individuelles. Tous ont en commun le partage d'un projet d'autonomisation des personnes et d'ouverture à la cité [4]. Le fonctionnement des dispositifs doit permettre de s'adapter au public accueilli. Pourtant, dans certaines structures, les professionnels mettent régulièrement en avant leurs difficultés à gérer des situations de crise psychique de résidents [5]. Cela est lié au manque de connaissances sur la maladie mentale, mais aussi à la difficulté d'accès aux urgences pour les personnes en décompensation psychiatrique. Le département de la Charente-Maritime a fait réaliser un état des lieux des structures d'habitat inclusif en Nouvelle-Aquitaine. Cet article présente ci-après deux dispositifs, mis en avant par l'étude, et ayant adopté une organisation leur permettant de surmonter les difficultés évoquées.

Pension de famille à La Rochelle

La pension de famille de l'association l'Escale à La Rochelle accueille des personnes fortement fragilisées, en situation de désinsertion sociale, qui souffrent fréquemment de pathologies psychiques à l'origine de difficultés de maintien dans la structure [5]. Afin de s'assurer que les troubles des résidents ne compromettent pas leur accompagnement au sein du dispositif, l'Escale

a mis en place un partenariat – sous forme d'une convention – avec l'hôpital psychiatrique de secteur. Un « contrat d'accompagnement individuel » est signé entre les deux parties pour chaque personne logée. Cette approche intégrative associe accompagnement social et prise en charge médicale. Ceci sécurise le fonctionnement de la pension en permettant une procédure d'hospitalisation en urgence simplifiée, avec un retour lorsque l'état psychique du patient est stabilisé. A l'inverse, les équipes de l'hôpital élaborent avec la pension de famille des projets de sortie de patients stabilisés sur le plan psychiatrique, mais subissant une forte marginalisation.

Parmi les dix-huit places de la pension de famille, trois sont spécifiquement réservées à l'accueil de personnes suivies à l'hôpital. Toutefois, la totalité des dix-huit résidents peuvent bénéficier d'un accompagnement psychiatrique rapproché. Deux médecins psychiatres travaillent en lien avec la pension de famille. Ils sont disponibles dans de brefs délais en cas de décompensation psychiatrique aigüe, et accompagnent les gouvernantes pour se positionner lors de manifestations psychiatriques perturbatrices.

Ce partenariat pension de famille / hôpital psychiatrique de secteur illustre l'intérêt de l'habitat inclusif dans la promotion de la santé mentale. Bénéfique aux deux parties, mais surtout aux usagers eux-mêmes, il assure une stabilité à la structure, tout en permettant une ouverture à la cité des patients. Malgré cette organisation, la formation des personnels de la structure à la prise en charge des troubles psychiques est très réduite. Le partenariat permet de pallier à ce manque

de formation, sans pour autant s'y substituer totalement. L'équipe de la pension souligne le soutien majeur des professionnels de l'hôpital pour gérer les situations difficiles.

Réseau Girondin des Maisons Relais

Le Réseau Girondin des Maisons Relais a été développé en 2014 à l'initiative du Diaconat de Bordeaux, du Comité des Œuvres Sociales de Bordeaux, et du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Bordeaux. Il réunit aujourd'hui huit établissements de Bordeaux et des communes alentour, totalisant cent trente-trois résidents. Il met en commun des moyens organisationnels et financiers.

Le réseau a un objectif de partage d'expérience entre les personnes exerçant dans les différentes structures. Elles se réunissent tous les mois pour échanger autour de leur pratique quotidienne et tenter de trouver collectivement des solutions aux problèmes rencontrés sur le terrain. Ces réunions, intitulées « groupe d'analyse de pratique », sont animées par une psychologue et leur contenu est confidentiel, il n'est pas même connu des directeurs de structures ni des chefs de projet. Les professionnels croisent leurs expériences et s'accompagnent mutuellement à la résolution de cas complexes.

En outre le réseau organise des sessions de formation continue en commun des professionnels des maisons relais. Elles ciblent les problématiques spécifiques rencontrées chez les résidents, telle que les addictions au travers de la formation au « positionnement face aux conduites addictives » ou bien les difficultés à investir un logement lors de la formation « l'habité pour les personnes en situation de précarité » dispensée par un responsable du Samu social.

Eviter les ruptures de suivi psychiatrique

Enfin, le réseau a embauché depuis 2016 une infirmière coordinatrice aux parcours de soins qui assure un temps de présence accru auprès des résidents de chaque structure, en comparaison d'une infirmière libérale. Cela lui offre une connaissance approfondie des situations médicales, très utile lorsqu'il faut établir des liens avec les partenaires

de santé. En poste depuis deux ans, l'infirmière a pu régler de nombreuses situations problématiques. Par exemple le cas d'une résidente vivant en maison relais depuis de nombreuses années et dont la décompensation psychiatrique rendait son maintien en collectivité difficile depuis plusieurs mois. Hostile à tout accompagnement et même parfois agressive, la personne était en rupture de suivi psychiatrique. Alertée, l'infirmière a contacté les services médicaux pour organiser une hospitalisation sous contrainte en psychiatrie. Elle a contacté les forces de l'ordre pour que le transfert vers l'hôpital s'effectue dans de bonnes conditions. Après une hospitalisation de plusieurs mois durant laquelle elle a assuré un lien permanent avec l'hôpital, un suivi avec le centre médico-psychologique de proximité a été établi et la résidente a pu retrouver sa chambre au sein de la structure. La gestion fluide de cette situation critique a reposé sur le lien permanent effectué entre l'hôpital et la maison relais. Sans l'intervention de l'infirmière, la pensionnaire n'aurait probablement pas, au vu de sa symptomatologie bruyante, pu conserver sa place dans la structure.

Un outil pertinent de promotion de la santé

L'habitat inclusif est un outil pertinent de promotion de la santé dont la stabilité nécessite un accompagnement par la psychiatrie de secteur. Le bénéfice est mutuel pour les deux parties, cependant une vigilance s'impose afin que l'habitat inclusif ne porte pas prétexte à la suppression de places dans le champ sanitaire pour faire reposer cette charge sur les acteurs de terrain [2]. Depuis quelques années, les impulsions nationales au développement de l'habitat inclusif se multiplient, la circulaire interministérielle « relative à la mise en œuvre du plan de relance 2017-2021 des pensions de famille et des résidences accueil » programme ainsi l'ouverture de 7500 places de pensions de famille d'ici 2021 [6]. Les Agences Régionales de Santé ont un rôle fondamental et une enveloppe budgétaire leur a été attribuée en 2017 pour financer une structure expérimentale d'habitat inclusif dans chaque région [1]. Ces projets seront évalués au sein d'un « observatoire de l'habitat inclusif »,

qui s'est réuni pour la première fois le 10 mai 2017 et a pour objectif de promouvoir le développement de formules innovantes de logement. L'enjeu est de permettre à ces structures de s'intégrer harmonieusement dans le paysage social.

Cet état des lieux a été intégré sous la forme de la fiche action « Encourager les solutions d'accueil en habitat inclusif » au schéma départemental de l'Autonomie 2017-2022 de la Charente-Maritime (publication courant 2018). ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Circulaire N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées, 47 p. En ligne : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/05/cir_42206.pdf
- [2] DGCS, février 2017. *Enquête nationale relative à l'habitat alternatif/inclusif – Synthèse des résultats* : 89 p. En ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2017_fev_-synthese_enquete_dgcs_habitat_innovant_pa-ph.pdf
- [3] Charlot J-L., aout 2014. *Des formes intermédiaires d'habitat pour des personnes en situation de handicap*. Groupement pour l'Insertion des personnes Handicapées Physiques : 9 p. En ligne : http://www.gihpnational.org/_media/doc/habitat_et_compensation_note_finale_082014_BAT.pdf
- [4] Magazine APF, novembre 2011 : *L'habitat groupé, une offre de service inclusive du secteur médico-social* : 67 p. En ligne : <http://apfformation.blogs.apf.asso.fr/files/ActionsRecherche/Etudes%26recherches-20.pdf>
- [5] MINISTÈRE DU LOGEMENT, DE L'ÉGALITÉ DES TERRITOIRES ET DE LA RURALITÉ, 2015. *Les pensions de famille et résidence accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui* : 176 p. En ligne : <http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/03/pensions-de-famille-ecran.pdf>
- [6] Circulaire interministérielle DGCS/DHUP/DIHAL du 20 avril 2017 relative à la mise en œuvre du plan de relance 2017-2021 des pensions de famille et des résidences accueil : 10 p. En ligne : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/05/cir_42217.pdf

Personnes vivant avec le VIH : enquête sur la rupture des parcours de soins

Caroline Giacomoni, docteur en anthropologie « corps et santé », chargée de recherche au Comité régional de coordination contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) Aquitaine, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) et de limiter la propagation du VIH, le COREVIH Aquitaine a fait appel en 2016 à une anthropologue pour réaliser une étude qualitative sur les ruptures du parcours de soins chez les PVVIH en Aquitaine.

Cette recherche avait pour but de comprendre les causes et les facteurs expliquant l'inobservance du suivi (ainsi que du traitement) et plus largement d'obtenir de nouvelles données susceptibles d'expliquer le phénomène de rupture du parcours de soins constaté par les professionnels de la santé depuis plusieurs années.

Ainsi, prévenir les ruptures et les « perdus de vue » pour limiter l'épidémie, éviter une situation potentiellement source de morbi-mortalité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes par le VIH, passent par l'identification des facteurs et la compréhension même des processus de non adhésion au suivi après le diagnostic, mais également de rupture précoce et d'irrégularité du suivi.

Patients, méthode

La recherche anthropologique a permis d'approfondir l'expérience du parcours de soins (du diagnostic jusqu'aux trajectoires de soins en milieu hospitalier) et l'expérience de vie des individus concernés par la rupture de soins grâce à l'analyse des discours de 36 PVVIH recueillis par entretiens semi-directifs de recherche, ainsi que des observations des consultations médicales effectuées dans les différents centres hospitaliers aquitains participant à l'enquête (Bordeaux, Dax, Côte Basque, Libourne, Pau et Périgueux). Les 12 femmes et 24 hommes, âgés de 28 ans à 70 ans, ont été inclus avec l'aide et l'accord des médecins des différents centres hospitaliers aquitains, des membres des associations du Groupe d'Aide Psychologique et Sociale (GAPS) et de AIDES, association française de lutte contre le sida. Afin d'accéder à une diversité d'expériences du parcours de soins, quatre populations ont été définies par le COREVIH¹.

Résultats

Cette recherche a permis d'identifier et de dissocier plusieurs facteurs susceptibles d'induire chez les personnes suivies pour leur infection à VIH une rupture de soins à court, moyen ou long terme. L'étude souligne notamment que, mis à part les facteurs dits

« individuels » comme le contexte de vie, le contexte socioéconomique, socioculturel, familial, la dimension psychologique, les conduites addictives, etc., une part importante des facteurs de rupture du parcours de soins est inhérente à la prise en charge de la maladie et plus généralement consécutive de la réalité du parcours de soins (souvent dépendants du système de soins). Au sein même du parcours de soins spécifique au VIH séquencé en trois temps forts (diagnostic, initiation au traitement, banalisation du suivi et des traitements), les ruptures du parcours de soins et de suivi sont souvent associées à des expériences négatives vécues au cours de l'une de ces trois étapes clés, défavorisant l'adhésion au recours et au suivi médical. Certains facteurs identifiés concernent également la thérapie à proprement parler. Les effets secondaires des traitements restent considérables et ont un impact sur les projets de vie (d'ordre professionnel, familial, amoureux, social, etc.). Face au désir de vie associé à l'accomplissement des projets de vie, les contraintes médicales (réurrence des rendez-vous de suivi, examens médicaux, difficulté d'accès aux prescriptions et médicaments dans certaines situations, rythme de la prise médicamenteuse, etc.) engendrent souvent une désaffection du patient vis-à-vis de sa prise en charge.

Les ruptures du parcours de soins peuvent également prendre leur source dans des facteurs directement liés à des « failles organisationnelles » identifiées par la recherche au sein de l'institution hospitalière. Ces « dysfonctionnements ou aléas organisationnels » comme le changement de médecin référent, le caractère aléatoire du contexte de la consultation médicale (rendez-vous annulé à la dernière minute sans explication, retard

L'ESSENTIEL

► Une étude anthropologique pilotée par le COREVIH en Aquitaine permet de mieux cerner les raisons pour lesquelles une partie des personnes vivant avec le VIH interrompent leur parcours de soins.

► 36 patients ont été interrogés et les consultations médicales observées dans six hôpitaux de la région.

► L'enquête pointe le fait qu'une prise en charge inadaptée est un facteur important dans cette rupture, par découragement et désir de s'extraire d'une approche médicale clivante.

L'étude s'inscrit donc au sein d'une approche à la fois qualitative et préventive, la rupture du suivi et du parcours de soins restant une problématique majeure dans la lutte contre l'épidémie VIH puisqu'elle rend impossible la surveillance de la charge virale et de l'observance thérapeutique. Or, les données médicales et épidémiologiques démontrent qu'une prise en charge précoce et un suivi régulier améliorent l'espérance de vie des PVVIH (actuellement similaire à celle de la population générale). De plus, un suivi régulier limite le risque de transmission du VIH à d'autres personnes.

du médecin, consultation effectuée dans l'urgence, défaut de communication soignant-soigné, relation médecin-patient lacunaire) constituent un trouble chez les PVVIH pouvant entraîner une « démission » vis-à-vis du suivi. La recherche démontre d'ailleurs une prise en charge et une pratique médicale parfois inadaptées. D'autres facteurs « indirects » de rupture ont également été relevés comme la réduction de la qualité de vie y compris de la vie sexuelle, la transmission - par les professionnels de santé notamment - de représentations (regard porté sur la maladie et son patient) desservant l'investissement du patient dans son suivi, ou encore la lassitude liée à la chronicité du VIH. Dès lors, tous ces facteurs directs et indirects peuvent altérer et affaiblir le lien hôpital-patient, et contribuer dans certains cas à l'arrêt du parcours de soins, qui peut avoir de lourdes conséquences sur la santé des individus.

Conclusion

Cette recherche originale a donc permis de rendre visibles et de mettre en perspective certaines pratiques médicales et hospitalières au prisme des ruptures du parcours de soins. En prenant en considération le vécu des PVVIH, et en analysant le ressenti de la prise en charge, la recherche permet également d'isoler des éléments dont les soignants peuvent se saisir pour

« diagnostiquer » les protocoles défectueux ou les pratiques inadaptées. Elle a aussi mis en lumière le rôle nécessaire des psychologues et infirmières en éducation thérapeutique auprès du patient et des associations, indisociables des institutions médicales, entre autres.

Au final, forte de ses résultats, l'étude anthropologique a permis de proposer diverses recommandations non exhaustives visant à optimiser la prise en charge et le soin et à réduire le nombre de PVVIH « perdus de vue ». Citons quelques-unes de ces recommandations : développer une meilleure collaboration entre les différents acteurs jalonnant le parcours de soins (acteurs médico-sociaux, médecin traitant) avec le soutien des associations ; analyser le fonctionnement de la prise en charge afin de corriger les dysfonctionnements institutionnels ; prendre systématiquement en charge les problématiques inhérentes au VIH et aux traitements, en envisageant notamment des solutions alternatives ; replacer le patient au centre des attentions grâce à l'auscultation du corps, en laissant de l'espace et du temps à la parole, en proposant une prise en charge cohérente consistant notamment à réduire les annulations et reports de rendez-vous de suivis et à éviter la focalisation sur les résultats biologiques, etc. ■

1. L'identification des quatre populations est effectuée, soit par le système d'information du GEC-SA-COREVIH (base de données régionale sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, soit plus de 4400 patients dans la file active), soit par les acteurs associatifs ou les médecins référents eux-mêmes.

- Les populations 1 et 3 sont constituées des PVVIH ayant - pour simplifier faute de pouvoir ici en détailler les critères - soit une charge virale indétectable avant la rupture de suivi, soit un passage au stade SIDA entre la date de leur dernier suivi et leur retour. Les unes sont incluses dans le système hospitalier d'information du GEC-SA-COREVIH, les autres ne le sont pas ou sont en attente d'inclusion.

- La Population 2 est constituée des PVVIH connues des associations GAPS (Groupe d'Aide Psychologique et Sociale) et AIDES n'étant pas entrées dans le parcours de soins malgré leur dépistage positif ou ayant été « perdues de vue » par l'hôpital, tout en restant au contact des associations.

- Une population « témoin » (population 4) a été définie - comme ayant un suivi régulier avec une charge virale indétectable depuis la mise en place du traitement, depuis au moins 3 ans - pour comparer leurs discours et expériences avec celles des personnes en rupture de parcours de soins.

2. Le parcours de soins étant fonction de trois temporalités distinctes identifiées par la recherche (partie 5.3.1 du rapport : <http://www.corevih-aquitaine.org/page/bibliotheque>)

VIH

Un suivi adapté face à la rupture des parcours de soins

RUPTURE DE PRISE EN CHARGE : ENVIRON UN PATIENT SUR DIX, SELON LES ESTIMATIONS

Environ 12 % des patients personnes vivant avec le VIH, constituant la file active au terme d'une année donnée ne sont pas revus en consultation au cours des 12 mois suivants dans le service qui les suit. Cette estimation résulte des études réalisées localement et ponctuellement par l'ensemble des COREVIH Ile-de-France. En France sur environ 150 000 personnes vivant avec le VIH,

81 % sont diagnostiquées et 74 % sont dans le système de soins. En Ile-de-France, un travail de repérage et de gestion des patients infectés par le VIH perdus de vue ou en rupture de soins est en cours, dans le cadre des COREVIH d'Ile-de-France

Source : http://www.corevih.fr/intercorevih/maintien/parcours_de_soins/perdus_de_vue

Pour en savoir plus :

• COREVIH d'Aquitaine, *Études et publications*.

En ligne : <http://www.corevih-aquitaine.org/page/bibliotheque>

• COREVIH d'Aquitaine. *Résultats de l'étude qualitative concernant les ruptures du parcours de soins chez les personnes vivant avec le VIH en Aquitaine. Rapport 2016. Document en ligne : <http://www.corevih-aquitaine.org/sites/corevih.cpm.aquisante.priv/files/u25/Rapport%20Final%20Rupture%20PSPVIH%20%202009-01-16.pdf>*



Environnements favorables à une alimentation saine : une réponse aux inégalités sociales de santé ?

Dossier coordonné par Corinne Delamaire, docteure en nutrition, chargée de projet et d'expertise en santé publique,

Pauline Ducrot, docteure en épidémiologie nutritionnelle, chargée d'études scientifiques,

Unité alimentation et activité physique, Direction de la Prévention et de la Promotion de la santé, Santé publique France

L'alimentation, ainsi que l'activité physique¹ et la sédentarité, sont des déterminants majeurs de maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, certains cancers, le diabète, l'obésité ou l'ostéoporose. Outre l'impact au niveau individuel, la prévalence élevée de ces maladies engendre un coût considérable au niveau sociétal. À titre d'exemple, d'après un récent rapport de la Direction Générale du Trésor, le coût social de la surcharge pondérale avoisinait en France les 20 milliards d'euros (1 % du PIB) en 2012 [1].

L'alimentation : un thème majeur de santé publique

Le bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans sa « Déclaration de Vienne » (2013) témoigne de l'engagement

de nombreux pays, dont la France, « pour réaffirmer leur attachement aux plans européens et mondiaux existants pour la lutte contre les importants facteurs de risque des maladies non transmissibles, notamment la mauvaise alimentation et l'inactivité physique ».

En France, l'alimentation a été placée au cœur des politiques de santé publique à partir de 2001 avec la création du premier Programme National Nutrition Santé (PNNS). Depuis, trois PNNS se sont succédé et, en 2010, le PNNS a été inscrit dans le code de la santé publique (Loi n°2010-873, article L.3231-1) ce qui traduit une volonté de mettre en place une politique nutritionnelle effective et durable.

Certaines inégalités sociales persistent

En juin 2017, les premières données de l'étude Esteban (Étude de santé sur l'environnement, la bio-surveillance, l'activité physique et



© Martin Bertrand / Hans Lucas

la nutrition) ont indiqué une stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'adulte et l'enfant, avec 49 % d'adultes français en surpoids (obésité incluse) dont 17 % d'obèses, et respectivement 17 % et 4 % chez les enfants [2]. Cependant, les inégalités sociales persistent. En effet, l'influence du niveau de diplôme sur la prévalence du surpoids (obésité incluse) des adultes s'est maintenue entre 2006-2015 et s'est même amplifiée chez les hommes. Les données épidémiologiques récentes - (étude nationale nutrition-santé ENNS) et étude individuelle nationale de consommation alimentaire Inca 3 - montrent que l'alimentation participe à ces inégalités. Les personnes de niveaux d'étude ou de professions et catégories socio-professionnelles (PCS) élevées ont des comportements alimentaires plus proches des recommandations. Comparés aux individus ayant un niveau d'étude plus faible, ils consomment davantage de fruits et moins de boissons sucrées. Il en est de

même chez les enfants, ceux ayant des parents avec un niveau d'étude supérieur ou égal à BAC+4 sont plus susceptibles de consommer des fruits et moins de boissons sucrées que les autres.

La nécessité de créer des environnements favorables

Selon l'expertise collective de l'Inserm de 2014 sur les inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique, les interventions ciblant la responsabilité individuelle telles que les actions d'éducation alimentaire ou les campagnes d'information ont de fortes chances d'accroître les inégalités sociales de santé [3]. À l'inverse, des interventions axées sur une prévention passive portant sur l'environnement des individus, faisant donc plutôt appel à la responsabilité collective, pourraient contribuer à réduire ces inégalités ou du moins à ne pas les accroître. Les auteurs de cette expertise ajoutent que « l'universalisme proportionné

est pour le moment une piste théorique qui reste à mettre en œuvre et à expérimenter », mais serait une voie prometteuse en matière de nutrition [3].

En France, le creusement des inégalités entre catégories sociales en matière d'alimentation et d'état de santé conduit à repenser la politique nutritionnelle menée depuis plus de 15 ans dans le cadre du Programme National Nutrition Santé. Aujourd'hui, la volonté est de renforcer les actions sur l'environnement qui vont spécifiquement permettre de faciliter les choix alimentaires favorables à la santé faits par la population.

Après un article introductif portant sur les déterminants du comportement alimentaire et la définition d'environnements favorables, ce dossier propose de mettre en lumière certaines stratégies permettant d'agir sur les environnements et des exemples d'actions locales visant une meilleure accessibilité à une alimentation saine². ■

1. L'activité physique est toute aussi primordiale que l'alimentation comme déterminant de santé. L'une et l'autre sont très souvent traitées ensemble dans les politiques nutritionnelles. Cependant, dans ce dossier, nous nous concentrons sur le thème de l'alimentation et en particulier de l'environnement alimentaire, les environnements favorables à l'activité physique ayant déjà fait l'objet d'un autre dossier de La Santé en action.

2. La définition du terme « alimentation saine » utilisée dans ce dossier est celle de la « Vision de la saine alimentation » publiée en 2010 par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : « une alimentation constituée d'aliments diversifiés et qui donne priorité aux aliments de valeur nutritive élevée. » Cette définition intègre la nécessité de tenir compte également de « la valeur gastronomique, culturelle ou affective véhiculée par les aliments ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] DG Trésor. *Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ?* Trésor-Éco – n° 179 – Septembre 2016
- [2] Verdout C., Torres M., Salanave B., Deschamps V. *Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006*, BEH n° 13, 2017.
- [3] Inserm dir. *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique*. Expertise collective, 2014, 747p.

Environnements favorables à une alimentation saine : état des lieux et recommandations

Corinne Delamaire,
chargée de projet et d'expertise
en santé publique,
Santé publique France

Des inégalités sociales croissantes en matière d'alimentation conduisent les acteurs de santé publique à rechercher les stratégies les plus efficaces pour réduire ces écarts. Les actions d'information et d'éducation nutritionnelle menées de manière isolée ont montré leurs limites en terme d'efficacité ; elles risqueraient même d'aggraver ces inégalités sociales [1]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le besoin est plutôt de maintenir un bon équilibre entre la sensibilisation du public via l'information et une facilitation des choix alimentaires sains¹ [2], notamment à travers des actions sur l'environnement alimentaire [3]. Les mesures réglementaires font partie de ce type d'actions et peuvent concerner, par exemple, la régulation de la publicité, des taxes sur certains aliments – ceux les moins favorables à la santé – et les boissons sucrées, l'étiquetage nutritionnel sur les emballages des produits alimentaires... Cependant, ces mesures sont difficiles à mettre en place du fait de forts enjeux économiques. Ces interventions environnementales et politiques figurent pourtant parmi les stratégies les plus efficaces pour améliorer l'alimentation à l'échelle de l'ensemble de la population [4].

Déterminants du comportement alimentaire

De nombreux facteurs influencent le comportement alimentaire des individus. Le modèle écologique permet d'illustrer plusieurs de ces facteurs en les répartissant dans quatre niveaux d'influence plus ou moins éloignés de

l'individu (cf. figure 1 Modèle écologique, page 11) :

- le niveau individuel qui comprend les facteurs liés aux choix des aliments et au comportement alimentaire tels que les préférences, attitudes, connaissances, compétences, les facteurs psychologiques, biologiques, etc. ;
- l'environnement social proche qui inclut les interactions avec la famille, les amis, les pairs et autres personnes de la même communauté et qui peuvent influencer les choix alimentaires grâce à des mécanismes tels que le soutien social, la norme sociale, etc. ;
- les environnements physiques en lien avec l'accessibilité aux aliments et leur disponibilité, l'individu achetant et consommant essentiellement les aliments qui se trouvent dans son environnement proche (domicile, écoles, lieux de travail, restaurants, supermarchés...);
- et les « macro-environnements », facteurs structuraux plus larges et plus éloignés de l'individu dont le rôle est plus indirect mais qui ont un effet non négligeable sur la manière de s'alimenter (normes sociales, culturelles, revenus, marketing alimentaire, structure du marché économique, organisation des filières de production, réglementation...).

Le modèle écologique suggère que tous ces niveaux d'influences interagissent directement et indirectement entre eux pour déterminer le niveau de qualité de l'alimentation de l'individu (cf. encadré : cas concret de la consommation de légumes d'un enfant, p. 12).

Schwartz et al (2017) [3] illustrent la manière dont les facteurs individuels, environnementaux et la mise en place de politiques ont interagi à tra-

L'ESSENTIEL

► L'environnement joue un rôle majeur sur nos choix alimentaires, incitatif ou dissuasif. Ainsi, aux Etats-Unis, l'interdiction de sodas dans les écoles a permis de faire reculer leur consommation. Les chercheurs québécois ont proposé une vision et une analyse des environnements favorables à une alimentation saine. Il est possible d'agir sur différents types d'environnement (physique, politique...) de manière à faciliter les choix alimentaires sains et rendre plus difficiles les choix moins sains.

vers un exemple lié à l'évolution, aux Etats-Unis, de la consommation de lait (passée de 15 à 7 portions) et de sodas (passée de 7 à 21 portions) par les adolescents entre les années 1970 et 1990. Cette évolution n'était pas due à des facteurs individuels (les préférences, par exemple, pour les sodas n'avaient pas changé). En revanche, dans les années 70, l'eau et le lait étaient les seules boissons distribuées dans les écoles, alors qu'en 1990, presque toutes les écoles disposaient de distributeurs de boissons sucrées, et des contrats commerciaux exclusifs étaient passés entre les écoles et des entreprises. Par ailleurs, l'exposition des jeunes aux publicités a considérablement augmenté entre ces deux décennies. Il est donc probable que ce changement soit le résultat d'une forte exposition au marketing de ces produits et à un environnement alimentaire défavorable dans l'école, lui-même dû aux stratégies commerciales des industries de boissons, ainsi qu'à un défaut de politiques au niveau national ou local d'interdire ce type de ventes dans les écoles. Un renver-

sement de la situation s'est opéré à partir de 2006 grâce à des politiques locales et de certains États, à l'issue d'une décennie d'efforts pour éliminer ces boissons sucrées des écoles. Ainsi, en 2014 ces produits étaient complètement retirés de toutes les écoles et la consommation de soda a diminué de 1 % par an à partir de 2006 pour atteindre en 2015 le niveau de 30 années en arrière.

La vision québécoise des environnements favorables

S'inspirant du modèle écologique et du concept de la promotion de la santé, des acteurs de santé publique du Québec ont élaboré leur propre définition « des environnements favorables à la saine alimentation, un mode de vie physiquement actif et la prévention des problèmes reliés au poids ». Le but était de disposer d'une vision commune - à partager entre acteurs et décideurs impliqués de près ou de loin dans les interventions nutritionnelles - pour promouvoir largement les environnements favorables. Ils sont partis du constat que le mot « environnement » peut être défini et perçu de différentes manières selon les personnes, leur culture ou leur profession. Associé aux espaces verts ou aux services de proximité pour l'habitant d'une commune, ce mot évoquera plutôt le contexte économique à un chef d'entreprise, ou encore la pollution de l'air, de l'eau, des sols à un industriel ou un agriculteur.

Cette vision commune définit ainsi quatre types d'environnements.

1/ L'environnement physique

Il reflète ce qui est disponible (en termes d'aliments, d'équipements sportifs, etc.) et la qualité de ce qui est disponible. Il comprend des éléments naturels (l'eau, l'air, le sol, le climat, les ressources naturelles, etc.), des éléments artificiels bâtis et aménagés et des éléments technologiques. Ils correspondent donc en partie aux lieux de vie du modèle écologique, mais aussi aux industries, aux systèmes de traitement des déchets et des eaux et aux aliments...

L'environnement physique englobe ainsi à la fois la disponibilité des aliments dans les lieux publics, à l'école ou en milieu du travail, ainsi que les aspects liés à la « santé environnementale » : par exemple, des sols pollués dans un quartier empêcheront le jardinage et donc l'autoconsommation de fruits et légumes par les habitants.

2/ L'environnement socioculturel

Il permet de prendre en compte les normes et les croyances des individus en englobant les structures et modes de fonctionnement des individus, mais aussi la culture qui en découle (et ce dans son sens le plus large comme défini par l'Unesco²). Il inclura ainsi des éléments à la fois de l'environnement social et du macro-environnement du modèle écologique :

- les rapports sociaux tels que la diversité ethnoculturelle, la démographie, les préjugés, le racisme, les mouvements de société...

- les normes et les conventions relatives aux attitudes, valeurs, pratiques religieuses, stratification sociale, etc.

- et la vision et la représentation de la réalité (médias, publicité, arts, culture, etc.).

3/ L'environnement politique

Ce type d'environnement prend en compte non seulement le système politique (institutions, modèle de gouvernance, participation citoyenne...), mais aussi les politiques publiques, lois et règlements, les différents systèmes juridiques, agroalimentaires, etc.

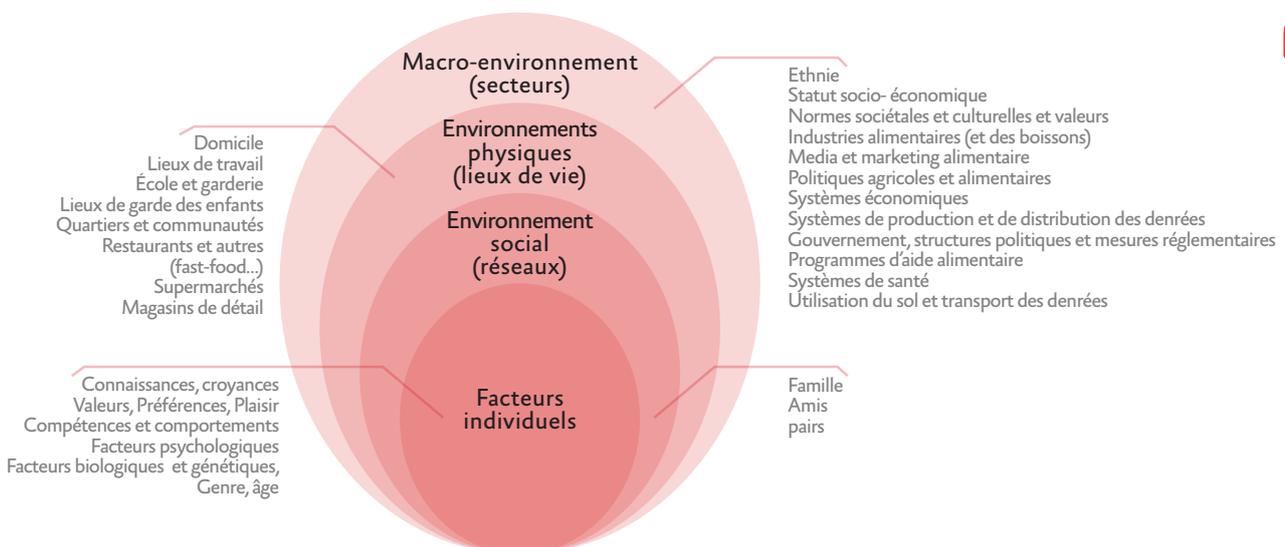
4/ L'environnement économique

Ce quatrième type d'environnement comprend : les prix des biens et service (aliments, logement...), les pratiques commerciales, le marché de l'emploi, la globalisation des marchés, etc. Il concerne ainsi les coûts des aliments sains et donc leur accessibilité, les tarifs d'une cantine, les incitations financières aux entreprises qui proposent des activités sportives à leurs employés, etc.

Pour les auteurs de cette vision des environnements, un environnement favorable à une saine alimentation « réfère à l'ensemble des éléments de nature physique, socioculturelle, po-

Figure 1 : MODÈLE ÉCOLOGIQUE

Source : adapté de Story et al, 2008 et du BSN 2008



litique et économique qui exercent une influence positive sur l'alimentation ».

Comment rendre un environnement alimentaire favorable ?

Selon le modèle issu de la vision québécoise des environnements favorables, pour améliorer par exemple la qualité de l'alimentation en milieu scolaire, il sera nécessaire de jouer sur plusieurs éléments, donc sur plusieurs environnements :

- une bonne qualité nutritionnelle des repas : en France, elle pourra être orientée par les recommandations du GEMRCN³ (environnements physique et politique) ;
- consister à mener des actions d'éducation alimentaire et d'éducation nutritionnelle (environnement socio culturel) et inscrire l'éducation nutritionnelle dans le Plan d'Éducation à la Santé (PES) de l'établissement (environnement politique) ;
- être attentif à la concurrence des lieux de restauration autour de l'établissement scolaire qui peuvent être plus attractifs sur le plan gustatif ou en termes de prix mais moins satisfaisants sur le plan nutritionnel (environnements physique et économique) ; s'y rendre peut en plus être considéré comme « stylé » par les jeunes (leur norme sociale ; environnement socio culturel) ;
- les cantines peuvent être aussi jugées trop bruyantes (environnement physique).

Pour pallier ces facteurs défavorables, peuvent être mises en place par la commune : une politique locale d'approvisionnement d'aliments plus goûteux grâce à des circuits courts (environnement physique et

politique) et une politique de prix des repas selon le quotient familial par exemple (environnement économique et politique) ; le restaurant peut aussi être réorganisé pour qu'il soit moins bruyant et plus plaisant (environnement physique)...Il est intéressant de noter que nombre d'exemples concrets présentés dans ce dossier central reprennent tout ou partie de cette matrice québécoise d'environnement favorable, si l'on prend le cas du milieu scolaire.

Conclusion

Agir sur les différents types d'environnement de manière à faciliter les choix alimentaires sains et rendre plus difficiles les choix moins sains, relève de plusieurs stratégies cohérentes, parfois difficiles à mettre en œuvre lorsqu'elles touchent des domaines sensibles comme les politiques de prix ou la réglementation du marketing alimentaire, mais elles sont réalisables. En outre, la modification de ces environnements peut avoir un effet durable sur les changements de comportement dans la mesure où elle s'inscrit dans les politiques et les normes socio culturelles.

Concernant les politiques, même si elles se situent dans l'environnement global, donc dans le niveau d'influences le plus éloigné des individus, elles présentent l'avantage d'atteindre de nombreux individus à la fois. Cependant, tous les individus ne réagissent probablement pas de la même manière aux changements touchant le macro-environnement. Les recherches doivent se poursuivre pour comprendre comment les facteurs psychologiques et autres facteurs individuels interagissent avec

ce niveau d'influences. Cela permettra peut-être de développer des moyens plus sophistiqués pour créer des environnements favorables à la santé de tous. ■

1. La définition du terme « alimentation saine » utilisé dans ce dossier est celle de la « Vision de la saine alimentation » publiée en 2010 par le Ministère de la santé et des Services sociaux du Québec : « une alimentation constituée d'aliments diversifiés et qui donne priorité aux aliments de valeur nutritive élevée. » Cette définition intègre la nécessité de tenir compte également de « la valeur gastronomique, culturelle ou affective véhiculée par les aliments ».
2. Ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société ou un groupe social.
3. Groupe d'Étude des Marchés Restauration Collective et Nutrition.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Inserm (dir.). *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Rapport*. Paris : Les éditions Inserm, 2014, XVI-731 p.
- [2] WHO Europe. *Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020*. Ministerial Conference, Vienne.
- [3] Schwartz MB, Just DR, Chriqui JF, Ammerman AS. *Appetite self-regulation: Environmental and policy influences on eating behaviors. Obesity (Silver Spring)*. 2017 Mar;25 Suppl 1:S26-S38.
- [4] Story M, Kaphingst KM, Robinson-O'Brien R, Glanz K. *Creating healthy food and eating environments: policy and environmental approaches*. *Annu Rev Public Health*. 2008;29:253-72.

Simon C. *Prévention de l'obésité*. La Revue du praticien, 2005, vol.55, n°13 : p.1453-1460. Juil 2013.

Inserm (dir.). *Agir sur les comportements nutritionnels : Réglementation, marketing et influence des communications de santé*. Collection Expertise collective. EDP Sciences, 2017, XVI-413 p.

Ministère de la santé et des services sociaux (2012). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*. Document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec. Gouvernement du Québec, 24 pages.

CAS CONCRET DE LA CONSOMMATION DE LÉGUMES D'UN ENFANT

Selon le modèle écologique, si l'on considère la problématique de la consommation de légumes d'un enfant, les facteurs susceptibles d'influencer ses modalités d'alimentation peuvent inclure :

- facteurs individuels : relatifs à ce qui génère l'attrait ou au contraire le rejet de ces aliments (odeur, goût, aspect, etc.) ;
- facteurs sociaux : la consommation de l'enfant sera influencée par celle de ses parents (« modèle parental ») ou par celle de ses amis (« soutien social ») ;

- environnement physique : la consommation dépendra du niveau de disponibilité des légumes dans les endroits fréquentés par l'enfant (chez lui, à l'école) ; elle peut être meilleure si sa famille bénéficie d'un accès à des légumes de bonne qualité et à un prix abordable dans leur quartier proche ;
- facteurs du macro-environnement : la politique agricole et celle liée à la fixation du prix des légumes.

Enfants : réguler le marketing alimentaire

Marine Friant - Perrot,
maître de conférences HDR,
Université de Nantes

L'influence du marketing sur les comportements alimentaires est aujourd'hui établie et a donné lieu à l'adoption de recommandations de l'Organisation mondiale de la santé préconisant une réduction de la pression publicitaire. Le marketing se déploie sous différentes formes et est défini de manière très large comme « toute forme de communication commerciale ou de message commercial conçu dans le but ou ayant pour effet d'accroître la reconnaissance, l'attrait et/ou la consommation de produits ou de services particuliers » [1]. Si la télévision demeure le canal privilégié de diffusion de la publicité, les autres supports sont largement exploités et tout particulièrement le marketing digital (réseaux sociaux...). Cette exposition massive au marketing contribue plus particulièrement à influencer les choix alimentaires des enfants et adolescents qui sont particulièrement sensibles à l'utilisation de certaines techniques (utilisation de célébrités fictives ou réelles, jeux publicitaires...). La protection de ce public vulnérable est nécessaire en présence d'une surreprésentation des aliments gras, sucrés et salés au sein des produits promus¹.

L'influence du marketing sur les préférences alimentaires
Comme le montrent de nombreuses études, les enfants et les adolescents sont particulièrement séduits par les marques publicisées [2 ; 3]. Au-delà des produits promus, c'est la marque

elle-même qui suscite l'adhésion. Grâce notamment au neuromarketing (application des neurosciences cognitives au marketing et à la communication), les annonceurs « impriment » véritablement les attributs de la marque et agissent ainsi au niveau de la mémoire non consciente de ce public vulnérable [4].

Placement de produit et de marque dans les films et jeux vidéo, sponsoring, jeux publicitaires (advergames), utilisation de personnages qui incarnent la marque, activité des marques sur les réseaux sociaux (Facebook, Twitter, YouTube, Instagram...) font partie intégrante de l'ensemble des actions marketing de certaines grandes marques internationales associées à des aliments ou des boissons nutritionnellement déséquilibrés.

Par ailleurs, l'exposition à la publicité ne permet pas seulement d'influencer les consommateurs en les amenant à consommer un produit d'une marque donnée, elle a aussi des effets au regard de l'ensemble de la catégorie des produits promus. Ainsi, une publicité pour une boisson gazeuse sucrée n'a pas seulement des incidences sur les achats des produits de la marque, elle amène aussi les enfants à consommer plus de soda en général [5].

Les recommandations de l'OMS

Dans le cadre du plan d'action de lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, l'Organisation mondiale de la santé a identifié la restriction du marketing alimentaire comme un levier d'action pour prévenir les maladies nutritionnelles. Elle se fonde sur des recommandations émises en 2010

L'ESSENTIEL

- ▶ L'Organisation mondiale de la santé a identifié la restriction du marketing alimentaire comme un levier d'action pour prévenir les maladies nutritionnelles.
- ▶ Des données incontestables montrent que la promotion de boissons sucrées et d'aliments très caloriques et pauvres en nutriments a un lien avec l'obésité de l'enfant.

sur la commercialisation des aliments et des boissons non-alcoolisées aux enfants, qui préconisent la prise en compte d'une acception large du marketing incluant deux dimensions : l'exposition aux messages promotionnels et la force persuasive des techniques utilisées (y compris le marketing digital). Par ailleurs, l'OMS rappelle que si les annonceurs peuvent être associés à la régulation du marketing, il est nécessaire d'agir dans l'intérêt public en évitant tout conflit d'intérêt. Or, si certains États ont adopté des mesures contraignantes de restriction du marketing à destination des enfants (Québec, Norvège, Suède, Royaume-Uni, Irlande, Chili, Mexique...), la plupart des pays s'orientent plutôt vers des mesures d'auto-réglementation qui se révèlent moins efficaces (public limité aux enfants de moins de 12 ans, exclusion de certaines techniques marketing, score nutritionnel peu strict²...) et qui sont sources de conflits d'intérêts.

Rappelant que « des données incontestables montrent que la commercialisation d'aliments nocifs pour la santé et de boissons sucrées a un lien avec l'obésité de l'enfant », le rapport, publié en 2016, de la Commission pour



Les élèves de l'école maternelle Château-des-Rentiers © Jean-Pierre Viguid/Manie de Paris

mettre fin à l'obésité de l'enfant, mise en place par l'OMS, a interpellé les États en notant « avec inquiétude que les États Membres n'ont pas accordé l'attention qu'il convient à la résolution WHA63.14, adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2010 et les prie de traiter ce problème » [6].

France : où en sommes-nous ?

En France, la seule mesure réglementaire permettant de limiter l'effet de marketing alimentaire sur les enfants consiste depuis 2007 à obliger les annonceurs à insérer des messages sanitaires dans leurs publicités conformément à l'article L.2133-1 du Code de la santé publique [7 ; 8]. Cette mesure est complétée par une « charte visant à promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à la santé dans les programmes et les publicités diffusés à la télévision », établie en 2009 et révisée en 2013, impliquant les acteurs privés et signée sous l'égide des pouvoirs publics. Ce compromis a été établi à la suite de l'abandon d'une proposition de la ministre de la Santé prévoyant d'interdire les publicités alimentaires pour les aliments non sains durant les programmes télévisés destinés aux enfants. L'idée d'un dispositif coercitif n'a néanmoins pas été abandonnée. L'adoption de la loi Gattolin n° 2016-1771 du 20 décembre 2016 relative à la suppression de la publicité commerciale dans les programmes jeunesse de la télévision publique s'inscrit dans ce cadre. Ce texte entré en vigueur le 1er janvier 2018 constitue une avancée car jusqu'à présent la France s'était refusée à interdire la publicité, même à destination des enfants. En légiférant dans ce domaine, la loi cible

particulièrement les publicités alimentaires pour les aliments non sains, sans pour autant restreindre son champ d'application à ces messages commerciaux. Si cette réforme est un premier pas vers une limitation de l'exposition des enfants à la publicité pour les aliments non sains, son impact sur la santé risque néanmoins d'être très limité. Tout d'abord, elle ne concerne que la publicité télévisée en direct ou en replay sur les chaînes publiques. Ensuite, peut-on encore considérer qu'il est efficace de réglementer la télévision sans que les autres supports (internet avec les fournisseurs de services de vidéo à la demande, plateformes de partage de vidéos type YouTube, réseaux sociaux etc.) auxquels sont de plus en plus exposés les enfants, soient concernés ? Enfin, en ne visant que les programmes destinés aux enfants de moins de douze ans, on exclut les programmes familiaux et le public adolescent.

Dans ce contexte, la politique nutritionnelle française se doit d'adopter une réglementation du marketing alimentaire intégrant l'ensemble des techniques marketing (e-communication comprise). Les enfants comme les adolescents doivent être tout particulièrement protégés au titre des droits de l'Enfant. En 2013, le Comité sur les droits de l'Enfant et le Haut-Commissariat aux droits humains ont clairement fait valoir que la réglementation du marketing alimentaire destiné aux enfants devait constituer une priorité de l'action des États dans leur lutte contre le surpoids et l'obésité infantiles, invoquant notamment le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible ou encore le droit de l'enfant au repos et aux loisirs. ■

1. En France, en 2012, d'après les données de l'enquête Kantar Media [2], les investissements publicitaires pour des aliments « gras, sucrés, salés » constituaient 46 % des investissements publicitaires alimentaires (soit 1,4 milliards d'euros) et 72 % des investissements publicitaires alimentaires réalisés sur les écrans télévisés jeunesse (soit 29,7 millions d'euros). Dans le classement des dépenses publicitaires tous médias confondus, le secteur alimentaire est au 6ème rang (7,8 %) au 1er trimestre 2017 sans tenir compte des dépenses publicitaires réalisées par la distribution (au 1er rang avec 15,2 %) qui portent principalement sur des denrées alimentaires.

2. Toute régulation du marketing nécessite un système de classement des aliments pour évaluer leur qualité nutritionnelle (profil nutritionnel).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] OMS. *Recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants*, Résolution WHA63.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé.
- [2] Kantar Media. *Publicités alimentaires à destination des enfants et des adolescents*, Inpes 2014
- [3] Cairns G., Angus K., Hastings G., and Caraher M. *Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children*. A retrospective summary. *Appetite*, 2013, vol. 62.
- [4] Courbet D., Fourquet-Courbet MP. *Non-conscious Effects of Marketing Communication and Implicit Attitude Change: State of Research and New Perspectives*. *International Journal of Journalism & Mass Communication*, 2014, 1: 103. En ligne, https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_00986662
- [5] J. Halford et al. *Beyond-Brand Effect of Television Food Advertisements/Commercials on Caloric Intake and Food Choice of 5-7-Year-Old Children*. *Appetite*, 2007, vol. 49.
- [6] WHO. *Rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant*. Recommandation 1.3. Genève, 2016
- [7] Friant-Perrot M., Garde A., Chansay A. *Regulating Food Marketing: France as a Disappointing Example*, *European Journal of Risk Regulation*, 2017, 8(2), 311-326.
- [8] Garde A., Byrne S., Gokani N., Murphy B. *For a Children's Rights Approach to Obesity Prevention: The Key Role of an Effective Implementation of the WHO Recommendations*. *European Journal of Risk Regulation*, 2017, 8(02), 327-341.

Interventions sur l'alimentation et l'activité physique chez les jeunes : état des lieux

Pauline Ducrot,
chargée d'études scientifiques
en santé publique,
Santé publique France

Afin de guider les acteurs de terrain pour la mise en place d'actions efficaces, Santé publique France a réalisé un état des lieux des actions sur l'alimentation et l'activité physique chez les jeunes¹. Une revue de la littérature visant à identifier les critères d'efficacité des interventions conduites a également été menée. La confrontation des résultats obtenus a permis de formuler des propositions pour la mise en œuvre d'actions efficaces.

Revue de la littérature : quels critères pour des actions efficaces ?

Bien qu'il existe un grand nombre d'études portant sur la littérature concernant l'efficacité des actions sur

l'alimentation et l'activité physique en direction des jeunes, les revues de la littérature soulignent la difficulté à établir une comparaison du fait de leur hétérogénéité (contenu de l'intervention, durée...) et des différents indicateurs utilisés pour mesurer leur efficacité.

Un travail de synthèse de cette littérature a été conduit en s'appuyant sur les revues de la littérature publiées au niveau international au cours des dix dernières années (voir par exemple références [1-7]). Il en ressort que les interventions efficaces sont celles qui agissent à la fois sur l'alimentation et l'activité physique, qui sont menées dans les écoles, intégrant des actions dans le programme d'enseignement, des actions sur l'environnement (amélioration de l'offre alimentaire de la cantine par exemple) et impliquant les parents. De plus, les actions d'une durée relativement longue (su-

périeure à un an) seraient plus efficaces que celles menées à plus court terme [8 ; 9], de même que celles mises en place dans différents lieux (milieu scolaire, maison...) [10]. Étant donné l'hétérogénéité des actions et des études, peu de données existent sur l'efficacité d'actions spécifiques en comparaison avec d'autres actions. Cependant, certaines études ont pu identifier des caractéristiques communes aux interventions efficaces telles que des techniques de changement de comportement ou des typologies d'actions. Dans une revue publiée en 2017 [11] il a ainsi été mis en évidence que pour augmenter la consommation de fruits et légumes, les stratégies de contrôle telles que la restriction, les pressions pour inciter l'enfant à manger ou encore l'utilisation de récompenses sont généralement contre-productives, alors que les approches pratiques comme le jardinage (potagers en par-



© Jean-Pierre Vigliani Mairie de Paris

Dossier

Environnements favorables à une alimentation saine : une réponse aux inégalités ?



© Martin Bertram / Hans Lucas

ticulier dans l'enceinte des écoles) ou la cuisine seraient des approches prometteuses qui auraient un impact plus fort que les actions d'éducation nutritionnelle.

Concernant plus spécifiquement la réduction des inégalités sociales de santé, une revue de la littérature a mis en évidence que les études ayant démontré des effets chez les individus de faible statut social avaient pour caractéristiques communes d'avoir une portée plus large, de durer plus longtemps et d'agir sur des facteurs environnementaux ou sociaux qui peuvent constituer des barrières à des comportements favorables à la santé [12].

État des lieux des actions menées en France

L'état des lieux s'est appuyé sur deux bases de données, celle d'OSCARS (Outil d'Observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé) et celle de la Mutualité Française, ainsi que sur un questionnaire en ligne adressé aux ARS n'ayant pas souscrit à OSCARS.

Au total, 887 actions menées entre 2013 et 2014 auprès de jeunes de 3 à 18 ans ont été recensées, dont près de la moitié (46 %) avaient été reconduites, 52,1 % étaient des actions

L'ESSENTIEL

► **Santé publique France a réalisé une revue de la littérature sur les actions portant sur l'alimentation et l'activité physique chez les jeunes et en particulier leur efficacité.**

► **887 actions en France ont ensuite été analysées. Ce travail a permis de formuler des propositions d'actions.**

relativement longues (d'au moins 6 mois) et 31,2 % étaient des actions ponctuelles d'une durée d'un à sept jours. Enfin, 11,5 % des actions duraient entre 7 jours et 6 mois et pour 5,2 % d'entre elles, la donnée n'était pas renseignée. La grande majorité était menée en milieu scolaire.

Un nombre équivalent d'actions portait sur l'alimentation (28 %) et l'activité physique (26 %) et près de la moitié (46 %) combinaient les deux. La quasi-totalité (96 %) des actions ciblait des déterminants individuels (via l'information, la sensibilisation...), 28 % des déterminants interpersonnels (via l'implication des parents, des ateliers intergénérationnels...) et 10 % des déterminants environnementaux (amélioration de l'offre alimentaire, création d'un environne-

ment favorable à l'activité physique). Une grande partie des actions visait un seul déterminant (71 %), près d'un quart ciblait deux déterminants (23 %) et 54 actions (6 %) agissaient à la fois sur des déterminants individuels, interpersonnels et environnementaux.

Concernant le public cible de ces actions, les préadolescents (âgés de 10 à 12 ans) étaient les plus souvent visés, suivis par les adolescents, les enfants de 6 à 10 ans et dans une moindre mesure les enfants de 2 à 6 ans. Cette analyse a par ailleurs mis en évidence une grande diversité et variabilité des actions menées sur le territoire. Outre les actions de la Mutualité Française déployées dans toutes les régions de France, la plupart des actions avaient été élaborées et mises en œuvre à l'échelle locale.

Actions prometteuses : identification et exemple

Au total, 15 actions recensées ont pu être identifiées comme des actions prometteuses au regard des critères qui sont ressortis de la littérature (actions à la fois sur l'alimentation et l'activité physique, actions dans le programme d'enseignement, actions sur l'environnement, menées dans les écoles, impliquant les parents et d'une durée supérieure ou égale à un an).

Un questionnaire et des entretiens téléphoniques avec trois porteurs de projet ont permis d'obtenir davantage de précisions sur ces actions et notamment sur les barrières et les leviers à la mise en place du projet. Parmi ces projets figurent notamment l'action « Manmay : Mangé Bougé ! » initiée en Martinique en 2012, en réponse à une demande croissante des établissements scolaires qui observaient une augmentation du nombre de collations souvent trop grasses, trop salées et trop sucrées consommées par les élèves ainsi qu'un accroissement de la sédentarité. Ce programme pluriannuel d'actions se base sur différents ateliers d'éducation nutritionnelle organisés avec les enfants à raison d'une fois par mois. Des activités visant à impliquer les parents sont également organisées régulièrement. Selon la classe de l'enfant, il peut s'agir d'ateliers menés par une diététicienne en vue de leur donner des conseils pour composer des repas équilibrés, de rencontres sportives en famille, de défis impliquant les parents ou de concours de recettes. De plus, des distributions de fruits et des ateliers de découverte des légumes sont réalisés sous la forme d'ateliers culinaires. Enfin, l'offre en activité physique a été améliorée via l'installation d'équipements et de jeux dessinés au sol dans les cours de récréation, ainsi que la mise

en place de différentes activités de découvertes qui ont permis d'initier les enfants à de nouvelles activités sportives et ainsi de les amener à s'y inscrire.

Parmi les freins identifiés par le promoteur, un certain nombre sont d'ordre administratif (notification tardive des financeurs, coordination avec des établissements). Les autres difficultés sont liées à l'adaptation du programme au niveau scolaire des élèves qui varie d'un établissement à l'autre, à la mobilisation des parents et au renouvellement des équipes.

Concernant les facteurs ayant favorisé la réussite du projet, l'agrément de l'Éducation Nationale et l'implication des enseignants ont été décrits comme des éléments clés.

Propositions pour la mise en œuvre d'actions efficaces

L'analyse des actions prises en compte dans les travaux de Santé publique France - confrontée aux recommandations de la littérature - suggère d'accentuer les efforts pour améliorer l'environnement et impliquer les parents. Certes les actions visant à créer des environnements favorables à une alimentation saine et un mode de vie actif nécessitent parfois d'importants financements en comparaison avec les actions portant sur l'individu.

Cependant, si les infrastructures financées sont pérennes, cela représente un investissement favorable sur le long terme. Pour favoriser l'implication des parents, les retours du terrain confirment les données de la littérature, à savoir que les activités interactives telles que les cours de cuisine sont davantage appréciées et permettent de toucher toutes les catégories sociales. Au contraire, les conférences ou débats sont majoritairement fréquentées par les catégories sociales les plus élevées, ayant généralement de meilleures connaissances et pratiques en nutrition.

Par ailleurs, compte tenu de la difficulté à élaborer des actions efficaces et à les évaluer, il est pertinent de faciliter le déploiement des actions prometteuses et efficaces. Pour cela, Santé publique France travaille actuellement à la création d'un registre national qui compilera ce type d'actions afin que les acteurs de terrain puissent agir sur différents déterminants. ■

1. Cette étude a été menée dans le cadre du Plan Cancer 2014-2019, et plus spécifiquement de l'action 11.6 pilotée par Santé publique France dont l'objectif était de développer l'éducation sur l'alimentation et l'activité physique dès la maternelle et le primaire, notamment pendant le temps périscolaire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Martin J., Chater A., Lorencatto F. *Effective behaviour change techniques in the prevention and management of childhood obesity*. International Journal of Obesity, 2013, n°37, p. 1287-1294.
- [2] Hillier-Brown FC., Bamba CL., Cairns JM., Kasim A., Moore HJ., Summerbell CD. (2014). *A systematic review of the effectiveness of individual, community and societal level interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity amongst children*. BMC Public Health, 2014, n°14, p. 834.
- [3] Van Cauwenbergh E., Maes L., Spittaels H., van Lenthe FJ., Brug J., Oppert JM., De Bourdeaudhuij I. *Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents : systematic review of published and 'grey' literature*. British journal of nutrition, 2010, n°103, p. 781-797.
- [4] Van Stralen MM., Yildirim M., te Velde SJ.,

- Brug J., van Mechelen W., Chinapaw MJ. & Energy consortium. *What works in school-based energy balance behaviour interventions and what does not? A systematic review of mediating mechanisms*. International Journal of Obesity, 2011, n°35, p. 1251-1265.
- [5] Waters E., de Silva-Sanigorski A., Hall BJ., Brown T., Campbell KJ., Gao Y., Summerbell CD. *Interventions for preventing obesity in children*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011, n°12.
- [6] Wolfenden L., Wyse RJ., Britton BL., Campbell KJ., Hodder RK., Stacey FG., James EL. *Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged 5 years and under*. The Cochrane Library, 2012.
- [7] Brown T., Summerbell C. *Systematic review of school based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity : an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence*. Obesity Reviews, 2009, n°10, p. 110-141.
- [8] Gonzalez-Suarez C., Worley A., Grim-

- mer-Somers K., Dones V. *School-based interventions on childhood obesity : a meta-analysis*. American journal of preventive medicine, 2009, 37, p. 418-427.
- [9] Silveira JA., Taddei JA., Guerra PH., Nobre MR. *Effectiveness of school-based nutrition education interventions to prevent and reduce excessive weight gain in children and adolescents : a systematic review*. Jornal de pediatria, 2011, n°87, p. 382-392.
- [10] Wang Y., Cai L., Wu Y., Wilson RF., Weston C., Fawole O., Segal, J. *What childhood obesity prevention programmes work ? A systematic review and meta-analysis*. Obesity Reviews, 2015, n°16, p. 547-565.
- [11] DeCosta P., Moller P., Frost MB., Olsen A. *Changing children's eating behaviour. A review of experimental research*. Appetite, 2017, n°113, p. 327-357.
- [12] Beauchamp A., Backholer K., Magliano D., Peeters A. *The effect of obesity prevention interventions according to socioeconomic position : a systematic review*. Obesity Reviews, 2014, n°15, p. 541-554.

Réseaux sociaux et changement de comportement alimentaire : quel potentiel ?

Manon Taravella
chargée de mission,
Direction de la Prévention
et de la Promotion de la santé,
Santé publique France

Les réseaux sociaux (par exemple, Facebook, YouTube, Google+, Twitter, Snapchat ou Instagram) font partie des médias sociaux au même titre que les applications mobiles, blogs, forums santé, jeux en ligne, etc. Cependant, ils s'en différencient grâce à leurs fonctionnalités permettant aux internautes de créer un véritable réseau d'individus (création de profils d'utilisateurs et communication avec d'autres personnes connectées). Les médias sociaux peuvent être des vecteurs d'information intéressants pour promouvoir des comportements favorables à la santé.

L'ESSENTIEL

► Pour les organismes publics, les réseaux sociaux sont un outil de promotion de la santé publique dans tous les domaines, nutrition incluse. La littérature scientifique montre que, pour être efficaces, les interventions doivent se fonder sur les théories psychosociales afin d'influer sur les comportements.

En France, selon le CREDOC (baromètres du numérique 2017 et 2018), les réseaux sociaux sont de plus en plus utilisés (59 % de la population en 2017 contre 48 % en 2014). Cette progression est plus élevée parmi les personnes les moins connectées : peu diplômées et/ou disposant de faibles revenus et habitant en zones rurales. Cependant, des inégalités sociales subsistent : en 2017, les 18-24 ans et les plus diplômés étaient les internautes les plus connectés.

Face à cet engouement, de plus en plus d'organismes de santé publique utilisent les réseaux sociaux pour atteindre leurs publics lors d'interventions en santé telles que des campagnes de prévention et de promotion de la santé.

En ce qui concerne le sujet de la nutrition plus spécifiquement, l'alimentation et les boissons représen-

taient, en 2017, le troisième thème de recherche des internautes le plus fréquent sur le moteur de recherche Google, après le sport et les voyages. Sur les réseaux sociaux, 208 millions de posts (messages) sont estampillés #food (hashtag « alimentation »), faisant de ce hashtag – outil qui permet de marquer un contenu avec un mot-clé plus ou moins partagé – l'un des plus populaires. En effet, 29 % des internautes partagent des photos de plats (50 % pour les 18-24 ans) et 39 % donnent leur avis sur les marques et produits alimentaires [1].

1. Intérêts des réseaux sociaux lors d'interventions en santé

Comprendre les comportements et attentes des internautes

Les réseaux sociaux permettent d'analyser en temps réel les pensées des individus. Les organismes publics peuvent donc s'appuyer sur l'analyse des conversations et des commentaires des internautes pour élaborer des messages répondant aux besoins et attentes de leur(s) cible(s).

Diffuser et partager de l'information

Les réseaux sociaux permettent de diffuser des messages à un nombre élevé de personnes, « là où les gens sont », c'est-à-dire dans un espace déjà occupé par les internautes. Ces messages pourront alors être partagés entre les individus. Le partage d'information sur ce support étant gratuit, les campagnes de santé publique peuvent alors facilement se propager d'un « ami » à l'autre, et permettre, a priori, un plus grand impact des messages de santé publique. Au-delà de l'intérêt du partage massif, cette action est particulièrement importante car le bouche-à-oreille

est un moyen puissant d'accroître la confiance des internautes. Il a d'ailleurs été montré que les personnes partagent de l'information sur Facebook quand elles pensent que celle-ci est bénéfique pour les autres [2].

Créer de l'engagement

Les fonctions like (aimer), share (partager) et post (poster) des réseaux sociaux permettent des interactions et conversations entre internautes, mais également entre ces réseaux et les structures de santé publique. Le fait de recourir plus ou moins aux diverses fonctionnalités des réseaux sociaux constitue un engagement plus ou moins fort des utilisateurs pour le réseau social en question. Par exemple, une personne qui n'utilise que la fonction like est considérée comme moins engagée qu'une personne qui partage des publications. Tout l'enjeu des organismes de santé publique est donc de créer un haut degré d'engagement chez ses internautes ; cet engagement influe positivement sur la motivation des individus, sur leur volonté à suivre l'intervention en santé jusqu'à sa fin et leur capacité à se sentir aptes à adopter des comportements sains [3].

2. Points de vigilance lors d'interventions en santé sur les réseaux sociaux

La surcharge d'information

La grande disponibilité des réseaux sociaux induit un accroissement de l'exposition à une diversité de messages qui peut impliquer une surcharge d'informations [4] et conduire à une exposition aux messages de santé publique plus difficile [5]. Cette abondance d'informations peut également être délétère pour l'utilisateur qui se trouve face à des discours parfois discordants et des informations erronées, mais également pour les

organismes de santé publique qui doivent s'assurer que l'information délivrée est correctement comprise par les internautes et correctement reprise, c'est-à-dire que les messages diffusés ne sont pas déformés [6].

Le manque d'engagement et l'attrition

La plupart des études qui évaluent les interventions en santé menées via les réseaux sociaux n'attestent d'un bon niveau d'engagement que sur une courte durée (moins de 4 semaines) avec une diminution progressive de la participation sur cette période [7]. Ce déclin rapide de l'engagement est probablement dû à la difficulté de motiver les internautes dans un environnement évoluant sans cesse et dans lequel les organismes doivent toujours être en interaction avec les utilisateurs. Du fait des conséquences négatives d'un manque d'engagement sur l'efficacité des interventions, les organismes de santé doivent donc rester vigilants face à cette problématique et à l'attrition élevée qui peut en découler (fait de perdre des internautes durant la durée de l'intervention) [3].

3. Agir sur les comportements alimentaires via les réseaux sociaux

Ce que dit la recherche

Des recherches bibliographiques non exhaustives réalisées début 2017 n'ont pas permis d'identifier d'étude traitant uniquement de l'efficacité des réseaux sociaux sur les changements de comportements alimentaires. Ceci peut-être dû à la complexité du recueil de données sur l'alimentation des individus. Cependant, des résultats sur d'autres thématiques, telle l'activité physique, semblent encourageants pour accroître le niveau des connaissances, créer de l'engagement, favoriser le soutien social et induire des changements de comportement.

Afin de développer des interventions efficaces reposant sur les réseaux sociaux, la littérature suggère que celles-ci se fondent sur au moins une théorie psychosociale de la santé et s'appuient sur des techniques de changement de comportement.

Les théories psychosociales permettent d'identifier les facteurs psychosociaux susceptibles d'influencer le comportement et d'adapter ainsi les interventions.

La théorie de l'action planifiée

d'Ajzen (TAP) et la théorie sociale cognitive de Bandura (TSC) semblent être les théories les plus efficaces dans le changement de comportement alimentaire [8]. La TAP stipule que l'intention d'une personne d'adopter ou non un comportement est déterminée par son attitude à l'égard du comportement, par l'importance accordée à l'opinion des personnes qui l'entourent (normes subjectives) et par la perception de son contrôle sur un comportement donné [9]. La TSC reprend aussi l'importance de l'environnement social mais aborde deux notions supplémentaires : l'apprentissage social (expériences antérieures et observation de son entourage) [8] et l'efficacité personnelle (efficacité du comportement pour obtenir le résultat désiré et sa propre efficacité à adopter ce comportement) [9].

En parallèle, des techniques de changement de comportement ont été identifiées comme particulièrement efficaces en nutrition [10] ; il s'agit du soutien social (apporté par ses proches ou ses pairs), de la comparaison sociale (évaluation de son comportement en fonction de celui des autres), des retours d'expérience et de l'auto-surveillance [11].

En conclusion, les réseaux sociaux se caractérisent par l'interaction sociale et le partage d'informations. Ce sont deux leviers majeurs pour agir. Ainsi, lors d'interventions via ce média, la sensibilité d'un individu aux opinions des personnes qui l'entourent (normes subjectives) est la variable psychosociale la plus susceptible d'influencer son comportement. Enfin, le soutien social est la technique de changement de comportement la plus efficace.

Perspectives

Que cela soit dans le domaine de l'alimentation ou de la santé en général, des études robustes, telles que des essais contrôlés randomisés, menées sur une longue période et tenant compte des caractéristiques des publics et des différents types de réseaux sociaux, semblent intéressantes à conduire pour mieux comprendre le potentiel des réseaux sociaux, les clés de l'efficacité et remédier aux problématiques du manque d'engagement.

Cependant, étant donné le nombre croissant d'informations diffusées sur les réseaux sociaux, notamment dans le domaine de l'alimentation, et

l'augmentation du temps passé par les Français sur ces médias, il semble judicieux que les organismes de santé publique les incluent rapidement dans leurs programmes de santé pour éviter à d'autres structures de combler le manque d'informations par des données non fiables. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Collectif, *Le Marché food and drink sur les médias sociaux*, Étude Digimind 2017, en ligne : <https://blog.digimind.com/fr/tendances/nouvelle-etude-food-drink-moments-de-consommation-sujets-plus-partages-sur-reseaux-sociaux>
- [2] Kite J., Foley BC., Grunseit AC., Freeman B. *Please Like Me : Facebook and Public Health Communication*. PLOS ONE, septembre 2016, n°11.
- [3] Yang Q. *Are Social Networking Sites Making Health Behavior Change Interventions More Effective? A Meta-Analytic Review*. Journal of Health Communication, mars 2017, n°22, p.223-233.
- [4] Korda H., Itani Z. *Harnessing Social Media for Health Promotion and Behavior Change*. Health Promotion Practice, janvier 2013, n°14, p. 15-23.
- [5] Giroux C. *Utilisation du réseau Facebook dans une campagne de prévention pour jeunes adolescents : analyse secondaire des données d'une étude postcampagne*. Revue internationale de communication sociale et publique, 2013, p.127-146.
- [6] Bull S., Ezeanochie N. *From Foucault to Freire Through Facebook : Toward an Integrated Theory of mHealth*. Health Education and Behaviour, août 2016, n°43, p. 399-411.
- [7] Balatsoukas P., Kennedy CM., Buchan I., Powell J., Ainsworth J. *The Role of Social Network Technologies in Online Health Promotion : A Narrative Review of Theoretical and Empirical Factors Influencing Intervention Effectiveness*. Journal of Medical Internet Research, juin 2015, n°17, p.141.
- [8] Godin G. *Les comportements dans le domaine de la santé*. Les Presses de l'université de Montréal, 2012.
- [9] Godin G. *L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs*. Sciences Sociales et Santé, 1991, n°9, p.67-94.
- [10] Meyer T., Verhac JF. *Auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé ?* Savoirs, 2004, hors série n°5, p. 117-134.
- [11] Escalon H., Serry AJ., Nguyen-Thanh V., Vuillemin A., Oppert JM., Sarrazin P. *Construction d'un dispositif de communication scientifique fondé visant à promouvoir la marche des femmes peu actives et l'activité physique des adultes*. Santé Publique, 2016, vol. 28.

Angers : une politique locale pour une alimentation saine

Gérard Boussin,
responsable de la direction
Santé publique, ville d'Angers

Ville-Santé de l'OMS depuis 1990, Angers agit pour la santé de ses habitants, notamment en s'engageant pour une alimentation de qualité accessible à tous. Pour ce faire, la ville s'est dotée d'un projet alimentaire territorial, action prioritaire du projet agricole d'Angers Loire Métropole, qui vise à structurer une offre alimentaire de proximité en faveur de l'économie agricole, de l'environnement et de la santé publique. Dans ce cadre, différentes actions ont permis de favoriser l'intégration du développement durable dans la restauration collective : approvisionnement en produits de qualité issus de circuits courts et de modes de production respectueux de l'environnement, réduction du gaspillage alimentaire.

Créer un environnement favorable...

Pour garantir une accessibilité équitable dans toute la ville à des aliments tels que les fruits et légumes, Angers soutient et accompagne 16 marchés alimentaires hebdomadaires de proximité, avec une forte présence de producteurs maraîchers locaux.

Une autre initiative pour favoriser l'accessibilité aux fruits et légumes est de mettre à disposition des habitants des jardins familiaux. Au total, 1000 parcelles de 100 à 200 m² sont disponibles sur le territoire de la ville ou en périphérie, couvrant

au total une superficie de 27,5 hectares. La ville apporte également un appui technique et s'assure du bon entretien des terrains. Ces jardins sont des vecteurs efficaces de diffusion des messages liés au jardinage respectueux de l'environnement par la mise en place de récupérateurs d'eaux de pluie, l'incitation au compostage des déchets végétaux et l'organisation d'animations de sensibilisation à l'écologie et au développement durable au sein de ces espaces collectifs. Des jardins de pieds d'immeubles sont également mis à disposition, afin d'encourager la culture légumière ou florale par les habitants proches, favorisant ainsi la convivialité, le lien social, et améliorant le cadre de vie.

Une étude d'évaluation des impacts sur la santé - réalisée en 2017 sur un quartier en renouvellement urbain et portant plus spécifiquement sur les mobilités et les espaces verts - a d'ailleurs témoigné de la volonté des habitants de « développer, démultiplier ces jardins potagers à l'échelle des immeubles » [1].

... Accessible à tous

Prenant en compte la problématique des inégalités sociales d'accès à une alimentation favorable à la santé, la ville d'Angers met en place diverses actions d'intervention solidaire. Elle permet en particulier, en subventionnant l'Établissement public de restauration collective (Eparc) créé par la ville, l'accès aux restaurants scolaires de 7000 enfants chaque année avec une facturation des repas selon les revenus des familles ; le prix des repas s'échelonne ainsi de 1,91 à 4,49 € en maternelle et de 1,99 à 4,67 € en primaire.

D'autres aides financières sont mises en place par la ville afin de

faire face aux besoins alimentaires d'une partie de sa population en précarité grandissante. En 2009, par le biais du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), Angers a lancé un dispositif intitulé filets solidaires. Composés et distribués par l'association « Les jardins de Cocagne », ces filets se composent de fruits et de légumes habituellement voués à la destruction, mais parfaitement consommables. Au total, 460 filets sont distribués par semaine sur douze sites, en contrepartie d'une participation financière allant de 2,60 à 6,60 € selon ses ressources. Le temps de distribution est l'occasion pour les bénévoles de proposer des recettes simples et équilibrées ainsi que des activités ludiques et éducatives autour de l'alimentation.

Le CCAS subventionne également 20 associations contribuant à l'aide alimentaire (distribution, insertion) et la formation des bénévoles. Il soutient ainsi les activités du Restobus (porté par les Restos du Cœur) qui offre un repas aux plus démunis ; il apporte des aides directes aux habitants sous forme de chèques d'accompagnement personnalisé répondant aux besoins de la personne et pilote le portage de repas à domicile, jusqu'à six jours sur sept, lequel concerne chaque année 900 Angevins avec 180 000 repas. Ceci permet de maintenir un lien social et de sécuriser l'alimentation des bénéficiaires.

Enfin, le CCAS anime depuis 2015 la Mission de concertation et d'Animation pour une Alimentation Solidaire (MAAS), espace de réflexion, d'échanges, de concertation et de développement de projets qui permet d'amplifier la dynamique du

L'ESSENTIEL

► Jardins familiaux, accès à la cantine, qualité des repas servis, production locale, soutien aux associations, éducation alimentaire : la ville d'Angers a mis en place une politique globale favorisant l'accès à une alimentation équilibrée pour l'ensemble de la population.



© Jean-Pierre Vigand / Mairie de Paris

réseau d'acteurs de l'aide alimentaire et d'améliorer la cohérence de l'offre alimentaire aux populations angevines les plus vulnérables.

Des actions de sensibilisation et d'éducation alimentaire

Dans un tout autre domaine, celui de l'éducation, la mairie d'Angers propose aux enfants âgés de 7 à 10 ans des animations ludiques intitulées « De la fourche à la fourchette », telles que du jardinage, des ateliers culinaires, de la dégustation, de la mise en scène, du déguisement¹. Ces diverses actions apportent des repères pour comprendre le circuit de l'alimentation, de sa production à la consommation. Elles abordent l'agriculture, le jardinage, l'impact environnemental, la production, la saisonnalité, le goût, l'alimentation équilibrée, l'interculturalité, les différentes familles d'aliments, leurs

apports pour le bien-être du corps, ainsi que la notion de gaspillage.

Ces ateliers sont animés par différents acteurs de terrain qui viennent témoigner et partager leur expérience avec les enfants : infirmière de la direction santé publique, animateur de la Maison de l'environnement (direction Environnement et Déchets), diététicienne de l'inter-association des fruits et légumes frais (Interfel), animateur du Groupement des agriculteurs biologistes et bio dynamistes de l'Anjou (GabbAnjou).

Des actions d'information et d'éducation en lien avec l'alimentation telles que « le jardin biologique » menées par la Maison de l'environnement permettent chaque année à 7500 personnes (adultes, enfants en stage nature) d'acquérir la connaissance des sols, des techniques de jardinage bio et de rotation des

cultures, du respect de la biodiversité et des saisons, des typologies de culture liées à la situation géographique, etc. D'autres actions réalisées dans le cadre des journées thématiques - comme les Parcours du Cœur - sont des moments privilégiés de rencontre pour sensibiliser à l'importance d'une alimentation équilibrée et aux bienfaits de l'activité physique. Enfin, en partenariat avec l'Établissement public de restauration collective (Eparc) qui gère la restauration collective, la ville participe à l'animation des actions de sensibilisation à l'équilibre alimentaire, par exemple dans les restaurants scolaires, au cours de la Semaine du Goût ou de la Fraîch'attitude, semaine nationale de dégustations et de découvertes des fruits et légumes frais.

Le projet d'agglomération, la démarche intersectorielle du réseau des villes santé de l'OMS, une tradition de travail en réseau avec un tissu associatif riche sont autant de conditions qui permettent cette approche globale et la possibilité pour la ville d'Angers d'inscrire son action dans le temps à destination de tous les Angevins. ■

1. Co-animées par la direction Santé publique et la Maison de l'environnement. Créée en 1990, la Maison de l'Environnement, rattachée à la direction Environnement et Déchets, est un lieu privilégié de sensibilisation, de formation, d'information et d'éducation à l'environnement et au développement durable pour tous, acteurs et habitants. Elle élabore le rapport annuel du développement durable.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Ville d'Angers, *Étude sur l'Évaluation d'Impact en Santé du Programme de Rénovation Urbaine du quartier de Monplaisir*. En ligne, <http://www.angers.fr/l-action-municipale/sante-et-handicap/etude-sur-l-evaluation-d-impact-en-sante-du-programme-de-renovation-urbaine-du-quartier-de-monplaisir>

Marseille : des jardins partagés dans les quartiers Nord

Pauline Martin, ingénieur de recherche à Aix-Marseille Université, Inserm, Institut national de la recherche agronomique (INRA), unité Nutrition, obésité et risque thrombotique (NORT),

Jean-Noël Consalès, enseignant-chercheur à Aix-Marseille Université, Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), unité mixte de recherche : Temps, Espace, Langages, Europe Méridionale et Méditerranée,

Pascale Scheromm, chercheur à l'INRA, unité mixte de recherche : Innovation et développement dans l'agriculture et l'alimentation, Montpellier,

Paul Marchand, chargée de développement au Programme Autoproduction et Développement Social (PADES), Paris,

Florence Ghestem, chercheur à l'INRA, unité mixte de recherche Marchés, organisations, institutions et stratégies d'acteurs, Inserm, Institut national d'études supérieures agronomiques de Montpellier et Université de Montpellier,

Nicole Darmon, directrice de Recherche à l'INRA, docteur en nutrition et ingénieur au Conservatoire National des Arts et Métiers.

Les jardins partagés¹ ont été étudiés sous différents angles en Amérique du Nord et en Europe. En ce qui concerne les fonctions alimentaires du jardin, plusieurs études réalisées aux États-Unis indiquent que les personnes ayant accès à un jardin collectif déclarent consommer plus fréquemment des produits potagers frais que les non-jardiniers. Les fruits et légumes sont peu consommés par les personnes défavorisées, ce qui constitue une forte inégalité sociale en matière d'alimentation. L'objectif de cette étude était de tester l'hypothèse selon laquelle, dans les quartiers pauvres, les jardiniers cultivant dans des jardins partagés auraient des approvisionnements alimentaires plus équilibrés, et notamment des approvisionnements en fruits et légumes plus élevés que des personnes ne pratiquant pas le jardinage.

Une enquête pluridisciplinaire a été réalisée sur des jardins partagés à parcelles individuelles des quartiers Nord de Marseille, quartiers très défavorisés sur le plan socio-économique. L'enquête a été réalisée grâce à des financements publics. Les partici-

pants étaient recrutés sur la base du volontariat, sans contrepartie financière, le seul critère d'inclusion étant d'être responsable principal de l'approvisionnement du foyer ; 21 femmes ont souhaité participer sur 223 jardiniers actifs (25 % d'hommes et 75 % de femmes). Les dimensions productive, économique et nutritionnelle, culturelle, sociale et symbolique de l'accès à un jardin partagé ont été explorées par des méthodes issues de la nutrition et des sciences sociales : questionnaires informatifs, entretiens semi-directifs et analyse nutritionnelle et économique des carnets d'approvisionnements alimentaires mensuels des foyers. Les approvisionnements alimentaires des foyers des jardinières ont été comparés à ceux de 65 femmes de profil socioéconomique similaire, vivant dans les mêmes quartiers mais n'ayant pas accès à un jardin.

Rencontrer, bouger !

Les jardinières déclarent des motivations à jardiner telles que le plaisir, la détente, le fait d'être dehors et de voir pousser les plantes, de sortir de chez soi et d'avoir un espace de rencontre, ainsi que le fait de bouger. La production alimentaire est très rarement mentionnée, confirmant que le jardin répond à des attentes autres qu'alimentaire. « Qu'est ce qui me motive ? Le plaisir de voir les choses pousser... En fait, c'est mon petit coin de paradis... Moi je n'aime pas mettre des gants quand je jardine, j'aime bien le contact... » (PP, 48 ans).

Sur les 21 jardinières ayant participé à l'enquête, seulement 11 ont récolté des produits potagers au jardin durant le mois d'enquête, les quantités produites étant en moyenne de 53 g de produits potagers par

L'ESSENTIEL

▶ La pratique du jardinage dans un jardin partagé est un vecteur de lien social et un générateur d'estime de soi.

▶ Si les jardinières amatrices ne cultivent pas forcément des quantités importantes, le jardin pourrait servir de déclic, en leur donnant l'envie d'acheter plus de fruits et légumes.

personne vivant dans le foyer et par jour (16 % des approvisionnements en produits potagers du foyer). Les jardinières déclarent toutes privilégier la qualité de la production à la quantité : la diversité, le goût, la valeur santé des productions et les pratiques au jardin respectueuses de l'environnement ont une importance forte à leur regard. « Parce qu'on sait que si on cultive et qu'on ramasse ce qu'on a cultivé [...] on n'aura pas de problèmes après. C'est mieux, moi je dis ! Pour moi, là c'est bio parce que là, il n'y a rien du tout. On ne met rien du tout, on ne met aucun produit, aucun, rien, rien... » (JP, 54 ans).

Le jardin cultive l'estime de soi

Les récoltes sont quantitativement limitées et les bénéfiques sont plutôt d'ordre social, culturel et symbolique. Les variétés cultivées sont principalement des légumes méditerranéens d'été, des herbes aromatiques et des baies. Le choix de ces variétés repose principalement sur des habitudes alimentaires familiales et des goûts personnels. La prépondérance des fruits et légumes méditerranéens est un moyen d'affirmer sa culture alimentaire et son identité méditerranéenne pour des femmes nées principalement en France ou au Maghreb. Les échanges



© Association Vent Vert

de pratique au jardin favorisent l'acquisition de nouvelles connaissances et l'élaboration de liens de sociabilité. Le don est généralisé et porte une valeur symbolique forte du fait du caractère personnel de la production. Cultiver par soi-même les légumes et fournir un travail physique sont des activités créatrices de goûts et de saveurs. L'acte culinaire est revalorisé et les produits du potager y occupent une place centrale. Cuisiner devient un acte extraordinaire et se prolonge à table dans la commensalité familiale (le partage du repas), dans la sphère de l'intime repas de famille. La fierté de faire déguster aux proches les produits du jardin est forte et révèle un impact positif du jardinage sur l'estime de soi.

« Une fierté ! Une fierté de savoir que c'est moi qui l'ai fait, que c'est moi qui l'ai nourri, que c'est moi qui l'ai bichonné, que c'est moi qui ai fait attention... Et quand tu cueilles, tu es fier ! Quand tu vois que tu as eu un petit pied comme ça et qu'au fur et à mesure ça a monté comme ça, tac tac, tac tac, et que c'est toi qui amène ça à table... » (PP, 48 ans).

En ce qui concerne les approvisionnements alimentaires hors jardins potagers, la seule différence significative entre les foyers des jardinières et des non-jardinières concernait les fruits et légumes (respectivement 369 et 211 g par personne et par jour) et plus particulièrement les légumes (222 contre 109 g). Pour les autres groupes d'aliments pouvant être produits au potager, les approvisionnements des foyers des

jardinières et des non-jardinières étaient respectivement les suivants : pommes de terre, 89 et 63 g ; légumineuses, 7 et 14 g ; plantes aromatiques, 5 et 1 g ; total des fruits : 147 contre 101 g.

Cette différence s'explique notamment par des dépenses pour l'alimentation plus élevées dans les foyers des jardinières (4 au lieu de 3 € / 2000 kcal). Cet euro supplémentaire permet d'acheter des quantités de fruits et de légumes plus importantes mais également des aliments un peu plus chers au kilo pour toutes les catégories d'aliments.

Des bénéfices indirects

Bien qu'elle soit transversale et sur un échantillon limité, cette étude a confirmé que la pratique du jardinage dans un jardin partagé est un vecteur de lien social et un générateur d'estime de soi. Nos résultats suggèrent que l'accès à un jardin partagé pourrait favoriser l'adoption de pratiques alimentaires plus favorables à la santé par les habitants de quartiers défavorisés. Les jardinières de l'étude ont des approvisionnements en fruits et légumes bien plus importants que ceux de leurs voisins non-jardinières de profil socio-économique similaire (150 g en plus par jour et par personne en moyenne). Ainsi, dans les foyers des jardinières, les quantités de fruits et de légumes approchent les 400 g par jour et par personne recommandés par les autorités de santé publique. Ils sont principalement le résultat d'achats plus importants en fruits et

légumes, la production au jardin restant faible. Les bénéfices nutritionnels du jardinage dans ce contexte semblent donc indirects : le jardin apparaît comme un espace-fenêtre de réflexion sur les pratiques et comportements alimentaires. Les jardins collectifs urbains pourraient donc être des outils d'action au service de la mise en œuvre des politiques alimentaires. La présente étude étant transversale, elle ne permet pas d'établir une relation causale entre la pratique du jardinage et des approvisionnements élevés en fruits et légumes. Cette hypothèse sera testée dans le cadre du projet JArDin'S qui vient de démarrer à Montpellier, et dans lequel l'évolution des pratiques alimentaires de nouveaux jardiniers sera analysée avant leur entrée dans un jardin partagé et un an après. ■

1. Les jardins partagés se définissent parmi les jardins collectifs comme « les jardins créés ou animés collectivement, ayant pour objet de développer des liens sociaux de proximité par le biais d'activités sociales, culturelles ou éducatives et étant accessibles au public » [1].

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Proposition de loi relative aux jardins familiaux et aux jardins d'insertion de 2003 (non votée). En ligne, https://www.senat.fr/rap/102-376/102-376_mono.html

Pour en savoir plus :

• Martin P., Consalès JN., Scheromm P., Marchand P., Ghestem F., Darmon N. *Community gardening in poor neighborhoods in France : a way to re-think food practices ?* *Appetite*, 2017, n°116, p. 589-598.

FINANCEMENTS : CE TRAVAIL A ÉTÉ FINANCÉ PAR L'AGENCE NATIONALE DE LA RECHERCHE (ANR) DANS LE CADRE DU PROJET DE RECHERCHE JASSUR, JARDINS ASSOCIATIFS ET VILLES DURABLES (ANR-12-VBDU-0011).

LES AUTEURS DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

Salon-de-Provence : agir sur l'environnement et l'offre en restauration scolaire

Emmanuelle Cosson,
directrice du département
enfance et jeunesse,

Michèle Lafont-Battesti,
élue déléguée à la restauration
collective, Salon-de-Provence.

La restauration collective est un service municipal directement géré par la commune, lui permettant de garder le contrôle de ses approvisionnements, des conditions de service des repas aux enfants et de développer une politique alimentaire exigeante. L'amélioration des conditions de service des repas dans la commune de Salon-de-Provence s'est faite en agissant d'une part sur l'environnement des repas scolaires et, d'autre part, sur la qualité de l'offre alimentaire par une sélection stricte des denrées entrant dans la fabrication des repas.

Repenser l'environnement des repas

D'importants investissements financiers ont été réalisés dans les restaurants scolaires afin d'améliorer la qualité de l'accueil des enfants. Un environnement agréable étant un facteur d'influence majeur sur l'appréciation des repas et le bien-être à la cantine, plus d'un million d'euros a été investi depuis trois ans pour rénover les cantines scolaires dans les écoles élémentaires et les transformer en selfs. Les principales actions concernant l'accueil et l'ambiance de la cantine ont été réalisées en collaboration avec l'architecte de la collectivité. Elles portent sur la luminosité (jeu de lumière), la sonorisation (insonorisation des sols, installation de faux plafonds et de tables avec revêtement insonorisant), des couleurs vives, une hauteur adaptée du self à la taille des enfants pour la distribution des plats et une mise à disposition pratique des plats et des

couverts. Un centre de débarrassage (tri des déchets, rangement des assiettes, couverts, verres) a également été mis en place afin de responsabiliser les enfants, de leur apprendre l'autonomie, mais aussi de permettre au personnel de consacrer plus de temps à l'accompagnement des enfants pendant le repas.

Améliorer la qualité de l'offre alimentaire

La ville de Salon-de-Provence s'engage depuis 2013 avec l'association « 1+bio » et le club de territoires à rendre l'alimentation biologique accessible à tous, à tisser des liens sur les territoires par des choix de restauration cohérents, à rétablir des relations équitables entre les acteurs de la restauration collective, à inscrire la protection de l'environnement au menu des « cantines » tout en agissant favorablement sur la santé des enfants et adolescents en leur servant des repas de bonne qualité nutritionnelle.

L'action sur la qualité des aliments composant les repas s'inscrit dans un programme mené progressivement par la collectivité depuis 2010. Cette action comprend notamment l'intégration dans l'offre d'achat de plus de 20 % d'aliments issus de l'agriculture biologique et de 20 % d'aliments issus de circuits courts, achetés directement auprès de producteurs locaux du bassin salonais via des marchés publics segmentés en petits lots comme l'y autorise le code des marchés publics. Ce type d'aliments provenant de circuits courts a généré en particulier une augmentation de la consommation de fruits par les enfants, fruits jusqu'alors souvent

gâchés. Ceci s'explique par la livraison de fruits mûrs à point, « juste cueillis » la veille de la livraison, et ne transitant donc plus par des chambres froides de grossistes. Ils sont alors plus goûteux et d'autant plus appréciés des enfants.

Deux diététiciennes interviennent à la fois en cuisine centrale pour garantir l'équilibre des menus et veiller à l'hygiène dans la préparation et le service des repas, et dans les restaurants scolaires où elles mènent des actions d'information et d'éducation sur l'alimentation auprès des enfants.

Lutter contre le gaspillage

Depuis 2014, la commune s'est également lancée dans un programme « anti-gaspi à la cantine » permettant la diminution des déchets et le réinvestissement des économies réalisées dans l'achat de produits de qualité. Plusieurs mesures ont été initiées dans le cadre de ce programme. Elles concernent l'achat de la quantité de matières premières strictement nécessaire à la préparation des repas (bonne gestion des stocks) et la commande d'un nombre précis de repas (inscription préalable des familles à la cantine).

D'autres actions « anti-gaspi » sont menées d'une part auprès des enfants pendant le repas en mettant à leur disposition une balance (appelée le « gâchimètre ») pour peser les quantités gâchées de pain tous les jours. D'autre part, le personnel de cantine est formé pour préparer et servir des portions adaptées prenant en compte l'appétit des enfants.

Ces mesures ont permis de réaliser une économie de 7 tonnes à l'achat de nourriture dès la première année du plan et de réinvestir l'argent éco-

CANTINES SCOLAIRES : LE CADRE POSÉ PAR LES TEXTES OFFICIELS

L'alimentation d'un enfant d'âge scolaire est essentielle pour sa croissance, son développement psychomoteur et ses capacités d'apprentissage. Le temps du repas est l'occasion pour les élèves de se détendre et de communiquer. Il doit aussi être un moment privilégié de découverte et de plaisir. La fréquence de présentation des plats doit être respectée afin de préserver l'équilibre alimentaire, entre autres proposer quatre ou cinq plats à chaque déjeuner ou dîner, dont nécessairement un plat principal comprenant une garniture, et un produit laitier. Il est recommandé aux chefs d'établissement de consulter des professionnels de la diététique ou de la nutrition.

Dans le premier degré, la restauration scolaire est généralement prise en charge par les municipalités et gérée par la caisse des écoles, qui apporte son avis sur les tarifs et la composition des menus. La participation financière des familles est fixée par la commune, sur la base du quotient familial. Les familles qui rencontrent des difficultés financières doivent contacter l'assistante sociale du territoire. Dans le second degré, le prix du repas est fixé par la collectivité territoriale compétente. Le fonds social pour les cantines peut aider les familles. Le secrétariat d'établissement peut les renseigner.

Les recommandations sur les besoins nutritionnels des enfants et des adolescents sont les suivantes : diminution des apports de glucides simples ajoutés et de lipides, notamment les acides gras saturés ; meilleure adéquation des apports de fibres, de minéraux et de vitamines, pour aboutir à un équilibre global satisfaisant des repas. Il convient de prendre en compte le confort des élèves, lors de la prise du repas, dans un environnement agréable : aménagement des locaux, mobilier adapté, attention portée aux nuisances sonores, temps suffisant, etc.

Source : <http://www.education.gouv.fr/cid45/la-restauration-a-l-ecole.html>



© Mairie de Salon-de-Provence

L'ESSENTIEL

La ville de Salon-de-Provence met en œuvre une politique alimentaire globale afin d'augmenter les niveaux de qualité et d'accessibilité de ses cantines scolaires : locaux et services adaptés aux enfants, recours pour partie aux produits bio et locaux, élaboration des menus par des diététiciens, accessibilité financière avec un prix des repas calculé au plus juste selon le quotient familial, etc. Premier résultat, la fréquentation des cantines est passée de 50 à 70 % entre 2010 et aujourd'hui.

nomisé dans des achats plus qualitatifs. La diminution du gaspillage a permis globalement de diminuer les coûts, même si des produits de meilleure qualité sont achetés.

Agir en limitant les inégalités sociales

Ces différentes améliorations de l'environnement des repas et de l'offre alimentaire se sont faites sans augmentation du prix du repas, fixé en fonction du quotient familial (QF) depuis 2010 (prix du repas 2017-2018 s'échelonnant de 1,63 € à 4,27 €, en 8 tranches de QF). Le bilan est positif puisqu'on assiste à une augmentation du taux de fréquentation de la cantine, de 50 % en 2010 à 70 % en moyenne aujourd'hui, variant entre 60 % et 90 % selon les quartiers et les écoles (60 % dans les quartiers « po-

litique de la ville », 90 % sur l'ouest de la commune). Depuis 2010, ce taux de fréquentation augmente en moyenne de 4 % par an alors que les inscriptions à l'école augmentent seulement de 1 %.

Des pistes de perfectibilité

Néanmoins, des limites à l'approvisionnement de la commune de Salon-de-Provence via les circuits courts ont été identifiées ; elles sont liées aux marchés publics qui complexifient le recours aux producteurs locaux. Ce point a été notifié lors des débats menés dans le cadre des États généraux de l'alimentation. Par ailleurs, l'éducation au goût étant un critère important pour la réduction du gaspillage alimentaire, il sera nécessaire de sensibiliser également les parents à cet apprentissage pour que les enfants puissent avoir envie de goûter à tous les plats.

Plus généralement, on peut considérer que deux missions essentielles à attribuer au service public de restauration scolaire sont, d'une part, de permettre un accès égal à une alimentation saine et de qualité pour tous les enfants et, d'autre part, d'assurer des débouchés stables aux agriculteurs locaux. En ce sens, le législateur pourrait fixer un certain pourcentage de produits bio et de produits locaux dans les menus des cantines, ce qui pourrait représenter une avancée notable de notre point de vue. ■

Loon-Plage : circuits courts, offre alimentaire et insertion sociale

Alex Obry, directeur du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Loon-Plage

Loon-Plage est une ville de 6 000 habitants, intégrée dans la communauté urbaine de Dunkerque et membre du Réseau français des Villes-Santé OMS. Au début des années 2000, le taux de fréquentation de la cantine scolaire en maternelle et primaire était relativement faible (inférieur à 30 %) et ne permettait pas de répondre à l'objectif d'accessibilité pour tous. La cantine apparaissait pour les familles comme trop chère et de mauvaise qualité. La préparation des repas était alors sous-traitée et la municipalité a donc décidé d'en reprendre la gestion. La volonté municipale, conjuguée à l'arrivée d'un nouveau responsable de la cuisine centrale, ancien restaurateur attaché à la qualité des produits et à la proximité de son approvisionnement, a modifié les pratiques. A partir de 2012, dans cette dynamique d'amélioration de l'offre alimentaire, le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) a joué un rôle clé en participant au développement d'un nouveau circuit court pour l'approvisionnement en légumes et en intégrant les publics les plus défavorisés dans cette démarche.

Qualité et accessibilité de la restauration collective

En 2010, la ville a initié une politique de développement des circuits courts pour approvisionner la

cuisine centrale municipale et offrir un service de qualité aux enfants fréquentant le restaurant scolaire, aux aînés déjeunant au foyer municipal, ainsi qu'aux bénéficiaires du portage de repas à domicile. L'ambition était d'offrir un service de qualité à un prix accessible et au plus grand nombre. Ainsi, la cuisine centrale s'est approvisionnée auprès de producteurs locaux (bouchers, boulangers, agriculteurs etc.).

Afin de garantir l'accessibilité des repas de qualité pour tous, la municipalité a souhaité que cette amélioration de l'offre alimentaire se fasse sans augmentation du coût des repas pour les familles. La municipalité a donc subventionné le léger surcoût ; le prix des 500 repas servis chaque jour est resté ainsi abordable. Il est établi en fonction des revenus des familles : 1,25 € à 2 € par repas pour la cantine scolaire et 3,20 € à 6 € pour le portage à domicile et le repas pour les aînés.

En 2013, le nouveau directeur du CCAS a proposé d'inclure un volet solidaire à cette politique municipale avec la création d'un « Jardin de Cocagne ». Objectif : approvisionner en légumes bio la cuisine centrale, tout en favorisant l'insertion professionnelle.

Jardins de Cocagne : circuit court et insertion professionnelle

Le concept du Jardin de Cocagne est né en France au début des années 1990 avec la volonté politique de développer la distribution en circuits courts, de favoriser l'insertion par le travail de personnes en situation de grande précarité, et de respecter le cahier des charges de l'agriculture biologique. Aujourd'hui une centaine de ces jardins existent, animés

par le Réseau Cocagne. Ce concept est porté au sein de l'agglomération dunkerquoise par l'Association des Flandres pour l'Éducation, la Formation des Jeunes et l'Insertion sociale et professionnelle (AFEJI), une association départementale de lutte contre les exclusions. Au niveau de l'agglomération dunkerquoise, l'AFEJI est gestionnaire de trois sites « Cocagne » (Leffrinckoucke, Gravelines et Loon-Plage). Cette implantation participe à l'insertion professionnelle de personnes en situation de précarité, puisque les salariés sont employés dans le cadre d'un contrat à durée déterminée d'insertion (CDDI). Le contrat est signé avec l'AFEJI et non avec la mairie, ce qui facilite ainsi l'insertion professionnelle des employés car ils peuvent alors travailler au sein de toute l'agglomération et pas uniquement à l'intérieur de la commune.

Paniers solidaires : une forme renouvelée d'aide alimentaire

Le Réseau Cocagne porte aussi le programme national « 30 000 paniers solidaires ». Il permet à des familles ayant de faibles revenus d'accéder à des paniers de légumes bio produits dans les Jardins de Cocagne à un prix solidaire.

À Loon-Plage, 10 familles bénéficient ainsi d'un panier de légumes bio à 1 € toutes les semaines. Le reste à charge des paniers (environ 9 €) est financé par le CCAS, la communauté urbaine de Dunkerque et le Réseau Cocagne. En contrepartie, les bénéficiaires s'engagent à participer à un atelier de cuisine hebdomadaire, animé par le centre socio-culturel, pour apprendre de nouvelles recettes utilisant les légumes du panier. En amont de l'atelier, les usagers font les courses avec l'animatrice du centre pour acheter les ingrédients complé-

L'ESSENTIEL

- ▶ À Loon-Plage (Nord), la cantine municipale sert les repas à 80 % des enfants scolarisés contre 30 % il y a une décennie quand ce service était sous-traité.
- ▶ 500 repas de qualité sont servis chaque jour aux enfants, mais aussi aux aînés se restaurant au foyer municipal et aux usagers du service de portage de repas à domicile.
- ▶ Un Jardin de Cocagne bio fait travailler des personnes en insertion et fournit la cantine.
- ▶ Des paniers de légumes bio produits à un prix solidaire sont proposés aux familles à faibles revenus



© Martin Bertrand / Hans Lucas

mentaires utiles à la confection d'un repas (plat et dessert ou goûter) avec lequel ils repartiront à l'issue de l'atelier. Ceci donne lieu à un vrai travail d'éducation alimentaire, en développant à la fois les compétences culinaires des participants et leurs capacités à faire des choix alimentaires éclairés tout en respectant leurs contraintes budgétaires.

Les paniers solidaires représentent un véritable levier d'insertion et de mobilisation sociale, puisque les participantes sont aujourd'hui reconnues pour leurs compétences culinaires et sont ainsi impliquées dans la préparation de collations et buffets servis à l'occasion de vernisages d'expositions ou de spectacles. De plus, depuis la mise en œuvre de cette action, les personnes accompagnées ne demandent plus d'aide alimentaire sous forme de tickets services car elles se sentent valorisées par l'action des « paniers solidaires ».

L'approche globale utilisée dans le cadre du programme « paniers solidaires » a donc permis à la fois de faire preuve de solidarité (aide alimentaire, lien social), et d'agir en faveur de l'insertion sociale et professionnelle, du développement économique et de la santé.

Impact des dispositifs

Ces différentes mesures se sont traduites par une augmentation de la fréquentation du restaurant scolaire,

avec 80 % des enfants mangeant aujourd'hui à la cantine (contre moins de 30 % lorsque la production des repas était sous-traitée).

Bien que la ville supporte un coût plus élevé pour approvisionner sa cuisine centrale en circuit court et en bio, le retour sur investissement est réel. Le gaspillage alimentaire a été réduit : les déchets ne représentent que 40 g par personne et par repas alors que ce chiffre atteint en moyenne 120 g en France chez les enfants de l'enseignement primaire [1]. De plus, l'économie locale a été stimulée (6,7 tonnes de viande par an sont commandées aux producteurs locaux) tout en concourant à l'insertion des publics les plus défavorisés (8 personnes en contrats aidés ces dernières années).

Néanmoins, seulement 8 à 10 personnes peuvent participer aux ateliers d'éducation alimentaire associés aux paniers solidaires. Depuis 4 ans, une vingtaine de personnes y ont cependant été actives. Par ailleurs, seules des femmes ont participé à ce projet. Pour toucher plus de personnes, des moyens humains supplémentaires seraient nécessaires afin d'animer davantage d'ateliers avec un nombre accru de bénéficiaires.

L'expérience de Loon-Plage montre que les acteurs ont su tirer profit des ressources disponibles sur leur commune : artisans et producteurs

locaux, mais aussi un terrain d'un demi-hectare mis à disposition de l'AFEJI gratuitement par le CCAS pour la création d'un Jardin de Cocagne.

À terme, l'enjeu est de favoriser l'essaimage des actions de type « paniers solidaires » et circuits courts pour la restauration collective sur le territoire de l'agglomération dunkerquoise. Les circuits courts ont en effet été identifiés comme un axe de développement économique pour le territoire par les « états généraux de l'emploi local » initiés par la communauté urbaine de Dunkerque. Le potentiel est là, il faut désormais la volonté d'innover pour passer à une autre échelle, soutenir les acteurs concernés (AFEJI, centres sociaux, producteurs locaux) et structurer une filière économique. Certaines communes de l'agglomération (Ghyvelde et Coudekerque Branche) se sont d'ores et déjà lancées dans une démarche similaire. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Collectif, *Pertes et gaspillages dans les métiers de la remise directe (restauration et distribution) et en restauration collective*, Rapport MAAPRAT, novembre 2011. Document en ligne, <http://www.agriculture.gouv.fr/telecharger/75033?token=d2d871bce4f2734504c1ccbee46d4>

Favoriser la consommation de fruits et légumes : l'exemple de Saint-Denis

Camille Buscail,
médecin épidémiologiste,
Équipe de Recherche
en Épidémiologie
Nutritionnelle (EREN),
Université Paris 13,
travaille pour l'Inserm,
l'Inra, le Conservatoire
National des Arts et Métiers
(CNAM), CRESS, Bobigny,

Aurore Margat,
doctorante en Santé Publique
à l'Université Paris 13
et au Laboratoire
d'Éducation et Pratiques
de Santé (LEPS) de Bobigny,
université Paris 13,
université Sorbonne Paris cité.

Mis en place d'avril 2015 à juin 2017 à Saint-Denis, le projet « Fruits et légumes à la Maison » (FLAM), porté principalement par la Maison de la Santé de Saint-Denis (voir encadré page 30), avait pour objectif de promouvoir la consommation de fruits et légumes chez des enfants issus de familles en situation de précarité. Plusieurs éléments ont motivé la mise en place de ce projet, le premier étant

que la consommation de fruits et légumes est un marqueur social [1]. En effet, si 43 % des adultes issus de la population générale atteignent le repère d'au moins 5 portions de fruits et légumes par jour recommandé par le Programme National Nutrition Santé (PNNS), seulement 6 % des bénéficiaires de l'aide alimentaire y parviennent [2 ; 3 ; 4]. L'un des freins majeurs déclaré à une consommation adéquate de fruits et légumes reste le prix élevé de ceux-ci par rapport à d'autres denrées [1 ; 5 ; 6]. Par ailleurs, la forte prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants, de même que les fortes prévalences du diabète et des maladies cardio-vasculaires chez les adultes à Saint-Denis, motivent la priorisation des actions de prévention en nutrition dans cette zone [7 ; 8 ; 9].

Un projet multi-partenarial

La Maison de la Santé de Saint-Denis est la structure pivot du projet : cette association a pour but de créer des dynamiques partenariales autour de projets de promotion de la santé et de prévention à Saint-Denis. Autour

d'elle, les maisons de quartier (Pierre Sémard, Romain Rolland et Floréal), les centres municipaux de santé (du Cygne, des Moulins et Henri Barbusse) et plusieurs associations ont contribué à l'orientation des familles dans l'étude et ont mis à disposition leur locaux pour les entretiens et les ateliers d'éducation nutritionnelle.

Le projet concernait les familles des quartiers Nord de Saint-Denis. L'objectif était d'atteindre les familles précaires mais ne bénéficiant pas (ou plus) de l'aide alimentaire. Les familles volontaires pour participer, avec au moins un enfant entre 3 et 10 ans et bénéficiaires d'un minima social et/ou ayant un niveau de revenu inférieur au seuil de pauvreté étaient incluses dans le projet¹ [10 ; 11]. Lors de l'inclusion, les familles étaient tirées au sort pour qu'une partie d'entre elles – le groupe intervention – reçoive pendant un an des bons d'achat dédiés exclusivement aux fruits et légumes (sous toutes leurs formes, dont les jus de fruits 100 % pur jus). Les familles non tirées au sort constituaient le groupe « contrôle ». Le montant des bons couvrait une portion de fruits et légumes par jour et par personne dans le foyer.

Parallèlement, les diététiciennes du projet proposaient des ateliers destinés à l'ensemble des familles de l'étude, et selon les thématiques s'adressaient aux parents ou aux enfants. Ces ateliers pouvaient être pédagogiques (orientés sur les connaissances en nutrition, par exemple un tour d'horizon des principales recommandations du PNNS) ou culinaires (par exemple, la préparation d'un repas équilibré avec un budget serré). Les familles étaient réinterrogées sur leur consommations alimentaires 6 mois et 12 mois après leur inclusion dans l'étude afin d'étudier l'évolution de la consommation de fruits et légumes.

64 familles suivies

Au total, 92 couples parent-enfant ont été inclus dans l'étude, dont 64 ont finalement pu être suivis pendant un an. La majorité des familles était monoparentale et les deux tiers des adultes inclus étaient nés à l'étranger. 95 % des familles se trouvait dans une situation de précarité ou de grande précarité, évaluée à l'aide du score EPICES². Trente ateliers d'éducation nutritionnelle se sont déroulés entre septembre 2015 et juin 2017. Un peu plus de la moitié des familles a participé à au moins un atelier.



L'ESSENTIEL

▶ À Saint-Denis (93), le projet « Fruits et légumes à la Maison » avait pour objectif de promouvoir la consommation de fruits et légumes chez des enfants issus de familles en situation de précarité.

▶ Des familles ont bénéficié de bons d'achats pour les fruits et légumes, ainsi que d'ateliers nutritionnels.

À la fin de l'étude, les enfants du groupe intervention consommaient davantage de fruits et légumes que ceux du groupe contrôle, avec respectivement 29 % et 66 % de « faibles consommateurs ». Ces proportions étaient respectivement de 62 % et 66 % à l'inclusion. En revanche, chez les adultes, la différence entre les deux groupes en fin d'étude n'était pas significative, bien que la proportion de faibles consommateurs de fruits et légumes soit plus basse dans le groupe intervention (62%) que dans

le groupe contrôle (77 %) et qu'elle ait diminué par rapport à l'inclusion (80 %). Dans le groupe contrôle, la proportion de faibles consommateurs est restée inchangée entre le début et la fin de l'étude. Au total, 82 % des bons d'achats ont été utilisés.

Impact favorable des ateliers

Des entretiens supplémentaires ont été menés au sein de familles du groupe intervention dans le cadre d'une analyse qualitative destinée à mieux comprendre les résultats obtenus à l'issue de l'étude. Plusieurs éléments importants ont émergé. Tout d'abord les ateliers ont permis aux familles qui n'avaient pas ou peu de connaissances sur les fruits et légumes d'en modifier leur niveau de consommation : « Je me suis rendue compte que ma fille aimait ça, donc je continue d'en acheter » ; « Maintenant, au goûter, je donne un fruit ou une compote à mon fils ». Par ailleurs, pour les familles ayant déjà des connaissances nutritionnelles et une alimentation variée avant le début

de l'étude, les bons fruits et légumes ont permis d'économiser afin d'acheter des denrées non consommées habituellement pour des raisons financières : poisson, viande, produits bio. Enfin les ateliers représentaient pour les familles une opportunité d'échanger avec une diététicienne et d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences culinaires : « J'ai appris beaucoup. Ils ont donné beaucoup de recettes » ; « La chose que j'ai le plus aimée, c'est les interventions avec la diététicienne, j'ai beaucoup appris sur les nouveaux légumes et les nouveaux fruits ». Ces constats sont cohérents avec de précédents travaux ayant souligné l'importance de coupler systématiquement une aide financière à une éducation nutritionnelle, pour que celle-ci soit profitable [12 ; 13].

Quelques limites de l'étude sont cependant à considérer : le nombre de familles recrutées pour ce projet est très inférieur à celui attendu initialement (environ 300 familles), et ce



Dossier

Environnements favorables à une alimentation saine : une réponse aux inégalités ?

malgré un allongement de la période d'inclusion. La portée des résultats est donc limitée. Les familles ont parfois rencontré des difficultés dans l'utilisation des bons (principalement du fait d'une formation insuffisante des caissiers dans certaines enseignes), et certaines mères n'ont pas pu assister aux ateliers faute de temps, ou d'horaires adaptés.

Néanmoins, l'allocation de bons d'achats dédiés aux fruits et légumes semble avoir dans ce projet permis d'augmenter la consommation de fruits et légumes chez les enfants, en dehors du contexte scolaire (ainsi que chez les adultes mais dans une moindre proportion). Ces résultats vont dans le même sens que ceux observés lors d'une étude précédente menée également chez des adultes en Seine-Saint-Denis où la distribution de coupons pour les fruits et légumes avait fait augmenter la consommation

de ces derniers chez les faibles consommateurs [14]. Ce type de mesure pourrait trouver son application à une plus large échelle pour permettre aux familles les moins aisées de mieux équilibrer leur alimentation. Par ailleurs, ce projet de recherche interventionnelle a permis à certaines familles d'accéder à une information nutritionnelle dispensée par une diététicienne, et de créer dans une certaine mesure du lien social entre les familles d'un même quartier. ■

1. Selon l'INSEE, le seuil de pauvreté était de 1283 € pour une famille monoparentale avec un enfant et de 1777 € pour un couple avec enfant.

2. Ce score individuel de mesure du niveau de précarité est déterminé à partir des réponses à onze questions portant sur des indicateurs socioéconomiques. Le score varie de 0 (situation la moins précaire) à 100 (situation la plus précaire), avec un seuil fixé à 50,17 définissant le statut de situation de précarité, et 53,84 étant le seuil de grande précarité.



© Sciences & Co

ASSOCIATION « LA MAISON DE LA SANTÉ » À SAINT-DENIS : PROMOUVOIR LA SANTÉ DES HABITANTS

La Maison de la Santé, association née en 2002, a pour principale mission de contribuer à la santé des habitants de Saint-Denis en favorisant une dynamique partenariale de promotion de la santé. Le public visé est donc principalement les acteurs de santé de Saint-Denis, toutefois des activités en direction des habitants sont également développées, principalement à titre expérimental, dans le cadre du « laboratoire local en santé ». Les problématiques de santé liées à la nutrition (surpoids, obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, problèmes bucco-dentaires, etc.) étant très présentes sur le territoire, de nombreux projets en rapport à cette thématique ont été menés, en lien avec la municipalité ces

dernières années. Avant le projet FLAM, l'association a ainsi pu développer, le projet « Pour la Santé, je bouge dans mon quartier ! », visant à augmenter le niveau d'activité physique quotidien de la population de différents quartiers, ou encore le projet « Nutrimobile », camionnette itinérante, ayant pour objectif l'éducation nutritionnelle des élèves de CE2 de Saint-Denis et de leurs parents. L'ensemble de ces actions ont été construites en partenariat avec la municipalité, également très investie sur le sujet. Deux diététiciennes sont notamment employées par la municipalité afin de mener des actions de prévention (ateliers cuisine, Nutrimobile, etc.) et de soin (consultations diététiques) sur le territoire.

FINANCEMENTS : L'ÉTUDE FLAM A REÇU PLUSIEURS SOURCES DE FINANCEMENT : DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ ; SANTÉ PUBLIQUE FRANCE (EX INPES) ; CONSEIL RÉGIONAL D'ÎLE-DE-FRANCE ; AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ÎLE-DE-FRANCE ; APRIFEL (AGENCE FRUITS ET LÉGUMES FRAIS), ASSOCIATION DONT LA GOUVERNANCE « RÉUNIT SCIENTIFIQUES, SOCIÉTÉ CIVILE ET PROFESSIONNELS DES FRUITS ET LÉGUMES ».

LES AUTEURS DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] INRA. *Les fruits et légumes dans l'alimentation. Enjeux et déterminants de la consommation. Expertise scientifique collective*. Synthèse du rapport d'expertise réalisé par l'INRA à la demande du ministère de l'Alimentation de l'Agriculture et de la pêche. Paris, 2007.
- [2] Ministère du Travail, de l'emploi et de la Santé. *Programme national nutrition santé 2011-2015*. Rapport 2011, p. 66.
- [3] Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen). *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)*. Institut de Veille Sanitaire, Université Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, 2007, p. 74.
- [4] Grange D., Castetbon K., Guibert G., Vernay M., Escalon H., Delannoy A. *Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire - Étude ABENA 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005*. Rapport Inpes, 2013.
- [5] Drewnowski A., Darmon N. *Food Choices and Diet Costs : an Economic Analysis*. The Journal of Nutrition, janvier 2005, n°135.
- [6] Maillot M., Darmon N., Vieux F., Drewnowski A. *Low energy density and high nutritional quality are each associated with higher diet costs in French adults*. The American Journal of Clinical Nutrition, janvier 2007, n°86.
- [7] La Rosa E., Valensi P., Cohen R., Soufi K., Robache C., Le Clesiau H. *Déterminisme socio-économique dans l'obésité en Seine-Saint-Denis*. Presse Médicale, 2003, n°32, p. 55-60.
- [8] Ginioux C., Grousset J., Mestari S., Ruiz FMM. *Prévalence de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent scolarisés en Seine Saint-Denis*. Santé Publique, 2006, n°18, p. 389.
- [9] ORS, Ile-de-France. *Territoire de santé : Seine-Saint-Denis*. Paris, juillet 2013. En ligne, http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2013/profil_93.pdf
- [10] Auzet L., Février M., Lapinte A. *Niveaux de vie et pauvreté en France*. Insee Première, octobre 2007.
- [11] Houdré C., Ponceau J., Zergat Bonnin M. *Les niveaux de vie en 2012*. Insee, 2014. En ligne, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281348>
- [12] Darmon N., Ferguson EL., Briand A. *A cost constraint alone has adverse effects on food selection and nutrient density : an analysis of human diets by linear programming*. The Journal of Nutrition, décembre 2002, n°132, p. 3764-3771.
- [13] An R. *Effectiveness of subsidies in promoting healthy food purchases and consumption : a review of field experiments*. Public Health Nutrition, juillet 2013, n°16, p. 1215-1228.
- [14] Bihan H., Castetbon K., Mejean C., Peneau S., Pelabon L., Jellouli F. *Sociodemographic factors and attitudes toward food affordability and health are associated with fruit and vegetable consumption in a low-income French population*. Journal of Nutrition, avril 2010, n°140, p. 823-830.

Marketing social et intervention nutritionnelle en magasin

Axel Gamburzew,

doctorant en thèse Cifre, LinkUp, Agro-ParisTech, Unité Mixte de Recherche en Physiologie de la Nutrition et Comportement alimentaire (UMR PNCA),

Sandrine Raffin,

directrice de LinkUp, agence conseil en RSE et marketing social,

Nicole Darmon,

directrice de Recherche à l'INRA, Montpellier SupAgro, Université de Montpellier, Unité Mixte de Recherche en Marchés, Organisations, Institutions et Stratégies d'Acteurs (UMR MOISA).

Les populations défavorisées sont souvent moins réceptives que les autres aux messages de santé publique, qu'elles perçoivent comme trop complexes et peu adaptés à leurs contraintes quotidiennes, financières notamment [1]. Le marketing social pourrait constituer une stratégie efficace pour développer des interventions adaptées à ces populations [2].

La présente étude s'inscrit dans le projet Opticourses¹, qui vise à améliorer l'équilibre des achats alimentaires de personnes en situation de difficultés financières (www.opticourses.fr). Opticourses part du double constat qu'il est plus difficile d'avoir une alimentation équilibrée avec un petit budget, mais que cela reste possible en privilégiant des aliments de bonne qualité nutritionnelle et de bon prix² et à condition que le budget alimentaire soit supérieur à 3,5 €/j.pers. [3].

L'objectif de la présente étude était de mettre en place, dans des magasins de quartiers défavorisés, une signalétique visant à rendre plus visibles et plus attractifs les aliments de bonne qualité nutritionnelle et de bon prix via l'opération Manger Top et de tester l'impact de cette intervention sur les achats de ces ali-

ments. L'intervention a été réalisée en 2014 dans les quartiers Nord de Marseille, dans deux magasins tests de type hard discount (avec deux magasins témoins) et a duré 6 mois.

Entre janvier 2013 et janvier 2014, les messages et les outils d'intervention ont été développés selon la méthode du marketing social en s'appuyant sur des entretiens menés auprès de personnes habitant les quartiers visés par l'intervention, recueillis à l'occasion d'une autre recherche, et sur des entretiens sociologiques réalisés entre 2013 et 2014 auprès de cette même population. Ce travail préalable a permis de préciser les freins et les leviers au changement de comportement et de proposer des stratégies d'intervention adaptées aux préoccupations et motivations des individus. Dans le champ de l'alimentation, un frein majeur à lever était que ce qui est bon pour la santé n'est pas perçu comme accessible et gourmand. Ainsi, les outils et les actions développés pour l'intervention incluaient des visuels attrayants d'aliments et des idées de recettes appétissantes. Le nom de « Manger Top » a été choisi pour l'opération afin de transmettre un message positif sur l'alimentation, tout en restant simple. Un logo Manger Top a été créé, ainsi qu'un ensemble de supports destinés à rendre visibles et attractifs les aliments de bonne qualité nutritionnelle et de bon prix dans les magasins concernés. Ces supports comprenaient des affiches, une brochure générale expliquant l'intervention, et des brochures thématiques sur les poissons en conserve et les légumes secs. Les messages et les outils ont été élaborés en consultation avec le personnel des magasins afin d'assurer la cohérence du dispositif avec les contraintes et les opportunités du terrain.

Parallèlement, les informations nu-

L'ESSENTIEL

► Pendant 6 mois en 2014, 180 produits alimentaires de bonne qualité nutritionnelle et de bon prix ont été signalés aux consommateurs dans deux magasins de hard discount dans des quartiers populaires de Marseille, afin de mesurer l'impact que cela pouvait avoir sur les achats.

tritionnelles présentes sur les emballages et le prix de vente de tous les aliments proposés à la vente dans les deux magasins ont été collectés. Puis, une méthode basée sur le système de profilage nutritionnel SAIN,LIM a été appliquée pour identifier, parmi ces aliments, ceux qui étaient de bonne qualité nutritionnelle et de bon prix [4] : 180 produits ont été identifiés comme tels. Entre janvier et juin 2014, l'intervention a été mise en œuvre : les 180 produits ont été signalés en rayon avec le logo Manger Top, les affiches ont été installées dans les magasins et les brochures ont été distribuées via un totem au niveau des caisses ou avec l'aide du personnel. Pour évaluer l'impact de cette intervention, les achats effectués entre janvier et juin 2014 par les clients porteurs de carte de fidélité ont été comparés entre les magasins tests et les magasins témoins. Ces données ont également été comparées aux achats effectués par ces mêmes clients l'année précédente au cours de la même période. Au total, l'analyse des achats portait sur 11281 clients. À partir de ces données d'achats, la part budgétaire (en % des dépenses alimentaires) des aliments de bonne qualité nutritionnelle et de bon prix (c'est-à-dire éligibles à Manger Top) a été calculée pour l'ensemble des aliments achetés et par catégorie d'aliments. L'analyse des données d'achats a montré que, quel que soit le type

de magasin (test ou témoin) et l'année (année de l'intervention ou année précédente), la part budgétaire consacrée aux aliments de bonne qualité nutritionnelle et de bon prix était de l'ordre de 20 % pour l'ensemble des aliments, avec des différences selon les catégories d'aliments (voir tableau ci-dessous).

Après l'intervention, il a été noté une augmentation de la part des dépenses consacrée aux fruits et légumes de bonne qualité nutritionnelle et de bon prix (par rapport aux dépenses totales consacrées aux fruits et légumes), part qui est passée de 48,3 % à 52,5 %, une augmentation significativement supérieure à celle observée dans les magasins témoins (de 50,7 % à 52,4 %). Quant à la part des féculents de bonne qualité nutritionnelle et de bon prix, elle est passée de 25,7 % à 29,8 % dans les magasins tests, augmentation elle aussi significativement supérieure à celle observée dans les magasins témoins (28,7 % à 29,8 %). L'intervention a donc eu un effet positif sur l'achat de féculents et de fruits et légumes signalés avec le logo Manger Top. En

revanche pour les autres catégories d'aliments, aucune différence significative entre magasins tests et témoins n'a été enregistrée.

Outre l'analyse des données d'achats, l'avis des clients sur l'intervention a été recueilli par questionnaires à la sortie des magasins tests entre avril et juin 2014. Un tiers (31 %) des 259 clients interrogés avait spontanément repéré le dispositif d'intervention. Après avoir reçu une brève explication du principe de la signalétique Manger Top, 60 % des clients interrogés ont déclaré qu'ils pensaient que le dispositif pouvait leur être utile. Ces pourcentages étaient significativement plus élevés en juin qu'en avril, ce qui souligne l'importance du facteur temps dans les interventions nutritionnelles.

L'opération Manger Top a donc montré qu'une signalétique attractive prenant en compte les freins et leviers identifiés spécifiquement auprès d'habitants de quartiers défavorisés peut avoir un impact sur les achats alimentaires et favoriser des choix de meilleure qualité nutritionnelle. ■

1. Opticourses comprend un volet « offre », objet du présent article, et un volet « demande », qui est un programme de promotion de la santé constitué d'ateliers sur les achats alimentaires réels des participants [5].

2. La notion de « bon prix » a été déterminée en considérant le prix moyen du produit en France et les prix des produits appartenant au même groupe alimentaire. Les aliments de « bon prix » étaient ceux dont le prix était inférieur à la fois au prix moyen national et au premier tiers des prix des aliments du même groupe [4].

Pour en savoir plus :

La présente étude a fait l'objet d'une publication scientifique dans une revue internationale et d'une traduction dans une revue française :

- Gamburzew A., Darcel N., Gazan R., Dubois C., Maillot M., Tomé D., Raffin S., Darmon N. *In-store marketing of inexpensive foods with good nutritional quality in disadvantaged neighborhoods : increased awareness, understanding and purchasing.* *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2016, n°13, p. 1:104.
- Gamburzew A., Darcel N., Gazan R., Dubois C., Maillot M., Tomé D., Raffin S., Darmon N. *Manger Top, une démarche de marketing social bénéfique en milieu défavorisé.* *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 2017, n°52, p. 181-192.

Évolution de la part budgétaire (en % des dépenses alimentaires) des aliments de bonne qualité nutritionnelle et de bon prix (c'est-à-dire éligibles à Manger Top) entre 2013 (année précédant l'intervention) et 2014 (année de l'intervention dans les magasins tests), calculée pour l'ensemble des aliments achetés et par catégorie d'aliments.

Catégorie d'aliments	Magasins témoins (n=3974)		Magasins tests (n=2651)	
	2013 Moyenne	2014 Moyenne	2013 Moyenne	2014 Moyenne
Tous	21,4	22,0	20,0	21,4
Fruits et légumes	50,7	52,4	48,3	52,5*
Féculents	28,7	29,8	25,7	29,8*
Viande/Poisson/Œuf	15,0	14,7	22,4	22,2
Plats préparés et sandwichs	1,2	1,3	1,3	1,7
Produits laitiers	19,5	19,8	23,1	22,7
Autres	0,4	0,6	0,6	0,8

* l'astérisque indique que l'augmentation observée entre 2013 et 2014 était significativement plus importante dans les magasins tests que dans les magasins témoins.

FINANCEMENTS : LA PRÉSENTE ÉTUDE FAIT PARTIE DU PROJET OPTICOURSES, QUI A ÉTÉ FINANCÉ PAR L'ARS-PACA ET PAR L'INCA (INSTITUT NATIONAL DU CANCER), AVEC UN CO-FINANCEMENT DU FFAS (FONDS FRANÇAIS POUR L'ALIMENTATION ET LA SANTÉ) PLUS SPÉCIFIQUEMENT POUR LE VOLET « OFFRE », OBJET DU PRÉSENT ARTICLE.

LES AUTEURS DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Romon-Rousseaux, M. et al. *Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ?*. Synthèse du rapport, INRA, 2010, p. 233-236.
- [2] Raffin, S. *Le marketing social peut-il améliorer l'efficacité des programmes prévention ?* Cahiers de Nutrition et de Diététique, 2013, n° 48, p. 184-190.
- [3] Darmon, N. et al. *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique* Expertise collective, Inserm, 2014, p. 329-370.
- [4] Dubois, C., Tharrey, M., Darmon, N. *Identifying foods with good nutritional quality and price for the Opticourses intervention research project.* *Public Health Nutrition*, 20(17), p. 3051-3059. Disponible en français dans la revue *Information Diététique*, 2015, n° 2, p. 21-33.
- [5] Perignon, M., Dubois, C., Gazan, R., Maillot, M., Muller, L., Ruffieux, B. *Co-construction and evaluation of a prevention program for improving the nutritional quality of food purchases at no additional cost in a socioeconomically disadvantaged population.* *Current Developments in Nutrition*, 2017, vol. 1, n°(10).

Nutri-Score : un logo sur la qualité nutritionnelle des produits

Aurélie Nisand,
chargée de communication nutrition
et activités physiques,
Direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France.

Actuellement, dans l'Union européenne, le tableau des valeurs nutritionnelles figure obligatoirement sur tous les aliments préemballés¹. Toutefois, il reste bien souvent impossible à décrypter pour les consommateurs. Pour en faciliter la compréhension, le règlement européen autorise l'apposition d'une information nutritionnelle complémentaire sur les emballages.

Par ailleurs, plusieurs études montrent que les consommateurs sont en attente d'une meilleure information sur la qualité nutritionnelle des aliments et qu'ils sont favorables à une information simple présente sur la face avant des emballages. En effet, les logos en face avant seraient mieux compris que les références chiffrées. Les enquêtes de l'Association nationale de défense des consommateurs et usagers (CLCV) de 2006 et 2007 ont montré qu'à peine 30 % des consommateurs comprennent les « apports journaliers recommandés » utilisés par un grand nombre d'industriels de l'agroalimentaire.

Une volonté des pouvoirs publics

Pour améliorer l'accès à une alimentation équilibrée, le gouvernement français a recommandé, dans le cadre de la loi de Santé de 2016 [1], la mise en place d'une information nutritionnelle claire, visible et facile à comprendre pour tous. À l'issue d'une concertation avec les parties prenantes et d'une expérimentation

5 logos adaptés à la qualité nutritionnelle de chaque produit :



en conditions réelles d'achat, l'arrêté du 31 octobre 2017, signé par Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, Stéphane Travert, ministre de l'Agriculture et de l'Alimentation et Benjamin Griveaux, secrétaire d'État auprès du Ministre de l'Économie et des Finances, officialise la recommandation gouvernementale du Nutri-Score.

Le Nutri-Score, un logo nutritionnel synthétique

Le Nutri-Score fournit au consommateur, sur la face visible des emballages, une information facilement compréhensible sur la qualité nutritionnelle globale des produits. Il permet ainsi de comparer les produits en un coup d'œil et d'orienter ses choix vers des aliments de meilleure qualité. Il a été conçu en s'appuyant sur les travaux de l'équipe de Serge Hercberg, professeur de nutrition et directeur de recherche en épidémiologie nutritionnelle.

Ce logo est basé sur une échelle à cinq couleurs (du vert foncé à l'orange foncé), associées à des lettres allant de A, pour les produits de « meilleure qualité nutritionnelle », à E, pour les produits de « moins bonne qualité nutritionnelle ». La catégorie à laquelle appartient l'aliment est mise en avant avec un effet « loupe » (voir échelle visuelle de couleur ci-dessus). Santé publique France a conçu le visuel du logo, établi ses règles d'utilisation, et protégé la marque au niveau français et européen.

Un score validé au niveau international

Le calcul du score, basé sur le score de la Food Standards Agency (FSA), prend en compte, pour 100 grammes de produit, la teneur :

- 1) en nutriments et aliments à favoriser : fibres, protéines, fruits et légumes ;
- 2) en énergie et nutriments à limiter : calories, acides gras saturés, sucres, sel.

Le score obtenu par un produit permet de lui attribuer une lettre et une couleur.

À quelques exceptions près, tous les produits transformés et boissons (sauf les boissons alcoolisées) sont concernés par le Nutri-Score.

Faire évoluer les pratiques de consommation

Complémentaire des repères du Programme National Nutrition Santé (PNNS) qui recommandent, par exemple, de consommer au moins 5 fruits et légumes par jour ou de limiter la consommation de produits sucrés, le Nutri-Score aide le consommateur à :

- choisir entre plusieurs produits d'un même rayon : les céréales du petit-déjeuner, par exemple, peuvent avoir un score compris entre A et E. En un coup d'œil, il pourra choisir, parmi les différents types de céréales, celles qui ont la meilleure qualité nutritionnelle ;
- comparer la qualité nutritionnelle pour un même produit de différentes marques : les lasagnes à la bolognaise

L'ESSENTIEL

► En France, depuis le 31 octobre 2017, un arrêté interministériel préconise l'utilisation du logo Nutri-Score pour délivrer une information nutritionnelle simplifiée en face avant des emballages des aliments et boissons.

► Fondé sur les travaux de l'équipe du Professeur Hercberg, le Nutri-Score est une marque de Santé publique France. Il permet de comparer plus facilement les produits en les classant sur une échelle à cinq couleurs associées à des lettres, de A (vert foncé) pour les produits de meilleure qualité nutritionnelle, à E (orange foncé) pour ceux de moins bonne qualité.

► En mars 2018, 52 marques s'étaient déjà engagées à apposer ce logo sur l'ensemble de leurs produits. Elles disposent de 24 mois pour déployer le dispositif sur leurs emballages.

vendues en grande distribution, par exemple, peuvent être classées en A, B, C ou même D selon les marques.

Une efficacité démontrée

L'étude en conditions réelles d'achat, qui s'est déroulée de septembre à décembre 2016, visait à comparer quatre systèmes d'étiquetage en fonction de leur impact sur la composition nutritionnelle des paniers alimentaires achetés en supermarchés. Elle a permis de démontrer scientifiquement l'effet des logos en vie réelle ; les producteurs et les distributeurs y ont été associés. En complément, une étude menée par le CREDOC a permis d'évaluer l'efficacité des différents systèmes d'étiquetage au regard de leur compréhension et appréciation par les consommateurs, et de leur capacité à attirer l'attention et à modifier les croyances sur la qualité nutritionnelle des produits.

La combinaison des approches utilisées lors de l'expérimentation fait apparaître une supériorité d'ensemble assez nette pour le Nutri-Score. Il a ainsi été observé que le Nutri-Score produit plus souvent que les autres une amélioration de la qualité nutritionnelle des achats. Cet avantage est plus marqué encore lorsqu'on observe spécifiquement le comportement des consommateurs qui achètent les produits les moins chers. De plus, celui-ci est le plus visible, le mieux compris, et

remporte l'adhésion des consommateurs. Le Nutri-Score est par ailleurs le seul logo à ne jamais entraîner de dégradation de la qualité nutritionnelle des achats.

À cet égard, le Nutri-Score peut être considéré comme un dispositif de santé publique efficace en termes de réduction des inégalités sociales de santé.

Agir sur l'environnement des consommateurs

Deux études ont démontré l'impact positif de l'introduction d'un logo nutritionnel sur l'offre alimentaire via les reformulations de produits [2 ; 3]. En effet, les logos aideraient à mobiliser les équipes de recherche et développement de l'industrie agroalimentaire en induisant une compétition nutritionnelle entre les produits de différentes marques. Un changement de couleur du Nutri-Score sur un produit étant immédiatement visible du consommateur, cela encourage les marques à limiter, lorsque c'est possible, la quantité de sucre, de sel, ou de graisses dans leurs recettes.

Un calculateur élaboré par l'Institut national de la recherche agronomique (INRA) avec l'aide de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) a été mis à disposition des entreprises au premier semestre 2018 pour les aider à calculer le score de leurs produits, mais aussi pour leur permettre de faire des simulations dans le but de trouver des solutions pour améliorer leurs recettes.

Cette amélioration de l'offre de produits transformés bénéficiera à la santé de tous les Français, et notamment de ceux qui ne tiennent pas forcément compte de la qualité nutritionnelle de ce qu'ils achètent et qui sont les plus éloignés des recommandations.

Par ailleurs, une étude fondée sur un supermarché expérimental en ligne a mis en évidence que, si le Nutri-Score permet au consommateur d'améliorer la qualité nutritionnelle de son panier d'achat, il n'augmente pas son prix moyen.

Une mise en place progressive

Ainsi que l'impose la réglementation européenne, l'application du système d'information nutritionnelle repose sur le volontariat des entreprises de l'agroalimentaire et des distributeurs.

Si ces derniers possèdent plusieurs marques, ils ne sont pas tenus d'apposer le Nutri-Score pour l'ensemble de leurs marques, en revanche, une marque affichant le Nutri-Score doit le faire sur l'ensemble de ses emballages.

En mars 2018, 52 entreprises s'étaient déjà engagées en faveur du Nutri-Score [4] : des entreprises de l'agroalimentaire, mais également des distributeurs, qui apposent le logo sur les produits de leurs marques propres. Suite à leur engagement, ils disposent de 24 mois pour mettre à jour leurs emballages. En fonction des cycles de renouvellement des emballages et de l'évolution de l'adhésion des entreprises, le Nutri-Score devrait donc apparaître progressivement au cours des 6 prochains mois sur les emballages des produits des marques qui se sont engagées à l'utiliser, et sur les sites e-commerce des distributeurs engagés.

La France va désormais agir au niveau européen pour faire part de son expérience et promouvoir le Nutri-Score. Une harmonisation européenne serait en effet la bienvenue, tant pour les consommateurs que pour les producteurs. ■

1. Entré en vigueur le 13 décembre 2014, le règlement n°1169/2011 du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2011 concernant l'information sur les denrées alimentaires, dit « INCO », modernise, clarifie et simplifie la législation en matière d'étiquetage et d'information sur les denrées alimentaires.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. En ligne, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
- [2] Vyth EL., Steenhuis IH., Roodenburg AJ., Brug J., and Seidell JC. *Front-of-pack nutrition label stimulates healthier product development : a quantitative analysis*. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2010, n°7, p. 65.
- [3] Young L., Swinburn B. *Impact of the Pick the Tick food information programme on the salt content of food in New Zealand*. Health Promotion International, 2002, n°17, p. 13-19.
- [4] Santé publique France, Trois mois après son lancement, 33 entreprises de l'agro-alimentaire et de la grande distribution déjà engagées dans le Nutri-Score®. En ligne, <https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presses/Tous-les-communiqués/Trois-mois-apres-son-lancement-33-entreprises-de-l-agro-alimentaire-et-de-la-grande-distribution-deja-engagees-dans-le-Nutri-Score-R>

Nutrition : vers une politique basée sur les environnements favorables

Thierry Lang,

épidémiologiste, professeur à l'Université Toulouse III – Paul Sabatier, membre du pôle de recherche en épidémiologie et santé publique à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), directeur de l'Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS). Copilote du groupe ayant rédigé le rapport pour le Haut Conseil de la santé publique (HCSP),

Serge Hercberg,

épidémiologiste, professeur à l'Université Paris XIII, membre de l'équipe de recherche en épidémiologie nutritionnelle. Copilote du groupe ayant rédigé le rapport pour le HCSP.

Promouvoir les environnements favorables pour réduire les inégalités sociales de santé est une préoccupation ancienne en santé publique. Les modèles tels que ceux de Dahlgren et Whitehead mettent bien en évidence comment les comportements s'intègrent dans un contexte micro-, méso- et macro-social plus large qui les influence et sans la modification duquel changer les comportements pour un individu est difficile. Les travaux de sociologie et d'épidémiologie sociale ont montré l'inscription de ces comportements dans leurs environnements géographiques, culturels et socio-économiques. Enfin, toute l'approche de la promotion de la santé est fondée sur le fait que la santé et ses inégalités ne peuvent être améliorées sans prise en compte de l'environnement, soit directement, soit par son impact sur les comportements. Cette idée simple, déjà ancienne si l'on prend en référence la Charte d'Ottawa

(1986), ne pénètre en France que très progressivement, certaines initiatives restant marquées du sceau d'une prévention individuelle. La conception médicale de la santé, dominante en France, a été très longtemps fondée sur une relation médecin-malade exclusive, dans un état d'apesanteur sociale. La conception d'environnements favorables à la santé se heurte donc à cette conception médicale. Elle est dérangeante, dans la mesure où elle remet en cause et oblige à réfléchir à l'ensemble de l'environnement et introduit la santé dans toutes les politiques, ce qui conduit à promouvoir une politique intersectorielle et interministérielle.

Renforcer l'approche environnementale par rapport à l'approche individuelle

On sait pourtant que l'approche individuelle néglige l'impact de l'environnement et favorise les inégalités sociales de santé, notamment dans le domaine de la nutrition. Ceci est bien montré et rappelé dans plusieurs articles de ce numéro spécial. Les innovations et les comportements sains sont adoptés en premier par les catégories les plus favorisées de la population. Elles disposent en effet de plus de ressources financières et culturelles pour être informées et adopter ces modifications de comportements. La santé et sa préservation sont des priorités que les personnes gèrent au sein de leurs difficultés de vie. Il faut avoir l'esprit libre pour prioriser la santé au milieu des embarras financiers, des difficultés à se loger ou à trouver un emploi tout en élevant seul des enfants etc. Il est plus facile de faire attention à sa santé quand ces problèmes de vie sont déjà résolus.

Malgré la priorité accordée depuis plusieurs années à la réduction des inégalités sociales de santé, la démarche individuelle reste largement le levier central des politiques de santé.

Les recommandations du Haut Conseil de la santé publique publiées en 2017 dans son rapport sur la politique nationale nutritionnelle (PNNS4) introduisent une rupture dans ces conceptions. Du rapport PNNS3 à la PNNS4, l'ambition affichée passe d'un programme à une véritable politique nationale, ce qui implique des enjeux élargis et en particulier des enjeux interministériels étendus à d'autres secteurs, tels que l'agriculture, les médias, le commerce ou les projets urbains, en se situant d'emblée dans une véritable politique européenne. L'évolution des différents PNNS depuis le premier rapport a été très marquée pour ce qui est des inégalités sociales de santé. Schématiquement non incluses dans le premier, elles ont été centrées sur les questions de précarité et d'exclusion dans le second PNNS, avant d'être discutées et annoncées dans le troisième PNNS sans véritable proposition de prendre en compte le gradient social de santé au-delà des populations marginales. Outre le fait de s'appuyer sur des mesures incitatives et fondées sur le volontariat, l'inscription des actions est avant tout régionale. Il en résulte une grande diversité de politiques en matière nutritionnelle soulignée par les travaux de recherche, ce qui peut possiblement contribuer à des inégalités territoriales [1].

La notion d'environnement favorable est particulièrement sensible en matière de nutrition. L'existence d'inégalités sociales de santé dans les com-

Dossier

Environnements favorables à une alimentation saine : une réponse aux inégalités ?



L'ESSENTIEL

► Dans leurs recommandations de 2017 sur la nutrition, les experts du Haut Conseil de la santé publique préconisent d'agir prioritairement sur les environnements favorables plutôt que sur l'approche individuelle. C'est, rappellent-ils, de cette manière que l'on pourra mieux lutter contre les inégalités.

► S'ensuit une série de préconisations parmi lesquelles : taxer les produits alimentaires de faible qualité nutritionnelle et subventionner les aliments de bonne qualité nutritionnelle ; améliorer la restauration collective, cantines incluses, en ayant recours à des réglementations contraignantes ; contrôler la publicité pour les aliments de faible qualité nutritionnelle à la télévision, à la radio et dans la presse mais aussi sur internet et dans les réseaux sociaux afin de protéger les enfants ; améliorer l'environnement des villes pour rendre plus accessible l'activité physique ; agir dès l'enfance, au moment où s'acquièrent les comportements et parce que les inégalités sociales de santé se construisent pendant cette période ; rendre le bio plus accessible afin que les moins favorisés puissent avoir accès à une alimentation moins chargée en résidus toxiques et pesticides, etc. Une feuille de route complète et ambitieuse pour les années à venir.

portements alimentaires et le statut nutritionnel, la fréquence et la nature de l'activité physique, la prévalence de l'obésité, l'adhésion différentielle aux recommandations du PNNS sont autant de faits qui sont connus et qui montrent une forte stratification sociale de l'ensemble de ces comportements. En effet, on a déjà rappelé que ce sont les populations les plus favorisées qui suivent le mieux les recommandations du PNNS.

Limites des mesures fondées sur le volontariat

Les recommandations du HCSP ouvrent de nouvelles pistes. Elles proposent de passer du système d'actions fondées sur le volontariat, qui repose sur la « bonne volonté » des opérateurs économiques concernés, à des réglementations impliquant des politiques publiques plus larges, interministérielles. Ces démarches font suite à l'analyse des limites et des succès obtenus par un système de volontariat, que ce soit dans le domaine de l'alimentation (voir par exemple les chartes d'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments) ou dans le domaine du marketing et de la publicité. Les limites observées de ces approches fondées sur le volontariat aboutissent à proposer de traduire l'action sur les environnements favorables en politiques publiques, législatives ou réglementaires, en veillant à l'insertion de ces mesures dans un cadre européen qui n'est pas figé et peut évoluer. L'intérêt suscité à ce niveau par le Nu-

tri-Score en témoigne. L'arrêté du 31 octobre 2017 publié au J.O. de la République française après l'aval de la Commission européenne recommandant l'utilisation du Nutri-Score sur les emballages des aliments préemballés est en effet une avancée majeure. Elle fait suite à la reconnaissance de l'intérêt d'une information sur la qualité nutritionnelle des produits qui soit simple, compréhensible et accessible à tous et de la difficulté de fournir cette information aux consommateurs. L'intensité de réaction des lobbies agro-alimentaires souligne les limites d'une approche fondée sur le volontariat [2].

La transformation de cette volonté d'agir sur les environnements favorables se traduit par des propositions du HCSP de mesures législatives et réglementaires sur l'environnement et qui mettent l'accent sur l'enfance [3]. En ce qui concerne l'environnement, le HCSP propose une taxation sous forme d'accises sur les produits alimentaires de faible qualité nutritionnelle, c'est-à-dire de forte densité calorique et riches en acides gras, en sucres et en sel. Pour être efficace et équitable, cette taxation doit être accompagnée de subventions permettant de rendre plus accessibles financièrement les aliments de bonne qualité nutritionnelle. C'est également l'intérêt des coupons destinés à acheter des fruits et légumes, empruntant des circuits de distribution non stigmatisants, comme c'est le cas pour un certain nombre d'aides actuelles dans d'autres domaines. Des



© Christophe Noël/ Mairie de Paris

réglementations visant à limiter la teneur en sucres, acides gras ou sel des aliments proposés et ainsi d'améliorer la qualité de la restauration collective et de l'offre dans les distributeurs automatiques payants sont proposées. De même, il est recommandé d'instaurer une régulation visant la publicité à la télévision, à la radio et dans la presse pour les aliments de faible qualité nutritionnelle et que celle-ci soit étendue aux nouvelles technologies de la communication (internet, réseaux sociaux...). L'activité physique est un élément essentiel de la politique nutritionnelle pour laquelle la place de l'environnement est majeure. Des mesures réglementaires sont proposées pour augmenter la part des environnements favorables à l'activité physique dans la ville, par exemple les pistes cyclables, la sécurité des espaces publics ou l'éclairage des rues. Enfin, pour que l'incitation à l'éducation thérapeutique nutritionnelle ne soit pas que théorique, il s'agit de lever l'obstacle financier à des conseils nutritionnels professionnels, mesure pour laquelle un forfait nutrition est proposé.

Cependant, on sait que les inégalités sociales de santé se construisent dans l'enfance. Sur l'obésité, les enquêtes ont bien montré la stabilisation de la prévalence de l'obésité dans la population générale des enfants, mais dans le même temps l'accroissement des inégalités sociales. Le fait est que les comportements s'acquièrent dès l'enfance, avec la construction de la

santé à l'âge adulte pour les maladies métaboliques. L'enfance est donc une période qui devrait être mise à profit pour la prévention à un stade de la vie auquel les comportements ne sont pas encore fixés.

Outre cet accent sur les comportements, dès le plus jeune âge, des réglementations contraignantes sur la restauration collective, notamment dans les écoles, mais également en dehors du temps scolaire, sont proposées.

Enfin l'interdiction de la publicité à la télévision pour les aliments dont la qualité nutritionnelle n'est pas favorable devrait être étendue depuis les programmes destinés spécifiquement aux enfants à des plages horaires plus larges de manière à les protéger et tenir compte du fait que les enfants regardent aussi certains programmes destinés aux adultes.

Cette volonté de créer des environnements favorables ne passe pas exclusivement par la poursuite de campagnes d'information, de prévention et d'éducation thérapeutique. Il s'agit également de valoriser les initiatives locales, en repérant des initiatives prometteuses, notamment celles qui prennent en compte la diversité culturelle et en favorisant à la fois leur évaluation et les conditions de leur transfert.

En somme, traduire la préoccupation pour les environnements favorables est un engagement politique interministériel fort. Au-delà de la problé-

matique nutritionnelle, se pose également la question des résidus toxiques ou des pesticides dans l'alimentation ainsi que la question de la durabilité. Là encore, des préoccupations vis-à-vis des inégalités sociales doivent inciter à rendre plus accessibles, par des mesures politiques adaptées, les aliments biologiques et issus de circuits courts. Leurs prix, souvent plus élevés que les produits conventionnels, sont susceptibles d'induire de nouvelles inégalités d'exposition aux résidus toxiques et aux pesticides. Seule une réglementation nationale pourrait empêcher cette stratification d'exposition. Une politique nutritionnelle efficace ne peut donc être qu'interministérielle. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Honta M., Haschar-Noé N., Salle L. *La fabrique des territoires de santé publique en France : une analyse comparée de la mise en œuvre du Programme National Nutrition Santé en Aquitaine, Midi-Pyrénées et Nord-Pas-de-Calais*, Cahiers Géographie, Québec, 2011, n°55, p. 257-299.

[2] Julia C., Etilé F., Hercberg S. *Front-of-Pack Nutri-Score labelling in France : an evidence-based policy*. Lancet Public Health, 2018.

[3] HCSP. *Pour une Politique nutritionnelle de santé publique en France*. PNNS 2017-2021. Rapport en ligne : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=632>

AGIR SUR LES ENVIRONNEMENTS POUR MIEUX LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS

Mesures réglementaires et fiscales visant à modifier l'environnement nutritionnel

« Le HCSP recommande :

- que le profil nutritionnel synthétique de la Food Standards Agency, modifié et adapté au contexte français par le HCSP en 2015 (FSAm/HCSP) soit retenu pour définir la qualité nutritionnelle des aliments ;
- de définir par voie réglementaire des standards de composition nutritionnelle (limites maximales) par catégories ou familles d'aliments ;
- que soit mise en place une taxe d'accise dépendant du profil nutritionnel des produits pour les produits préemballés relevant du champ d'application du règlement européen INCO, et inclus dans la catégorie Nutri-Score D et E ;
- de mettre en place, à l'échelle nationale, une allocation sous forme de coupons spécifiques pour l'achat de fruits et légumes destinés aux populations défavorisées et disposant de peu de ressources ;
- de mettre en place des mesures réglementaires et fiscales pour améliorer l'accessibilité physique à une offre de bonne qualité nutritionnelle en restauration collective, pour l'ensemble des établissements publics ou privés recevant du public et la grande distribution ;
- d'augmenter les moyens dédiés à l'amélioration de l'offre alimentaire dans les structures de l'aide alimentaire.

Aménagement du territoire et urbanisme

Le HCSP recommande au niveau de l'urbanisme, de promouvoir dans les politiques publiques nationales, régionales, départementales et locales la prise en compte de l'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique.

Communication et marketing

Le HCSP recommande :

- de réglementer le marketing et d'interdire les communications commerciales ainsi que les ventes promotionnelles (vente avec prime, vente par lots, jeux promotionnels) et la promotion des marques agro-alimentaires associées pour les aliments de pauvre qualité nutritionnelle (classés D et E selon le Nutri-Score) ;
- d'interdire l'utilisation de tous supports publicitaires à destination des moins de 16 ans pour des aliments classés D ou E selon le Nutri-Score ;

- de concevoir des interventions utilisant les outils digitaux ;
- que le Nutri-Score soit reconnu désormais comme le seul format de signalétique autorisé en France en face avant des emballages alimentaires.

Interventions et programmes de prévention

Le HCSP recommande :

- de développer de nouvelles actions d'éducation nutritionnelle en interministériel, avec l'ensemble des structures concernées (Éducation Nationale, collectivités locales et territoriales, ministère des Sports, monde associatif ou encore acteurs de l'agriculture) permettant d'avoir un accès à la population des enfants (temps périscolaire, centres de loisirs, etc.) ;
- de (ré)éditer une information massive auprès des femmes en âge de procréer et des professionnels de santé quant à l'importance cruciale de la supplémentation en acide folique.

Gouvernance

Le HCSP recommande :

- d'organiser la gouvernance de la Politique Nutritionnelle de Santé Publique autour d'une structure interministérielle ayant en charge les aspects exécutifs de la PNNS, c'est-à-dire les actions et politiques visant explicitement à contribuer aux objectifs de la PNNS, et une structure de contrôle et d'évaluation de la conformité des politiques publiques aux objectifs de santé publique inscrites dans la PNNS. Les aspects exécutifs de la PNNS devront être confiés au Comité Interministériel pour la Santé, (CIS) créé le 18 juin 2014 par décret (n°2014-629) ;
- le contrôle et l'évaluation des politiques publiques pouvant affecter la santé nutritionnelle et l'activité physique par un comité scientifique pluridisciplinaire ;
- d'identifier un cadre régional piloté par l'ARS permettant de réunir tous les acteurs politiques concernés par la nutrition/santé au niveau régional. »

Précision : faute de place, nous n'avons pas pu reproduire ici l'ensemble des recommandations et en particulier celles portant sur les thématiques suivantes : allaitement maternel, système de soins, formation, suivi de la politique nutritionnelle, recherche, prévention des conflits d'intérêt. Se référer au rapport intégral <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdopaine?clefr=632.ra>. Rapport publié en 2017.



La rubrique « Pour en savoir plus » propose des ressources documentaires en complément du dossier thématique. Pour ce dossier consacré aux environnements favorables à une alimentation saine, nous nous sommes concentrés sur des ressources faisant référence aux deux champs concernés : la promotion d'une alimentation saine en agissant sur l'environnement et la réduction des inégalités sociales de santé.

Ce numéro fait résonance avec des dossiers antérieurs de la revue :

Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations, 2014, n° 428.

En ligne : <http://inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-428.pdf>

Réduire les inégalités sociales dès la petite enfance, 2013, n° 426.

En ligne : <http://inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-426.pdf>

Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention, 2011, n° 414.

En ligne : <http://inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf>

Populations précarisées : l'accessibilité de l'alimentation, 2009, n° 402.

En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-402.pdf>

Comment réduire les inégalités sociales de santé, 2008, n° 397.

En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-397.pdf>

Sandra Kerzanet,

documentaliste, Santé publique France

POLITIQUES NUTRITIONNELLES

MONDE

• OMS. **Better food and nutrition in Europe. Progress report.** Bureau régional, Copenhague, 2017 : 51 p.

En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/355973/ENP_eng.pdf

• OMS. **Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020.** Vienne (Autriche), 4 et 5 juillet 2013 : 4 p.

En ligne : <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/vienna-declaration-on-nutrition-and-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020-2013>

EUROPE

• OMS. **Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020.** Rapport, Bureau régional de l'Europe, 2014 : 27 p.

En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/254593/64wd14f_FoodNutAP_140426.pdf

FRANCE

• Haut conseil de Santé publique. **Avis relatif aux objectifs de santé publique quantifiés pour la politique nutritionnelle de santé publique (PNNS) 2018-2022.** Paris, HCSP, 2018 : 22 p. En ligne : <https://www.cdc.gov/healthyplaces/healthtopics/healthyfood/community.htm>

• Haut conseil de Santé publique. **Propositions pour une Politique Nationale Nutrition Santé à la hauteur des enjeux de santé publique en France. PNNS 2017-2021.** Paris, 2017 : 170 p. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hc000933.pdf>



© Jean-Pierre Vigandé Maire de Paris

• **IGAS. Évaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et du plan obésité 2010-2013. Rapport N°2016-020R.** Paris : IGAS, 2016 : 151 p. *En ligne* : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-020R_PNNS-VDEF.pdf

ÉTUDES NUTRITIONNELLES

• **ANSES, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3).** Rapport d'expertise collective, 2017 : 564 p. *En ligne* : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2014SA0234Ra.pdf>

• **Escalon H., Bossard C., Beck F. dir. Baromètre santé nutrition 2008.** Saint-Denis, coll. Baromètres santé, 2009 : 424 p. *En ligne* : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1270.pdf>

• **Grange D., Castetbon K., Guibert G., Vernay M., Escalon H., Delannoy A., Féron V., Vincelet C. Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire.** Étude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005. Observatoire régional de santé Île-de-France, Institut de veille sanitaire, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2013, 186 p. *En ligne* : http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/61352/243667/version/2/file/rapport_abena_2011_2012.pdf

• **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).** INPS Saint-Maurice, coll. Maladies chroniques et traumatismes, 2007 : 74 p. *En ligne* : http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2007/nutrition_enns/index.html

• **Verdot C., Torres M., Salanave B., Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015.** Résultats de l'étude esteban et évolution depuis 2006. BEH, 2017, n° 13. *En ligne* : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/13/pdf/2017_13.pdf

ENVIRONNEMENT

RAPPORT, ENQUÊTES

• **Blanc N., Courbet D., Deplaud MO. Agir sur les comportements nutritionnels. Réglementation, marketing et influence des communications de santé. Expertise collective.** INSERM, Montrouge : EDP Sciences, 2017 : 412 p. *En ligne* : <http://hdl.handle.net/10608/7472>

• **Blouin C. Les instruments économiques pour favoriser la saine alimentation : synthèse des connaissances.** Québec : INSPQ communautés, 2017 : 77 p. *En ligne* : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2247_instruments_economiques_favoriser_saine_alimentation.pdf

• **Conseil national d'évaluation du système scolaire (Cnesco). Qualité de vie à l'école. Enquête sur la restauration et l'architecture scolaires.** Cnesco, 2017 : 33 p. *En ligne* : http://www.cnesco.fr/wp-content/uploads/2017/10/170929_Note_QdeVie_VF.pdf

• **Comité scientifique sur la prévention de l'obésité. Pour des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids.** Fiche thématique. Montréal : INSPQ, 2016 : 8 p. *En ligne* : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/comite-obesite/pour_des_environnements_favorables.pdf et sur <https://www.inspq.qc.ca/prevention-de-l-obesite/fiches/environnements-favorables>

• **Fabrique Territoires Santé, Alimentation et territoires : comment garantir localement une alimentation de qualité et accessible à tous ?** Dossier, 2018 : 75 p. *En ligne* : https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/dossier_alimentation_et_territoires.pdf

• **Ducrot P. Approche épidémiologique des choix alimentaires lors de l'approvisionnement et de la préparation des repas : déterminants et associations avec l'alimentation et le statut pondéral.** Thèse de doctorat en Santé et Santé publique dirigée par Serge Hercberg. Université Paris 13, 2016.

• **Groupe d'étude des marchés de restauration collective et de nutrition (GEMRCN), Observatoire économique de l'achat public (OEAP). Recommandations nutritionnelles pour le milieu scolaire.** Paris : Ministère des finances et des comptes publics, Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, 2015 : 18 p. *En ligne* : https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/daj/marches_publics/oeap/gem/nutrition/fiche-nutrition-milieu-scolaire.pdf

• **Santé Canada, La saine alimentation après l'école. Intégration de la saine alimentation dans les initiatives d'activité physique offertes après l'école.** Ministère de la Santé, Ottawa, 2012 : 56 p. *En ligne* : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/pdf/pubs/nutrition/heas-saae/heas-saae-fra.pdf

• **Ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids.** Institut national de santé publique du Québec, 2012 : 24 p. *En ligne* : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-289-03.pdf>

• **Ministère de la Santé et des Services sociaux. Vision de la saine alimentation - Pour la création d'environnements alimentaires favorables à la santé.** Plan d'action, 2010 : 8 p. *En ligne* : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-289-06F.pdf>

• **WHO Europe. Tackling food marketing to children in a digital world : trans-disciplinary perspectives. Children's rights, evidence of impact, methodological challenges, regulatory options and policy implications for the WHO European Region.** Copenhagen, 2016. *En ligne* : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/322226/Tackling-food-marketing-children-digital-world-trans-disciplinary-perspectives-en.pdf



© Jean-Pierre Vigoulet/ Mairie de Paris

ARTICLES

- **Alaimo K., Beavers AW., Crawford C., Snyder EH., Litt JS. Amplifying Health Through Community Gardens : A Framework for Advancing Multicomponent, Behaviorally Based Neighborhood Intervention.** *Current Environmental Health Reports*, 2016, vol. 3, n° 3 : p. 302-312.
 - **Davis JN., Spaniol MR., Somerset S. Sustainance and sustainability : maximizing the impact of school gardens on health outcomes.** *Public Health Nutrition*, 2015, vol. 18, n° 13 : p.358-367.
 - **Larson N., Story M. A review of environmental influences on food choices.** *Annals of Behavioral Medicine*, 2009, vol. 38.
 - **Morin P., Demers K., Gray-Donald K., Mongeau L. Foods offered in Quebec school cafeterias : do they promote healthy eating habits ? Results of a provincial survey.** *Canadian Journal of Public Health*, 2012, vol. 103, n° 4.
 - **Schwartz MB., Just DR., Chiqui JF., Ammerman AS. Appetite self-regulation : Environmental and policy influences on eating behaviors.** *Obesity*, 2017, vol. 25.
 - **Swinburn B., Egger G., Raza F. Dissecting obesogenic environments : the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity.** *Preventive Medicine*, 1999, vol. 29, n° 6 : p. 563-70.
- ARTICLES SUR LES JARDINS PARTAGÉS**
- **Langlois G. Les Jardins du cœur cultivent la solidarité à Valenciennes.** *La Gazette santé social*, 2017, n° 137 : p. 41-43.
 - **Litt JS., Soobader MJ., Turbin MS., Hale JW., Buchenau M., Marshall JA. The influence of social involvement, neighborhood aesthetics, and community garden participation on fruit and vegetable consumption.** *American Journal of Public Health*, 2011, vol. 101, n° 8 : p.1466-1473. *En ligne* : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134498/pdf/1466.pdf>
- **Pilon C. Les jardins partagés pour dynamiser les quartiers et les territoires.** *En Bref*, 2016, n° 18 : 4 p. *En ligne* : <http://www.cget.gouv.fr/sites/cget.gouv.fr/files/atoms/files/en-bref-18-cget-05-2016.pdf>
- INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ**
- RAPPORT, ENQUÊTES**
- **Agence nationale de sécurité sanitaire, alimentation, environnement, travail (ANSES). Disparités socioéconomiques et apports alimentaires et nutritionnels des enfants et adolescents.** *Avis de l'Anses. Rapport d'étude.* Maisons-Alfort, ANSES, 2012 : 45 p. *En ligne* : <http://www.anses.fr/fr/documents/NUT2012sa0085Ra.pdf>
 - **Badia B., Brunet F., Carrera A. Inégalités sociales et alimentation. Quels sont les besoins et les attentes en termes d'alimentation des personnes en situation d'insécurité alimentaire et comment les dispositifs d'aide alimentaire peuvent y répondre au mieux ?** FORS-Recherche sociale, Paris, 2014 : 182 p. *En ligne* : <http://agriculture.gouv.fr/telecharger/71709?token=8fb7e768a877834611579a7fe822eb37>
 - **Damien T. Favoriser l'accès pour tous à une alimentation de qualité, saine et équilibrée.** *Rapport.* Conseil économique, social et environnemental, Paris, 2014 : 82 p. *En ligne* : http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2014/2014_04_acces_alimentation_saine.pdf
 - **Inpes. Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêts d'une approche locale et transversale.** Saint-Denis, Inpes, 2013 : 12 p. *En ligne* : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1451.pdf>
 - **Inserm. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique.** *Rapport.* Paris, éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2014. *En ligne* : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000279.pdf>
 - **Moleux M., Schaetzel F., Scotton C. Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action.** *Rapport.* Paris, IGAS, 2011 : 124 p. *En ligne* : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf>

• Potvin L., Moquet MJ., Jones CM. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis, Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 380 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1333.pdf>

ARTICLES

• Coquart J. Inégalités sociales de santé. Peut-on agir sur la nutrition? Science & santé, 2013, n° 16 : p. 18-19. En ligne : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/7155/2013_16_18.pdf?sequence=1&isAllowed=y

• Lang T. et al. Les inégalités sociales de santé. Dossier. Actualité et dossier en santé publique, 2010, n° 73 : p. 7-57. En ligne : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=113>

• Marquez AC., Gaigi H., Charreire H. Les stratégies d'approvisionnement alimentaire d'habitants de quartiers pauvres et excentrés. La Santé en action, 2016, n° 435 : p. 60-62. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-435.pdf>

• Marquez AC., Barthélémy C., Charreire H., Gaigi H., Darmon N. Une démarche pluridisciplinaire exploratoire pour analyser les pratiques d'approvisionnement d'habitants de quartiers défavorisés (le cas de Marseille). La Santé en action, 2016, n° 435 : p. 6-8.

• Soler LG. Politiques nutritionnelles : quels impacts possibles sur les inégalités sociales de santé ? Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2016, vol. 64, suppl. 2.

UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ

• Lang T., Soler LG. Inégalités sociales de santé et nutrition : vers une politique d'universalisme proportionné ? Actualité et dossier en santé publique, n° 87, 2014 : p. 43-45. En ligne : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/ADSP/87/ad874345.pdf>

• Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health. OMS, 2008 : 246 p.

• Ville-Santé, réseau français. Universalisme proportionné : Lutte contre les inégalités sociales de santé dès la petite enfance. OMS, 2017 : 4 p. En ligne : http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/brochure_PVS13_universalisme-proportionne_juin2017.pdf

ACTIONS DE TERRAIN

• Baril G., Paquette MC., Mongeau L., Laguë J. Normes sociales, poids et image corporelle au Québec : deux exemples d'actions préventives. Québec, INSPQ : 24 p. En ligne : https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=65862

• Ducrot P., Delamaire C., Serry AJ. Recensement et propositions pour le développement d'interventions efficaces sur l'alimentation et l'activité physique en direction des jeunes. Résultats de l'action 11.6 du Plan Cancer 2014-2019. Saint-Maurice, Santé publique France, décembre 2017 : 80 p. En ligne : http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/nutrition/rapport2017_alimentation-activite-physique/interventions-alimentation-activite-physique-jeunes.pdf

• Le Bodo Y., Blouin C., Dumas N. Comment faire mieux ? L'expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité. Québec, INSPQ, 2016 : 380 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2121_comment_faire_mieux.pdf

• Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ville de Marseille. Agir au niveau local dans le cadre du PNNS : implication des élus et des acteurs de terrain. Expériences et perspectives. Colloque, Marseille, 2011.

OUTILS D'INTERVENTION, GUIDES POUR L'ACTION

• La Santé en action, Alimentation à tout prix. Saint-Denis, Inpes, n° 435, mars 2016. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-435.pdf>





© Martin Bertrand / Hans Lucas

- **National Center for Environmental Health. Community Gardens.** En ligne : <https://www.cdc.gov/healthyplaces/healthtopics/healthyfood/community.htm>

- **Santé publique France, Fourchettes & Baskets.** Saint-Denis, Inpes, 2012. En ligne : http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-education/outils/fourchettes_baskets/index.asp

- **Catherine Spièce, Inégalités sociales de santé. Fiche alimentation. L'outil pédagogique : la scie pour les réduire ou le marteau pour mieux les fixer ?** PIPSa, 2011 : 12 p. En ligne : <http://www.pipsa.be/medias/ressources/2012/productionsPIPSa/Inegalites-sociales-de-sante-Fiche-alimentation.pdf>

- **Santé publique France, Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêts d'une approche locale et transversale.** Saint-Denis, Inpes, 2013 : 12 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/pdf/brochure-elus.pdf>

ORGANISMES

- **Fabrique Territoires Santé**

Cette extension de la plateforme nationale de ressources Ateliers Santé Ville s'adresse à l'ensemble des acteurs parties prenantes dans la fabrique de dynamiques territoriales de santé sur tout le territoire français, y compris les territoires ultramarins, en particulier dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville et les territoires ruraux.

Les missions de Fabrique Territoires Santé sont notamment de :

Faire du lien, donner la possibilité d'être relié, rassembler les énergies et les initiatives et ainsi constituer un réseau national référent pour les acteurs locaux, régionaux et nationaux.

Mieux se connaître, partager des savoirs et des expériences, échanger des pratiques et des réflexions. Utiliser pour cela tous les moyens qui facilitent ce maillage : rencontres, journées d'échanges de pratiques, site internet, newsletter, forum...

Favoriser la qualité des programmes et des projets menés sur les territoires en poursuivant un travail de capitalisation des dyna-

miques, outils, méthodes et actions, ainsi qu'en facilitant l'accès à l'information et aux ressources nécessaires à leur fonctionnement, en diffusant les acquis en termes de démarches qui fonctionnent, comme celles des Ateliers Santé Ville, et de connaissance des situations sanitaires et sociales des territoires, en soutenant les échanges de pratiques et d'analyses à l'échelle nationale, régionale ou inter-régionale et enfin en contribuant à la réflexion sur la promotion de la santé et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

<https://www.fabrique-territoires-sante.org>

- **Observatoire des inégalités**

Cet organisme indépendant d'information et d'analyse sur les inégalités, financé par des subventions publiques et le mécénat d'entreprises, présente des données relatives aux revenus, à l'éducation, aux conditions de vie ou encore aux inégalités entre hommes et femmes.

<http://www.inegalites.fr>

- **Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé**

Le réseau français des Villes-Santé est un dispositif de promotion de la santé initié en 1986 par l'OMS. Ses objectifs sont d'améliorer les conditions de vie et de travail, la qualité de l'environnement, les relations sociales ainsi que la culture au sein des villes. En France, le réseau est composé de soixante-dix villes et de deux communautés d'agglomération. Le site du réseau met à disposition une base des données qui recense l'ensemble des actions menées sous la rubrique « les villes du réseau et leurs actions ».

<http://www.villes-sante.com>

Wonder : voyage dans le regard des autres

Un film de Stephen Chbosky

États-Unis, 2017, 1h53



Michel Condé,
docteur ès lettres, animateur,
centre culturel Les Grignoux
(Liège)

En quelques mots

Auggie a dix ans et il va connaître sa première rentrée scolaire. Jusque-là, c'est sa mère qui s'est chargée de son éducation. Auggie souffre en effet d'une grave anomalie génétique qui a nécessité de multiples interventions chirurgicales, notamment au visage. Défiguré, l'enfant va devoir affronter le regard des autres et cette rentrée scolaire risque bien de se transformer en une épreuve pénible.

À quels spectateurs s'adresse le film ?

Cette comédie dramatique vise un large public de grands enfants et de jeunes adolescents qui retrouveront à travers les différents personnages des problématiques de leur âge, qu'il s'agisse du regard des autres, du sentiment de solitude ou encore de l'importance de l'amitié. La présence des parents (notamment de la mère incarnée par Julia Roberts), même si elle apparaît secondaire, devrait également favoriser un dialogue entre les générations.

Quelle problématique santé ?

La situation vécue par Auggie est sans doute rare mais permet de poser de façon un peu extrême la question de la normali-

té (et de l'anormalité) qui est fréquente à l'adolescence, bien qu'elle soit souvent vécue de façon silencieuse. Le rapport à l'autre, aux autres, l'intégration plus ou moins difficile au groupe de pairs, longuement abordés dans le film, représentent également des enjeux importants pour le bien-être individuel. Les pistes de réflexion et les animations proposées ici aborderont ces différentes thématiques et visent un jeune public à partir de dix ans environ.

Quelques pistes d'animation

Wonder est bien évidemment une fiction même si le film aborde des situations relativement banales de la vie quotidienne. La maladie dont souffre le personnage principal existe dans la réalité, il s'agit du syndrome de Treacher Collins qui toucherait une personne sur 50.000. Sa situation ne peut donc pas être considérée comme totalement improbable (comme le serait par exemple un alien dans un film de science-fiction). Nonobstant cela, la maladie dont souffre Auggie est suffisamment rare pour nous confronter à une réalité que nous ne connaissons sans doute pas et qui peut nous sembler exceptionnelle. Par son caractère extrême, elle nous amène à nous interroger sur ce que nous considérons, généralement de façon implicite, comme la normalité.

Regarder l'autre

De façon très spontanée, l'on interrogera les jeunes spectateurs sur l'impression ressentie lors de la première révélation du visage d'Auggie, caché jusque-là sous un casque d'astronaute. Certaines émotions peuvent sans doute être intenses et se traduire par l'emploi d'expressions plus ou moins violentes (« monstre », « difforme », « hideux », etc.). À ce propos, on rappellera éventuellement les paroles de Jack (qui est pourtant devenu son ami à l'école), surpris par Auggie, affirmant qu'à sa place il se suiciderait. Au-delà d'éventuelles réactions de rejet ou de répulsion (qu'il serait absurde de nier), on invitera les jeunes participants à réfléchir à l'évolution montrée dans le film où Auggie se fait progressivement des amis. Comment expliquer que les autres enfants surmontent peu à peu leur première impression ? Comment comprendre que certains se lient même d'amitié avec lui ? Comment se fait-il également que Miranda, l'amie de sa sœur, lui voue une amitié forte et sincère ? Le film indique lui-même une piste à ce sujet puisqu'un l'un des enfants explique qu'à partir d'un certain moment, on s'habitue et qu'on ne voit plus sa difformité, une expérience que font d'ailleurs la plupart des spectateurs en moins de deux heures de projection !

La faculté d'empathie

Cependant, une autre explication de cette acceptation progressive réside dans notre faculté d'empathie qui nous permet d'adopter le point de vue d'Auggie et de partager (imaginativement) son vécu intérieur. Les qualités morales du jeune garçon, son humour, son intelligence, sa clairvoyance ainsi que sa gentillesse le rendent rapidement sympathique aux yeux de ceux et celles qui dépassent son apparence physique.

Il reste qu'au moins une personne refuse de se rapprocher d'Auggie, à savoir Julian qui lui enverra des messages de plus en plus insultants et blessants. Comment comprendre cette réaction ? Les jeunes spectateurs mettront sans doute l'accent sur le caractère « méchant » de Julian, mais on essaiera d'approfondir la réflexion à son sujet en soulignant la situation de groupe montrée dans le film : Julian est un garçon « populaire », un leader en herbe qui, on le voit facilement, se moque des autres, les rabaisse, les humilie pour attirer l'attention sur sa propre personne. On peut même supposer que le petit succès d'estime d'Auggie auprès d'autres enfants a entraîné la surenchère dans le harcèlement de la part de Julian.

Le film peut donc être l'occasion d'une réflexion un peu plus approfondie sur le harcèlement et surtout sur les mécanismes qui le favorisent.

Vivre le regard de l'autre

Si la question du regard que l'on porte sur Auggie est première, le film amène rapidement le spectateur à partager le point de vue du jeune personnage. Comment vit-on avec une telle difformité ? Comment affronte-t-on le regard d'autrui ? Comment est-il possible de créer des relations avec les autres ?

À travers la fiction, l'exceptionnel permet sans doute de réfléchir à des situations beaucoup plus courantes (qu'on ne qualifiera cependant pas de « normales »). Si Auggie masque son visage derrière un casque d'astronaute, chacun peut se demander s'il a déjà eu le désir de cacher quelque chose. Une telle question se posera de préférence de façon écrite et anonyme, précisément pour éviter un regard éventuellement stigmatisant qui émanerait du groupe. On sait que beaucoup de jeunes adolescents s'interrogent sur une supposée « normalité » à une période de changements physiques et mentaux.

Sur la honte : dédramatiser un défaut ressenti

Comme Auggie, nous avons tous pu ressentir occasionnellement une forme de gêne, de honte, à cause d'un défaut supposé, physique, psychologique ou social. L'animateur pourra ainsi, à partir des réponses recueillies, évoquer en termes neutres l'une ou l'autre situation citée dans ces réponses de façon à la dédramatiser : on s'appuiera notamment sur les réactions des participants qui auront certainement tendance à exprimer un refus de toute stigmatisation après la vision du film.

L'attitude d'autres personnages du film nourrira la discussion à ce propos. On se souviendra que le film est divisé en quelques grands chapitres (marqués par des intertitres) qui privilégient chacun le point de vue d'un personnage : outre Auggie, il y a sa sœur Via, l'amie de sa sœur, Miranda et enfin son ami Jack. Peut-on trouver un point commun entre ces différents personnages ?

Silence sur le motif d'exclusion

De façon assez évidente pour des spectateurs adultes, chacun des personnages souffre d'une forme d'exclusion ou de stigmatisation vécue comme un problème personnel qu'il vaut mieux taire. Via, l'aînée, a le sentiment d'être sacrifiée par ses parents qui sont d'abord préoccupés par les problèmes d'Auggie, son frère cadet : paradoxalement, c'est la « normalité » apparente de la jeune fille qui provoque son exclusion ou du moins sa minorisation dans le cercle familial. Miranda, quant à elle, souffre de la séparation récente de ses parents et de l'alcoolisme, qui s'en est suivi,

de sa mère. Elle cache cette situation aux adolescents de son entourage et invente même qu'Auggie est son petit frère gravement handicapé : ici aussi, on remarque le même paradoxe puisque le grave handicap dont souffre Auggie, loin d'être un stigmate, devient une source d'apitoiement pour les camarades de Miranda. Enfin Jack, le gentil garçon, est issu d'un milieu populaire qui le met mal à l'aise par rapport à ses condisciples, en particulier Julian, dont les parents sont manifestement privilégiés et vis-à-vis duquel il adopte une attitude mi-soumise mi-suiviste.

Pauvreté et concurrence vestimentaire, une réalité

Dans tous ces exemples, il est intéressant de confronter le regard intérieur et le regard extérieur que l'on peut poser sur la même réalité. Sans minimiser l'importance du

L'ESSENTIEL

➤ Comment se faire accepter par les autres quand on est différent ? Comment se faire des amis à l'enfance et l'adolescence dès lors que l'on ne ressemble pas aux autres ?

➤ Le film *Wonder* part d'une situation extrême – un enfant atteint par une maladie très rare qui rend son visage difforme – pour traiter de l'exclusion, du regard des autres et de la perception de ce qui n'est pas la norme.

➤ Le réalisateur met en image la faculté d'empathie qui fait qu'Auggie parvient à se faire des amis. Son humour, son intelligence et sa gentillesse le rendent sympathique au point de passer devant son apparence physique.



stigmaté¹ (bien analysé par Erving Goffman [1 ; 2]), l'on comprend que le silence qui l'entoure peut être un facteur aggravant et une source de souffrance alors que l'attitude d'autrui n'est pas nécessairement dénigrante. À l'inverse, certains phénomènes de stigmatisation peuvent passer inaperçus aux yeux de nombreuses personnes alors qu'ils sont pleinement agissants : peu d'enfants et d'adolescents de la classe moyenne ou supérieure sont conscients de la honte qui s'attache très souvent à la pauvreté et qui résulte par exemple de la concurrence vestimentaire née de la mode. Le personnage de Jack peut ici servir de révélateur de ces phénomènes.

On pourra donc ajouter au questionnaire anonyme évoqué précédemment une question sur des paroles éventuellement adressées à soi ou à d'autres et perçues comme « blessantes » ou « humiliantes » : la perception des uns et des autres des mêmes propos méritera certainement une confrontation et idéalement un dialogue.

Se faire des amis ?

Une troisième thématique semble intéressante à aborder à travers le film *Wonder*, en liaison étroite avec les deux précédentes : il s'agit de la difficulté pour Auggie de se faire accepter par les autres et de nouer avec eux des relations de camaraderie ou d'amitié. Ce thème connaît également des variations intéressantes puisque Via (la sœur d'Auggie) se sent rejetée de façon inexplicable par Miranda son amie d'enfance, et que Miranda elle-même s'invente un frère handicapé pour se faire accepter dans un nouveau groupe... Si l'on revient brièvement au cas d'Auggie, l'on remarquera qu'il est entouré par une famille aimante (qu'on qualifierait même d'idéale), et qu'il n'est donc pas isolé. Toutefois, l'entrée (dans son cas, tardive) à l'école est une épreuve difficile car il ne parvient pas dans un premier temps à nouer la moindre relation avec les enfants de son âge.

Ici aussi, l'on sait qu'il s'agit d'une situation vécue par beaucoup de jeunes adolescents ou adolescentes qui se sentent rejetés par les camarades de leur âge (notamment au sein de leur classe). Les rejets comme les affinités paraissent alors reposer sur des critères beaucoup plus irrationnels (ou superficiels) qu'à l'âge adulte où les goûts culturels, l'appartenance sociale, les choix politiques, les préférences de loisir semblent plus décisifs. Dans *Wonder*, le rejet d'Aug-

gie s'explique évidemment par sa difformité, mais l'on voit aussi que les relations de camaraderie et même d'amitié se forment et se défont sur des traits ou des phénomènes beaucoup plus moins visibles.

Comment est perçue l'exclusion

Le questionnaire anonyme que l'on suggère ici de réaliser pourrait également interroger les membres du groupe sur un éventuel sentiment d'exclusion ou, à l'inverse, sur des gestes d'exclusion effectivement pratiqués ou simplement observés. On y ajoutera une évaluation de l'importance que chacun accorde aux relations sociales (amitié, camaraderie...). Comme dans le film, l'analyse des réponses devrait permettre de confronter les points de vue et sans doute de mettre en évidence des réalités qui sont souvent perçues très différemment selon les protagonistes : par exemple, simple taquinerie pour les uns, violence affective pour les autres.

Le cinéma peut ainsi être l'occasion d'aborder des phénomènes qui restent souvent tus, et qui méritent une réflexion avant qu'ils ne prennent une tournure plus ou moins dramatique comme l'exclusion scolaire de Jullian dans *Wonder*. ■

1. « C'est Erving Goffman qui a fait du stigmaté (étymologiquement une marque durable sur la peau) un concept sociologique, en l'étendant à tout attribut social dévalorisant, qu'il soit corporel ou non – être handicapé, homosexuel, juif, etc. Le stigmaté n'est pas un attribut en soi : il se définit dans le regard d'autrui. Il renvoie à l'écart à la norme : toute personne qui ne correspond pas à ce qu'on attend d'une personne considérée comme normale est susceptible d'être stigmatisée. Le stigmaté s'analyse donc en termes relationnels. Il renvoie autant à la catégorie à proprement parler qu'aux réactions sociales qu'elle suscite et aux efforts du stigmaté pour y échapper » [2].

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Erving Goffman. *Stigmaté. Les usages sociaux du handicap*. Paris, Les Éditions de Minuit, [1963], 1975, p. 57.

[2] Paugam Serge (dir.), Corinne Rotaing, *Les 100 mots de la sociologie*, « Stigmaté », coll. « Que sais-je ? », Presses universitaires de France, Paris, p. 100.

Aide à l'arrêt du tabac et publics défavorisés : état des connaissances

Romain Guignard,
chargé d'expertise scientifique,
Santé publique France,

Viêt Nguyen-Thanh,
responsable de l'unité addictions,
Santé publique France,

Olivier Delmer,
documentaliste, Santé publique France,

Marie-Camille Lenormand,
chargée d'étude en économie de la santé,
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
des Travailleurs Salariés (CNAMTS),

Jean-Marie Blanchoz,
chargé d'étude en économie de la santé,
CNAMTS,

Pierre Arwidson,
directeur adjoint de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France.

Dans les pays où la prévalence tabagique est plutôt en baisse, la consommation de tabac apparaît très différenciée selon le niveau socio-économique, que ce soit le niveau de revenus, le niveau de diplôme ou la situation professionnelle (notamment la situation de chômage par rapport à l'emploi) [1]. C'est le cas dans la plupart des pays d'Europe, aux États-Unis, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. En France également, la prévalence tabagique est plus élevée et les taux d'arrêt sont plus faibles parmi les populations ayant le plus faible niveau socio-économique [2 ; 3]. Ces taux d'arrêt plus bas peuvent s'expliquer par une combinaison de facteurs : une dépendance nicotinique plus importante, des conditions et des événements de vie plus difficiles (enfance, stress...),

des normes pro-tabagiques plus prégnantes dans certains milieux (famille ou entourage) ou le marketing ciblé de l'industrie du tabac [4].

Agir sur les déterminants

Comme d'autres auteurs, Sir Michael Marmot, professeur d'épidémiologie et de santé publique à l'University College de Londres, souligne l'importance de traiter l'ensemble des déterminants sociaux de la santé et d'agir sur les « causes des causes » pour résoudre le problème des inégalités liées au tabagisme. Il indique également que « la lutte contre le tabagisme est centrale à toute stratégie destinée à réduire les inégalités de santé, car le tabagisme est responsable d'approximativement la moitié de la différence d'espérance de vie entre les catégories sociales les plus aisées et les moins aisées »¹ [5]. Il introduit enfin la notion d'universalisme proportionné qui correspond à une offre adaptée en intensité ou en qualité aux populations les plus vulnérables.

L'analyse de la littérature dont nous rendons compte ici a fait l'objet d'un article original publié dans la revue Santé publique [6]. Son objectif était de documenter l'efficacité et les modalités de mise en œuvre des interventions d'incitation et d'aide à l'arrêt du tabac pour les fumeurs socio-économiquement défavorisés, qu'elles soient proposées à tout type de public ou ciblant spécifiquement les populations précaires. Nous en présentons ici les faits saillants.

Évaluer l'impact des politiques publiques

Deux revues de la littérature réalisées en 2013 dans le cadre du projet Tackling socio-economic inequalities in smoking (SILNE) visaient à évaluer l'impact des politiques publiques de

lutte antitabac en population adulte en matière d'équité, d'une part sur les politiques mises en place au niveau populationnel, d'autre part sur les interventions individuelles [7 ; 8]. Afin de compléter ces travaux, une analyse des articles publiés après 2013 a été réalisée. Parmi les 23 études retenues, 10 étaient des essais contrôlés randomisés, 6 des études interventionnelles avant/après, 5 des cohortes et 2 des études transversales répétées. 15 études ont été réalisées aux États-Unis, 7 au Royaume-Uni et 1 aux Pays-Bas. Les principaux types d'interventions évalués étaient les campagnes médiatiques, le soutien comportemental en face-à-face associé la plupart du temps à la fourniture de substituts nicotiques gratuits ou remboursés, et les dispositifs d'aide à distance.

Les revues de la littérature publiées initialement indiquent que la plupart des interventions efficaces pour l'arrêt du tabac sont de nature à augmenter les inégalités sociales de santé en étant plus efficaces auprès des populations les plus insérées.

Les politiques mises en place au niveau populationnel

D'après la littérature, seules certaines interventions délivrées à l'échelle populationnelle, notamment l'augmentation du prix du tabac et la promotion de médicaments d'aide à l'arrêt gratuits, semblent bénéficier davantage aux personnes ayant un niveau socio-économique plus faible. Concernant l'augmentation des prix, les résultats d'études et les enquêtes de prévalence menées en France entre 2000 et 2010 contredisent en partie les résultats obtenus dans les pays anglo-saxons [9]. Le fait que les personnes de faible niveau socio-économique réduisent davantage leur consommation de tabac (que la

population générale) quand le prix du tabac augmente pourrait être de court terme seulement, sans nécessairement engendrer davantage d'arrêts de long terme. Les hausses de prix nécessiteraient ainsi d'être accompagnées de mesures complémentaires pour aider ces populations à réussir leur sevrage.

rement dans des zones défavorisées. Ils ont par ailleurs conclu des partenariats avec l'équivalent des centres de protection maternelle et infantile, les centres de santé mentale, les services de justice pénale pour essayer d'atteindre les personnes les plus défavorisées (chômeurs de longue durée, détenus...). En plus des professionnels de santé, des intervenants extérieurs formés peuvent être associés.

« EN FRANCE, LES CONSULTATIONS DE TABACOLOGIE DU RÉSEAU CDTNET, QUI ACCUEILLENENT DES FUMEURS CARACTÉRISÉS NOTAMMENT PAR UNE PLUS FORTE DÉPENDANCE AU TABAC, POURRAIENT CONSTITUER UNE PERSPECTIVE PROMETTEUSE POUR L'AIDE INDIVIDUELLE AU SEVRAGE TABAGIQUE DES POPULATIONS SOCIO-ÉCONOMIQUEMENT DÉFAVORISÉES. »

L'ESSENTIEL

► Aider les fumeurs des catégories défavorisées requiert de leur proposer des services (accompagnement et aide au sevrage) au plus près de leur lieu de vie. À cet égard, les pays peuvent s'inspirer des services intensifs d'aide au sevrage tabagique au Royaume-Uni.

► Les interventions sont d'autant plus efficaces qu'elles ont été co-construites et adaptées à leurs besoins spécifiques, en particulier pour ce qui concerne le remboursement des soins.

L'impact des campagnes médiatiques en termes d'équité n'est quant à lui pas systématique, il dépend de leur intensité, de leur contenu et des canaux utilisés.

Les interventions individuelles

Aucune étude recensée dans la revue de littérature de 2013 concernant les interventions individuelles n'a montré d'impact positif en matière d'équité et les deux tiers ont même présenté un impact négatif. On note par ailleurs que les interventions individuelles telles qu'elles sont recommandées par la Haute

Autorité de santé [10], associant approche comportementale et pharmacologique, bénéficient davantage aux publics socio-économiquement favorisés, notamment parce qu'ils sont plus nombreux à parvenir à arrêter de fumer.

Ainsi, les interventions individuelles permettent de réduire la prévalence du tabagisme pour toutes les classes socioéconomiques, mais cette baisse est souvent plus importante pour les populations favorisées, ces dispositifs n'étant pas toujours adaptés aux fumeurs ayant un faible niveau socio-économique. Pour être efficaces auprès de ces publics, il semble que les recommandations cliniques « standard » doivent être transposées dans des conditions adaptées à la population qu'elles visent (accessibilité, territoires cibles, modalités de participation, durée de la consultation, types d'intervenant, etc.).

Pour toucher davantage les publics en difficulté et ainsi limiter les inégalités sociales de succès à l'arrêt du tabac, les Stop Smoking Services, services intensifs d'aide au sevrage tabagique du National Health Service (NHS) britannique, se sont implantés prioritairement

Quelques clefs de réussite

La synthèse des expériences publiées donne néanmoins quelques clefs de réussite, en suggérant que certaines caractéristiques permettraient d'atteindre plus spécifiquement les publics défavorisés tout en les accompagnant davantage :

- La première est de proposer des services au plus près des populations ciblées : en s'implantant dans des territoires prioritaires comme en Grande-Bretagne ; en concluant des partenariats au niveau local avec les services sociaux ; ou encore en proposant des services mobiles sur des parkings de supermarché, de zones industrielles et de centres de loisirs.

- Les démarches proactives des organismes qui promeuvent l'arrêt du tabac, par exemple via les dispositifs d'aide à distance, avec des relances régulières par téléphone, SMS ou e-mail, ont également montré des résultats positifs. Il s'agit notamment pour ces organismes d'être à l'initiative de la (re)prise de contact avec les fumeurs identifiés pour leur proposer une offre d'aide à l'arrêt personnalisée.

- La formulation des messages et les registres mobilisés, notamment dans les campagnes médiatiques, sont des éléments essentiels qui doivent être fondés sur des arguments scientifiques. De même leur visibilité pour les publics ciblés est primordiale, et donc la stratégie médiatique pour que ceux-ci soient vus par le plus grand nombre de personnes.

- Enfin, de manière générale, les interventions sont d'autant plus efficaces qu'elles ont été co-construites, testées auprès des publics cibles et

adaptées à leurs besoins spécifiques en termes de contenu et de remboursement des soins.

Discussion

Cette revue de la littérature comporte certaines limites inhérentes à cet exercice, notamment les biais de publication qui peuvent rendre invisibles des études n'ayant pas eu de résultats encourageants. Par ailleurs, selon les expérimentations, les niveaux de preuves peuvent varier et ne pas porter sur les mêmes indicateurs. Enfin, il ne faut pas occulter le fait que la plupart des articles concernent des expérimentations conduites dans les pays anglo-saxons, pour lesquels les prévalences tabagiques sont plus faibles qu'en France. En Angleterre et aux États-Unis, les approches différenciées en fonction des caractéristiques de la population (culturelles, socio-économiques) semblent par ailleurs plus développées, dans l'objectif notamment de réduire les inégalités sociales de santé. Par ailleurs, le tabagisme y est généralement plus concentré sur les populations défavorisées même si cette tendance est également observée en France ces dernières années [2]. Cela peut poser question quant à leur généralisation et leur transférabilité à d'autres pays aux contextes socio-culturels différents et/ou plus ou moins avancés dans la lutte antitabac. Enfin, les aspects éthiques de ces interventions, non abordés ici, sont également à prendre en compte.

En France, les consultations de tabacologie du réseau CDTnet, qui accueillent des fumeurs caractérisés notamment par une plus forte dépendance au tabac, pourraient constituer une perspective prometteuse pour l'aide individuelle au sevrage tabagique des populations socio-économiquement défavorisées [11]. Les consultations participant à ce réseau sont majoritairement des services de tabacologie ou d'addictologie hospitaliers. L'aide au sevrage associe prise

en charge comportementale ou psychosociale et prescription de traitements pharmacologiques.

Plus largement, pour valider les éléments restitués ici dans le contexte français, il sera nécessaire de mettre en place, de manière structurée, un ensemble d'expérimentations visant

à tester différentes modalités d'intervention auprès des professionnels et des publics cibles, en mobilisant un réseau d'équipes universitaires pour les évaluer afin d'en tirer des enseignements pour une politique globale de lutte contre le tabagisme qui soit également efficace auprès des personnes les plus précaires. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] David AM., Esson K., Perucic AM., Fitzpatrick C. *Tobacco use : equity and social determinants*. In: Blas E, Kurup AS, editors. *Equity, Social Determinants and PublicHealth Programmes*. Genève, World Health Organization, 2010, p. 199-217.

[2] Pasquereau A., Gautier A., Andler R., Guignard R., Richard JB., Nguyen-Thanh V. *Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2017, n°12, p. 214-222.

[3] El-Khoury Lesueur F., Bolze C., Melchior M. *Factors associated with successful vs. unsuccessful smoking cessation : data from a nationally representative study*. Addictive Behaviors, 2018, n°80, p. 110-115.

[4] Kotz D., West R. *Explaining the social gradient in smoking cessation : it's not in the trying, but in the succeeding*. Tobacco Control, 2009, n°18, p. 43-46.

[5] Marmot M. *Fair Society, Healthy Lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. The Marmot Review, London, 2010.

[6] Guignard R., Nguyen-Thanh V., Delmer O., Lenormand MC., Blanchoz JM., Arwidson P. *Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature*. Santé publique, 2018, vol. 30, p. 45-60.

[7] Brown T., Platt S., Amos A. *Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults : a systematic review*. European Journal of Public Health, 2014, n°24, p. 551-556.

[8] Brown T., Platt S., Amos A. *Equity impact of population-level interventions and policies to*

1. "Tobacco control is central to any strategy to tackle health inequalities as smoking accounts for approximately half of the difference in life expectancy between the lowest and highest income groups".

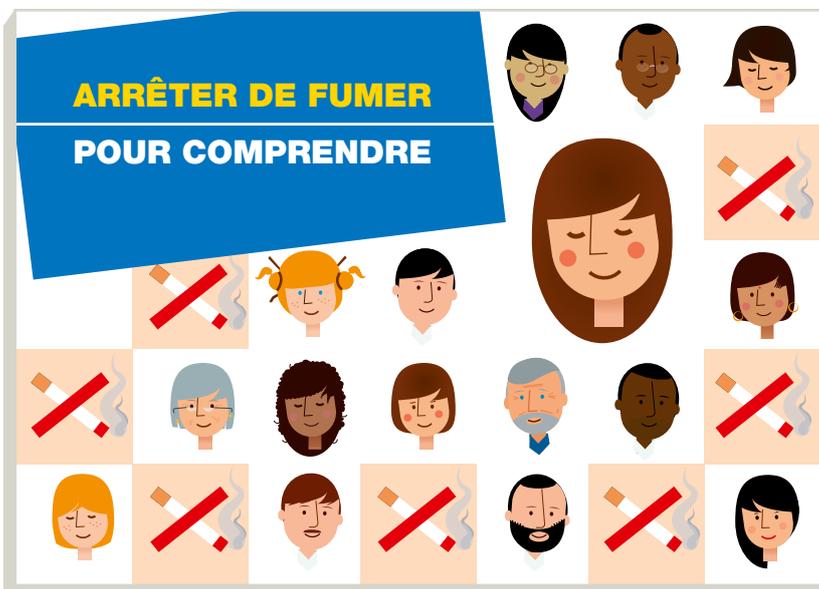
reduce smoking in adults : a systematic review. Drug and Alcohol Dependence, 2014, n°138.

[9] Peretti-Watel P., Constance J., Seror V., Beck F. *Cigarettes and social differentiation in France : is tobacco use increasingly concentrated among the poor?* Addiction, 2009, n°104, p. 1718-1728.

[10] Haute Autorité de santé. *Recommandation de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours*. Saint-Denis, France, 2014.

[11] Baha M., Boussadi AA., Le Faou AL. *L'efficacité des consultations de tabacologie en France entre 2011 et 2013*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2016, n° 30-31.

LES AUTEURS DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.



Santé publique France a conçu une brochure d'information (voir couverture ci-contre) spécifique qui a pour objectif de présenter les grands principes de l'arrêt du tabac : pourquoi arrêter de fumer, comment y parvenir, arrêter de fumer quand on veut un enfant, arrêter sans grossir et sans stress... Cette brochure simple et illustrée fait partie de la collection "Pour comprendre", élaborée dans une démarche d'accessibilité de l'information à tous et avec l'aide des bénéficiaires. Elle existe aussi en braille, et peut être complétée par des vidéos conçues selon le même principe. Accessible à partir du site internet de Santé publique France en version numérique et sur demande pour la version papier.

Concertation citoyenne sur la vaccination : le bilan de Santé publique France

Matthieu Humez,
chargé de communication
à Santé publique France

Une concertation pour restaurer la confiance dans les vaccins

La vaccination est un pilier historique de l'action de santé publique. Pourtant, des interrogations et une certaine défiance à l'égard des vaccinations se sont fait jour dans la population française au cours des trois dernières décennies. Si la France n'est pas le seul pays concerné par cette relative désaffection, elle reste particulièrement touchée. Pour tenter d'y répondre, les pouvoirs publics ont organisé en 2016 une concertation citoyenne sur la vaccination. L'objectif de cette démarche a permis de mieux comprendre les inquiétudes et critiques qui subsistent à l'égard des vaccinations en France, afin de mieux y répondre. Démarche innovante, cette concertation a permis d'impliquer des citoyens dans l'élaboration d'une politique de santé. Santé publique France revient sur cette approche qui s'inscrit directement dans les évolutions législatives des vaccinations obligatoires du nourrisson.

Parvenir à un dialogue constructif sur les vaccinations

Pour faire émerger une parole citoyenne sur la vaccination, la stratégie choisie par les pouvoirs publics s'est inspirée de celle de l'Institut national du cancer (INCa) qui a conduit une concertation sur la question du dépistage organisé du cancer du sein en 2015. Pour appliquer cette méthode, des représentants de la société civile, des chercheurs en sciences humaines et des professionnels de santé se sont réunis sous la présidence du professeur Alain Fischer afin de constituer un comité pluridisciplinaire. Avec le

soutien de Santé publique France, ce comité a organisé la concertation et en a fait la synthèse dans un rapport [1] contenant plusieurs propositions pour améliorer la confiance tout en améliorant la protection collective contre les maladies.

Le comité a structuré la concertation par étapes tout au long de l'année 2016. Au lancement, deux enquêtes d'opinion qualitatives ont été réalisées par Santé publique France. Cette étude a permis de fournir une image actuelle et objective des perceptions, attentes et réticences de la population et des professionnels de santé à l'égard des vaccinations. Ensuite, deux jurys - un de citoyens, un de professionnels de santé non spécialistes de la vaccination - ont été mandatés par le comité pour débattre, s'informer et auditionner les acteurs de leur choix afin de produire chacun un avis argumenté sur la vaccination. Le comité a parallèlement réalisé ses propres auditions pour comprendre les intérêts collectifs et particuliers existant autour des vaccinations. Citoyens, associations de patients et d'utilisateurs, professionnels de santé, journalistes, sociétés savantes, industriels, institutions, ligues anti-vaccinales, etc., le comité a pu prendre la mesure de la complexité d'une synthèse sur un sujet aussi discuté. Enfin, le site internet de la concertation a permis de recueillir plus de 10 000 contributions d'internautes qui ont été lues et analysées.

Des propositions à l'origine des nouvelles vaccinations obligatoires du nourrisson

En s'appuyant sur les connaissances scientifiques disponibles et les résultats de chaque étape de la concertation, les membres du comité ont eu à débattre pour faire émerger des pro-

positions d'une façon collégiale. L'idée n'était pas d'arriver à un accord parfait (des avis minoritaires figurent d'ailleurs en annexe du rapport), mais de porter une parole commune répondant à un même objectif : une meilleure protection des populations. Deux années après la remise du rapport du comité, la proposition la plus emblématique de ce processus reste celle de l'élargissement temporaire des obligations vaccinales du nourrisson, aujourd'hui appliquée en France. Onze vaccinations sont ainsi obligatoires depuis le 1^{er} janvier 2018. Ces vaccinations sont exigibles pour l'entrée en collectivité pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018.

La concertation citoyenne sur la vaccination confirme que les pouvoirs publics disposent de nouveaux moyens permettant d'associer concrètement les citoyens à l'élaboration d'une politique de santé publique. Cette approche peut être complémentaire aux données apportées par la science. Le bénéfice est de faire émerger une voix citoyenne concertée, fruit d'un processus par lequel chaque participant transforme son opinion personnelle en un jugement raisonné et partagé. Ainsi, le jury de citoyens évoque concernant la vaccination « *un droit à la prévention individuelle, mais aussi un devoir de prévention collective.* » ■

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] <http://concertation-vaccination.fr/rapport-du-comite-orientation>

Pour en savoir plus :

Site de la concertation citoyenne sur la vaccination. En ligne : www.concertation-vaccination.fr

Pour des élèves en meilleure santé



Cet avis du Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE) présente un état des lieux des dispositifs et stratégies liés à la santé en milieu scolaire ainsi qu'un ensemble de préconisations. Le document souligne un « déséquilibre préoccupant » entre les priorités affichées par les pouvoirs publics et la mise en œuvre réelle d'une promotion de la santé en milieu scolaire. Pour illustrer ce décalage, les auteurs analysent deux textes officiels récents : le parcours éducatif de santé défini dans la circulaire du 28 janvier 2016 et la convention-cadre entre le ministère des Solidarités et de la Santé et le ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation, pour un partenariat Santé / Éducation nationale, signée en 2016.

Pour ce qui concerne le parcours éducatif de santé, les auteurs indiquent que malgré l'importance accordée à ce dispositif, la multiplication des parcours prévus en milieu scolaire - « parcours citoyen », « parcours d'éducation artistique et culturelle » ou encore « parcours avenir » - a pour conséquence de « diluer la santé dans un ensemble mal délimité et peu opérationnel ». À propos de la convention-cadre, les auteurs soulignent que les Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC), créés pour fédérer les différentes parties prenantes, se sont vus confier des missions trop vastes et sont par conséquent encore mal connus « tant des élèves que des partenaires de l'école ».

Les auteurs soulignent enfin que ces lacunes dans le dispositif couvrant la santé scolaire ont des conséquences sur la scolarité des élèves, accentuent les inégalités de santé et conduisent à un environnement dégradé de l'école. Le CESE présente ensuite ses préconisations selon trois axes. Il faudrait ainsi renforcer l'implication des parties prenantes dans les actions de prévention tout en garantissant une réponse adaptée et rapide aux besoins des élèves. Enfin, il s'agirait de valoriser, d'évaluer et de contrôler l'action de l'école sur la santé.

Laetitia Haroutunian

Naton JF, Bouvet de La Maisonneuve F. *Pour des élèves en meilleure santé*. Paris : Conseil économique, social et environnemental, mars 2018. En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/184000150.pdf

Autres lectures

Rubrique préparée par Laetitia Haroutunian et Sandie Boya

La fin du sida est-elle possible ?

Alors que les Nations Unies présentent leur objectif, celui d'un monde sans sida d'ici 2030, cet ouvrage revient sur 35 ans de lutte contre l'épidémie à travers l'évolution des traitements, l'offre de dépistage, la prévention ainsi que la mutation des enjeux liés à la maladie.

François Berdougou et Gabriel Girard. *La fin du sida est-elle possible ?* Paris, Textuel, 2017, 190 p., 15,90 €.

Trésor de parents

Conçu par l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) des Hauts-de-France, « Trésor de parents » est un outil pédagogique à destination des parents de pré-adolescents et d'adolescents. Sous forme de jeu coopératif, il vise à renforcer les compétences parentales et à aider les parents à construire un dialogue autour de la prise de risque.

L'outil est disponible sur commande auprès de l'ANPAA des Hauts-de-France : <http://www.anpaa5962.org/page-0-323-0-1.html>

Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de la vie

Le ministère des Solidarités et de la Santé a rendu public le 26 mars 2018 le plan national prévention, volet principal de la Stratégie nationale de santé 2018-2022.

Ce plan présente 25 mesures phares pour promouvoir la santé à tous les âges de la vie : avant la naissance, pendant l'enfance et l'adolescence, à l'âge adulte (soit de 25 à 65 ans), ainsi qu'après 65 ans. Ministère des Solidarités et de la Santé. *Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de la vie*. Rapport 2018, Paris : 46 p. En ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publique_psnpp.pdf ; <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

Mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé

Ce rapport présente les missions et modalités d'organisation du service sanitaire pour les étudiants en santé, tel que prévu dans la stratégie nationale de santé 2018-2022, pour les axes : « prévention et promotion des comportements favorables à la santé » et « lutte contre les inégalités, sociales et territoriales ». Il fournit ainsi des éléments de cadrage sur sa première mise en œuvre sur la période 2018-2019, en rappelant ses objectifs et en formulant des propositions.

Vaillant L., Bensadon AC., Siahmed H., Gicquel R. *Mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé*. Paris, ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation ; ministère des Solidarités et de la Santé, février 2018 : 102 p. En ligne, http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/184000110.pdf

Les cancers en France en 2017 : l'essentiel des faits et chiffres

L'Institut National du Cancer (INCA) publie les principaux faits et chiffres issus du rapport 2017, « Les cancers en France ». Après avoir présenté les principales données (taux de mortalité, prévalence, organisation de l'offre de soins et impact de la maladie sur les situations personnelles), ce document aborde notamment les questions de la participation au programme de dépistage du cancer colorectal et de l'importance de la réduction de la consommation d'alcool pour prévenir les cancers.

Institut national du cancer. *Les cancers en France en 2017 : l'essentiel des faits et chiffres*. Boulogne-Billancourt, INCA, mars 2018 : 23 p. En ligne, http://www.e-cancer.fr/content/download/231145/3165097/file/Les_cancers_en_France_en_2017_L_essentiel_des_faits_et_chiffres_mel_20180327.pdf

Sociologie du monde des sourds

Destiné à un public de chercheurs travaillant dans le champ de la surdité et du handicap, mais aussi à des professionnels côtoyant quotidiennement des personnes sourdes, cet ouvrage aborde la question de la surdité sous le prisme de la sociologie selon quatre axes : caractérisation des populations (« qui sont les sourds ? »), retour sur l'histoire de ce handicap (« figures socio-historiques du « sourd » ») ; représentations sociales (« représentations et conceptions de la surdité ») ; débats actuels et à venir (« questions ouvertes »). Bedoin D. *Sociologie du monde des sourds*. Paris, La Découverte, coll. « Repères », 2018 : 128 p., 10 €.

Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs

Destiné aux travailleurs sociaux, mais aussi aux dirigeants de structures sociales et aux étudiants en travail social, cet ouvrage présente huit retours d'expérience relatant comment des professionnels du travail social se sont appuyés sur l'approche du pouvoir d'agir dans leur pratique.

Jouffray C. *Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs*. 2ème éd., Rennes, EHESP, 2018, coll. « Politiques et interventions sociales » : 240 p., 24 €.

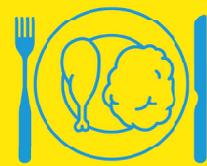


CANICULE, FORTES CHALEURS

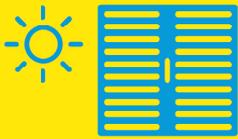
ADOPTEZ LES BONS RÉFLEXES



Mouiller son corps
et se ventiler



Manger en
quantité suffisante



Maintenir sa maison
au frais : fermer
les volets le jour



Ne pas boire
d'alcool



Donner et prendre
des nouvelles
de ses proches



Éviter les efforts
physiques



BOIRE RÉGULIÈREMENT DE L'EAU

EN CAS DE MALAISE, APPELER LE 15

Pour plus d'informations : **0 800 06 66 66** (appel gratuit)
www.solidarites-sante.gouv.fr • www.meteo.fr • [#canicule](https://twitter.com/canicule)

