

Journée d'échanges :

**Éducation nutritionnelle, promotion de l'activité
physique et précarité**

27 juin 2017 – UFR de Médecine de Bobigny

Actes

Table des matières

Liste des sigles	2
Allocution d'ouverture	3
Table ronde	4
Réunions plénières	24
Restitution des ateliers.....	52
Clôture de la journée.....	61

Liste des sigles

2

ALA : Acide Alpha-Linolénique

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation

ARS : Agence Régionale de Santé

CDOS 93 : Comité Départemental Olympique et Sportif de Seine-Saint-Denis

CODES 93 : Comité Départemental d'Education pour la Santé de Seine-Saint-Denis

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DASES : Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé

GISCOP : Groupement d'Intérêt Scientifique sur les Cancers d'Origine Professionnelle

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

LEPS (EA 3412). : Laboratoire Educations et Pratiques de Santé

MET : Metabolic Equivalent of Task (équivalent métabolique)

MPC : Mission de Prévention des Conduites

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAERPA : Personnes Âgées En risque de Perte d'Autonomie

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PSN : Paris Santé Nutrition

PRC : Pôle Régional de Compétences

PRS : Projet régional de santé

Réseau REPPPOP : Réseau de Prévention et Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique

RSA : Revenu de Solidarité Active

SUMPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

UREN : Unité de Recherche en Epidémiologie Nutritionnelle

Allocution d'ouverture

Cyril Crozet

Président du CODES 93

Bonjour à tous !

Bonjour et bienvenue à cette journée d'échanges : « éducation nutritionnelle, promotion de l'activité physique et précarité », organisé par le CODES 93, le Comité Départemental d'éducation pour la santé de Seine-Saint-Denis. Il s'agit de la troisième journée que nous organisons ou la 5^{ème} si on prend en compte les journées organisées à l'échelle régionale.

Le Codes 93 est une association loi 1901 créée en 1978 qui a pour objectif de renforcer l'éducation pour la santé et la promotion de la santé en Seine-Saint-Denis et je suis l'actuel président : Cyril Crozet.

Le CODES développe, dans le cadre de ses missions, des actions en direction des habitants, et des professionnels et futurs professionnels de la Seine-Saint-Denis. Il propose des formations pour les professionnels et des actions de terrains auprès des jeunes, notamment auprès des espaces dynamiques d'insertions, des missions locales et de la PJJ, par exemple, sur différents thèmes tel que la santé globale, la nutrition (alimentation et activité physique), la vie affective et sexuelle, etc.

Je tiens à vous présenter et remercier par la même occasion l'équipe du CODES 93 pour cet événement en commençant par Laurent Bauer, directeur de cette association, Lise Bourdin, chargée de projets, Vanessa Dewallers, formatrice consultante et enfin Apolline Caroux, stagiaire de Master 2 chargée de l'organisation de cette journée.

La thématique de cette journée : alimentation et activité physique est incontournable et s'inscrit vraiment dans les démarches de santé publique et dans la transversalité des thématiques du futur schéma régionale de santé 2018-2022 qui détermine pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels de la région. Ce Schéma concerne d'une part les différents publics, enfants, jeunes, adultes et personnes âgées, les personnes en situation de handicap et les personnes atteintes de cancers et de maladies cardio-métaboliques d'autre part.

C'est donc une thématique importante et la question à laquelle nous allons tenter de répondre, de par les interventions et les échanges sous-jacents, est la suivante : Comment et quelles actions d'éducation nutritionnelle et de promotion de l'activité physique doit-on mener auprès des populations en situation de précarité dans le contexte actuel. Qu'il s'agisse de l'innovation en santé, face aux inégalités sociales de santé et en essayant de les réduire, face à l'objectif de favoriser le pouvoir d'agir et l'autonomie des personnes ainsi que le virage ambulatoire et le parcours de santé du patient. Il s'agit de thématiques importantes qui pourront être discutées au cours de cette journée. Cette journée se veut participative pour permettre une rencontre et un partage d'expériences entre les acteurs et les chercheurs et pour tenter de répondre à vos interrogations, à vos problématiques.

Pour ce faire il y aura une première table ronde animée par le précédent président du CODES 93, que je remercie énormément, le Professeur Antoine Lazarus et d'imminents invités que je vous présenterais très vite. Suit de trois réunions plénières. Aurélie Maurice abordera les représentations et les modèles alimentaires des personnes en situation de précarité, Chantal Julia

nous parlera des repères nutritionnels et en fin de matinée, Marie Verzeroli et Paul Daval présenteront une recherche-action en promotion de l'activité physique dans un quartier de la ville de Saint-Denis. Enfin l'après-midi, quatre ateliers au choix-vous sont proposés qui se veulent interactif et participatif, avec un retour à la fin de cette journée sur ce que vous avez construit pendant ces ateliers.

Table ronde

4

Cyril Crozet

Je remercie les personnes ici présentes, à cette table ronde ; le docteur Marie-Odile Frattini, directrice de la plateforme régionale de ressources en promotion de la santé, qui ouvrira en septembre, Le professeur Serge Hercberg, épidémiologiste et président du Programme National Nutrition Santé, Monsieur Arnault Gauthier, sous-directeur de la santé de la direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES) de la ville de Paris et Monsieur Pierre Laporte, Président du conseil départemental de Seine-Saint-Denis, chargé de la solidarité.

Je remercie également l'animateur de cette table ronde, le professeur Antoine Lazarus, à qui je donne la parole. Bonne journée à vous tous et merci.

Antoine Lazarus

Professeur émérite de santé publique et

Merci beaucoup.

Nous sommes, pour un peu plus d'une heure, réunis à cette table ronde avec comme problématique, la question de la pertinence des actions nutritionnelles ou des actions en santé en termes d'activité physique. En sachant que depuis de nombreuses années maintenant, celles et ceux d'entre vous qui sont impliqués, appliquent les notions « activité physique », « cinq fruits et légumes » et la discipline nutritionnelle comme si cela était vrai, comme si cela était pertinent, comme s'il fallait continuer à le faire, comme si cela avait marché et comme si cela continuait de marcher.

Voilà donc un certain nombre de questions, dans les évidences, qui sont dans les discours que nous tenons, dans les papiers que nous distribuons et dans les programmes au niveau du terrain que nous essayons de monter, quelques fois d'ailleurs avec beaucoup d'imagination, pour permettre à des gens qui n'ont pas beaucoup d'argent, d'essayer de varier un peu leurs menus, leurs budgets, leurs habitudes culturelles et leurs manières de s'habiller même. Par exemple pour que les filles puissent faire de la gymnastique. Il y a toute une série de choses qui sont apparemment évidentes mais cela est-il encore pertinent ? L'idée de cette réunion est dans l'intitulé « éducation nutritionnelle, promotion de l'activité physique et précarité ». Donc, est-ce que pour la seime-Saint Denis et pour le nord de Paris, sans doute plus que pour l'ouest et le sud de Paris, ces questions de précarité sont-elles présentes ? Et est-ce que y entrer pour essayer de les réduire, agir dans un sens de plus grande justice sociale, est-ce que l'entrée par l'alimentation, est-ce que l'entrée par les activités physiques aident au fond, à lutter contre la précarité qui se manifeste à travers les questions de santé, d'insertion, enfin de tout ce que nous connaissons ?

Voici l'idée générale à laquelle nous avons réfléchi en prenant ce thème ainsi que le choix des invités.

Concernant la manière dont cela vous a été présenté, on avait pris uniquement un ordre alphabétique dans le programme que vous avez sous les yeux mais dans la logique qui est celle d'une présentation devant vous, on va le faire un peu différemment avec une partie épidémiologie, calage du système et de la responsabilité du niveau national du Programme National Nutrition Santé (PNNS) avec le professeur Serge Hercberg, de l'université Paris 13 mais qui a une responsabilité nationale, mais tu nous en parleras et je pense que vous le connaissez tous. Et ensuite on est au niveau d'un territoire.

L'instance qui invite est le CODES 93, Comité départemental d'éducation pour la santé de Seine-Saint-Denis, qui est l'organisateur et est une toute petite équipe, qui a le mérite étonnant dans le contexte des CODES au niveau national de survivre encore, puisque les politiques publiques ne mettent pas du tout les CODES en avant. Ces tout petits dispositifs associatifs, qui à l'époque dans un dispositif national qui allait du haut jusqu'au niveau régional et départemental calait en France assez bien l'éducation pour la santé, aujourd'hui ont un peu disparu. En tout cas celui du 93 existe toujours et souhaite non seulement perdurer mais aussi sans doute élargir le champ d'action sur quelque chose qui serait plus Paris nord. C'est là que nous nous sommes rendu compte qu'avec les arrondissements du nord de Paris les problématiques que nous avons dans le 93, peuvent être retrouvées, de même si on va regarder à limite de l'Oise ou à la limite du 92. On retrouve des problèmes qui sont un peu les mêmes et qui, si on les traitait ensemble en les mutualisant jusqu'à un certain point, permettrait peut-être d'avoir des logiques moins micro-territoriales et un peu plus larges.

C'est l'idée que nous avons aussi dans cette journée sur « éducation nutritionnelle, physique, précarité », c'est-à-dire d'entendre, non seulement les gens qu'il s'y connaissent, qui connaissent la question et qui donnent les axes pédagogiques si je puis dire mais d'entendre aussi comment cela se passe dans la vie de ceux qui font des politiques publiques, de ceux qui organisent en amont les recherches-actions, qui vont faire des formations de professionnel et qui vont eux-mêmes redescendre jusqu'au gens de terrain. Voilà c'est ça l'idée.

C'est pourquoi nous avons invité, et nous les remercions d'avoir accepté, Pierre Laporte, que certains d'entre vous connaissent et que l'université ici, connaît bien, qui est au conseil départemental, qui est vice-président en charge des questions de solidarité donc évidemment précarité et de santé. Avec à côté de lui, représentant en même temps son élu mais surtout la puissance des services, Monsieur Arnault Gauthier, qui est sous-directeur de la santé de la Ville de Paris. Ce dispositif, peut-être en direz-vous un mot parce que les gens ne connaissent pas toujours la double mission que vous avez à Paris entre à la fois conseil départemental et responsabilité municipale. Bernard Jomier est responsable des services et devait venir. C'est avec lui que nous avons pris contact. Il est élu auprès de Madame Hidalgo, en charge, pas explicitement de la santé mais ne peut pas venir et vous venez en duo sinon. En tout cas nous souhaitons le remercier d'avoir accepté car grâce à lui, vous êtes avec nous.

Et puis nous finirons l'ordre des interventions avec le docteur Marie Odile Frattini, qui est la directrice de la plateforme régionale de ressources en promotion de la santé. Évidemment que vous savez tous très bien ce que c'est, elle nous le précisera. C'est un dispositif régional d'une autre nature mais, si je reprends ses mots, qui est au service des uns et des autres qui s'alimente des questions que l'on peut se poser, qui essaye d'y répondre et qui est pour l'instant en construction.

Plutôt que de commencer avec elle comme cela avait été indiqué sur les papiers que vous avez sous les yeux, elle prendra la parole à la fin au contraire, une fois qu'on aura fait le tour, afin d'aborder les outils que l'on peut se donner. Cette question on la gardera jusqu'à la fin de la journée pour nous

demander si avec les pratiques que les uns et les autres apporteront et exposeront, ou les questions que vous poserez ou les témoignages que vous apporterez, si avec l'espace politique dans lequel il faut forcément que toutes nos remarques soient organisées et avec la plateforme qui est un outil qui se monte, nous pouvons dans les temps qui viennent répondre un peu plus précisément soit sur la pertinence du thème soit sur la manière de s'y prendre. Enfin voilà l'axe de la journée et c'est comme ça que l'on va démarrer cette table ronde avec une dizaine de minutes pour chacun des intervenants. On va essayer de se répondre déjà dans un premier temps et puis ensuite, si quelques-uns souhaitent donner leur point de vue pendant le topo, ce ne sera pas interdit mais enfin nous allons tâcher de donner le temps aux gens que nous avons ici, afin qu'ils puissent se répondre un petit peu entre l'expert, entre les responsables qui montent les politiques et puis celui qui met tout cela à disposition si je puis dire. Monsieur Herberg,

Serge Herberg

Professeur d'épidémiologie nutritionnelle et Président du PNNS

Merci beaucoup Antoine. Il m'a été demandé d'essayer de fournir quelques éléments de réflexion à la fois sur le point de vue épidémiologique, puisque que je suis avant tout un épidémiologiste du champ de la nutrition, mais également en tant que responsable du Programme National Nutrition Santé. C'est pour moi l'opportunité de rappeler des choses qui vont être des évidences, je pense, pour vous. Si la France s'est dotée en 2001 d'une politique nutritionnelle de santé publique au travers de la mise en place du PNNS, le Programme National Nutrition Santé, renouvelé tous les 5 ans depuis 2001, c'est sur la base de deux éléments au départ.

Premièrement, c'est la prise de conscience du rôle des facteurs nutritionnels dans le déterminisme de la santé, notamment dans le risque ou la protection vis-à-vis des maladies chroniques non transmissibles, bien sûr l'obésité, le diabète mais aussi les cancers, les maladies cardio-vasculaires et beaucoup d'autres pathologies. Dans son acception moderne, la nutrition, regroupe à la fois ce qui rentre et ce qui sort : l'alimentation et l'activité physique.

Deuxièmement c'est la reconnaissance des grands enjeux de santé publique liés à la nutrition, les pathologies chroniques dans lesquels les facteurs nutritionnels sont impliqués ayant un coût humain, social et économique considérable.

Mais en 2001, lorsqu'a été mis en place le PNNS, après deux années de préparation, il faut reconnaître qu'à l'époque le programme n'intégrait pas les notions de spécificités des populations précaires. Au départ le PNNS a été conçu avec l'idée d'avoir une politique nationale qui, au travers d'actions, de mesures, de lois, de régulations, permettrait d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur la nutrition mais sans inclure, en 2001 lors du lancement du 1^{er} PNNS à une réflexion sur les problématiques liées aux inégalités sociales de santé.

Beaucoup d'actions mises en œuvre, visaient à la fois l'information, la communication, l'éducation des consommateurs, la formation des professionnels, et essayaient d'agir sur l'environnement à la fois alimentaire et d'activité physique. Tout ceci s'est déroulé grâce à une feuille de route qui, tous les 5 ans, passait sous les fourches caudines d'une évaluation par différentes structures et permettait de réadapter le plan quinquennal suivant.

Depuis un peu plus de 15 ans une réelle dynamique a été créée pour laquelle on a, au travers des évaluations qui ont été faites, pu constater un certain nombre de succès. On a amélioré certains éléments et atteint certains des objectifs fixés par le PNNS : les jeunes adultes mangent un peu plus de fruits. On mange un petit peu moins de sel qu'il y a quelques années. La prévalence du surpoids et

de l'obésité à tendance à se stabiliser voire à diminuer chez les enfants et elle commence à se stabiliser chez l'adulte. Donc, au total certains résultats globaux plutôt satisfaisants mais qui cachent des grandes inégalités sociales. La nutrition constitue en fait est un véritable marqueur social. Si on voit augmenter la consommation de fruits ou se stabiliser la prévalence du surpoids et l'obésité pour l'ensemble de la population, lorsque l'on analyse les évolutions en fonction des niveaux socio-économiques, on voit qu'il existe un gradient très important, avec le fait qu'on a été essentiellement efficace dans les populations les plus riches et nettement moins dans les populations les plus défavorisées.

On a ainsi pris conscience que le PNNS, notamment au travers de ces actions d'information et de communication, était efficace dans la population générale mais elles ne l'étaient pas suffisamment dans les populations défavorisées, voire pire, elles étaient susceptibles d'augmenter les inégalités sociales de santé.

Antoine Lazarus évoquait la recommandation des cinq fruits et légumes par jour, ce qui est en effet un slogan qui colle très fortement à l'image du programme nationale nutrition santé. Ce slogan est connu par à peu près 85 à 90% de la population française. Il est bien connu des populations défavorisées et même des sujets précaires. si vous regardez le nombre de personnes qui consomment cinq fruits et légumes par jour, ils sont à peu près 45% pour la population française. Par contre, dans les populations les plus défavorisées, par exemple celles qui fréquentent les structures d'aide alimentaire (résultats des étude ABENA), ils ne sont qu'environ 6% à consommer cinq fruits et légumes par jour. 45% dans la population générale versus 6% dans les populations défavorisées. On peut, certes, avoir une vision optimiste puisque dans l'étude ABENA 1 réalisée au milieu des années 2000, ils n'étaient que 1% à consommer 5 fruits et légumes par jour. On est tout de même passé de 1% à 6% ! Donc il y a certes un progrès mais on est très loin de la moyenne nationale et pourtant ces populations connaissent presque aussi bien que l'ensemble de la population la recommandation de manger cinq fruits et légumes par jour.

Donc il est clair que la politique nutritionnelle mis en place n'a pas été efficace puisqu'elle n'a pas permis de toucher ces populations qui sont pourtant celles à plus haut risque, sur le plan épidémiologique, en termes de santé. L'analyse faite aujourd'hui avec un peu de recul sur, les 15 ans de développement du PNNS, et au niveau international sur toutes les politiques publiques aboutit à la même conclusion : ces politiques ont eu une certaine efficacité en population générale sans avoir un impact réel sur les populations les plus défavorisées. Ces politiques s'appuient en grande majorité sur de l'information, de la communication, et de l'éducation. Ces approches sont, bien sûr, indispensables mais il est indispensable d'agir sur l'environnement nutritionnel, en donnant aux consommateurs un environnement alimentaire et d'activité physique qui par défaut soit le plus favorable possible.

Donc, aujourd'hui on s'oriente dans le cadre des réflexions pour la suite du Programme National Nutrition Santé, faites par le Haut Conseil de la Santé Publique vers des stratégies intégrant la problématique spécifique du gradient social. Pour cela, il faut qu'on soit capable d'agir sur l'offre alimentaire, ce qui est redevable du niveau politique. Il faut agir sur la reformulation des aliments pour améliorer la qualité nutritionnelle de l'offre ; réduire la pression du marketing qui touche particulièrement les populations défavorisées donc réguler la publicité et toutes les pratiques commerciales qui poussent à des consommations vers des aliments qui ne sont pas obligatoirement les plus favorables pour la santé les populations les plus vulnérables (populations défavorisées, enfants, jeunes, etc). Il faut favoriser l'accessibilité économique des aliments de bonne qualité nutritionnelle. Là encore ce sont des mesures nécessitant une forte volonté politique : par exemple les taxations et subventions en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments et peuvent

permettre de rendre meilleure l'accessibilité d'aliments de bonne qualité nutritionnelle et rendre plus difficile peut-être, l'accessibilité à des aliments de moins bonne qualité nutritionnelle.

Donc ce qui est aujourd'hui visé par la politique nationale au travers du futur PNN c'est à la fois la capacité d'agir sur l'individu –(par l'information, l'éducation nutritionnelle, la promotion de l'activité physique).C'est bien évidemment des actions dans lesquelles les professionnels de santé, de l'éducation et du social doivent jouer un rôle majeur. Mais c'est également tout ce qui concerne la capacité d'agir sur l'environnement nutritionnel des individus

En fait, dans Le PNNS, on parle maintenant moins de précarité que de gradient social puisque bien sûr, à côté des problèmes spécifiques des précaires, il y a également des problématiques chez des sujets qui peuvent avoir une insertion sociale, mais avec un faible niveau économique supérieur.

Il est indispensable que l'information, l'éducation et la communication à mener dans le futur et s'appuient sur les acteurs de terrain et de proximité, sur leur capacité à décliner le cadre de référence au plus près des populations défavorisées et plus vulnérables.

Il y a tout de même, dans ce domaine, un certain nombre d'aspects encourageants. D'abord parce qu'il existe déjà un certain nombre d'actions et de recherches-actions qui ont démontré leur efficacité. Une grande difficulté à laquelle nous sommes confrontés est que ce genre d'actions nées de la créativité d'acteurs de terrain ne sont pas souvent connues et diffusées et donc ne peuvent servir de base pour être transposées par d'autres structures. Il y a un grand effort consenti actuellement pour que soient mutualisées les expériences existantes, notamment en Seine-Saint-Denis qui constitue un terrain particulièrement riche en termes d'actions dans les champs de l'éducation nutritionnelle et de la promotion de l'activité physique.

Il existe également des signes de frémissements encourageants liés à une légère amélioration de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants nés dans des familles défavorisées. Certes l'amélioration n'est pas aussi nette que ce que l'on retrouve dans les populations d'enfants nés de classes plus favorisées mais on commence à voir une certaine stabilisation par rapport à l'augmentation de la prévalence observée depuis quelques décennies. Même si ces données sont encourageantes, il reste bien sûr beaucoup à faire.

Voilà simplement quelques éléments de réflexion qui collent à l'actualité puisque le calendrier actuel comporte les annonces par le HCSP des propositions du futur PNNS, et que vont se dérouler les états généraux de l'alimentation qui devraient, on l'espère, reprendre différentes dimensions des relations nutrition-santé.

Antoine Lazarus

Merci Serge Hercberg.

Là nous étions au niveau national, malgré que tu ais parlé de la multiplicité des expériences en Seine Saint Denis. Alors si on redescend vers le territorial, nous aurions le régional. Le régional en Île de France n'est pas devant vous aujourd'hui et c'est, ou bien du côté des élus, le conseil régional, avec lequel on a été en lien assez longtemps mais avec qui ce n'est plus vraiment le cas, ou bien sinon l'ARS, l'Agence Régionale de Santé, avec son plan stratégique régional. On est à la fin d'une période, il y en a un nouveau qui se réécrit. Tous les mots ; les facteurs de risque, dont on vient de parler, les questions de choix de priorité, on les trouve déjà dans l'ancienne rédaction du plan régional. On le retrouvera, peut-être de façon un peu plus précise dans celui-ci, bien qu'en général on puisse lui reprocher de ne pas être finalisé. C'est-à-dire qu'on met des intentions mais on ne dit pas quel

objectif atteindre, pour quelle quantité de population, quels moyens mettre et quel type de méthode est employée.

Et puis ensuite on arrive au niveau plus territorial qui est celui d'un département pour ce qui concerne la Seine-Saint Denis ou la ville de Paris qui est un département bien particulier. Voilà donc, Pierre Laporte, pour le 93 sur les questions nationales qui ont été exposées vis-à-vis des bons conseils, de la faisabilité.

Pierre Laporte

9 Vice-Président du Conseil Départemental du 93, chargé de la santé et de la solidarité

Ecoutez, je m'exprimerai, de par mes responsabilités au département, puisque je suis responsable à la santé et au social.

Alors, le département a la responsabilité pleine, entière du social. Cela nous coûte d'ailleurs une fortune mais c'est notre responsabilité, c'est-à-dire, que ce soit le RSA, que ce soit le suivi social des personnes dans la proximité des villes, que ce soit aussi l'aide sociale à l'enfance où en ce moment les mineurs non accompagnés, comme on les appelle, sont arrivés sur le territoire dans des situations catastrophiques et sont accueillis dans des situations catastrophiques.

On a aussi des personnes immigrées qui sont là, les roms. Donc on a un poids social sur ce département très important. Je ne le dis pas pour les dévaloriser parce que ces personnes, elles ont autant notre considération que n'importe qui, mais c'est leurs situations. Et puis il y a le volet santé, puisque c'est un département, comme d'ailleurs sur une partie de Paris, puisqu'on travaille ensemble sur Paris et sur la Seine-Saint-Denis sur un certain nombre de problématiques, comme la prévention de conduites à risque.

Mais ce que je veux dire c'est que, au niveau de la santé, on a par exemple, au niveau de la vaccination, un taux qui s'effondre parce que les laboratoires ne fournissent plus de doses pour les vaccins, je ne parle pas des 11 vaccins, je parle des vaccins courants. On a ces problèmes d'obésité, de malnutrition je dirais en général, et puis on a donc des inégalités sociales territoriales de santé qui sont très fortes.

Personnellement, la question du social dans la santé est une dimension qui, j'en suis convaincu et pas d'aujourd'hui, est quelque chose qu'on ne prend pas en compte. D'ailleurs, je vous citerais quelques exemples. On parle du virage ambulatoire, mais quels sont les conditions de retour à domicile des gens qui sont dans la précarité ? Donc il faut accentuer le virage ambulatoire, certes, c'est bien pour la majorité de la population.

Antoine Lazarus

Virage ambulatoire, c'est-à-dire ?

Pierre Laporte

Virage ambulatoire, c'est de dire, on reste le moins longtemps à l'hôpital, une journée, deux journées, et on retourne à domicile. C'est ce qui se développe à vitesse grand V dans la politique de santé depuis 2 ans. Le fait que vous restez le moins longtemps à l'hôpital, vous retournez à domicile. Sauf qu'à domicile ici, il y a peu de médecins, il y a peu de kinés et il y a peu d'infirmières. Sauf qu'à

domicile les conditions de vie, parfois ne permettent pas à la personne de continuer à se soigner donc elle retourne à l'hôpital. Alors je ne dis pas que ça concerne la majorité la population mais c'est une question.

Il y a la mortalité périnatale, où le département avait joué un rôle important mais hélas, aujourd'hui on voit que la mortalité périnatale elle augmente considérablement, elle est beaucoup plus forte ici que sur la moyenne nationale. Il y a durée d'hospitalisation et coûts. On nous a toujours dit « ah oui mais les hôpitaux coûtent trop cher ici » certes, mais les gens restent souvent plus longtemps hospitalisés pour une pathologie. Il y a d'autres choses qui sont connexes et qui font que l'hospitalisation est plus longue.

Il y a les pathologies cardio-vasculaires, j'y reviendrais, et le diabète qui sont des problématiques fortes aussi sur ce département, et mortelles.

Il y a l'impact du logement indigne sur la question du plomb, sur la question de l'asthme, etc. Et puis il y a aussi les migrants qui souffrent. Généralement, ils sont jeunes donc au niveau santé ce n'est pas leur première préoccupation mais, encore aujourd'hui, on retrouve des problèmes de tuberculose sur des populations migrantes. Et puis il y a la difficulté de pouvoir les soigner puisque, pour les vacciner et autre il faut pouvoir les suivre et ils sont expulsés sans arrêt.

Donc je décris les problématiques fortes sur les inégalités sociales de territoire et je voudrais vous dire qu'à partir de là, la réflexion sur l'alimentation, elle est très importante. Alors elle a aussi une dimension sociale. Par exemple, dans les centres sociaux du département, les assistantes sociales mènent souvent des actions collectives. Ces actions collectives c'est les intéressés ; les assistantes sociales et parfois des associations du territoire qui vont travailler sur comment faire un repas, comment réapprendre à faire un repas, comment éviter l'utilisation de certains produits, comment gérer le budget par rapport à ça. Et c'est vrai que là, on réactive ce qu'on appelle les compétences psychosociales des personnes elles-mêmes, pour qu'elles puissent reprendre ces savoir, qu'elles puissent les acquérir et qu'elles puissent reprendre surtout confiance en elles et se disant « on peut faire autrement ».

On a des expertises, on a de la recherche-action mais la question est de savoir où se passe la transmission de la façon de s'alimenter, des problématiques. Comment ça se confronte avec les difficultés au quotidien de la vie ? Parce que c'est ça la question. On peut faire les plus beaux discours, qui sont complètement pertinents, mais comment passe ce discours dans la pratique de la personne ? Comment on lui redonne confiance ? On a tout un travail aussi sur les compétences psycho-sociales et ces actions-là.

Au niveau de la conférence territoriale de santé que je présidais auparavant sur la Seine-Saint-Denis, on a mené une action sur les pathologies cardio-vasculaires. On s'est aperçu que, d'abord en Seine-Saint-Denis, c'est aussi prégnant ces pathologies cardio-vasculaires, le diabète aussi. Et on a pu constater que des expériences existaient sur la proximité du terrain, par exemple des centres municipaux de santé ou des acteurs du sport qui se demandaient « pourquoi on ne ferait pas quelque chose ensemble qui permettrait à des personnes d'avoir une activité physique en rapport avec leur état physique de santé ? » c'est-à-dire le surpoids et les problématiques diverses qu'il y a autour car il faut évidemment faire attention. Mais comment on va retisser avec elles, l'envie d'avoir une activité physique ? Parce que la première chose avec l'activité physique c'est qu'on souffre. Donc on a tendance à la rejeter.

Antoine Lazarus

On souffre ? C'est-à-dire, ça fait souffrir d'avoir une activité physique ?

Pierre Laporte

Ah oui ! Parce que faire un effort, une activité physique, même si ce n'est pas du sport de haut niveau bien sûr, c'est une difficulté au début. Et puis après, on reprend confiance, on retrouve du plaisir et puis se pose la question de l'alimentation. Donc il y a toute une éducation qui se construit à partir de, la personne reprend confiance en elle, elle retrouve du plaisir dans l'activité et on a un échange sur l'alimentation qui va avec.

11

Donc moi j'insiste beaucoup sur tous les lieux et toutes les personnes qui peuvent être les personnes ressources de ce lien avec la population. Je pense que c'est un gros problème parce que le constat hélas il est intéressant mais a aussi ses limites. C'est-à-dire que les endroits où cela se pratique et la diffusion de tels principes est très limitée. Sur le département on a trouvé une dizaine d'exemples et avec des grandes fragilités pour que ses exemples là persistent. Et la difficulté aussi pour les diffuser, la difficulté pour les transmettre. Voilà ce que je voulais dire sur ce point. Et pour terminer, je dois dire que, en ce moment se construit le PRS 2, le Projet régional de santé, le deuxième de l'ARS, pour l'Île-de-France, je parle, et que la question de la santé des jeunes est une des premières questions qui est posée. Et donc il nous faut réfléchir et je pense que, il y a des ateliers qui se déroulent en ce moment à l'ARS sur ces questions, l'apport que peut avoir le CODES, que peut avoir la plateforme que vous essayez de construire sont importants pour porter ces questions et essayer de les faire avancer dans un projet régional de santé. Parce qu'à quoi sert un projet régional de santé s'il ne porte pas des réflexions, de la recherche-action et des pratiques au quotidien ? Comment peut-on construire les choses ? Il faut qu'on arrive à alimenter, et je sais que ce n'est pas simple, et que parfois ce qui était écrit dans le projet régional de santé ne se réalise pas d'autant qu'il n'y avait pas les conditions pour qu'on puisse évaluer. Alors c'est formidable de construire par l'ARS des projets qui nous demandent de l'évaluation partout et qui n'a pas mis en place sa propre évaluation.

Antoine Lazarus

Exact.

Pierre Laporte

Voilà ce que je voulais dire très rapidement. Je regardais les documents que vous produisez sur l'expertise thématique : développement des compétences psycho-sociales. Pour moi, c'est un axe très important. Nous le développons à travers le travail social. La santé bucco-dentaire, parce que pour s'alimenter il faut avoir une bonne santé bucco-dentaire aussi. Je voyais, quand je m'occupais de la perte d'autonomie des personnes, des personnes âgées qui arrivaient à l'hôpital complètement dénutries parce qu'elles avaient des problèmes dentaires et qu'elles n'arrivaient plus à manger, c'est tout simple.

Et puis il y a les questions financières derrière. Donc ça c'est une question importante. Les relations affectives et sexuelles, c'est ce qu'on fait avec la MPC, la Mission de Prévention des Conduites à risque avec Paris. La dépendance des personnes âgées et les conduites addictives donc on est sur un ensemble où on a besoin de votre expertise et vous avez besoin du retour de terrain des personnes qui travaillent sur ses questions, pour voir comment la recherche-action peut amener à l'action et à

la mobilisation des personnes parce qu'autrement s'il n'y a pas de relais, il n'y aura pas de réussite des projets. Voilà ce que je voulais vous dire.

Antoine Lazarus

Et comment vous pouvez soutenir les actions, aussi, peut-être ?

Pierre Laporte

12

Eh bien nous on soutient les actions parce que c'est le rôle, par exemple, des assistantes sociales. Mais elles n'ont pas que cela à faire, évidemment. C'est le rôle des services du département en matière de santé puisqu'on a gardé des compétences importantes en matière de santé. Mais au-delà de ça, le département n'est pas un département-ville, comme Paris. Je ne dis pas cela pour critiquer mais la difficulté, qui est aussi une richesse, est que l'on dispose de partenaires. Il faut les mobiliser, il faut que les villes prennent cela en compte. Parce que c'est dans la proximité, dans les centres sociaux, dans les circonscriptions de service social, dans les écoles... Le département a un rôle dans le pays, un rôle important dans les crèches et dans les cantines des collèges. A un moment, il a été dit que la Seine-Saint-Denis était le département où il y avait le moins d'élèves qui restaient à la cantine. Quand on explorait la question, on s'apercevait qu'ils allaient manger des fast-foods dans ce qui était proposé alentour mais ne restaient pas à la cantine. Il y avait des habitudes culturelles alimentaires qui s'y opposaient et tout un tas de choses. On s'apercevait néanmoins qu'ils s'alimentaient très mal le midi, souvent ils ne déjeunaient pas le matin. Faire que l'obstacle financier n'existe plus pour les familles lors du repas du midi nous a permis de faire augmenter très sensiblement le nombre de rationnaires dans les cantines des collèges.

Ça, ce sont des actions concrètes dans le domaine de la nutrition. Après il reste à faire en sorte que le repas des collégiens soit équilibré et agréable. Car si on ne retrouve pas de plaisir dans les repas, cela se termine mal, on va avoir tendance à aller manger quelque chose ailleurs qui n'est pas forcément bon.

Dernier point, qui n'est pas le rôle du département, le marketing publicitaire sur les produits, sur les boissons gazeuses, les sodas, les produits tout préparés etc... entraîne des catastrophes alimentaires. C'est une des grandes questions sur laquelle le département a un petit rôle à jouer via l'explication, la dénonciation etc... Mais c'est avant tout un grand problème national qu'il faudrait prendre à bras le corps car la catastrophe est là également.

Antoine Lazarus

Merci beaucoup. On n'a pas invité de villes de Seine-Saint-Denis et puis avec vous, c'est merveilleux on invite le département et la ville, pour Paris.

Arnauld Gauthier

Sous-Directeur de la Santé -DASES - Ville de Paris

Alors bonjour à toutes et tous. En premier lieu, je vous prie d'excuser Bernard Jomier, l'adjoint à la maire de Paris, chargé de la santé, du handicap et des relations avec l'APHP qui aurait souhaité venir mais qui a eu une contrainte d'agenda qui ne le lui a pas permis.

Donc effectivement, pour faire le lien avec l'intervention de Monsieur Laporte, ville-département, statut particulier à partir de l'année prochaine. Finalement ce qu'il est important de rappeler et qui est aussi bien un marqueur à Paris qu'en Seine-Saint-Denis, c'est que l'essentiel des compétences des collectivités locales dans le champ de la santé sont des compétences facultatives ou d'exercice délégué par l'état. Ce qui veut dire que l'implication des élus locaux dans l'élaboration et la conduite de programmes de santé à l'échelle des territoires est absolument déterminante si on veut effectivement un relais de terrain efficace des politiques, qui peuvent être définies nationalement ou régionalement. Je ne pense pas qu'il soit inutile, dans le contexte financier actuel des collectivités locales, de le rappeler car cela situe bien les enjeux en termes de mobilisation de ces partenaires essentiels.

Concernant la question plus spécifique de l'éducation à la santé nutritionnelle, Paris est un territoire au sein duquel la population se porte globalement bien, au sein duquel l'offre en prévention ou en soins est globalement bonne. Mais c'est un territoire qui est aussi marqué par de profondes inégalités entre les arrondissements du sud-ouest et les arrondissements du nord-est et où les inégalités sociales qui ont été évoquées, ainsi que les enjeux de précarité, sont prégnants. Ce que l'on voit avec la définition par la maire de Paris, Anne Hidalgo, de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé comme un véritable objectif majeur. Je pense qu'à lui seul il peut résumer l'objectif de la politique de santé de la ville de Paris pour cette mandature.

Alors dans ce contexte-là, et vous l'avez rappelé, les questions d'éducation à la santé nutritionnelle sont des questions fondamentales en termes de réduction des inégalités sociales. Paris Santé Nutrition, qui est à la fois une mission, un programme qui a été créé en 2009 et sur lequel on commence à avoir un petit peu de recul, entend répondre à cette problématique sur les deux versants que sont la question de l'alimentation en tant que telle et la question de l'accès à l'activité physique et à la pratique sportive.

De manière générale, c'est une équipe en bonne partie présente aujourd'hui ici, qui a eu la démarche suivante qui est celle d'établir des diagnostics territoriaux en premier lieu, de regarder quelles solutions peuvent être apportées par rapport aux besoins et de voir comment on peut faire participer les habitants ou les professionnels ayant exprimé un besoin, suite à la définition d'une solution, de l'expérimenter, de l'évaluer et ensuite de la diffuser et la généraliser si elle donne des résultats satisfaisants.

Donc c'est véritablement, au-delà de cette dimension strictement d'éducation de santé, une démarche de promotion de la santé que nous essayons de porter au plus près des besoins des publics. Alors il y a une dimension vis-à-vis de la population générale qui passe par la participation à des salons, à des forums, à des événements au niveau parisien ou au niveau des arrondissements. Mais je ne vais pas m'appesantir sur ce volet-là.

Ce qui me paraît plus intéressant, c'est aussi le développement de stratégies ciblées en fonction des publics. Et c'est là que l'on retrouve, sans doute, une partie des éléments de réponse aux questions que vous posez sur l'efficacité des démarches qui peuvent être engagées dans ce domaine. Par rapport à ces publics cibles, la mission s'est d'abord développée autour des enfants, de la question de l'éducation à la santé nutritionnelle de ces derniers avec le dispositif que vous connaissez, qui est un fruit à la récré ». Ce dispositif bénéficie à près de 30 000 enfants du premier degré. Qui s'est développé ensuite par une analyse un peu spécifique des besoins au niveau des collèges et puis plus tard des étudiants en partenariat avec les SUMPS.

Ce qu'il faut bien avoir également en tête est le continuum indispensable qu'il doit y avoir avec la compétence de santé scolaire. Alors à Paris, nous avons aussi la chance d'avoir conservé la

compétence en matière de santé scolaire. Bien évidemment, cette question ne peut pas être dissociée et doit faire l'objet des réflexions en cours dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions, et de la loi de modernisation du système de santé 2016 mais aussi de la loi de refondation de l'école de 2013 qui prévoit le parcours éducatif de santé de l'élève. Je pense que cela fera partie des sujets sur lesquels nous aurons une réflexion à mener en lien, évidemment, avec le rectorat.

C'est aussi un public adulte qui a été visé et plus particulièrement un public porteur de pathologies chroniques, des familles en situation de précarité, et j'y reviendrais car c'est en lien avec la thématique du jour, et plus récemment depuis 2015, des dispositifs un peu plus spécifiques pour les personnes âgées dans le cadre de l'expérimentation « PAERPA » qui a été conduite par l'ARS sur les 9^e, 10^e et 19^e arrondissements.

Antoine Lazarus

Que signifie « PAERPA » ?

Arnauld Gauthier

C'est le projet d'accompagnement des personnes en risque de perte d'autonomie. Ce sont des plateformes au niveau de la prise en charge des personnes âgées pour améliorer la coordination des acteurs du soin, du médico-social et du social autour des personnes qui ne sont pas dans les situations de perte d'autonomie mais qui risquent, par les pathologies et les difficultés qu'elles présentent, d'être en perte d'autonomie.

A côté de ça, on a aussi développé un dispositif spécifique d'activité physique adaptée en partenariat, pour l'instant, essentiellement avec les services hospitaliers de l'APHP qui sont sur le territoire parisien, sur orientation médicale. C'est une réflexion qui nous permet aujourd'hui d'orienter vers les dispositifs sportifs de la ville dans le cadre d'ateliers adaptés. C'est effectivement la caractéristique de ce dispositif. Et ce avec un accompagnement et un suivi, point très important, à 300 personnes sur une reprise d'activité dans ce cadre-là.

Evidemment, cette partie-là est en réflexion aujourd'hui avec l'ARS dans le cadre de la mise en œuvre des nouvelles dispositions de la loi santé concernant le sport sur ordonnance même si nous avons un enjeu de repositionnement sans doute pour aller travailler davantage avec les acteurs de la ville et un peu moins avec l'hôpital. Nous ne souhaitons pas nous limiter aux critères des affections longue durée qui nous paraît pour le coup un peu restrictif par rapport aux enjeux que l'on peut avoir spécifiquement là-dessus.

Concernant la question de la précarité, ce que je souhaite indiquer est que nous avons fait un travail avec des grandes associations caritatives, avec des centres d'hébergement. Je vous cite Emmaüs, mais il y en a d'autres. Qui nous ont permis d'apporter des réponses spécifiques aux problématiques, notamment d'alimentation, qui pouvaient se poser. Parce qu'au-delà de la question économique, on peut retrouver chez ces familles et compte tenu des conditions d'hébergement, peu ou pas de matériel de cuisine adapté. Cela a été l'enjeu de voir comment, à partir d'outils tout simples, quand on a qu'un four à micro-ondes par exemple, on peut faire malgré tout pour avoir une alimentation équilibrée et saine.

Il y a eu l'édition d'un livret : « Cuisiner malin » qui s'est bien diffusé et on a fait un travail spécifique sur ces sujets-là avec un certain nombre d'associations de Seine-Saint-Denis qui ont sollicité la mission Paris Santé Nutrition.

Les fragilités d'un dispositif comme celui-là, outre la question de la contrainte financière globale des collectivités que j'ai évoqué tout à l'heure, c'est aussi savoir comment on peut mieux cibler les publics auxquels on s'adresse avec l'objectif de renforcer l'efficacité par rapport aux moyens qui peuvent être investis auprès des populations les plus en besoin vis-à-vis de ces enjeux-là. C'est également de savoir comment on essaime, comment on diffuse. Car, à un moment donné, les forces de la ville en la matière ne sont pas inépuisables et il faut que l'on soit en capacité de trouver des relais. C'est ce qu'évoquait notamment Pierre Laporte tout à l'heure. Il s'agit vraiment d'un axe majeur de réflexion aujourd'hui pour la mission que de pouvoir s'orienter vers cette sensibilisation/formation de professionnels relais, construction d'outils pédagogiques. Mais en même temps, il ne faut pas oublier la dimension accompagnement parce qu'il ne suffit pas de donner des outils pour que les choses se passent ensuite sur le terrain. Donc cette dimension d'accompagnement sur le terrain demeure indispensable si l'on veut que les professionnels et les personnes s'inscrivent durablement dans ces parcours d'éducation à la santé.

Antoine Lazarus

Merci. Avant de passer la parole à Marie-Odile Frattini, j'ai juste une question très rapide : pourquoi est-ce que vous, ville de Paris, deux millions d'habitants et Pierre Laporte, collectivité de Seine-Saint-Denis d'environ 1,5 millions d'habitants, pourquoi avez-vous pensé qu'il était intéressant de sortir de vos limites et de faire quelque chose ensemble ?

Pierre Laporte

Pourquoi on y a pensé ? Parce que d'une part, on a des problématiques qui sont communes. Les populations ne sont pas enfermées dans le territoire. On s'aperçoit, notamment dans le domaine du social, de la circulation des personnes précaires, des immigrés, entre le nord-est de Paris et la Seine-Saint-Denis.

Après, nous avons des spécificités, quand on regarde les consommations de drogue, ce n'est pas tout à fait la même chose.

Et puis nous avons des compétences dans les deux départements, département-ville de Paris et nous. Donc mettre ensemble ces compétences nous permettait d'être plus forts au niveau de l'efficacité, du travail de recherche etc.

Si je faisais un peu de politique, je dirais que je suis au regret que la région nous ai supprimé 120 000€ sur notre capacité à rechercher, à travailler, à constituer des fonds qui alimentent ce travail de recherche.

Arnaud Gauthier

Effectivement, il y a des problématiques communes, comme le disait Pierre Laporte. Il y a aussi des spécificités des territoires. Mais au-delà de cela, il y a des convergences d'approche que ce soit sur les enjeux de prévention, de réduction des risques, de promotion globale de la santé. Ces convergences d'approche sont assez anciennes entre nos deux départements et c'est cela qui permet cet effort de mutualisation, de diffusion de bonnes pratiques. Je crois que c'est vraiment cette

dynamique là qu'on essaye d'impulser au travers le rapprochement de nos actions. Cela permet de toucher beaucoup plus largement les acteurs des deux territoires. C'est aussi ça le bilan.

Alors pas concernant l'aspect de l'éducation à la santé nutritionnelle mais sur la Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques que qu'évoquait Pierre Laporte tout à l'heure, le premier bilan que l'on a fait de 3 ans de mutualisation, puisque l'on a renouvelé le partenariat l'année dernière entre nos deux collectivités, a montré que l'on avait une capacité d'impact et de diffusion auprès des partenaires plus importants que si chaque collectivité avait animé ses réseaux de son côté.

16

Antoine Lazarus

Bien, merci. Alors comment est-ce que la directrice de la plateforme régionale de ressources en promotion de la santé écoute ce que nous disons et quel projet portez-vous ?

Marie Odile Frattini

Directrice de la plateforme régionale PromoSanté

Peut-être connaissiez-vous l'ancien Pôle Régional de Compétences qui œuvrait sur la région Île-de-France ? Nous prenons la suite du PRC. La plateforme ressource vient dans la continuité de l'ancien Pôle Régional de Compétences. Il a été créé suite un appel de l'Agence Régionale de Santé et c'est le CODES 93 qui porte aujourd'hui cette plateforme qui prendra son autonomie progressivement.

Donc la plateforme régionale qu'est-ce que c'est ? Cette plateforme régionale a pour ambition de soutenir la politique publique régionale en promotion de la santé avec plusieurs missions.

La première, c'est de mettre à disposition des ressources numériques, le maximum de ressources numériques, aux promoteurs de projet de la région. On est donc en train d'y travailler et il y aura un site qui ouvrira à la fin de l'année 2017, où vous pourrez trouver toutes sortes de ressources. J'y reviendrais quand je vous expliquerais ce que l'on va faire sur la question de la nutrition, et ce que vous allez pouvoir trouver. Le deuxième point c'est de faciliter l'accès aux formations en promotion de la santé pour les acteurs de la région. La troisième mission c'est, de soutenir les démarches locales pour soutenir des projets et la quatrième mission c'est d'articuler les données de la science avec les pratiques de terrains.

Tout cela je vais le reprendre en montrant comment on va travailler sur la question de la nutrition.

En fait, le premier dossier que nous allons mettre en scène sur le site, concerne donc la nutrition. Pourquoi choisir un tel dossier ? Peut-être parce que cela aide à répondre à « Est-il pertinent de continuer à mettre en place des actions d'éducation nutritionnelle et de promotion de l'activité physique dans le contexte actuel ». Je vais essayer de répondre, un tantinet, à cette question, un peu provocatrice va – t- on dire.

On peut déjà le dire en termes de pertinence théorique. En termes de pertinence théorique, Serge Hercberg nous a dit ce qu'il en était et pourquoi il était pertinent de s'intéresser à cette question-là. Donc je n'y reviens pas. J'insisterais juste sur le fait que l'on n'a pas fini de diminuer les inégalités sociales de santé et que l'on n'a pas fini non plus de faire en sorte que les gens mangent à leur faim et se sentent mieux dans leur corps. Donc, la pertinence théorique, on peut dire qu'on y est.

Pertinence en matière de santé publique. La plateforme souhaite se situer sur la promotion de la santé et pas seulement sur l'éducation à la santé. C'est-à-dire, que quand on se demande « Est-il

pertinent de continuer à mettre en place des actions d'éducation nutritionnelle et de promotion de l'activité physique dans le contexte actuel », c'est de répondre oui si cela s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé. Cela signifie d'articuler la question de l'évolution du pouvoir agir des personnes à une politique publique, à des actions sur l'environnement qui permettent, effectivement aux personnes de pouvoir agir d'autant mieux sur leurs habitudes nutritionnelles et sur leurs capacités à bouger.

Et nous souhaitons donc mettre en avant ce qui se fait dans la région, aussi bien au niveau régional que départemental et local, des actions qui ont été mises en place pour, par exemple, faciliter la circulation des individus, permettre que les cantines soient accessibles aux publics les plus défavorisés... C'est-à-dire de montrer que si on veut agir sur les individus et si on veut diminuer les inégalités sociales de santé, bien évidemment et même si tout le monde sait que cela n'est pas toujours intégré comme tel, ce n'est pas en s'intéressant uniquement aux individus et à leurs comportements que l'on y parviendra. Donc nous serons particulièrement attentif à PromoSanté, à regarder dans les différents niveaux de la promotion de la santé, pour vous donner des idées, pour vous dire ce qui se passe ailleurs.

Pertinence en termes de savoir. Pour agir, il faut disposer de savoirs. Il faut savoir mettre en place quelque chose, il faut savoir ce que produisent les données de la science mais il faut aussi capitaliser sur les expériences de terrain. Vous en avez parlé, les uns et les autres. Alors, qu'est-ce qu'on va faire ? Par exemple cette journée. Au cours cette journée il va y avoir des interventions de chercheurs, de politiques, il y a des présentations de terrain qui vont être faites. Et bien cette journée, elle va être valorisée pour que toute personne n'ayant pas pu venir et pour celle et ceux qui sont là, puissent bénéficier des enseignements de cette journée. Il y a donc un e-magazine qui va être fait par PromoSanté et des Actes de Colloques par le CODES 93. Et c'est pour cela que vous allez voir quelqu'un qui prend des photos, il y a des designers qui se promènent et une journaliste de la santé est présente pour tirer des enseignements de cette journée.

Autre point important, essayer de vous donner des repères, on pourrait dire basés sur ce que les chercheurs font. Et là nous envisageons de développer des interviews de chercheurs qui vont permettre assez vite d'avoir, je dirais, des informations et si vous voulez aller plus loin, vous serez mis en lien avec un article, un rapport de recherche, etc. Mais déjà, avoir des choses synthétisées qui vous permettent très vite d'avoir des informations émanant des données de la science.

Troisième point, toujours sur la question des savoirs, nous travaillons à la capitalisation d'expérience. C'est un travail particulier que nous menons avec le niveau national, c'est-à-dire la Société Française de santé Publique et la FNES ainsi que bien d'autres acteurs pour faciliter la remontée des expériences de terrain et la capitalisation des savoir-faire sur le terrain afin de donner à d'autres des idées, des repères pour développer des actions pertinentes et utiles auprès des populations.

Donc ça, comme on commence par la nutrition, vous en aurez déjà une dizaine au niveau régional qui seront sur le site et qui vous permettront vraiment de vous en inspirer dans le détail et en essayant de vous montrer ce qui est transférable et ce qui ne l'est pas puisqu'une action n'est pas systématiquement transférable. Mais également vous montrer comment elle peut être transférée vers un autre lieu et un public, éventuellement, légèrement différent.

Pertinence d'un point de vue des compétences des acteurs. Pour agir, il faut avoir des méthodes, des outils, et aujourd'hui il y a des méthodes et des outils qui vont vous être proposés. Nous vous proposons toutes sortes de méthodes et d'outils très rapidement utilisables, très rapidement repérables et téléchargeables. C'est-à-dire, où que vous soyez, vous pouvez télécharger les outils de

façon à ce que, parfois vous pourrez aller dans un centre de documentation et une pédagogthèque, parfois, vous ne pourrez pas et bien vous aurez des outils téléchargeables.

Pertinence d'un point de vue éthique. C'est-à-dire que développer des actions auprès d'un public vulnérable et sur des messages qu'on pourrait dire normatifs est toujours compliqué, vous le savez. On le fait, parce que l'on sait que ces messages ont une valeur mais en même temps, on est tous attentifs au fait de tenter de ne pas être contre-productif, de ne pas culpabiliser les personnes. Pour ce faire, là aussi, il y a des équipes qui ont su développer des outils ou des messages spécifiques dont vous pourrez vous inspirer. Sur le plan éthique également, il nous semble important également de tenter de ne pas stigmatiser. Oui, il faut lutter contre l'obésité. Oui, il faut aussi déstigmatiser les personnes en surpoids et obèses. C'est-à-dire qu'on est dans cette double action de dire qu'il faut faire en sorte que, petit à petit, l'obésité diminue et Monsieur Hercberg nous a dit que cela se stabilisait et d'un point de vue de politique et de santé public, on en est contents. En même temps, il convient d'être prudent sur la manière dont on travaille afin de ne pas aller vers des actions contre-productives.

Donc on va essayer, quand on monte un dossier, de vous apporter ces différentes dimensions et toutes sortes d'éléments qui pourront, comme cette journée, mais en le faisant sur un plan régional, vous permettre d'avancer, de continuer à développer vos actions sur le terrain ou au niveau des politiques publiques.

Je vous remercie.

Antoine Lazarus

Bien, Merci beaucoup.

Nous n'avons plus beaucoup, beaucoup de temps, on a commencé un peu tard.

Laurent Bauer, le directeur du CODES 93, présent sur la liste des intervenants, peut peut-être nous rejoindre pour nous aider à conclure ces échanges.

Cyril Crozet

Y a-t-il des questions dans la salle sur ce qui vient d'être dit ?

Question de la salle

Bonjour à tous, je viens donc de la mairie de Noisy le Grand, conseillère municipale chargée de la santé et du handicap.

Nous avons parlé et nous parlons toujours de prévention donc information des jeunes, etc. C'est très bien. Et on continue. Au niveau des soins, nous savons tous qu'on manque de médecins. Pour équilibrer les choses pour les soins, il faut que cela marche ensemble. Donc on fait de la prévention et au niveau des soins, pour les personnes âgées et ceux qui sont malades, ce n'est plus de la prévention, c'est du soin. Et donc au niveau des médecins, qu'est-ce qu'on peut faire ? Ça c'est en amont qu'il faut voir le quota de nos médecins et de futurs médecins. Est-ce que cela sera prévu à ce niveau-là aussi ?

Serge Hercberg

Juste peut être quelques éléments de réponse au niveau national, la vision de la politique, celle de santé utilise en effet le même terme que vous, c'est-à-dire le continuum qui va de la prévention à la prise en charge. D'ailleurs la prise en charge c'est les médecins mais pas seulement les médecins, c'est l'ensemble des professionnels de la santé. Ce n'est pas que le champ de la santé puisqu'on a vu aussi que le social et d'autres domaines peuvent jouer un rôle.

Donc il y a en effet une nécessité à la fois de former, de sensibiliser, de communiquer, de faire participer les médecins et sans aucun doute il est indispensable de ne pas sectionner entre la prévention et la prise en charge les choses de façon trop nette. C'est évident que c'est un continuum et la difficulté à laquelle nous nous heurtons aujourd'hui est que dans certains domaines, par exemple sur l'obésité, il y a eu un certains nombres d'éléments boostés au niveau national par la mise en place des centres de référence sur l'obésité, des centres spécialisés dans le cadre du Plan Obésité. Il y a maintenant des réflexions à partir de ce maillage territorial qui existe, intégrer l'ensemble des professionnels et développer les parcours de soin intégrant la nutrition. Donc au niveau national je pense qu'il y a une vraie préoccupation dans ce domaine et vous avez raison de le rappeler. On parlait uniquement de prévention mais il faut garder en arrière penser le continuum, jusqu'à la prise en charge des problématiques nutritionnelles.

19

Marie Odile Frattini

Cette question est bien évidemment assez fondamentale et je vais par exemple, vous donner un petit élément qui m'est arrivé récemment. Justement nous étions en rendez-vous avec des promoteurs de projets qui développent l'activité physique en Seine-Saint-Denis et ils nous expliquaient que la plus grande difficulté qu'ils avaient était que les médecins fassent, non pas prescrivent puisque quand je les ais rencontrer le décret n'était pas passé, mais fassent un certificat de non-contre-indication ou de contre-indication partielle pour que les personnes puissent faire de l'activité physique. Et en disant que pour la plupart des médecins, l'activité physique était considérée comme un risque et non pas comme un « support à ». Et donc cette question-là a mérité, dans le cadre du projet, un travail de longue haleine pour les informer progressivement, pour les amener à réfléchir et à penser l'activité physique non pas comme un risque, mais comme un soutien à la santé. Ça c'est un petit exemple.

En ce qui concerne PromoSanté, juste pour vous dire que dans notre comité de pilotage il y aura la Fédération des Maisons pluri-professionnelles de santé qui va nous permettre de travailler avec les soignants. Et nous allons travailler avec la Fédération des centres de santé. Alors bien évidemment, ce n'est qu'une partie de la population médicale et paramédicale. C'est celle qui est la plus organisée, c'est celle qui est la plus sensible aux questions de prise en charge en termes de prévention et de soin dans la continuité de la prévention et du dépistage. On va commencer avec eux pour tout doucement tenter de s'approcher des autres professionnels de santé.

Question de la salle

Je suis Salima Deramchi, je travaille à la sous-direction de la santé, je suis médecin épidémiologique et en charge du programme Paris Santé Nutrition. Juste pour reprendre cette question, les médecins ont besoin de réponses claires, nettes, précises. C'est ça le gros problème du médecin, c'est qu'il ne peut pas se contenter de slogan où, ils nous le disent clairement, on ne peut pas dire juste à notre patient, il faut faire, il faut faire, il faut faire, ... De l'expérience de Paris PSN, on a mis en place un accompagnement du médecin jusqu'à l'activité physique ou jusqu'aux ateliers collectifs diététiques.

Parce qu'on s'est rendu compte que, on prend un exemple, le réseau REPOP qui travaille sur le surpoids et l'obésité de l'enfant, et donc les médecins, des pédiatres ou des médecins généralistes qui prennent en charge ces enfants, ont besoin d'autres prises en charge puisque la prise en charge de l'obésité et du surpoids nécessite plusieurs entrées. Une prise en charge médicale diététique, sportive et psychologie. Alors eux, ils ont le côté médical, ils ont le côté psychologique mais ils n'ont pas le côté diététique et ils n'ont pas le côté activités physiques adaptés.

La Mairie de Paris leur a ramené cette réponse-là. On a mis en place de l'activité physique adaptée pour les enfants en surpoids et on a mis en place des ateliers diététiques pour les enfants et les familles. Donc il y a du travail qui se met ensemble. Par rapport au certificat médical, on a mis en place une fiche de liaison où ils doivent juste dire ce que l'enfant ne doit pas faire comme sport ou comme activité physique par rapport à son état médical. Et là ça marche pour nous parce que les médecins sont sûrs qu'il y a de l'accompagnement derrière, du suivi et de l'évaluation avec eux.

On a commencé à faire cela avec les Maisons de Santé, on va le faire avec les centres de santé et avec beaucoup de services d'hôpitaux de Paris. Là, le médecin, si c'est juste pour orienter, ne sachant pas orienter, sachant qu'il a besoin d'avoir des équipes en face en qui il a confiance qu'il peut appeler. Parce qu'on nous appelle quand la coordinatrice n'a pas répondu, on m'appelle moi. On leur donne les numéros de téléphone, quel accompagnement et toutes les dates. Le médecin n'est celui qui va suivre de A à Z, il faut que chacun y donne du sien. On ne peut pas demander à un médecin, alors qu'il est là pour 10 minutes avec l'enfant ou avec la personne de tout lui expliquer et de l'orienter. C'est ce qui se passe avec les associations sportives. Les médecins nous disent qu'ils n'arrivent pas à identifier les associations sportives où il faut envoyer. Si c'est juste pour dire « il faut faire du sport », on le dira mais ça reste lettre morte.

Cyril Crozet

Merci pour cet exemple. On voit bien l'importance aussi de l'accompagnement des professionnels.

Antoine Lazarus

Laurent Bauer qui est le directeur du CODES de la Seine-Saint-Denis, organisateur de la journée, Comment est-ce que vous réagissez à cette table ronde ?

Laurent Bauer

Directeur du CODES 93

Effectivement le CODES intervient sur le terrain en Seine-Saint-Denis, vous nous connaissez à peu près. On fait de l'accompagnement de professionnels et on intervient sur le terrain directement auprès des populations, notamment auprès des jeunes en situation d'insertion, dans les missions locales, dans les espaces dynamiques d'insertion, à l'école deuxième chance notamment pour animer, organiser des ateliers et pas mal d'atelier d'éducation nutritionnelle et de promotion de l'activité physique. Alors comme le disait tout à l'heure Monsieur Hercberg, effectivement les jeunes que nous rencontrons qui sont le plus souvent en très grande difficulté connaissent bien ce slogan des 5 fruits et légumes par jours. Alors on revient avec eux, on en discute, on en parle. Qu'est-ce que ça signifie exactement 5 fruits et légumes par jour ? Mais c'est quelque chose qu'ils connaissent et ils sont très, très demandeurs, ils posent beaucoup de questions sur la nutrition, et ces questions de fruits et légumes, d'activité physique alors qu'ils sont vraiment en grande difficulté le plus souvent,

en recherche d'emploi, en recherche de formation, parfois en recherche d'un toit sur la tête. Ce sont donc des jeunes en grande précarité.

Et on intervient sur le terrain, on essaye de faire remonter le maximum d'informations, de données, d'apporter des réponses à ces publics. Il est vrai en même temps que nous-même, en tant qu'association d'éducation pour la santé, nous connaissons une situation difficile et tendue de précarité lorsque l'on se voit en appui, en formation, en tant qu'intervenant de terrain puisqu'on essaye de développer des projets, on répond à des appels à projet et en même temps, aujourd'hui il n'y a plus que deux Comité d'éducation pour la santé en Île-de-France, celui du 93 et celui du 95. Alors je ne vais pas seulement prendre la parole pour parler des comités d'éducation pour la santé et en même temps c'est le triste sort de pas mal d'associations sur la Seine-Saint-Denis ces dernières années qui interviennent sur le terrain et qui manquent véritablement de soutien.

21

C'est un peu ma remarque et le sens de ma prise de parole aujourd'hui. Les associations de terrain ont besoin de soutien pour continuer à intervenir sur le terrain, d'un vrai soutien politique, financier, en dehors des quelques appels à projet incertains qui font que nous n'avons, comme visibilité, régulièrement, que 6 mois finalement. On navigue de 6 mois en 6 mois pour essayer d'assurer, et cela nous met vraiment en difficulté, une continuité dans ces ateliers auprès de ces jeunes auxquels on ne peut promettre que 5-6 interventions, et puis on verra plus tard si finalement on aura encore un peu de financement pour continuer. Est-ce que vous avez des pistes, des idées, des moyens pour faire en sorte que l'on puisse quitter ce principe qui nous met en précarité, en difficulté pour continuer à intervenir sur le terrain, mais avec de la continuité auprès de ces populations ?

Antoine Lazarus

Donc question politique qui sont très demandeurs de l'expertise du terrain et très subissant la demande du financement de ces expertises, si je puis dire.

Est-ce qu'on continue aussi à avoir besoin des associations ? Puisse qu'on voit la puissance des services, la quantité de salariés des services, la pérennité de dispositifs, des titularisations à long terme et de l'autre côté ce monde associatif qui est le plus proche du terrain, qui souvent fait remonter la réalité des besoins, que l'on met en avant dans le discours public et qui est curieusement, symboliquement très fort et économiquement exténué, si je puis dire.

Pierre Laporte

Question sensible. J'ai participé la semaine dernière, dans les locaux de l'université, au conseil d'administration du GISCOPE qui est un groupement d'intérêts scientifiques sur la recherche des cancers d'origine professionnelle qui, d'abord, se trouve dans des difficultés sur le changement de statut des doctorants. C'est-à-dire le temps qu'ils peuvent consacrer à la recherche sur ces sujets, et qui se trouvent aussi confrontés à des difficultés de financement. Puisque les financements se réduisent, qu'il faut toujours porter des projets nouveaux, courir après les projets pour pouvoir subsister pendant un an, pendant 6 mois, ce que vous disiez et c'est quelque chose qui est le lot commun. La plupart des associations, dans ce domaine ou dans d'autres, voient les subventions réduites.

En ce qui concerne le département de Seine-Saint-Denis, on a des compétences en matière de santé et on a voulu garder un certain nombre de compétences qui ont été redonnées à l'état notamment en matière de vaccination, de prévention de santé bucco-dentaire, du dépistage du VIH, de la tuberculose, etc. On les a conservé mais par exemple pour les conserver, les financeurs principaux on

avait été la CPAM et l'ARS. Quand il était question de renouveler les conventions de financement on nous a dit, la CPAM, depuis que la loi a changé, on n'a plus de compétences dans la matière donc on ne vous finance plus et puis l'ARS nous a dit, on vous finance mais on va revoir les conditions et on va diminuer de moitié ce financement.

Ça c'est le volet santé et du côté du volet social, je vous rappellerai que depuis 2004, on nous a transféré les compétences en matière de RSA qui est passé de 60 000 à plus de 100 000 allocataires du RSA sur le département, je ne dis pas de bénéficiaire, ce qui représente un peu plus de 2 milliards de transfert de charges entre l'état et la collectivité. On nous a transféré le RSA. On nous a transféré les routes nationales, et ça coûte cher. On nous a transféré le personnel des collèges, etc. Les personnes âgées et les personnes handicapées au niveau des allocations. On appelle cela des allocations au social. On nous a transféré ces compétences avec le niveau de dépense de 2004. C'est-à-dire qu'au-delà, c'est le département, donc les habitants de la Seine-Saint-Denis qui doivent financer et au niveau du RSA, cela a explosé. Donc nous même on se retrouve dans une situation où si on a besoin de construire un collège, et le département de Seine-Saint-Denis a une explosion démographique donc il faut investir beaucoup dans les collèges et comme on a de moins en moins de recettes et de plus en plus de dépenses, il faut serrer toute les dépenses y compris les dépenses de personnel. Moi j'ai connu il y a 15 ans le conseil départemental où quand on venait, le Professeur Antoine Lazarus ou d'autres nous disaient j'ai un projet et nous, on regardait si on pouvait financer. Maintenant tout ce qui n'existe pas aujourd'hui ne sera pas financé parce qu'on n'en a pas les moyens et on en a de moins en moins les moyens.

Donc on a une double peine. C'est à dire, nous en tant que financeurs pour des expérimentations, pour des actions continues, on ne peut plus. Et puis les associations se retrouvent de plus en plus étranglées parce que l'état, la région et parfois le département aussi disent on va vous donner un peu moins ou beaucoup moins. Donc ma réponse, elle est dure mais je ne peux pas pour le moment vous dire qu'on vous donnera les moyens de fonctionnement. Je parlais du GIS COP tout à l'heure, on finance à niveau de 54 000€ par an, ce qui n'est pas énorme mais par rapport aux autres partenaires ce n'est pas mal. J'ai maintenu jusqu'à présent, difficilement, cette subvention parce que parfois on me presse un peu pour réduire. Voilà où on en est. Je ne veux pas raconter d'histoire « on va faire un effort, on va vous, ... », non. Voilà la situation dans laquelle on est. Je pense qu'il faut en avoir conscience, après cela vous fait une belle jambe au niveau des moyens mais c'est une réalité.

Antoine Lazarus

C'est intéressant de le dire

Arnauld Gauthier

Côté ville de Paris, c'est effectivement aussi une question sensible, sachant que Paris bénéficie de l'image d'une ville encore riche, aux finances pas trop dégradées, ce qui est vrai mais dans une certaine mesure. Vous parliez des compétences obligatoires des départements, il faut savoir que sur le taux de compensation, par exemple, des dépenses de l'APA, de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie des personnes âgées, le département de Paris est aujourd'hui le deuxième moins bien remboursé par l'état après les Hauts-de-Seine. On est à quelque chose comme 5% des dépenses couvertes par la dotation de l'état et la situation est relativement semblable concernant la PCH, la Prestation de la Compensation du Handicap et même, dans une certaine mesure, du RSA dont le taux de couverture c'est érodé de façon assez importante ces dernières années.

A côté de cela, vous avez un double phénomène qui est la diminution de la dotation de l'état, dotation globale de fonctionnement, et l'augmentation de la péréquation, c'est-à-dire la redistribution des ressources entre collectivité qui est assuré par l'état, ce qui nous oblige bon an mal an à trouver à peu près 100 millions d'euros d'économie par an ces dernières années.

Donc dans ce contexte-là, et comme je le disais sur des compétences facultatives, il nous est aussi assez difficile de négocier pied à pied, année après année, une faible diminution des crédits alloués à la santé et aux politiques de solidarité, hors des compétences strictement obitères bien sûr. Avec jusqu'à présent un relatif maintien des subventions des associations. C'est quelque chose qu'on a essayé effectivement de préserver dans la mesure du possible en concentrant les baisses principales sur les associations qui bénéficiaient des plus gros financements jusqu'à maintenant mais il est tout à fait exact qu'on est aussi dans une logique de diminution de ces crédits-là, avec aussi, en contrepartie évidemment, un regard accru sur l'évaluation des actions qui peuvent être menées dans ce cadre et qui sont financées de ce fait par la collectivité.

Serge Hercberg

Un petit mot, juste pour dire que quand on entend l'état, les régions, les départements, les villes, on voit bien que le problème n'est pas la volonté politique mais le financement. Et donc dans les réflexions qui sont faites par beaucoup de structures de nutrition de santé publique au niveau international, l'idée est de dire, il trouver les fonds pour pérenniser ce type d'action.

Ce qui a été proposé, notamment en France dans un rapport qui a été rendu à la Ministre de la santé, était de dire que si on met en place des systèmes de taxation des aliments en fonction de leur qualité nutritionnelle avec la finalité, évidemment d'avoir un impact sur les comportements des consommateurs et notamment pour les populations précaires, mais également de générer des financements extrêmement importants qui pourraient être réattribués à différents types d'actions, des actions sociales. On a proposé que les fruits de la taxe servent à développer, par exemple, des systèmes d'allocation, de coupons fruits et légumes dont on a déjà démontré l'efficacité pour les populations les plus précaires ou de subventionner les filières pour rendre plus accessibles certains aliments.

La dernière proposition qui a été faites était de garder une partie de ces financements pour soutenir la promotion de la santé et la promotion de la nutrition. Je vous rappellerais simplement que la seule taxe sur les sodas qui a été mise en place en 2012 en France, donc qui est débitée aux sodas, rapporte par an 290 millions d'euros. Certes ce n'est pas obligatoirement très bien vu par les opérateurs économiques lorsqu'on leur parle de taxe mais quand on voit les budgets de la publicité, par exemple de l'agro-alimentaire, on se dit qu'il y a de la marge de manœuvre pour peut-être mettre en place des systèmes de taxation des aliments en fonction de leur qualité nutritionnelle qui puissent servir de support, permettre la promotion d'action de santé publique, notamment, l'action des CODES. Alors je ne suis pas sûr que cela se fera du jour au lendemain mais je peux vous dire que c'est un des axes pour lequel beaucoup de nutritionnistes de santé publique se battent aujourd'hui.

Antoine Lazarus

Bien merci donc on va conclure ce moment.

Donc à entendre ce que nous faisons, ce que vous faites, à l'air de rester tout de même relativement pertinent. En tout cas nécessaire quant aux problèmes par rapport aux problématiques qui existent. Les financements, si on reste sur le modèle classique des financements, sont plutôt en diminution et

même clairement en diminution, alors même que l'on sent que les besoins augmentent et que, peut-être ce serait le thème de colloques à venir, organisés soit par nous seuls soit peut-être même avec Paris et d'autres partenaires.

Dans une période de baisse de financement, alors qu'il faut qu'on arrive à augmenter, disons, les prestations au sens général du terme, que peut-on imaginer comme stratégie qui permette d'agir encore plus efficacement qu'aujourd'hui et même beaucoup plus efficacement, pour certains, alors qu'il n'y aura pas plus d'argent ? Et donc cela pose soit la question des taxes, si on reste dans la logique d'argent, c'est-à-dire pour acheter des services, soit peut-être dans des questions, si on entend les mots « santé communautaire », « mobilisation citoyenne », formation des gens eux-mêmes pour qu'il soit en auto-support et en prise en charge par la communauté. Est-ce que ce serait cela peut-être ?

Non pas seulement par défaut et par dépit parce qu'il n'y a plus d'argent, mais est-ce que ce n'est pas la période qui s'amorce ? Et puisque nous avons invité quelqu'un de la ville de Paris, quand j'entends le discours de Madame Hidalgo et manifestement il y a quelques élus en France qui croient très fort que quand il y a une sorte d'offre d'utilité et d'organisation d'utilité offerte au citoyen, beaucoup d'entre eux sont preneurs pour l'intérêt collectif et pas seulement pour eux même. Ce sera ça peut être le prochain thème qui serait une sorte de conclusion pour cette table ronde, en vous remerciant d'être venus et en sachant que vous êtes un petit peu contraints par les horaires vous aussi.

Cyril Crozet

Effectivement, merci beaucoup.

Réunions plénières

Réunion plénière n°1 : Représentations et modèles alimentaires des personnes en situation de précarité

Cyril Crozet

J'ai le grand plaisir de vous présenter Aurélie Maurice du laboratoire éducation et pratique de santé, Maître de conférences en science de l'éducation et sociologie. Elle va vous présenter les représentations et les modèles alimentaires des personnes en situation de précarité ; Je te laisse la parole.

Aurélie Maurice

Maître de conférences – LEPS – Université Paris 13

Merci.

Bonjour à tous. Je vais vous présenter différents éléments qui permettent de réfléchir à la question des représentations et des modèles alimentaires des personnes en situation de précarité. Je vais présenter à la fois des données issues de ma thèse ou de mon mémoire qui sont des données qualitatives d'entretien, des données statistiques à partir d'enquêtes statistiques et des éléments

plus théoriques sur la question du rapport au corps, du rapport à la santé et de l'alimentation des personnes défavorisées.

Je vais passer assez vite sur le préambule pour définir un peu plus ce que signifie précarité. C'est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités pour assumer les responsabilités élémentaires et jouir des droits fondamentaux alors que la pauvreté c'est le manque durable de ressources pour vivre décemment et subvenir aux besoins de base. Donc en 2014, 14,1% des français sont en dessous du seuil de pauvreté monétaire qui est à 1008€/mois. Cela touche avant tout des chômeurs, les familles monoparentales ; vous allez voir que j'ai rencontré beaucoup de familles monoparentales dans mes terrains, les étudiants et aussi les familles nombreuses.

25

Donc en introduction : Manger est un acte éminemment complexe, nos habitudes alimentaires ont des fonctions sociales et symboliques. Donc s'alimenter est quelque chose qui dépasse le fait de se nourrir, de subvenir à ses besoins nutritionnels. L'alimentation a beaucoup d'autres dimensions qui en font un acte complexe. Les goûts sont socialement différenciés. Les contraintes imposées par les conditions sociales, d'existence et de travail, les traditions familiales, la culture locale, le système de valeur, ont progressivement modelé les goûts des individus. Les goûts sont donc vraiment quelque chose de multidimensionnel et de plurifactoriel. Les choix en matière d'alimentation ne sont pas uniquement guidés par les ressources financières des individus. Je vais essayer de vous le montrer. La question financière est importante mais ce n'est vraiment pas la seule qui guide les choix alimentaires. C'est pourquoi, par exemple, distribuer des bons d'achat de fruits et légumes doit être accompagné d'une éducation parce qu'il ne suffit pas forcément de donner les moyens financiers pour que les pratiques changent. Le rapport au corps et à la santé est différent selon les milieux sociaux et est lié à une culture somatique différente.

Donc je vais d'abord vous donner quelques éléments de contexte sur l'obésité et la précarité et sur les inégalités sociales de santé. Après je vais vous parler des pratiques alimentaires en milieu précaire et ensuite du rapport à la santé et aux normes nutritionnelles de ces populations.

Donc rapidement, cela a été dit ce matin, le taux d'obésité est variable selon la catégorie socio-professionnelle des personnes. On voit que les cadres ont un taux d'obésité plus faible que les ouvriers par exemple. Dans ce graphique, issue de l'étude OBEPI, on voit que le taux d'obésité est croissant depuis 1997 jusqu'à 2012, avec quand même une diminution de la croissance ces dernières années. C'est ce que disait Serge Hercberg, le taux d'obésité commence à se stabiliser. Ce que l'on voit c'est qu'il y a une grande variabilité en fonction des milieux sociaux. Il y a aussi la question du niveau d'instruction qui est très important. Là c'est très clair, on voit vraiment une diminution du taux d'obésité plus on avance en diplôme donc cela peut questionner le fait que la compréhension et l'intelligibilité des messages joue un rôle dans la réception à ces messages en fonction du niveau de diplôme.

Là on va se poser la question de comment comprendre ces données chiffrées, pourquoi il y a ces inégalités sociales de santé, pourquoi le taux d'obésité est plus fort chez les personnes qui sont ouvrières ou qui ont un niveau de formation bas ? Et on va se poser la question du rapport à l'alimentation, au corps et à la santé selon les milieux sociaux et à la réception des normes nutritionnelles en milieu précaire.

Donc tout d'abord, concernant les pratiques alimentaires en milieu précaire. Historiquement, les sociologues ont montré qu'il y avait des différences dans les goûts et les consommations alimentaires selon le milieu social. Bourdieu dans *La Distinction*, dès 1979, montre qu'il y a une structure des goûts selon la position sociale. Il met d'un côté un goût « de luxe » ou « de liberté » des classes supérieures qui sont affranchies des contraintes matérielles et qui peuvent consacrer tout le

budget qu'elles veulent à l'alimentation avec une dimension ostentatoire dans le goût pour montrer leur distinction par rapport aux personnes de milieux plus défavorisés avec des aliments plus chers, peu nourrissants : le vin fin, les crustacés, les fruits et légumes frais, le poisson, le fromage. Donc Bourdieu s'est centré sur des données statistiques pour montrer cela. Et de l'autre côté, ce qu'il a appelé un goût de « nécessité » des classes populaires, contraintes par leurs revenus à des consommations alimentaires peu coûteuses, et à des aliments roboratifs, donc riches avec une dépense physique plus forte et donc une valorisation des produits « qui tiennent au corps » comme le pain, les pommes de terre, les pâtes, la viande et les charcuteries.

On va voir où on en est de nos jours. Il y a une étude qui a été menée par Faustine Régner et Ana Masullo à partir de 85 entretiens qualitatifs qui montrent qu'il pourrait y avoir inversion du schéma proposé par Bourdieu, avec cette fois les classes supérieures marquées par un goût, que l'on pourrait appeler de « nécessité » au sens où les personnes issues de classes supérieures cherchent à répondre aux normes nutritionnelles, à jouer aux bonnes élèves et à bien respecter les normes. Et de l'autre côté, les classes populaires, à l'inverse marquées par un goût, cette fois de liberté, en cherchant à se faire plaisir, à faire plaisir à leurs enfants pour qu'ils ne se privent de rien. Donc il y a vraiment une inversion de la théorie défendue par Bourdieu.

Finalement la consommation alimentaire est une participation à la vie sociale. En milieu défavorisé, c'est un moyen de se sentir exister, d'avoir un espace dans lequel on ne se limite pas et dans lequel on se fait plaisir et donc acheter des produits de marques pour ses enfants. Alors on a vu ce matin, l'importance du marketing qui touche beaucoup ces familles là parce que justement elles cherchent à faire plaisir à leurs enfants qui sont sensibles aux publicités et donc elles vont acheter parfois des aliments qui vont être plus chers, qui vont être de marque comme du cola, de marque Coca-Cola, des biscuits de marque, des Snickers ou des Kit Kat, par exemple, qui vont leur coûter plus cher que si elles achetaient des fruits et des légumes. C'est pour cela que je vous dis que la question financière n'est pas la seule et là on voit bien qu'il y a la question aussi de la participation à la vie sociale et de trouver un espace dans lequel elles sont valorisées. Et donc cela représente un contrepoids massif à la mise en œuvre de politiques nutritionnelles qui promeuvent les fruits et légumes et qui condamnent les aliments valorisés. Il faut donc réfléchir à comment changer l'environnement. Je trouve que c'est très, très intéressant ce qui a été proposé ce matin.

Alors néanmoins, malgré ce renversement entre goût de liberté et goût de nécessité, les différences en termes de consommation alimentaire se maintiennent. Si on regarde en 2007, les ouvriers sont représentés par du rouge, les cadres, du bleu, vous voyez que la consommation en quantité d'aliments consommés, est plus importante pour les fruits et légumes chez les cadres. Pour les soupes, les poissons et les crustacés également. On retrouve ce que disait Bourdieu et idem pour le riz et la semoule. Par contre, les aliments que les ouvriers consomment d'avantage sont les viennoiseries, la viande, les pommes de terre, les pizzas, la charcuterie. Donc on retrouve ce que disait Bourdieu.

Alors dans le cadre de ma thèse, j'ai demandé aux enfants, que j'allais voir chez eux, d'apporter sur la table les aliments qu'ils préfèrent chez eux. Là vous avez deux exemples d'enfants qui sont dans des familles défavorisées et vous voyez une présence importante de féculents, de pain de mie, on ne voit pas bien mais il y a des pâtes, de viennoiserie, du riz, de la semoule et des biscuits. Donc ça a été massivement le cas pour les enfants de milieux défavorisés, globalement, ils ont souvent apporté ce genre d'aliment alors que j'avais un collègue plus favorisé pour lequel là il y avait plus de fruits, de légumes aussi, sûrement pour faire plaisir à l'enquêtrice mais en tout cas on voit bien la différence au niveau statistique.

Alors je vous disais que la question financière n'est pas la seule. La question du temps est également centrale dans les pratiques alimentaires en milieu précaire, les familles monoparentales sont surreprésentées, comme je vous l'ai dit en préambule, dans ces milieux et il y a donc une difficulté à trouver le temps pour cuisiner. Alors là je cite un extrait d'entretien d'une femme qui est seule à élever ses enfants et qui dit qu'elle n'a pas le temps, qu'au niveau de l'organisation, avant, quand son mari était là, il n'y avait pas de problème mais maintenant elle a des journées super lourdes et elle dit que ses enfants mangent très mal mais « ça c'est moi, c'est moi et ma flemme, c'est moi et mon manque d'organisation, c'est moi et mon pas le temps. Je fais vraiment des repas les plus rapides possible ». On voit aussi cette question du temps qui est très importante pour comprendre les pratiques alimentaires en milieu défavorisé. Ce sont souvent des gens qui vivent seuls, qui doivent travailler pour nourrir leur famille et qui ont des horaires souvent décalés par rapport à des cadres qui vont avoir des horaires calqués plus sur la journée scolaire.

Concernant l'organisation des repas, elle est assez différente de ce qu'on trouve en milieu supérieur. Souvent les mères proposent plusieurs plats pour que chacun y trouve son compte. Par exemple, un extrait d'entretien où la personne me dit que ses enfants n'aiment pas les légumes verts et donc qu'elle leur prend un truc à part. En général il y a toujours 2 ou 3 plats différents pour que chacun trouve un aliment qui lui plaît sauf quand il y a des pâtes ou des pommes de terre mais sinon, elle va faire plusieurs plats. Donc on voit encore l'idée de faire plaisir à ses enfants et ça on l'a beaucoup moins en classe supérieure où le but sera d'éduquer les enfants à l'alimentation en leur faisant goûter les plats même s'ils n'aiment pas. Là il y a une volonté vraiment de faire plaisir à ses enfants et de satisfaire leurs envies.

Le repas n'est pas forcément un moment partagé aussi, il y a certaines familles dans ces milieux là où chacun mange à l'heure qu'il souhaite en fonction de sa faim. Là par exemple, un père qui me dit qu'il arrive qu'ils mangent ensemble mais parfois certains n'ont pas faim tout de suite, qu'ils doivent repousser « On ne force pas aussi parce qu'ils n'ont pas vraiment faim » car ils ont grignoté avant donc chacun mange un peu quand il a faim. Je l'ai retrouvé plusieurs fois, ou alors des enfants qui prennent le repas dans la cuisine et qui vont manger dans leur chambre, donc avec différents lieux de repas, ce qu'on retrouve beaucoup moins au niveau supérieur où le repas est beaucoup plus censé être un moment convivial où tout le monde discute. Là, c'est le cas parfois mais pas forcément tout le temps. Et puis la question de la télévision, elle est aussi importante. Quand j'arrivais, souvent la télévision était allumée et des parents m'ont dit que les enfants parfois se faisaient un plateau-télé et cela on va beaucoup moins le trouver dans les milieux supérieurs. Donc il y a vraiment un rapport aussi au repas, la façon dont il est organisé qui est différente.

Concernant les familles vivant à l'hôtel, il y a vraiment une question d'insécurité alimentaire. 89% des familles vivant à l'hôtel sont touchées par l'insécurité alimentaire. Les équipements des chambres, en matériels de cuisines est variable. Parfois il n'y a rien, un seul micro-onde pour tout l'hôtel, parfois il va y avoir un frigo et un micro-onde dans la chambre, voir des plaques électriques mais c'est assez variable, donc les familles ont beaucoup de difficultés à se faire à manger. Elles peuvent aller chez des amis ou de la famille pour aller cuisiner leurs plats et les ramener à l'hôtel donc cela demande des stratégies compliquées pour arriver à se nourrir. Et puis ce que j'ai vu en interrogeant un père qui vivait à l'hôtel c'est que, parfois il n'y a pas assez d'agent donc la question de l'argent revient dans ces familles très, très précaire où il y a des jours où « on dort avec... on fait du thé, du lait et puis on partage le pain et on dort...si y a rien, y a rien... on peut pas chercher ailleurs... ». Il s'agit de familles en situation grave d'insécurité alimentaire.

Concernant le rapport à la santé et aux normes nutritionnelles des populations précaires, il y a un rapport au corps qui est socialement différencié. En milieu populaire, le corps est avant tout vu

comme un outil de travail et donc l'alimentation doit être suffisamment riche pour apporter de l'énergie au corps. Là c'est historiquement, les ouvriers avaient des métiers qui demandaient une force physique importante et cela c'est maintenu dans l'imaginaire et les représentations des personnes de ces milieux-là. Un corps qui est instrumentalisé et qui sert avant tout à produire du travail physique alors qu'en milieu aisé le corps est vu comme une devanture qui doit refléter positivement sa propre personne, qui doit être esthétique, mince et qui doit permettre la distinction. On l'a vu avec les pratiques alimentaires, la question de la distinction. Mais aussi par rapport au corps, se distinguait comme on l'a vu, la question du surpoids qui est d'avantage présent en milieu populaire et donc pour se distinguer être mince. Et en milieu supérieur il y a la question de la sociabilité qui est très forte. Ces personnes-là sont en lien avec de nombreuses personnes et ont beaucoup de relations sociales qui font qu'elles doivent bien se présenter pour se faire valoir, pour se valoriser. Le corps est donc un moyen de présentation et doit correspondre aux canons esthétiques de la société.

« A travers la corpulence est lue la position sociale », on l'a dit tout à l'heure, l'obésité vient agir comme un marqueur social et donc les classes supérieures cherche à se distinguer de ce marqueur social là. En milieu populaire, la corpulence de l'enfant est signe de bonne santé et on observe l'inverse, par exemple, une famille qui vient du Cambodge, qui a vécu la famine dans son pays d'origine, l'enfant traduit ce que dit son père et son père lui dit qu'« il préfère qu'on mange et qu'on grossisse, plutôt qu'on mange pas et qu'on maigrisse. Il a dit qu'on pouvait toujours perdre du poids ». Ce sont des familles qui ont vécu la famine dans leur pays d'origine, la question de donner à leurs enfants, autant qu'ils veulent pour qu'ils soient suffisamment en forme. Pour eux, être en forme c'est être suffisamment imposant. C'est complètement différent des familles qui vont être dans la norme nutritionnelle et chercher au contraire à ce que les enfants soient plutôt minces donc le rapport au corps est très différent et un corps qui peut paraître en surpoids pour certaines personnes peut paraître « en forme » pour des personnes de milieux plus populaires.

Concernant la réception des recommandations nutritionnelles et concernant la santé, chez les catégories supérieures cela va être une discipline quotidienne, comme je vous l'ai dit. Chez les milieux populaires au contraire, la santé c'est le contraire de la maladie, c'est l'absence de maladie donc tant que ces personnes-là ne sont pas malade, elles ne considèrent pas qu'elles ont besoin de se questionner sur la santé. Finalement la question de la prévention est quelque chose qui est compris et réfléchi par les personnes de milieux supérieurs et qui n'est pas forcément quelque chose que se représentent les familles de milieux plus populaires.

Concernant l'enfance, comme je vous l'ai dit, dans les milieux supérieurs on va chercher à éduquer le futur adulte, à en faire un adulte épanoui, alors qu'en milieu populaire on cherche à protéger l'enfant des duretés de la vie et donc à lui apporter des choses qui peuvent lui faire plaisir. Et concernant la corpulence, d'un côté c'est perçu comme un relâchement moral, d'un autre côté, mieux vaut un enfant un peu rond que fragile.

Faustine Régnier et Ana Masullo ont, dans leur article, présenté différents types de rapports à la norme en fonction du milieu social. Chez les catégories supérieures, on note une appropriation des normes très large. Chez les catégories intégrées ou en ascension, on retrouve une hyper adhésion, c'est-à-dire que les personnes cherchent à respecter à la lettre les normes nutritionnelles et de l'autre côté. Chez les catégories modestes et populaires, on peut voir une réaction plus critique et la norme est vue comme extérieure à elles et elles le vivent assez difficilement. Chez les personnes les plus précaires on note une indifférence aux normes parce que pour elle, comme je vous l'ai dit, le but est de faire plaisir aux enfants. Donc ces normes sont complètement distantes et elles ne leur parlent pas.

Il y a un vrai travail à faire quand on travaille en éducation à la santé pour modifier ces représentations là et permettre à ces personnes de changer de point de vue. Finalement, les messages de la campagne Manger Bouger qui sont diffusés à l'ensemble de la population, sans qu'il y ait d'interaction avec les personnes peuvent être contreproductives, comme on l'a dit ce matin. Alors soit certaines personnes montrent une indifférence, comme je viens de le montrer, avec des réponses très courtes, en disant juste « si on peut pourquoi pas ? » mais sans s'étendre sur la question et en considèrent que si on ne peut pas, on ne le fait pas et des personnes qui vont avoir une réaction critique avec des réponses beaucoup plus longues. Là ce sont plus des personnes de milieu populaire qui se sentent vraiment stigmatisées par ces normes-là, auxquelles elles ne peuvent pas répondre et elles le vivent vraiment très mal. Donc cette personne qui dit : « Franchement pour des mères de familles, je trouve ça très, très limite. Dans le sens où on ne peut pas demander ça à des mères de familles parce que c'est une fois de plus les femmes qui culpabilisent. Elles se disent « Ohlala, moi n'y arrive pas, alors qu'il le faut absolument, c'est pour la santé de mes enfants ». Or on sait que c'est pas possible. On peut pas. Des fois, il y a un légume à la maison, il faut faire avec ça en attendant de pouvoir refaire les courses la semaine d'après. C'est pas évident. Donc ça c'est vraiment un message qui est plus frustrant qu'autre chose. Moi je le prends comme ça, parce qu'il savent très bien que ce n'est pas évident. Qu'ils donnent des solutions autres que ça, c'est de dire au moins si vous ne pouvez pas faire comme ça voilà, y a des astuces, y a des petites choses. Qu'ils donnent les solutions. Mais qu'ils disent il faut faire ça et puis voilà... On nous laisse comme ça, avec ce message. On se sent vraiment, les mères de familles, on a l'impression de pas faire le nécessaire pour nos enfants ». On voit ici la violence aussi de ces messages pour des familles qui ne voient pas comment faire. Il s'agit ici d'une famille monoparentale où la mère est en formation, a peu de temps et a peu de moyen pour répondre à ces normes là et à ces critères-là.

Alors si on regarde une action plus locale d'éducation à la santé en milieu populaire. On est dans le nord de la France, c'est une enquête menée par un huissier. Elle a fait une observation participante dans un programme d'éducation nutritionnelle destiné à des femmes obèses et puis elle a fait des entretiens avec 19 d'entre elles. Là on se situe dans le nord de la France, c'est une région très ouvrière avec un taux de chômage élevé et un taux d'obésité plus élevé qu'ailleurs. Ce qu'elle montre c'est que la plupart des femmes qu'elle a vu ne cuisinent pas et qu'il y a une déstructuration de la pratique culinaire et alimentaire avec notamment le moment du départ du mari et puis des enfants. Ça peut être des femmes assez âgées et ce qu'elles attendent du programme, c'est une prise en charge médicale a un discours prescriptif du type « c'est bien », « c'est mal », type régime. Et en fait ce que leur rapporte ces ateliers, c'est un discours préventif au niveau familial qui est différent de ce qu'elles souhaiteraient ; c'est-à-dire un objectif individuel de perte de poids avec une vision curative qui est très différente de ce qu'on leur propose. Donc il y a un fort taux d'abandon qui est observé dans ce programme puisqu'il ne correspond pas à ce qu'elles attendent. Ce que je vous disais sur la santé, comme elles ont une vision curative, qu'elles sont en surpoids et qu'elles souhaitent perdre du poids, elles ne sont pas sensibles à un discours préventif qui porterait sur l'ensemble de la famille et qui apporterait une éducation plus globale que : « il ne faut pas manger ça », « il faut manger ça », « on va vous donner des consignes précises », ce n'est finalement pas ce qu'elles attendaient.

En conclusion, on voit de fortes inégalités sociales de santé devant l'obésité qui s'expliquent par des pratiques alimentaires et un rapport aux normes nutritionnelles socialement différenciés avec une grande distance en milieu précaire et un rapport à l'alimentation qui est avant tout centré sur le plaisir, au corps comme instrument de travail et à la santé dans une vision curative qui guide ces pratiques. Et donc les politiques publiques qui cherchent à réduire ces inégalités en modifiant les comportements en milieu populaire se heurtent à des résistances qui sont liées à ses représentations sur l'alimentation, sur le corps, et sur la santé.

Merci.

Cyril Crozet

Avez-vous des questions ? On a le temps de répondre à 2 ou 3 questions.

Question de la salle

Le mot « norme » a été beaucoup employé et j'aurais voulu savoir ce qu'on entend par le mot « norme » et sa relation avec plaisir, parce que le plaisir n'a pas été, à mon avis, autant employé que le mot, norme. Or on est dans une relation au plaisir. Dans manger il y a la relation au plaisir. Dans faire de l'activité physique aussi il y a la relation au plaisir qu'on ne peut pas oublier, premièrement.

Deuxièmement, je voulais revenir un peu sur la précarité culturelle. Parce qu'il y a eu la précarité financière, il y a eu la précarité éducative mais la précarité culturelle je pense qu'elle a un gros poids là-dedans puisqu'on parle depuis ce matin des migrants d'origines différentes et donc j'aurai voulu qu'on aborde un peu la question de la culture d'origine et de la culture d'accueil. Comment a-t-on ces transformations-là en rapport avec l'alimentation ? Parce que c'est vrai qu'on a un rapport avec l'alimentation lié à l'argent, qu'on soit riche ou précaire, mais il y a des rapports avec l'alimentation qui sont d'origine culturelle et, je m'excuse d'employer le terme que je n'aime pas beaucoup, comment on s'intègre à travers cela ? Quel est le rôle de la publicité par rapport à cette intégration ? Quel est le rôle, parce que vous parlez des femmes en situation de précarité, dans la prise en charge de l'obésité ? Et on voit qu'elles restent seules, donc il n'y a pas de vie familiale puisqu'il y a eu le départ du mari et des enfants donc il y a l'isolement aussi et l'isolement touche les familles d'autres origines, même si elles sont nombreuses, c'est l'isolement par rapport à la culture d'accueil. On ne sait pas comment vit son voisin, on ne sait pas comment vit l'autre par contre on pense qu'il vit comme à la télé. Et donc c'est quoi le rôle de tout cela ? Je pense que dans tout cela, on a oublié un peu toutes ces données.

Cyril

On va essayer de répondre

Aurélie Maurice

Oui. Merci pour ces questions. Sur la question des normes, je parle des repères nutritionnels. Depuis 2001, avec le Programme National Nutrition Santé, il y a diffusion de messages qui portent des normes nutritionnelles claires, dont une grande partie de la population française connaît les messages puisqu'on est à 95% des personnes qui connaissent le message « 5 fruits et légumes par jour ». Donc quand je parle de normes, ce sont de ces normes-là qui sont globalement connues mais pas forcément mise en application.

Et concernant la question du plaisir, je vous disais qu'en milieu populaire cette question est vraiment très importante, du plaisir alimentaire parce que c'est un espace dans lequel on peut apporter ce plaisir-là. Il y a la question aussi en milieu populaire de vivre au jour le jour et de profiter de chaque instant qui est beaucoup moins présente dans les classes moyennes et supérieures, qui vont chercher à essayer de protéger leur santé et à prévoir l'avenir dans une vision beaucoup plus dans le futur de la santé. Donc la question du plaisir est présente aussi mais finalement, comme je l'ai dit, on a un goût plus de « nécessité » de nos jours en milieu supérieur qui est de répondre aux normes et

donc de faire passer avant la question de la santé, avant le plaisir quotidien. Il y a vraiment un rapport aussi, au temps et à la temporalité du cycle de vie qui est sont différents puisqu'en milieu populaire finalement, on cherche vraiment à profiter de chaque instant sans forcément penser aux problèmes de santé qui pourraient y avoir dans le futur.

Concernant les cultures, j'en ai un peu parlé, effectivement, selon le pays d'origine, la culture alimentaire n'est pas la même et certaines familles peuvent ne pas retrouver les aliments qu'ils cuisinaient chez eux et donc se retrouver à cuisiner des choses peut-être plus simples, plus de féculents parce qu'ils ne trouvent pas forcément les légumes ou les fruits qu'ils mangeaient dans leur pays d'origine. Et effectivement il y a la question aussi comme je le disais, du passé, en termes d'alimentation et du vécu de famine ou de situation de privation dans leurs pays d'origine qui va faire que ces personnes-là cherchent avant tout à apporter à leurs enfants autant qu'ils souhaitent en termes d'alimentation. Mais effectivement selon le pays d'origine, les pratiques sont très différentes, par exemple dans les familles que j'ai vu d'Afrique du Nord, dans les pratiques alimentaires, il y a beaucoup de légumes qui peuvent être cuisinés avec le couscous donc la question des fruits et des légumes est différente selon le pays d'origine et les habitudes alimentaires qui peuvent être maintenues, s'il est possible de trouver les aliments dans le commerce.

Cyril Crozet

Merci bien ! Une autre question peut-être ?

Question de la salle

Bonjour.

On va revenir sur la précarité. Il y avait la précarité physique, financière, la précarité éducative et la précarité culturelle. J'ai une question par rapport à la précarité géographique en termes d'offre de soin. Est-ce qu'il y a une corrélation entre cette géographie d'offre de soin à destination des populations des milieux populaires ou pas ? Du coup le message qui est adressé à ces populations sera différent puisque l'offre derrière est différente également.

Aurélie Maurice

Alors je n'ai pas la réponse à votre question. Moi j'ai travaillé vraiment sur la petite couronne parisienne mais je pense qu'en milieu rural, effectivement il y a des familles précaires qui n'ont pas accès aux soins et l'accès au soin est sûrement très, très important. Mais moi je me place plus sur la question de la prévention et des messages nationaux qui sont diffusés et d'actions locales d'éducation à la santé.

Cyril Crozet

Une dernière question ?

Question de la salle

Bonjour, Maud Giacomelli interne de santé publique au laboratoire d'éducation et pratiques de santé à Bobigny, juste à côté. J'ai une question sur le fait que dans la présentation on voit que chez certaines familles, les messages comme Manger Bouger, des messages qui sont très généraux, ont, en fait, un effet culpabilisateur puisqu'on se rend compte que les mamans n'ont pas le temps et

n'ont pas les moyens de mettre en œuvre ces messages. Et donc on se rend compte que, finalement ces messages qui ont pour but d'être larges, d'être compris par le plus grand nombre ont comme effet de creuser les inégalités entre les classes supérieures et les personnes plus précaires. Ma question est de savoir comment adapter ces messages, faut-il adapter les messages pour chaque tranche de population, comment faire en sorte que ces messages soient perçus par le plus de personnes possibles ? S'il y a des pistes de travail ?

Aurélie Maurice

Ce que disait la personne c'est qu'elle attendait des astuces, des conseils donnés pour suivre ces messages-là. Et moi je pense qu'apporter juste des messages nationaux ce n'est pas efficace et ça ne peut que culpabiliser les familles qui n'y arrivent pas. J'ai une collègue qui a travaillé sur les enfants de maternelle et primaire qui montre que les messages qui sont diffusés pendant les programmes pour enfant font que les enfants sont très anxieux par rapport à leur alimentation, du fait de ces messages qui ne sont pas accompagnés d'une éducation qui est plus interactive puisque ces messages ne permettent pas l'interaction. Et c'est cela qui fait aussi qu'ils peuvent être mal vécus parce qu'ils sont comme ça imposés, finalement, sans donner des moyens pour le faire. Donc là, la question de l'environnement me semble cruciale, c'est ce qu'on a dit ce matin. Modifier l'environnement pour aider ses familles-là à pouvoir avoir des pratiques qui répondent à ces messages et effectivement, si on a seulement ces messages sans actions locales et sans modifier l'environnement, ça ne fait finalement que culpabiliser ces familles-là qui ne se sentent pas en mesure de la faire.

Question de la salle

Bonjour. Je m'appelle Camille et je suis stagiaire à la mission PSN. Je voulais juste faire une remarque par rapport à ce que vous avez dit sur l'environnement, parce que vous parlez beaucoup de l'environnement et les milieux qui sont précaires mais est-ce que vous ne pensez pas que les messages sont aussi inefficaces par rapport à des populations qui sont aisées parce que justement, il y a de la publicité pour la Junk Food qui est partout et du coup, même les messages qui sont censés être accessibles à des populations aisées sont inefficaces et culpabilisants même pour ces gens-là. Donc est-ce que vous ne pensez pas que c'est par la modification, par exemple des lois, vis-à-vis de la publicité qu'il faudrait agir principalement ?

Aurélie Maurice

Oui, effectivement la question de la publicité, elle est vraiment importante et je pense que jusque-là on n'a pas réussi à modifier cet aspect la parce que c'est très difficile par rapport aux lobbys des industries agro-alimentaires. Mais effectivement, la première action qui pourrait être menée est d'enlever la publicité pendant les programmes pour la jeunesse le matin parce que finalement, il y a des études qui montrent vraiment que cela a un effet sur ce que les enfants souhaitent et demandent à leurs parents. Donc effectivement la demande à la question de la publicité serait centrale à traiter et permettrait sûrement de réduire les inégalités sociales de santé, puisque ce sont ces enfants-là, de ces milieux-ci qui sont les plus sensibles. Je l'ai vu dans les collèges, la question des « Mac Do » revient beaucoup plus en milieu défavorisé. Ce sont ces enseignes-là qui sont très visibles dans ces milieux-là et qui sont très appréciées, effectivement. Mais la question des publicités est complexe.

Cyril Crozet

Oui, on voit bien que les politiques ont un grand rôle à jouer aussi dans les lois. On voit notamment avec le Nutriscore qui va arriver, donc il y a une action qui a été positive.

Réunion plénière n°2 : Présentation des repères nutritionnels

33

Cyril Crozet

Justement, j'appelle le docteur Chantal Julia, qui a beaucoup participé à ce Nutriscore mais qui ne va pas forcément vous en parler là mais qui va évoquer les repères nutritionnels. Tu fais partie de l'unité de recherche en santé humaine, ici à Paris XIII avec Professeur Serge Hercberg.

Chantal Julia

Médecin de Santé Publique, Maître de conférences universitaire et Praticien hospitalier – UREN – Université Paris 13

Je vais avoir la tâche de vous parler de ces fameux repères qui ont été récemment mis à jour.

Pour répondre aux questions qui avaient été posées dans la salle concernant ces repères :

Ce qu'il faut savoir c'est que les repères existent depuis maintenant 15 ans et il est vrai que jusqu'ici ce sont les éléments les plus visibles de la politique nutritionnelle de santé en France. On sait que ce sont des messages qui vont toucher en priorité ceux qui ont la capacité de transformer l'essai, c'est-à-dire qui vont être capable d'intégrer l'information et de faire le nécessaire pour l'intégrer dans leur comportement quotidien et effectivement, on se heurte à une difficulté vis-à-vis de ceux qui n'ont pas les moyens de comprendre ou n'ont pas les outils pour transformer la connaissance de ces repères en pratique quotidienne. On voit bien que même si 90% de la population sait qu'il faut manger environ 5 fruits et légumes par jour, très peu de personnes atteignent cette recommandation in fine. Et c'est probablement aussi un problème lié à la capacité d'avoir des messages qui permettent de donner des outils pratiques et concrets pour transformer les connaissances en pratique.

La deuxième chose c'est qu'il est nécessaire qu'il existe des messages car il est indispensable qu'il y ait des normes afin d'être en capacité de se situer. On essaye de rappeler systématiquement que ce ne sont pas des normes au sens strict du terme, que ce n'est pas un objectif que tout le monde doit atteindre dans son assiette absolument et à tout moment mais, effectivement, c'est extrêmement difficile de réussir à faire comprendre que ce sont des repères. C'est un objectif que l'on devrait idéalement atteindre pour la préservation de la santé mais en aucun cas ce ne sont des normes à atteindre par chacun à tout moment de sa vie.

Le programme national nutrition santé existe depuis 2001. Au départ un rapport a été fourni au directeur général de la santé par les professeurs Hercberg et Basdevant en 1998 et 1999 qui proposait des objectifs nutritionnels de santé publique pour la France. L'année suivante, un rapport a été réalisé par le Haut Conseil de la santé publique proposait une politique nutritionnelle de santé publique en définissant des enjeux et des propositions.

Le premier PNNS a vu le jour en 2001 pour 5 ans et a été renouvelé à deux reprises. Actuellement, nous sommes dans le PNNS n°3. Le plan obésité a été établi en 2011, pour une durée plus courte. Et en 2010 le programme nutrition santé a été intégré dans le code de la santé publique ce qui signifie qu'il s'agit d'un programme de santé publique pérenne dans le cadre de la politique de santé en France.

L'objectif du PNNS est d'améliorer la santé des populations en agissant sur la nutrition, qui est un facteur modifiable important de la santé.

C'est un programme de santé publique qui va intégrer des actions, des mesures, des régulations avec systématiquement une interaction entre le niveau national et le niveau locorégional pour essayer de faire remonter les informations, les pratiques et les actions efficaces du terrain vers une politique nationale.

C'est un programme multisectoriel ; il dispose d'un comité de pilotage et d'un comité de suivi où l'ensemble des acteurs sont présents. Il a pour objectif de développer des standards et des outils validés pour les acteurs de terrain et s'appuie sur un certain nombre de principes fondamentaux. A savoir, respecter les valeurs de plaisir, de convivialité et de partage qui, encore une fois, font partie des principes fondamentaux du PNNS. Par ailleurs, le PNNS oeuvre à maximum de les facteurs de prévention nutritionnelle. C'est-à-dire mettre en avant les facteurs favorables, mais il n'y a pas d'interdits alimentaires dans le cadre du PNNS.

Le PNNS développe pour les consommateurs le droit à une information scientifiquement valide. Les messages doivent être adaptés en fonction des populations. Les actions développées ont pour ambition d'avoir une synergie et une complémentarité ainsi qu'une cohérence globale entre les actions et les interventions qui sont proposées.

Le PNNS utilise comme moyens la communication, l'information, l'éducation, des actions sur l'environnement alimentaire et sur l'offre alimentaire. Effectivement, les actions les plus visibles sont, à l'heure actuelle, les actions de communication et d'information, justement par le biais des messages sanitaires entre autres.

C'est un programme multi cibles puisque le PNNS essaie de s'adresser à la population générale mais aussi à certains groupes à risque et à tous les professionnels de santé, de l'éducation, aux travailleurs sociaux, aux associations, aux opérateurs économiques et aux collectivités qui, elles, peuvent agir sur l'environnement général alimentaire des populations.

Comment ont été actualisés les repères de consommation du PNNS ? Nous avons ici une affiche développée par l'INPES à l'époque, présentant les différents repères du PNNS avec plusieurs groupes alimentaires. Ces guides sont fondés sur les groupes alimentaires car le PNNS ne mentionne pas de nutriments directement. Donc sont mis en avant des grands groupes alimentaires, les céréales, les fruits et légumes, les produits laitiers, le groupe des viandes, poissons et œufs, les matières grasses et les produits sucrés et l'eau. C'est ce qui compose les repères tels qu'ils sont actuellement.

Il y a eu un processus afin d'actualiser ces nouveaux repères qui s'est basé sur une synthèse des données scientifiques avec une collecte des données scientifiques disponibles pour établir un niveau de preuve, de ce que l'on sait des relations entre l'alimentation et la santé. A partir de ces données scientifiques, il est établi une synthèse pour la recommandation en le passant au prisme de la santé publique. C'est-à-dire que l'on essaie d'évaluer dans quelles mesures il y a un bénéfice par rapport à un risque sur un certain nombre de groupes alimentaires et encore une fois, le repère doit être défini de sorte qu'il soit acceptable pour la population. Il n'est pas question de proposer des repères qui

soient complètement au-delà des pratiques quotidiennes de la population, car ils seraient encore plus difficilement acceptés. Il y a une troisième étape dans ce processus et qui va être la formulation elle-même des messages à la population sur ces repères. Ceux-ci devront être adaptés selon les cibles. Il faut adapter les messages aux populations afin que cela devienne des outils pouvant améliorer les comportements alimentaires. Il faut essayer d'avoir des formulations simples afin qu'elles soient vues et identifiées rapidement par le grand public.

Comment cela a-t-il été fait ? La synthèse des données scientifique a été réalisée par l'ANSES [Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation]. Celle-ci a produit 4 rapports différents sur les éléments permettant d'établir des recommandations. L'établissement des recommandations, qui a été publié en avril, a été réalisé par le Haut Conseil de la Santé Publique. J'ai pu participer au groupe de travail, c'est pour cela que je vous fais cette restitution. Dans ce rapport, sont établis les repères de consommation et un certain nombre de conseils transversaux, qui doivent être à la base du prochain PNNS. La formulation elle-même des messages doit être réalisée par Santé Publique France et sera le cas d'ici la fin de l'année et jusqu'à l'année prochaine.

Au total, il y a 12 repères pour les groupes alimentaires. On dispose de deux niveaux de repères ; ce que l'on appelle un repère prioritaire et des données complémentaires qui permettent de préciser le repère de consommation ou de donner des éléments complémentaires pour certains sous-groupes d'aliments. Ensuite on retrouve des notions transversales générales.

Concernant les fruits et légumes, le repère n'a pas changé, il est défini à au moins 5 par jour, les données complémentaires vont néanmoins donner des précisions sur la taille des portions, précisant qu'une portion est comprise entre 80 et 100 grammes. Les repères vont aussi inclure le fait d'augmenter la consommation, quel que soit le niveau initial. C'est une notion importante parce que jusqu'ici, le repère « au moins 5 fruits et légumes » a pu apparaître inatteignable, dans la mesure où pour certains, il est interprété comme 'tout ou rien'. Ici l'objectif est de promouvoir, quel que soit le niveau de départ, qu'il y a un gain, un bénéfice santé à augmenter sa consommation même d'une seule portion.

Il est recommandé d'essayer de ne pas dépasser un verre de jus de fruit par jour, qui dans cette limite peut compter pour une portion de fruits et légumes. Il est préférable de privilégier les jus de fruits frais pressés. Les fruits séchés peuvent participer à la consommation de fruits mais il faut éviter leur consommation en termes de grignotage, car ils peuvent correspondre à un apport énergétique supplémentaire. Toutes les formes de fruits et légumes sont prises en compte, aussi bien frais, surgelés ou en conserve. Pour ces dernières il est préconisé les fruits avec un sirop léger et sans consommer le sirop car il s'agit de sucre.

la nouveauté apportée par ce rapport est la tentative d'obtenir une convergence entre 2 dimensions de l'alimentation ; la dimension nutritionnelle et la dimension environnementale. C'est la première fois que des données concernant les contaminations, les niveaux d'exposition à un certain risque environnemental dans l'alimentation ont été étudiés et ils ont été pris en compte dans les repères. Pour les fruits et légumes, le repère complémentaire stipule de privilégier des fruits et légumes cultivés selon des modes de production diminuant l'exposition aux pesticides selon un principe de précaution. Encore une fois, ce sont des éléments complémentaires, le repère le plus important étant le repère principal, au moins 5 fruits et légumes par jour.

Un nouveau groupe a fait son apparition dans ces repères, il s'agit des fruits à coque sans sel ajouté, avec une recommandation d'une petite poignée de ces derniers par jour. Dans la mesure où il s'agit d'allergènes importants, les personnes allergiques n'ont, bien entendu, pas à consommer ces produits.

Les légumineuses ont fait leur apparition également. Jusqu'ici il y avait un grand repère sur les féculents en général. Ici, les féculents ont été subdivisés dans leurs différents sous-groupes. Les légumineuses devraient donc être consommées au moins deux fois par semaine. L'idée étant de replacer ces groupes alimentaires dans l'alimentation des français, qui jusqu'ici avaient un peu disparu. Ils ont des bénéfices santé, ils ont des compositions nutritionnelles extrêmement intéressantes. Et encore une fois, comme ces légumineuses peuvent amener à une augmentation de l'exposition à certains pesticides, le HCSP préconise, si possible, de privilégier des légumineuses cultivées selon des modes de production diminuant cette exposition.

Autre groupe : les produits céréaliers complets et peu raffinés. Le repère est de privilégier ces produits par rapport aux produits raffinés si possible. Encore une fois, le HCSP conseille de privilégier ceux qui diminuent l'exposition aux pesticides. Enfin, seules les céréales du petit déjeuner étant complètes et non sucrées peuvent être incluses dans ce groupe.

Les produits laitiers : Le repère prioritaire a changé dans la mesure où le HCSP recommande maintenant 2 produits laitiers par jour. Les tailles de portion sont précisées afin de donner des repères ; 150 ml pour le lait, 125g pour le yaourt et 30g pour le fromage. Si ces portions sont plus faibles, le nombre de portions peut augmenter à 3 par jour. Il faut en revanche toujours privilégier les fromages les plus riches en calcium et les moins gras et compte tenu des risques liés aux contaminants, il faut varier les produits laitiers et ne pas se limiter à un sous-groupe dans une journée.

La viande : A la suite des recommandations internationales sur la consommation de viande, le HCSP préconise de limiter la consommation de viande rouge et de privilégier la consommation de volaille. Pour les amateurs, l'objectif est de limiter la consommation à 500g par semaine au maximum et cela correspond à ce qui a été proposé au niveau international pour réduire le risque de cancer.

Pour le poisson, il est recommandé d'en consommer deux fois par semaine, dont un poisson gras, et de varier les espèces et les lieux d'approvisionnement pour limiter l'exposition aux contaminants qui sont un problème réel et majeur pour ce groupe alimentaire.

Pour la charcuterie, le HCSP propose d'en limiter la consommation, et de ne pas dépasser 150g par semaine. Ici encore, ce repère est en lien avec les études internationales qui montrent que ce groupe alimentaire est associé à un risque augmenté de cancers. Au sein du groupe, le jambon blanc est privilégié car c'est un exemple de produit qui est moins gras et moins salé qu'un certain nombre d'autres produits dans la charcuterie. Cela ne veut pas dire qu'il faut consommer que du jambon blanc, mais c'est le groupe en général.

Pour les matières grasses ajoutées, le repère stipule d'éviter les consommations excessives et de privilégier les huiles riches en certains acides gras essentiels comme l'acide alpha-linolénique (ALA), donc l'huile de colza et l'huile de noix, l'huile d'olive. Et ceci sans augmenter la quantité totale de matières grasses ajoutées. L'objectif est de privilégier ces huiles par rapport aux autres huiles pauvres en ALA comme les huiles de tournesol ou d'arachide. Concernant les matières grasses animales, elles sont à privilégier pour un usage cru, ou tartinable en précisant que la quantité doit être limitée.

Concernant les produits sucrés, le repère n'a pas changé par rapport aux repères précédents. Il est donc recommandé d'en diminuer la consommation. Les boissons sucrées sont, on le rappelle, des produits sucrés. Les céréales du petit déjeuner sont en général des produits sucrés, voire pour certaines, grasses et sucrées. Le repère préconise donc de limiter également les produits qui sont et sucrés, et gras à la fois comme les pâtisseries, le chocolat, les desserts lactés et les crèmes glacées.

Pour les boissons, la seule boisson recommandée est l'eau, à volonté. Il faut limiter la consommation de boissons sucrées et au goût sucré. Leur consommation doit rester exceptionnelle et pour ceux qui aiment cela, limiter cette consommation à un verre par jour. Privilégier dans ce cas les jus de fruits, qui, limités à un verre par jour, peuvent compter pour un fruit et légume. Les boissons édulcorées ont l'avantage de ne pas apporter de calories, mais elles maintiennent le goût pour le sucre et leur consommation, comme pour les boissons sucrées, doit être plutôt limitée. Le thé, le café et les infusions peuvent contribuer à l'apport en eau s'ils ne sont pas sucrés. Concernant l'alcool, le repère n'a pas été défini directement par le Haut Conseil de la Santé Publique mais par un groupe à Santé Publique France. Le nouveau repère étant de ne pas dépasser 10 verres d'alcool par semaine ; pas plus de deux verres par jours et de maintenir un certain nombre de journées sans consommation d'alcool.

Pour le repère du sel, le repère n'a pas été modifié, recommandant de réduire la consommation, ainsi que d'être vigilant sur le cumul tout au long de la journée. Il faut rappeler que les aliments salés comportent des aliments riches en sel, comme les biscuits apéritifs, par exemple mais aussi, qui sans être forcément très salés, sont des forts contributeurs en sel étant donné leur consommation totale dans la population. Le pain en est un exemple. Le repère complémentaire stipule aussi de limiter les ajouts de sel en cuisine et à table, goûter avant de saler les repas et ne pas ajouter de sel lors de la préparation de produits en conserve qui sont déjà salés. Enfin pour le sel, il faut privilégier le sel iodé.

Ensuite le rapport précise un certain nombre de notions transversales. Souvent, ce sont les groupes alimentaires qui sont les messages les plus diffusés, mais il faut réussir à maintenir ces notions. Première notion, la journée alimentaire doit être globalement proche des repères mais il ne faut pas essayer de faire en sorte que chaque repas corresponde aux repères, ça n'a pas de sens, l'équilibre alimentaire devant se faire sur une durée plus longue qu'un simple repas ou même une journée. Et si certains produits sont à limiter comme cela a été présenté, il n'est pas question de les interdire. Ils peuvent tout à fait s'intégrer dans une alimentation favorable à la santé de façon générale. Il faut essayer de privilégier la variété dans toutes ses formes, il faut diversifier les lieux, les modes d'approvisionnement ainsi que les origines des produits. C'est intéressant pour l'équilibre nutritionnel mais aussi pour limiter l'exposition aux contaminants environnementaux et pour tendre vers une dimension plus nouvelle, qui est la question de l'alimentation durable.

Il faut éviter les portions et les consommations excessives. Les excès alimentaires ne sont pas de nature à altérer l'équilibre alimentaire général s'ils sont exceptionnels. Il faut prendre suffisamment de temps pour manger et profiter des repas, encore une fois l'élément social est important. Il faut éviter le grignotage pour la consommation de gras, de salés et de sucré en dehors des repas principaux.

Pour tendre vers une alimentation durable, il faut privilégier les produits bruts, les aliments de saison, les circuits courts, les modes de production respectueux de l'environnement avec une limitation des intrants. Pour être bien clair, le BIO est un des modes de production qui va limiter les intrants et qui donc va permettre de limiter l'exposition aux pesticides mais ce n'est pas une solution à tous les problèmes. D'abord, il ne permet pas d'éliminer totalement certains contaminants qui sont présents dans l'alimentation. Le BIO va répondre à des critères pour les pesticides mais ne va pas répondre au problème des métaux lourds, des dioxines, des mycotoxines donc ce n'est pas une panacée non plus. Par ailleurs, le recours aux produits BIO, est complémentaire. Ce qui est important, c'est le repère principal, ce n'est pas parce que le produit est BIO que qu'il est possible de limiter sa consommation de fruits et légumes 3 alors que le repère est à 5. Le deuxième élément à retenir, c'est qu'un produit gras et sucré, même BIO, reste un produit gras et sucré. Ce sont deux dimensions complémentaires de l'alimentation. Le BIO ne répondant pas à tout encore une fois.

Les dernières notions transversales sont que les produits grillés ou avec un brunissement fort, le barbecue ou le toaster, ne doivent pas être consommés de façon régulière et dans tous les cas il est préférable d'éliminer les parties brûlées ou brunies de façon trop importante. Les compléments alimentaires ne sont pas recommandés en dehors de prescriptions médicales, et notamment dans certaines populations spécifiques. Il s'agit des femmes enceintes, des nourrissons, des personnes âgées ou des personnes atteintes de maladies chroniques. Mais les compléments alimentaires n'ont pas à être distribués largement dans la population générale, car ils n'ont pas d'intérêt par rapport à une alimentation équilibrée. Les régimes alimentaires amaigrissants et restrictifs sont à éviter, encore une fois, en dehors d'indications médicales et, dans tous les cas, doivent faire l'objet d'un suivi par un professionnel de santé.

Concernant les nouveaux repères de consommation, l'idée est de prendre en compte les nouvelles connaissances en matière de relation entre nutrition et santé. Les groupes d'aliments proposés sont plus restreints, c'est-à-dire que le groupe viande-poisson-œuf qui existait jusqu'ici a été subdivisé dans ces différentes parties, et de même concernant le groupe des féculents. Les formulations définitives des repères et les outils relatifs à ces repères pour la diffusion dans la population, constituent une troisième étape qui, elle, va être réalisée par Santé Publique France. Mais actuellement nous n'y sommes pas encore. Ce rapport constitue la base des repères nutritionnels, les messages définitifs sont encore à développer.

Cyril Crozet

Merci pour cet apport de nouveautés, pour cette primeur. Pour déjeuner cela va être compliqué de respecter tout cela.

Chantal Julia

Encore une fois le repas n'a pas à suivre les recommandations à la lettre.

Cyril Crozet

Y-a-t-il des questions ?

Question de la salle

Bonjour, je suis étudiante en diététique. Je voulais juste poser une question concernant les personnes cibles vis-à-vis des repères. S'agit-il uniquement de la population adulte ou cela s'adresse à d'autres publics ?

Chantal Julia

Là il s'agit uniquement de la population adulte. Concernant les repères pour les enfants, le socle scientifique n'a pas encore été rendu par l'ANSES. Tant qu'on n'aura pas la première phase de l'analyse, on ne pourra pas faire la deuxième. Mais en principe, cela devrait être fait cette année. Il s'agit de la prochaine cible prioritaire.

Cyril Crozet

Merci, une autre question ?

Question de la salle

Bonjour, Claire Loynet, je suis diététicienne et je voudrais savoir pourquoi est-ce que l'on est passés de $\frac{3}{4}$ produits laitiers par jour à seulement 2 ? Parce que c'est un peu dissonant aux niveaux des messages pour les populations.

Chantal Julia

En ce qui concerne les produits laitiers, ce n'était pas 3 à 4 mais 3. Et les 3 à 4 pour certaines populations comme les enfants ou les plus âgés. L'idée ici était de prendre en compte toutes les informations dont on dispose. En particulier les relations épidémiologiques que l'on connaît entre la consommation de produits laitiers et certains événements de santé. Ce qui est ressorti de l'analyse étant que les produits laitiers n'ont pas de bénéfices à être consommés de façon importante concernant l'ostéoporose ou le risque de fractures. Toutes les études jusqu'ici n'ont pas montré d'association entre ces problèmes de santé et la consommation de produits laitiers. La deuxième chose qui est ressortie étant qu'en revanche, il existe un certain nombre d'études qui tendent à montrer qu'il y a une augmentation du risque de certains cancers avec la consommation de produits laitiers. En particulier avec le cancer de la prostate. Cela était en faveur d'une diminution du repère. Ensuite dans une note plus technique vis-à-vis de la construction d'un repère, les informations qui nous ont été fournies dans le groupe de travail par Santé Publique France montrent que les repères qui sont sous forme d'intervalles sont mal compris. Il est préférable d'avoir un repère unique permettant d'avoir une notion bien claire, d'où le 2 par jour. Avec dans les données complémentaires, si les portions sont moins importantes, la possibilité d'augmenter à 3. Et encore une fois, cela concerne les apports pour les adultes. Il est tout à fait possible que pour les enfants ce soit totalement différent puisqu'il y a des questions autour de la croissance et la constitution du capital osseux à prendre en compte. Ce ne sont pas les mêmes problématiques.

Cyril Crozet

On voit bien que les repères viennent de la science, ce sont les chercheurs qui permettent de déterminer tous ces repères. Après il faut bien les acquérir.

Question de la salle

Par rapport aux œufs, quelle est la consommation que vous conseillez par semaine ?

Chantal Julia

Il n'y a pas de repères spécifiques pour les œufs dans la mesure où nous n'avons pas eu de données nous permettant d'établir dans quelles mesures il fallait limiter la consommation ou l'augmenter. Il a été considéré que la consommation actuelle en France ne posait pas de problèmes. Donc pour le moment, il n'existe pas de repères spécifiques pour les œufs, de la même manière, il n'existe pas de repères spécifiques pour les pommes de terre car rien ne nous permet de dire s'il faut la diminuer ou l'augmenter. A priori la consommation actuelle en France ne pose pas de problème.

Cyril Crozet

J'ai juste une remarque concernant la charcuterie, il est noté pour les amateurs ou concernant l'alcool, pour les consommateurs. Comment ces mots ont-ils été choisis ?

Chantal Julia

Il n'y a pas eu une réflexion très, très poussée. Ce ne sont pas des repères ayant une vocation à être diffusés tels quels dans la population. L'idée est de dire « pour ceux qui en consomment » donc ce sont des amateurs ou des consommateurs, il y a plusieurs façons de les désigner. Encore une fois, la formulation définitive ne sera pas celle-ci. Ce ne sont pas ces termes qui vont forcément apparaître dans les guides alimentaires ou au niveau de la population. Il y aura effectivement un travail de reformulation qui sera effectué.

Question de la salle

J'avais une petite question technique concernant les produits laitiers puisque les apports conseillés en calcium, eux n'ont pas été revus à la baisse, on est toujours à 900mg pour l'adulte. Doit-on augmenter les apports en calcium par les autres aliments ou est-ce que ces apports vont être révisés pour se rapprocher plutôt des 600mg comme l'OMS.

Chantal Julia

L'idée, au niveau du Haut Conseil de la Santé publique est d'examiner au prisme de la santé publique. Donc les apports et les repères nutritionnels conseillés passent au second plan par rapport aux relations que l'on connaît entre l'alimentation et la santé. C'est le premier niveau. Ensuite si on regarde les différents repères, on voit qu'il existe un certain nombre de produits, de groupes alimentaires qui contiennent du calcium, les légumineuses par exemple, pour lesquels on promeut une augmentation de la consommation. Donc oui, l'idée va être de diversifier les sources de calcium qui permettront de maintenir ces repères nutritionnels conseillés qui sont définis par l'ANSES. Mais encore une fois, il est moins question de savoir comment atteindre ces repères nutritionnels que de savoir comment permettre à la population d'avoir la meilleure santé possible.

Cyril Crozet

Une dernière question, au fond ?

Question de la salle

Marie Verzeroli

Bonjour Chantal, tu t'imagines bien ma question. Y-a-t-il des repères d'activité physique ?

Chantal Julia

Oui je connais ta question Marie. Les repères d'activités physiques, en effet, n'ont pas subi le même processus dans la mesure où ils ont été déterminés par l'ANSES directement après l'analyse de la littérature scientifique. C'est-à-dire que concernant l'activité physique, ils ont pu aller jusqu'au bout de la réflexion et amener des repères sur cette dernière. Ils sont nombreux et extrêmement détaillés donc je ne les connais pas tous par cœur, je pense que tu les connais mieux que moi, donc si tu veux faire un retour à la salle, ce sera avec beaucoup de plaisir. Mais effectivement, il existe un certain nombre de repères aussi bien sur la sédentarité que les types d'activité scientifique et les types de population auxquels ils s'adressent.

Cyril Crozet

Merci.

Réunion plénière n°3 : « Pour la santé, je bouge dans mon quartier », Recherche-action de promotion de l'activité physique dans le quartier Floréal-Saussaie-Courtille à Saint-Denis

41

Cyril Crozet

J'ai l'honneur de vous présenter Paul Daval et Marie Verzeroli qui vont vous parler d'un programme très intéressant. Merci beaucoup d'être venus.

M. Paul Daval

Directeur de Maison de la Santé, Ville de Saint-Denis

Merci à vous, merci pour votre invitation.

Bonjour à toutes et à tous. Je me présente, Paul Daval, je suis le responsable d'une association qui s'appelle la Maison de la Santé qui est basée à Saint-Denis. On est une association qui travaille sur des questions de promotion et de prévention de santé auprès des professionnels et des habitants de tout Saint-Denis.

Je vais spécifiquement vous présenter un projet qui nous tient particulièrement à cœur. C'est le projet « Pour la Santé, je bouge dans mon quartier ! » qui est un projet issu d'une recherche-action en promotion de l'activité physique.

Le projet « Pour la Santé, je bouge dans mon quartier ! » a débuté en janvier 2013. Il y a eu plusieurs phases dans ce projet. La recherche-action a duré jusqu'en mai 2015. C'était un projet expérimental au niveau national. C'est une commande qui a été faite par le Ministère de la Santé à la Maison de la Santé pour piloter la recherche-action sur Saint-Denis, car pour eux il s'agissait d'un territoire qui leur semblait intéressant.

Pour la petite histoire, on a travaillé en partenariat avec l'Université Paris 13, avec l'UREN, Chantal Julia qui est intervenue ce matin.

Pour l'évaluation du projet et pour comprendre un peu ce qui avait fonctionné, ce qui n'avait pas fonctionné et pour savoir aussi si le projet avait permis aux habitants d'augmenter leur niveau d'activité physique.

Le quartier qui été choisi, car on nous avait demandé de travailler sur un seul quartier au départ, c'était le quartier Floréal-Saussaie-Courtille. C'est un des quartiers nord de la ville de Saint-Denis qui pour le coup, quand on parle de précarité, est plutôt très intéressant malheureusement puisque c'est un quartier où il y a plus de 20% de chômage, 36% de familles monoparentales : des indicateurs qui sont en rouge au niveau de la précarité et c'est un quartier qui regroupe environ 6700 habitants.

Donc le projet a commencé en janvier 2013 par une phase de recherche de 6 mois, où on était deux à travailler dessus. Je travaillais avec une collègue, géographe de la santé. Je m'occupais de tous le volet activité physique et activité sportive.

Alors, les objectifs qu'on nous avait fixé étaient : premier objectif quantitatif, d'augmenter de 20% la part de la population qui pratiquait au moins 30 minutes d'activités physiques au quotidien. Il s'agissait des objectifs fixés par le ministère. Et ensuite le deuxième objectif qui les intéressait aussi était de comprendre et connaître les leviers qui auront permis d'augmenter ou pas, d'ailleurs, le niveau d'activité physique de la population sur ce quartier avec pour objectifs ensuite de pouvoir le reproduire sur d'autres territoires, soit au niveau de la ville, du département et même au niveau national si cela avait fonctionné. Il s'agissait des objectifs qu'on nous avait fixé.

Le projet, comme je vous l'ai dit, a commencé en janvier 2013 et la première phase de recherche, plus l'évaluation quantitative a duré 6 mois. On a rencontré 80 professionnels du territoire. On est donc passé voir les professionnels de santé, les médecins, les infirmiers, les kinés, les profs, les coachs sportifs, les responsables d'Antennes Jeunesse, de maison de quartier et 300 habitants. L'objectif était vraiment de comprendre leurs ressentis vis-à-vis de l'activité physique sur le quartier. On est allé voir tout le monde vraiment parce qu'on s'est dit qu'ils avaient forcément une meilleure connaissance des quartiers que nous, de ce qu'il s'y passait. Et ensuite on a fait une évaluation durant le mois de mai 2013, une évaluation quantitative du niveau d'activité physique. Chantal Julia est bien plus experte que moi et en parlerait beaucoup mieux. On a fait un échantillonnage du quartier. On a fait passer des questionnaires en porte à porte, des questionnaires RPAQ. On a obtenu les résultats suivants ; 48% des adultes qui pratiquaient au moins 30 minutes d'activités physiques quotidiennement sur le quartier. Je vous présenterais d'autres chiffres après, qu'on pourra mettre en comparaison.

Et ensuite, une fois qu'on a fait cette phase de recherche, on a identifié trois axes de travail qui nous ont paru prioritaire, que vous voyez là. Il y a « Développer l'offre en activités physiques et en faciliter l'accès ». Le constat qu'on a fait est que l'offre sur le quartier était assez importante mais qu'elle n'était pas très variée. C'est à dire que ce n'était que des clubs qui intervenaient en soirée, des clubs très orientés pour les enfants et pour les ados et qu'il n'y avait pas grand-chose pour les adultes et pour les personnes âgées. Donc notre travail était de développer un peu l'offre en activité physique pour la rendre plus accessible à tous. Ensuite le deuxième axe ; on s'est rendu compte que les gens n'était pas très au courant de ce qu'était l'activité physique et pourquoi il fallait en faire et donc a décidé de travailler là-dessus. On a travaillé sur un axe qui s'appelle : « communiquer sur l'offre existante, l'intérêt en termes de santé et les différents moyens de pratiquer une activité physique ». Le rôle du chargé de mission était de développer ce travail, de faire connaître l'activité physique et ce qui existait sur le quartier. Et le troisième axe, c'est un axe un peu spécifique, c'est autour de l'environnement. On a travaillé avec la ville et Plaine Commune, donc la communauté de l'agglomération sur comment essayer de rendre l'environnement du quartier favorable à l'activité physique.

Ensuite en mai 2015 on a refait une évaluation pour comparer les résultats qu'on avait obtenus en 2013.

L'axe 1, sur l'offre en activité physique. On n'a rien fait de révolutionnaire. On a mis en place quelques nouvelles activités. Dont un groupe de marche/marche nordique. Pour ce groupe les gens n'étaient pas très fermés. Ils pouvaient venir soit marcher, soit faire de la marche nordique, tout le monde était réuni, tout niveau, sans prise de tête. Des cours de renforcement musculaire, on en a ouvert deux. De la même manière on a appelé ça « renforcement musculaire », j'y reviendrais après,

mais la terminologie est assez importante pour nous. On a ouvert également un cours de fitness et deux cours de yoga et on a travaillé principalement sur des horaires en journée. On a vraiment voulu se démarquer des clubs sportifs. C'est-à-dire qu'on a proposé des cours qui étaient destinés principalement aux parents au foyer, aux personnes âgées. Donc tous les cours que nous proposons ont lieu sur le temps scolaire parce qu'on s'est rendu compte dans les questionnaires qu'on avait fait passé pendant la phase de recherche que c'était à ce moment-là que les personnes qui étaient les plus précaires avaient du temps libre.

Grosso modo, une mère au foyer, elle a des enfants qui vont à l'école et donc les clubs sportifs, pour elle, ce n'est pas accessible parce qu'elle n'a pas les moyens de faire garder les enfants soit par le périscolaire parce que c'est payant, soit par une nounou, qui coûte aussi de l'argent. Et pour faire du sport, ces personnes ont besoin que ce soit en journée sur le temps scolaire. On a donc proposé ces cours sur ces créneaux avec des tarifs réduits aussi pour pouvoir faciliter l'accès à tout le monde et en plus de ça on a proposé pas mal d'animations ponctuelles dont des sorties vélo, des courses d'orientation dans le parc de la Courneuve qui se trouve juste à côté du quartier, des initiations, des découvertes à la marche nordique, des après-midi jeux sportifs, et plein d'initiatives à des nouvelles activités pour vraiment donner aux gens un petit peu un panel de ce qui peut exister aussi sur le quartier aux alentours pour vraiment leur donner envie de faire de l'activité physique.

Alors, les leviers qu'on a pu identifier sur l'axe 1, j'ai un peu devancé cette diapo, sont d'élargir les plages horaires dédiées à l'activité physique. C'est ce que je disais, ce qui a vraiment bien fonctionné, c'est de travailler sur des cours en journée. Les personnes âgées ont un peu peur de sortir le soir, surtout en hiver. Les mamans au foyer, à partir de 16h-17h, ce n'est plus possible pour elle de faire de l'activité physique. Donc on a travaillé sur les horaires en journée et cela permet de toucher des publics qui étaient très éloignés de l'activité physique et du sport en général.

Ensuite proposer des activités à coût réduit, ce n'est un secret pour personne, sur le quartier il y a de grosses difficultés financières, même sortir 50€ à l'année pour une activité physique ça reste un budget. En plus on visait principalement les adultes, qui ont souvent tendance à se sacrifier pour leurs enfants donc ils ont bien compris qu'il fallait bouger et faire du sport, ce n'est pas le souci, mais l'activité physique et le sport, ça coûte cher. Une licence à Saint-Denis c'est entre 150 et 200€ à l'année, c'est à peu près pareil partout, et c'est quand même un gros budget pour les familles et les parents ont souvent tendance à sacrifier leur activité pour privilégier celle de leur enfant. Donc on a travaillé sur des activités qui étaient gratuites jusqu'à cette année. C'est pour cela que j'ai écrit « éviter la gratuité », parce que quand on parle de gratuité, on peut dire que les gens ne sont pas très assidus. C'est quelque chose qui leur est dû. Grosso modo, on leur propose quelque-chose, ils viennent, c'est gratuit, il n'y a pas vraiment d'engagement. Donc cette année on est passé sur des cours à 10€ pour l'année, c'est ridicule, enfin pour certain ce ne l'est pas du tout. Donc on demande un petit engagement financier à partir de maintenant parce qu'on a estimé que la gratuité avait quand même ses limites. On est donc passé sur des cours payant mais à tarif très, très réduit.

Après, quelque-chose de tout bête aussi, diversifier l'offre proposée sur le territoire. Cela permet de toucher un public plus large sur le quartier. Il y avait beaucoup de sports de combat, de sports individuels : boxe, boxe thaï, judo, taekwondo. Il y avait beaucoup de sports d'opposition et de combat et nous on est passé sur des activités plus générales et accessibles à un plus grand nombre, tout simplement pour essayer de toucher un public plus large. Cela a plutôt bien fonctionné.

Ensuite, développer l'activité dans des nouveaux lieux, cela nous paraît très important, ça paraît tout bête mais quand on discute avec les gens, les gymnases sont des lieux qui font souvent peur. Les piscines sont des lieux qui font souvent peur aux habitants qui ne sont pas très sportifs parce que

pour eux, ce qui se passe dans un gymnase, c'est réservé aux grands sportifs. Quand on va au gymnase c'est pour faire du sport, c'est pour faire de la compétition, alors que ce n'est pas vrai du tout. On a donc pris le parti de travailler au sein des maisons de quartier, au sein des maisons de retraite, des résidences pour personnes âgées, où tout de suite les activités qui sont proposées, elles ont un côté qui est plus bien-être et loisir et les gens qui ont un peu peur de faire de l'activité sportive viennent plus facilement dans ces lieux.

Le deuxième axe sur lequel on a travaillé, c'est la communication. De la même manière nous ne sommes pas des experts en communication donc on n'a rien fait de révolutionnaire. On s'est appuyé sur plein de petits outils pour essayer de la rendre la plus efficace possible et on a essayé de travailler au maximum là-dessus ; on a créé une page Facebook, un truc bête pour communiquer auprès des habitants du quartier. On a réservé un onglet au projet, à nos activités sur le site internet de notre association, pour que les informations soient facilement accessibles. On a réalisé un film avec les habitants. On a filmé les habitants pendant une de leur journée où ils ont suivi les activités que nous organisons et ils ont pu témoigner un peu de pourquoi ils faisaient de l'activité physique, pourquoi ils s'étaient remis à bouger et de ce qui les motivait et pourquoi ils venaient. On a diffusé ce film absolument partout, dès qu'on le pouvait et il a été un très bon outil pour pouvoir sensibiliser d'autres habitants et recruter de nouveaux participants. Après on a utilisé des supports tout bêtes ; des plaquettes et des flyers qui regroupaient un peu l'offre en activités sportives du territoire, des plaquettes qui expliquait pourquoi il fallait faire du sport, qu'on a mis dans les salles d'attentes des médecins, à l'Antenne Jeunesse, à la maison de quartier, qu'on a distribué à la sortie des écoles pour que les gens puissent se rendre compte de ce qui existait sur le quartier et pourquoi il fallait se mettre à bouger.

Ensuite on a organisé un événement qui s'appelle la fête du sport où pour une fois, ce sont les clubs qui viennent vers les habitants et pas les habitants qui vont voir les clubs comme ça peut se faire actuellement. Les clubs sont donc venus et viennent sur une journée en septembre ou en octobre et ils présentent leurs activités par des démonstrations, des initiations et cela permet aux habitants de voir un peu ce qui se passe sur le quartier.

Et après avec un côté plus interventionnel, on organise des permanences d'accueil à la maison de quartier, à l'Antenne Jeunesse. Actuellement c'est au Centre de Santé où Marie, ma collègue, vient dans la salle d'attente du Centre de Santé et va discuter avec les personnes qui sont là, qui attendent un rendez-vous chez le médecin ou chez l'infirmière et essaye de les motiver à reprendre une activité physique. Le fait d'avoir un contact direct avec la personne qui ensuite propose des activités, ça permet aux gens d'être rapidement en confiance et de venir plus facilement à l'activité. On a fait également plein d'interventions au sein des structures du quartier, des projets éducatifs au sein des écoles. Il s'agit d'une partie qui nous prend quand même pas mal de temps.

Ce qui a pu fonctionner sur cet axe n°2, quelque chose sans lequel le projet n'aurait pas fonctionné, c'est l'implication des habitants et le rôle des pairs. Il n'y a qu'un chargé de mission sur ce projet qui travaille, certes à temps plein. Au début, de 2013 à 2015 cela concernait un quartier qui regroupait 7 000 habitants. Maintenant, avec le même nombre d'employés et le même nombre d'heures de travail, cela concerne quatre quartiers qui regroupent environ 30 000 habitants, donc c'est plus compliqué. Et sans l'implication des habitants et la dynamique que nous avons réussi à créer avec eux, on n'aurait pas réussi à sensibiliser autant de personnes. On ne va pas dire qu'on a formé quelques habitants mais les premiers habitants qu'on a rencontré sont des habitants qui nous suivent partout, qui participent à toutes nos actions. Ils ont vraiment pris le pli. Ils savent ce que c'est l'activité physique. Ils savent expliquer pourquoi il faut en faire et ce sont des très bons relais sur le terrain. Certains habitants, je ne sais pas combien de personnes ils ont pu ramener, mais j'ai en tête

des personnes, je pense qu'ils ont ramené tous leurs voisins-voisines, tous leurs amis qui n'étaient pas plus actifs qu'eux au départ, et qui maintenant se regroupent. L'activité physique devient plus un moment de discussion qu'un moment où ils font du sport et où ils bougent finalement. C'est un moment où ils se retrouvent et on essaye de jouer là-dessus, sur la dynamique que peuvent apporter les habitants.

Cette dynamique et tout ce travail ne peut être réalisé sans la présence d'un référent et d'un lieu d'échanges identifié. Alors, le lieu d'échanges pour nous est la maison de quartier parce que c'est là qu'on a identifié que les gens venaient souvent et qu'il y avait beaucoup de passage dans la journée, c'était le lieu où il y avait une salle d'activité et où il y avait des salles de permanences. Donc pour nous c'était assez facile d'identifier ce lieu. Et pour les habitants et les professionnels, s'investir dans un projet comme celui-ci, ça ne peut pas se passer sans la présence d'une personne référente. Donc en 2013 et 2015, j'ai passé tout mon temps sur le quartier Floréal-Saussaie-Courtille, j'ai assisté à toutes les réunions qui avaient attiré au sport, à la santé, même à toutes les réunions de quartier, en fait, pour essayer de vraiment être présent le plus possible et faciliter la communication au sein de quartier.

Si on peut déjà faire une petite conclusion, c'est que ce genre de projet ne peut pas vraiment fonctionner s'il n'y a pas quelqu'un à temps plein sur le territoire qui s'occupe de la thématique et qui s'y consacre entièrement.

Après, ce qui a bien fonctionné, c'était de valoriser l'aspect social et bien-être de l'activité physique. Au début, quand on est entré dans le projet, on travaillait beaucoup sur l'aspect santé et on s'est rendu compte que les professionnels étaient assez réceptifs à cette thématique de la santé, par contre les habitants étaient plus réceptifs à l'aspect bien-être et bien social de l'activité physique. Les habitants, à 90%, quand ils viennent dans les cours et les activités que l'on propose, c'est plus pour rencontrer d'autres personnes et pour discuter que pour améliorer leur santé. Ils viennent aussi pour améliorer leur santé mais avant tout, ils viennent pour discuter et voir du monde. Donc maintenant on joue de plus en plus là-dessus, l'activité physique pour nous c'est devenu un moyen de rencontrer des gens, on communique aussi comme ça, plus que comme un moyen de prendre en charge sa santé.

Ensuite, ce qui est important aussi, j'ai écrit « vulgariser les termes pour faciliter la pratique », mais c'est vrai que le sport, ça peut faire peur. Par exemple, le vendredi matin, Marie propose une sortie randonnée. Ils vont randonner avec des bâtons de marche nordique dans le parc de la Courneuve. Je ne sais pas si vous connaissez mais le parc de la Courneuve n'est pas tout plat, il y a des chemins, ça peut ressembler à de la randonnée, ça peut être assez fatigant, ça pourrait faire peur si on appelait ça randonnée donc on a juste appelé ça « groupe marche », tout simplement. Ce n'est pas de la randonnée, il n'y a aucun aspect sportif. Renforcement musculaire c'est pareil, c'est du travail cardio, c'est de l'équilibre, on travaille la force, on travaille tout l'équilibre et on a appelé ça juste « renforcement musculaire ». C'est le terme qui nous a paru le moins effrayant pour les gens. Et on s'est rendu compte que pour eux c'était quand même assez important de venir à une activité qui ne fait pas peur. On va dire que la marche fait moins peur que, par exemple la randonnée. « Aquagym », ça fait moins peur que « natation » par exemple.

Alors le troisième axe, c'est un axe, comme je disais qui est assez particulier, sur l'aménagement du territoire. Je ne vous cache pas qu'on n'a pas pu faire des tonnes de choses parce qu'en tant que maison de la santé, on n'a pas les autorisations pour aller poser des panneaux, pour aller poser des agrès ou refaire des trottoirs. Donc on a eu surtout un avis consultatif. On a réussi à s'intégrer dans tous les groupes de travail qui étaient organisés par la ville et Plaine Commune autour de

l'aménagement urbain et de la rénovation urbaine. Et la chance que l'on a eue, c'est que l'on est tombé sur des professionnels qui étaient quand même assez ouverts d'esprit, qui au début ne comprenaient pas trop ce qu'on faisait là, pourquoi on voulait travailler sur l'aménagement du territoire en lien avec l'activité physique et petit à petit ils se sont rendu compte qu'il y avait quand même un intérêt à la fois pour nous et pour eux et on a essayé de développer pas mal d'actions.

On a travaillé sur une signalétique piétonne, tout le monde connaît, ce sont des panneaux qui indiquent les temps de marche vers les différents lieux du quartier ou de la ville. On a réussi à négocier l'implantation de panneaux qui indiquent les grands pôles d'attractivité du quartier alentour, depuis le quartier en indiquant les temps de marche. Les panneaux devraient arriver courant 2017. On est déjà à la moitié de l'année donc ils leur restent 6 mois pour les poser s'ils veulent être dans les délais. Sachant que le projet était fini en 2014. C'est donc un peu long de travailler avec les aménageurs.

Après on a réussi à mettre en place un parcours sportif. Il y a donc 6 agrès qui ont pu être installés sur le quartier. Ce parcours sportif, on en est assez fiers parce qu'il a été réfléchi avec les habitants et avec le CDOS 93, le Comité Départemental Olympique et Sportif et Plaine Commune. Donc en gros, Plaine Commune est venue nous voir en disant votre projet il est chouette, on a de l'argent pour vous, qu'est-ce que vous voulez en faire ? Donc on est allé voir les habitants et les habitants nous ont dit : on voudrait des machines qui nous permettent de faire de sport en plein air. On leur a dit, ok mais par contre pour que cela fonctionne et que ce soit utilisé par tout le monde on va le réfléchir ensemble.

C'est donc eux qui ont choisi les machines sous mon contrôle. C'est-à-dire que les 6 machines permettent de faire travailler des parties du corps différentes par ce qu'au début les jeunes n'avaient choisi que des appareils qui faisaient travailler uniquement les pectoraux et les bras. On leur a dit qu'il en fallait pour tous les âges donc qu'on allait mettre des petits vélos aussi... On a donc choisi 6 machines différentes ensemble et ensuite le lieu d'implantation a été choisi en concertation avec les habitants et Martin Citarella. Je ne sais pas si certains d'entre vous le connaissent, il travaille au CDOS et il est spécialiste de l'aménagement du territoire et du sport. Il a donc ciblé des lieux qui lui semblaient les plus adaptés à la réception de ce type de parcours sportif avec l'objectif que ce soit le mieux utilisé possible.

Le lieu qui a été choisi, vous ne connaissez peut-être pas le quartier, mais c'est en face de la Maison de quartier parce que pour lui c'était le lieu le plus adapté car c'était un lieu ouvert donc plus visible. Il est donc plus difficile de faire des bêtises pour « les jeunes », on va dire. Ça ne pouvait pas devenir un lieu où on fait n'importe quoi parce que c'était entre les immeubles et tout le monde voyait ce qu'il se passait. C'était en face de la Maison de quartier qui a des horaires d'ouverture très larges, ça permet donc d'être vu et surveillé assez souvent et c'était sur le chemin du parc de la Courneuve. Pour lui, c'était intéressant aussi pour les sportifs de passer dans ces agrès avant d'aller au parc de la Courneuve, avant d'aller marcher ou faire du vélo et pouvoir s'arrêter faire quelques exercices.

On a aussi participé, comme je vous le disais, à tous les groupes de travail : « mobilités actives », « concertation rénovation et urbanisme du quartier », pour essayer de vraiment travailler au maximum avec les aménageurs dans le but d'avoir le quartier le plus adapté possible.

Les leviers que l'on a pu identifier sont que les aménageurs de Plaine Commune ont vraiment pris en compte la thématique de l'activité physique dans les projets en cours. Cela dépend des personnes, on a eu la chance de tomber sur des gens très ouverts d'esprit et qui ont bien voulu travailler avec nous. Ils se sont vraiment attachés au projet, ils ont plutôt écouté les conseils que le CDOS et nous même pouvions prodiguer. Ça c'était plutôt chouette.

Par exemple, deux rues ont été refaites sur le quartier, les deux rues principales qui, quand je suis arrivé sur le quartier, n'étaient pas du tout adaptées à la marche. Les trottoirs faisaient 50cm de large. Ce n'était pas possible de passer avec une poussette. Les poubelles n'étaient pas enterrées, du coup elles débordaient sur les trottoirs ce qui les rendaient encore plus étroits. Les mamans devaient donc descendre sur la route alors que c'est une route très utilisée. Il n'y avait pas de passages piétons ou très peu. Il n'y avait pas de dos-d'âne ou de ralentisseurs. Les deux rues ont été refaites de façon à ce que les « mobilités douces, », on va dire, aient vraiment une place à part entière sur l'espace public. Donc maintenant les poubelles sont enterrées, les mamans avec les poussettes et les personnes en fauteuil roulant ne sont plus du tout embêtées par ça, les trottoirs sont tout neufs. Certes un jour ils redeviendront en mauvais état mais pour l'instant c'est tout plat, c'est facile de marcher pour les personnes âgées. Il n'y a pas de risque de chute à cause des racines qui ont abimé les trottoirs.

Il y a une piste cyclable sur chacune des rues, de chaque côté de la route, qui est séparée de la route par les places de parking. La piste cyclable n'est pas de la même couleur que les trottoirs. Cela permet de bien définir les espaces de chacun et cela permet vraiment de se déplacer en toute sécurité sur le quartier. Et quand on a questionné les gens, ça les incite de plus en plus à utiliser leur vélo et à marcher. Après il reste encore plein de travail. Sur le vélo, par exemple, il n'y a toujours pas de garage à vélo en bas des tours donc les gens qui habitent au 16^{ème} ne peuvent toujours pas prendre leur vélo parce que, même s'il y a une piste cyclable, personnellement, je ne remontrai pas mon vélo au 16^{ème} étage tous les jours. Donc il y a encore des choses à faire mais ça a vraiment permis d'améliorer les déplacements actifs sur mon quartier.

Je terminerai sur « Mieux intégrer les structures sportives au territoire ». Comme je vous l'ai dit en début de présentation, le quartier est quand même assez riche en offres sportives, il y a beaucoup de clubs et s'il y a beaucoup de clubs, c'est quand même parce qu'il y a pas mal de structures sportives sur le quartier.

Par contre concernant les structures sportives, quand on est arrivé, c'était des espèces d'îlots qui étaient totalement fermés sur le quartier. Par exemple, dans le quartier Floréal-Saussaie-Courtille, il y a le gymnase de la Courtille et le gymnase de la Courtille n'a pas d'entrée pour les habitants de la Courtille. Je ne sais pas comment vous expliquez, je n'ai pas de schéma mais le gymnase est totalement orienté vers le Centre-Ville. C'est-à-dire que les gens qui habitent à la Courtille sont obligés de marcher et de faire tout le tour du gymnase et tout le tour du quartier pour pouvoir rentrer. Ça c'était en 2013 et on l'a donc signalé et une rue a été refaite. Ils ont profité de cette réflexion et de ce réaménagement pour faire une ouverture, simplement, dans le grillage pour offrir une ouverture aux habitants de la Courtille au gymnase. Ce qui fait qu'au lieu de mettre un quart d'heure pour aller au gymnase, on met deux minutes. C'est forcément plus accessible et c'est forcément mieux. La rue a été refaite devant, c'est beaucoup plus beau. Ça donne envie de rentrer dans le gymnase tout simplement. Le gymnase fait moins peur et c'est plus accessible donc c'est tant mieux et les gens viendront plus facilement.

Maintenant je vais vous présenter les résultats, comme je vous l'ai dit au départ, on a fait un échantillonnage, on a fait du porte à porte, on a frappé à 750 logements au mois de mai, du lundi au vendredi, de 16h à 19h et on a récolté 250 questionnaires. Donc, à peu près 33% d'ouverture de portes, on va dire. Et les résultats qu'on a pu obtenir sont quand même très positifs puisque sur l'activité physique globale, en mai 2013, on était à 48% des habitants qui pratiquaient les 30 minutes recommandées et on est passé en mai 2015, donc deux ans plus tard à 63%. On a donc augmenté de 32%. Et cette augmentation de l'activité physique globale est principalement due à une augmentation de l'activité physique de loisir puisqu'on est passé de 42% à 57%. Sachant que c'est

celle qui nous intéresse le plus parce que l'activité physique de travail, on va dire que ce n'est pas la meilleure pour la santé. Un maçon qui soulève des parpaings tous les jours, il fait de l'activité physique mais on ne peut pas dire que ce soit très bon pour la santé. Donc ce qui nous intéressait c'était d'augmenter l'activité physique de loisir et on a plutôt bien réussi.

Ce sont des résultats qui sont très significatifs surtout chez les femmes. Chez les femmes on était très en retard au niveau de l'activité physique par rapport au niveau national. Puis qu'en 2013, on était seulement à 40% de la population féminine qui pratiquait les 30 minutes recommandées et en 2015, on était à 60%. Pareil, c'est l'activité physique de loisir, qui a principalement augmenté puisqu'on est passé de 35,8% à 56,8%. Par contre chez les hommes, ça n'a pas beaucoup augmenté. On est passé de 62% à 67,8%. Cela s'explique aussi parce que le niveau des hommes, 62% en 2013, était quasiment équivalent à la moyenne nationale. Donc on n'avait pas grand espoir de l'augmenter de façon très importante.

D'autres petits résultats que l'on a pu récolter par rapport à la connaissance du territoire et à l'offre sportive. En 2013, ils étaient 22% à peu près, capables de citer une association sportive ou un club sportif du quartier et en 2015, ils étaient 40%. Cela montre que le travail qu'on a fait auprès des écoles, auprès des structures, tous nos petits flyers, la fête du sport ont quand même permis aux habitants de mieux connaître le territoire et ce qu'il s'y passait.

Ce qu'on peut discuter c'est qu'on a une augmentation significative de 32% du niveau d'activité physique. Donc ça c'est super chouette. On s'est rapproché, sur le quartier, du niveau d'activité physique national alors qu'on était très inférieur au départ. Donc ça c'est vraiment chouette. Ce sont principalement les femmes qui ont rattrapé leur retard. Sur le quartier, elles étaient très en retard, elles n'étaient pas très actives et elles ont comblé leur retard par rapport aux hommes.

On a une stagnation du niveau d'activité physique chez les personnes de plus de 60ans. On ne sait pas trop l'expliquer, pourtant on en touche pas mal mais dans les résultats qu'on a obtenu, chez les plus de 60, on n'a pas vraiment réussi à augmenter le niveau d'activité physique.

Je vais juste terminer en vous présentant ce schéma que l'on voulait, on va dire. Il s'agit d'un schéma qui résume un peu le projet et ce qui permet de faire fonctionner la promotion de l'activité physique sur un territoire. C'est pour arriver à augmenter le niveau d'activité physique de la population. Les trois axes nous paraissent indispensables. On ne peut pas faire un projet en ne travaillant que sur un ou deux axes parce que les trois interagissent ensemble. On ne peut pas faire de la communication sur ce qui existe sans proposer une offre qui est adaptée aux habitants. On ne peut pas travailler sur la communication, dire aux gens de marcher et faire du vélo si l'aménagement du territoire ne permet pas de marcher en sécurité et de faire du vélo en sécurité. Ces trois axes sont vraiment liés. Et pour travailler sur ces trois axes de façon efficace il faut mettre dans la boucle tous les acteurs du quartier. Ça va des habitants en passant par les professionnels du territoire. Les clubs et les associations sportives sont quand même une ressource à ne pas oublier et on ne peut pas faire grand-chose sans les élus et sans leur validation donc la validation politique c'est important. Et pour que ça fonctionne et réussir à mettre autour de la table ces quatre entités, il faut une personne qui travaille à plein temps et c'est le rôle du chargé de mission sur le projet de mettre en relation tout le monde. Sans la présence d'une personne ça ne peut vraiment pas fonctionner. C'est un peu ma conclusion ; ce type de projet ça ne peut fonctionner que s'il y a une personne qui est dédiée à temps plein à cela.

Depuis 2015. Jusque-là je ne vous ai présenté que ce qui s'est passé jusqu'à 2015, je vais aller très vite, au vu de nos super résultats la recherche-action s'est quand même arrêtée. Le ministère de la

santé a eu ce qu'il voulait. Ils ont eu un beau rapport qu'on leur a rédigé. On leur a expliqué ce qui avait fonctionné et ce qui n'avait pas fonctionné. En gros, ce que je vous ai présenté là.

Il n'a pas donné suite pour l'instant, le projet n'a pas été étendu à d'autres territoires ou repris sur d'autres territoires au niveau national. Nous, on a décidé de poursuivre parce qu'on a trouvé que cela avait vraiment un impact très positif sur ville, sur la santé des habitants. Cela fonctionne tellement bien que nos financeurs qui sont l'ARS, le CGET, la ville et Plaine Commune nous ont demandé de nous élargir, d'étendre le projet à d'autres quartiers. Donc maintenant on travaille sur quatre quartiers dont le quartier Allende, Joliot-Curie Lamaze Cosmonautes et Francs Moisis. Et forcément cela pose un petit problème. Maintenant Marie, au lieu de travailler sur un quartier qui regroupe 7 000 habitants, est toujours seule à travailler 35h par semaine, voire plus, sur quatre quartiers qui représentent environ 30 000 habitants. Donc on ne peut plus faire les choses comme on les a faites au départ et on a donc redéfini nos axes de travail pour essayer de satisfaire au maximum les quatre quartiers mais c'est un peu frustrant pour nous parce que ce n'est plus le même projet qui avait si bien fonctionner sur le quartier Floréal-Saussaie-Courtille.

Merci beaucoup !

Cyril Crozet

Merci beaucoup pour cette présentation. On voit la richesse des actions. Ce n'est pas que de l'éducation pour la santé mais de l'urbanisme également. Cela va jusqu'à la promotion de la santé. Et quand on fait une action comme ça, on se rend compte que ça peut diffuser. Vous avez donné un exemple ou vous continuez à faire de l'activité physique, donc la diffusion est beaucoup plus grande. Même si l'action se termine, c'est super de continuer, même sans financements mais parfois ça diffuse vraiment très loin. C'est vraiment un très beau projet.

Avez-vous des questions ?

Question de la salle

Bonjour, je suis Laurie Lecocq, je suis diététicienne et j'avais une question par rapport à la mixité, est-ce que vous avez rencontré des difficultés pour que les hommes et les femmes se mélangent pendant les activités ?

Marie Verzeroli

Chargée de mission sur le projet "Pour la santé, je bouge dans mon quartier"

En fait on intervient beaucoup dans des quartiers donc effectivement il y a deux coté. Il y a un côté où on a un peu ce souci-là, notamment chez certaines femmes qui viennent nous voir en nous demandant si effectivement c'est séparé et quand on leur explique que non, ne reviennent plus. Après on a quand même très, très peu d'hommes. Sur les cours qu'on propose, on a une moyenne haute qui est de 1 ou 2 hommes par cours donc malgré nous, le problème ne se pose pas énormément puisque ça devient rapidement des personnes qui se connaissent et donc les barrières tombent aussi un peu mais effectivement, on perd quelques personnes par rapport à ça. Et on n'a rien à leur proposer parce qu'on trouve des activités à destination du public féminin mais elles ne sont jamais totalement interdites aux hommes.

Paul Daval

Si je peux rajouter juste un petit quelque chose là-dessus, c'est que je pense que la différenciation homme/femme se fait un peu naturellement, c'est à dire qu'on a quand même proposé des activités qui n'étaient pas très orientées pour le public féminin mais un peu tout de même, puisque c'était le public qui en avait le plus besoin sur le quartier et que les hommes, de toute façon, ont une pratique un peu différente. C'est-à-dire que les activités en groupe, ce n'est pas ce qui les intéresse le plus et ils ont tendance à pratiquer un peu plus seul. On les voit, par exemple, plus souvent faire du vélo au parc, alors que des femmes, on en voit très peu. On les voit marcher seul dans le parc alors que les femmes ont tendance à marcher en groupe de 3,4 en promenant les enfants. C'est eux qu'on va voir sur les agrès sportifs et les city stade du quartier alors que les femmes sur ces activités, on ne les voit quasiment pas. On va dire que les femmes sont plus sur les activités en groupe qui sont encadrées et les hommes ont une pratique sportive et d'activité physique qui est plus libre et individuelle.

Question de la salle

Je suis Maryline Cottret, psychologue à Drancy Insertion et j'avais une question pratique toute bête, vous n'avez pas eu besoin d'un certificat médical ?

Paul Daval

Si. On le demande pour des questions de sécurité.

Question de la salle

Et justement, ce n'est pas un frein ou ça se fait simplement ?

Paul Daval

Ça peut l'être. Si c'est vraiment un frein, les gens on ne les revoit pas donc est ce que c'est vraiment uniquement à cause de ça ? C'est vrai qu'il arrive à des personnes de tiquer un peu quand on leur dit qu'il faut un certificat et qui nous disent qu'il faut qu'elles retournent chez le médecin. Ça les dérange un peu mais après, la plupart du temps ça se passe bien.

Marie Verzeroli

Et on est quand même sur un public qui a des pathologies pas toujours lourdes mais qui est dans un cercle assez médical et vont régulièrement chez le médecin, beaucoup en tout cas. Du coup ce n'est pas le « truc de l'année à faire », ils y vont assez souvent donc c'est moins gênant.

Cyril Crozet

D'autres questions ?

Question de la salle

Bonjour, Maud Giacobelli, interne de santé publique au laboratoire d'éducation et pratique de santé, Merci beaucoup pour votre présentation. J'aurai une question pour savoir si vous savez si des recherche-actions de ce type ont déjà été faites dans d'autres parties de la France ou même du

monde ? Est-ce que vous avez peut-être pu, du coup, échanger avec des équipes qui ont fait les mêmes types de recherche-actions ?

Paul Daval

Des recherche-actions de ce type, non, mais il y a plein de projets expérimentaux qui apparaissent partout en France. On a à peu près tous les mêmes constats. Je vois Lamine au fond qui est en charge du Déficit Forme Santé à Saint-Denis. Je suppose qu'il fait pas mal de constats un peu identiques aux nôtres. Je ne sais pas trop quoi dire. Il y a tellement de boulot. Là, on a des résultats qui sont satisfaisants mais ça pourrait être tellement mieux encore.

51

Je ne sais pas vraiment quoi dire. Il y a plein de choses qui existent, c'est vrai qu'après il y a des questions de financement aussi qui font que chacun garde un peu ses petits secrets, quand même, parce qu'il faut quand même réussir à garder le poste, par exemple de chargé de mission qui coûte un peu d'argent et chacun essaye de valoriser au mieux son projet en défendant un petit peu son bifeck et avec certains on arrive à partager des infos, des gens que l'on connaît bien et d'autres, un peu moins.

Cyril Crozet

Ces journées-là sont aussi pour diffuser donc on est au courant de ce que vous faites pour que chacun fasse aussi bien si c'est possible. Autres remarques ou questions ?

Question de la salle

Merci pour la présentation. C'est toujours intéressant de voir ce que vous avez fait. Juste, au niveau de votre questionnaire d'activité physique est-ce que, comme il n'y a pas forcément les déplacements dans le questionnement, dans le RPAQ, la question du déplacement et la question des comportements sédentaires, est-ce que vous avez pu avoir des éléments là-dessus, sur le changement chez ces personnes ?

Paul Daval

Sur les déplacements, c'est vrai que le questionnaire RPAQ, ne l'aborde pas trop. Il y a une question sur la fin du questionnaire qui est « en dehors des déplacements domicile-travail, quel est le mode de transports que vous utilisez le plus ? » Je n'ai pas mis les chiffres dans cet intervention mais en 2013, c'était 50% en voiture, je crois, 40% de transport en commun et 10% de marche et 0% de vélo. Et en 2015 on avait grignoté un peu sur la part de la voiture par la marche mais très faiblement. On est passé de 10% à 15%, quelque chose comme ça.

Et la deuxième partie de la question, le comportement sédentaire, peut-être qu'on a augmenté le niveau d'activité physique des gens mais peut-être qu'à côté de ça ils sont encore sédentaires. C'est-à-dire que peut-être que la personne est passée de 20 minutes d'activité physique à 40 minutes mais qu'elle reste quand même 8 heures allongé sur son canapé. Mais ça on n'a aucune information là-dessus.

Cyril Crozet

La notion de sédentarité est une notion complexe, qu'on sous-estime un petit peu mais il y a un atelier cet après-midi sur le sujet. Merci beaucoup.

Restitution des ateliers

Atelier n°1 : Évaluation de l'activité physique, de la sédentarité et de l'alimentation des personnes en situation de précarité : méthodes et outils, interprétation et utilisation des données.

52

Charlotte Braquet

Directrice de service de la PJJ de l'EPE de Seine-Saint-Denis

Bonjour à tous.

Je vais vous parler un peu de la composition du groupe qui nous a constitué et qui a permis des discussions et des questions assez riches. Il y avait environ la moitié de la salle composée par des diététiciennes, environ 10% par le corps des médecins, 10% par le corps des chercheurs et une faible minorité de professionnels de l'activité physique en général ou des professionnels traitant de ces sujets de façon transversale.

Donc concernant l'atelier n°1 : « évaluation de l'activité physique, de la sédentarité et de l'alimentation des personnes précaires : Méthodes, outils, interprétation et utilisation des données », avec 2 intervenantes sur cet atelier ; une intervenante présentant les instruments de mesure et une autre spécialisée dans la présentation de l'activité physique.

Concernant les instruments de mesure, puisqu'il devait s'agir de la première partie, et concernant l'évaluation de l'alimentation, nous avons étudié trois types d'enquêtes alimentaires pour lesquelles il faut savoir que, quand bien même nous consommons tous des aliments pour des besoins vitaux, on ne peut pas tous être en mesure d'effectuer des enquêtes alimentaires. C'est pourquoi il est important qu'elles soient accompagnées d'un professionnel.

Les objectifs de ces enquêtes alimentaires sont d'avoir des estimations sur les apports alimentaires des personnes interviewées. Les limites à ces enquêtes, quelles qu'elles soient, sont qu'on est toujours en présence de données déclaratives, sur un sujet qui touche beaucoup l'intimité et qui attrait à des représentations culturelles, qu'il n'est pas évident de divulguer mais qui néanmoins intéresse toujours puisqu'il touche un sujet qui nous concerne tous.

Concernant les types d'études qui peuvent être mises en place, on a trois types d'enquête qui peuvent être réalisés ; des enquêtes de fréquence, des enquêtes par enregistrement et le rappel des 24.

Pour vous les présenter brièvement, les enquêtes de fréquence ont pour objectif de mesurer la fréquence et les portions des aliments qui sont visés par le questionnaire. Ce sont des questions qui doivent être génériques et qui doivent être objectivables et donc clairement compréhensibles par les personnes. Toutes présentent des avantages et celle-ci a pour point fort d'être facilement utilisable et de mesurer l'alimentation de façon habituelle. Je n'ai malheureusement pas eu le temps de noter les inconvénients.

Le deuxième type d'enquête est l'enquête par enregistrement qui, en fait, amène le sujet à noter l'ensemble des aliments qu'il consomme pendant l'enquête. C'est en général un carnet qui

répertorie les différentes phases de consommation d'aliment par jour, du petit-déjeuner au dîner, en passant par le goûter. De la même façon, il est facilement compréhensible, mais nécessite une méthode très lourde car cela demande un suivi quotidien et les données ne sont pas forcément fiables dans la mesure où il y a une réalité d'introspection de la personne qui vient noter l'ensemble de ses aliments consommés et qui du coup, consciemment ou inconsciemment, note de moins en moins de choses parce qu'elle se rend compte par elle-même qu'elle ne devrait pas forcément consommer tous ces aliments et dans ces quantités-là.

Le troisième type d'enquête est le rappel des 24 heures qui est une énumération et une quantification de ce qui a été mangé par l'individu depuis la veille. C'est une enquête qui est au plus près de la personne et qui la suit de façon quotidienne. C'est cette enquête qui dispose des résultats les plus précis et les meilleurs. Elle a l'inconvénient d'avoir un caractère qui est de l'ordre des saisons et qui ne permet pas d'avoir les données les plus fiables. Car pour avoir les données les plus fiables il faut être en mesure d'interviewer des personnes, de faire des rappels et de les suivre sur une année pour avoir le panel le plus précis de ce que consomme les français sur une année. Voilà concernant l'évaluation de l'alimentation.

Dans la deuxième partie qui concerne l'activité physique et la sédentarité, il y a différentes choses qu'il faut déjà avoir à l'esprit ; à savoir les différences terminologiques que l'on utilise parce que l'activité physique se différencie du sport. L'activité physique rassemble l'ensemble des mouvements avec une dépense énergétique qui est supérieure au repos. L'activité physique regroupe donc les activités professionnelles, les activités de transport : marcher, faire du vélo, mais est à distinguer de lorsqu'on est statique dans les transports car on n'est pas en activité physique. Les activités domestiques également, et les activités sportives ou de loisir (mais qui représentent la plus faible partie puisque l'on considère que le sport représente une activité de compétition qui est réglementée par des règles en fonction des fédérations). Egalement il faut différencier, à l'inverse de l'activité physique, l'inactivité physique. L'inactivité physique qui est à différencier de la sédentarité. L'inactivité physique se présente comme un manque d'activité ou une activité trop faible et la sédentarité est une activité de repos, une situation d'éveil ou proche de la dépense énergétique de repos. Elle est à différencier du sommeil qui n'est pas un comportement sédentaire. C'est vraiment une activité, une situation où on est en éveil mais pour laquelle on a une dépense énergétique qui se rapproche de celle que l'on a lorsque l'on est en repos.

Je n'ai pas compris la notion précédente. Vous pouvez peut-être l'expliquer ? J'ai écrit « penser et à l'activité physique et à la diminution de la sédentarité »

Cyril Crozet

Il ne faut pas rester assis plus de 6h ou 8h toute la journée. Il faut bouger un petit peu et être en position debout.

Aude-Marie Foucaut

Maître de conférences universitaire – LEPS– Université Paris 13

Il s'agit de deux facteurs indépendants. C'est juste que la sédentarité n'est pas l'inactivité.

Cyril Crozet

Et donc, on peut faire beaucoup d'activité physique et être sédentaire en même temps. Je peux faire de l'activité physique mais être sédentaire au bureau. Il faut normalement que je bouge toute les heures et que je me balade.

Charlotte Braquet

54

Une fois que l'on avait présenté ça, on a approfondi les méthodes pour évaluer ce niveau d'activité physique à travers des données vraiment scientifiques, comme l'intensité en MET ; 1 MET c'est le repos et c'est le temps dont on a besoin pour être au repos. Et l'intensité, donc le but c'est de mesurer le coup énergétique, qui diffère selon la position dans laquelle vous êtes et de l'action que vous effectuez. Cela varie très vite. Et pour avoir une référence connue, il y a le tableau de Ainsworth et al. Qui répertorie les activités et les dépenses afférentes à ces activités. Comme elles sont reliées à un temps, elles permettent de mesurer le niveau de l'activité physique.

S'il y a une idée à retenir sur l'évaluation de l'activité physique chez les personnes en situation de précarité c'est qu'aujourd'hui nous n'avons aucun consensus, il n'y a pas de questionnaire prédéfini qui permet de répertorier l'ensemble de ces éléments pour mesurer la dépense énergétique des activités citées précédemment ; l'activité professionnelle, l'activité de transport, l'activité domestique et les activités sportives.

Finalement, il y existe beaucoup de questionnaires qui traitent de différents sujets. Il y a une revue systématique de 42 études dont 31 qui répertorient uniquement l'activité de loisir et qui du coup fait l'impasse sur les trois autres.

Une autre étude a montré chez des jeunes filles adolescentes sénégalaises, le besoin et la nécessité de vraiment s'adapter au contexte social des personnes interviewées pour ajuster les questionnaires au plus près de leurs réalités. Il y a aussi dans les mesures, des interviews qui du coup, permettent d'adapter le questionnaire à la personne et d'affiner des termes qui pourraient être imprécis ou qui pourraient être méconnus par les personnes interviewées, et notamment un des termes qui a été vu : l'activité physique modérée.

Je vous pose donc la question : qu'est-ce que l'activité physique modérée ?

Je vais y répondre : l'activité physique modérée c'est être en activité à la limite de l'essoufflement mais tout en ayant la capacité de parler. C'est donc des termes comme celui-là que l'interview à des effets bénéfiques que vous voyez sans approfondir, puisqu'il permet vraiment d'être en interaction en face et puis de s'adapter à la personne en lui expliquant et en soutirant les informations que l'on souhaite avoir. Il y a plein d'autres questionnaires, le JPAQ, qui répertorie les comportements sédentaires, le JPPAQ, qui questionne l'activité professionnelle, de loisir et de déplacement. Il y a les avantages et les inconvénients de ses questionnaires mais je vous ai à peu près tout dit.

Cyril crozet

Merci beaucoup.

Atelier n°2 Outil pédagogique à destination des professionnels et des bénéficiaires : Cuisiner malin. Livre de recettes faciles et pas chères pour toutes et tous

Betty Pommier

Cheffe de projet local 18° Arr. – Paris Santé Nutrition

55

L'atelier n°2 ; Outil pédagogique à destination des professionnels et des bénéficiaires : Cuisinez malin, livre de recettes faciles et pas chères pour toutes et tous.

Atelier animé par Salima Deramchi, coordinatrice parisienne du programme Paris Santé Nutrition. Nous avons dans un premier temps présenté l'outil et surtout la démarche et tout le processus du projet qui s'est construit autour de cela.

C'est à l'origine une étude autour de personnes hébergées en hôtels sociaux de 36 familles avec lesquelles on a réalisé des entretiens et des questionnaires pour connaître leurs habitudes alimentaires ainsi qu'en termes d'activité physique et ce faisant, savoir comment elles se débrouillaient pour manger et pour faire de l'activité physique au quotidien.

Cette étude nous a d'abord montré qu'au niveau matériel, avait été mis à disposition très peu de ressources. A savoir : soit une bouilloire, soit un micro-onde, soit les deux, soit rien et que les personnes buvaient pratiquement toutes de l'eau en bouteille et qu'elles pratiquaient très peu d'activité physique voire souvent, pas du tout ou très éloigné. Il y a donc eu réflexion avec ces structures et d'autres de plusieurs arrondissements parisiens autour d'un outil pour aider ces familles à avoir des petits conseils au quotidien pour pouvoir avoir une alimentation équilibrée et pratiquer l'activité physique.

L'INPES avait créé, on en a parlé un petit peu ce matin, un catalogue qui s'appelait l'alimentation à tous prix qui était assez inadapté pour ces familles et pour les professionnels afin de sensibiliser ce public à une alimentation équilibrée et ce faisant, a été imaginé le livret « Cuisinez malin » et le kit d'animation aux ateliers collectifs qui allait avec pour proposer à ces personnes des solutions pour pouvoir cuisiner au quotidien.

Dans ce livret, on retrouve tout d'abord des recettes qui ont été élaborées avec une diététicienne et avec des professionnels en fonction des colis alimentaires qui pouvaient être proposés par les épiceries solidaires et qui sont très imagées pour des familles avec des difficultés de lecture ou d'apprentissage du français, afin qu'elles puissent s'imprégner de ces recettes. On y retrouve aussi des notions de coût pour montrer à peu près ce que va coûter un plat.

On a aussi insisté sur la notion de plaisir pour qu'il y ait aussi des recettes qui soient, certes équilibrée, mais que l'on puisse se faire plaisir tout en mangeant, qu'on ne soit pas dans la restriction. Ce livret a été testé pendant environ 1 année, dans différentes structures et on a eu, certes, des adaptations mais de très bonnes remontées, tant des publics que des professionnels et 10 000 exemplaires ont été édités et diffusés assez largement.

Par la suite, ce qui est remonté est que, pour un professionnel, cela avait peu de sens de lui donner le livret seul parce qu'ensuite il ne savait pas comment vraiment délivrer les messages. On a donc associé à cela des fiches d'animation qui permettent d'organiser des ateliers collectifs avec

différentes thématiques dont l'étiquetage nutritionnel ou les emballages ou encore certaines familles d'aliments pour pouvoir mettre en place ces ateliers.

A suivi donc une formation que nous avons mise en place pour expliquer comment prendre en main ce livret, comment organiser ces ateliers et un accompagnement auprès de ces professionnels s'ils en émettaient le souhait, pour mettre en place ces ateliers.

Au vu des échanges que nous avons eu et des personnes qui étaient avec nous dans l'atelier, on a identifié les publics en situation de précarité ; souvent des familles avec des femmes seules et avec des enfants ou des familles de migrants avec des nationalités très variées qui ne s'orientaient pas forcément vers des fast-food mais qui pouvaient y aller, en fonction de leurs budgets, plus avec la notion de plaisir, une fois de temps en temps, afin faire plaisir aux enfants qui était aussi très éloignés de la pratique sportive.

L'outil dans le groupe a été, dans l'ensemble, vu comme quelque chose de très bénéfique et de facilement applicable, bien sûr avec la formation et l'accompagnement et on a mis en lumière comme freins, la mobilisation des publics. C'est-à-dire que même si on met en place un atelier, en ayant fait une formation, en ayant l'outil, il faut arriver à faire venir les personnes à ces ateliers et donc a instauré un climat de confiance qui puisse permettre d'engager des discussions. Parfois on commence par parler santé en général et puis on arrive ensuite à discuter un peu de nutrition.

Il y a également des freins qui peuvent être culturels par rapport à des recettes que l'on peut proposer et qui ne sont pas des plats que ces populations ont l'habitude de manger, ou des aliments qu'ils ne connaissent pas ou encore quand ils ont une recette en tête et n'ont pas envie de la changer.

Donc il faut essayer de discuter autour de ça et ne pas forcément rentrer dans la restriction, toujours s'adapter au public qu'on va avoir face à soi. Et surtout, il faut veiller à sensibiliser les professionnels et les éducateurs qui peuvent être en contact avec ces publics et veiller à ne pas culpabiliser aussi via les messages que l'on peut délivrer.

Je n'ai pas parlé d'activité physique mais je pense que cela va venir après même si on en a un petit peu discuter. On a vu que la nutrition pouvait être aussi un bon levier et une porte d'entrée pour dégager tous les freins que les populations pouvaient avoir et que cela permettait de revaloriser les personnes qui pouvaient être un peu renfermées sur elles-mêmes, avoir peu d'estime de soi et du coup monter leur savoir-faire lors de ces ateliers.

Concernant les perspectives, on a décliné en plusieurs étapes. C'était d'abord de travailler sur les représentations que les professionnels pouvaient avoir eux-mêmes et ensuite travailler sur les représentations que les publics avaient. Ensuite, identifier les besoins de ces populations pour pouvoir adapter les messages à ces publics, former les professionnels par le biais de ce type de formation par exemple et ensuite faire une mise en réseau ; c'est à dire se partager un outil si on estime qu'il peut être adapté à notre structures ou à notre public et ne pas hésiter à en discuter et faire de la mise en commun. Merci.

Atelier n°3 Outil pratique et interactif concret pour construire l'évaluation et le développement de projets en nutrition : Evalin

Aurore Oliver

Cheffe de projet local 20° Arr. – Paris Santé Nutrition

Atelier 3 : Outil pratique et interactif concret pour construire l'évaluation et le développement de projets en nutrition.

57

Il s'agit de l'outil Evalin, qui nous a été présenté par Lucie Germain du CHRU de Nancy et qui est cheffe de projet à l'unité d'évaluation.

Je vais essayer de vous restituer brièvement ce à quoi correspond cet outil. Il est disponible sur un site internet et c'est donc un outil web qui permet vraiment de pouvoir construire son évaluation du début à la fin. Il a été créé à la demande du PNNS parce qu'il avait été observé que l'évaluation des projets financés par le PNNS n'était pas assez approfondie.

L'idée c'était vraiment de pouvoir construire cet outil pour qu'il y ait une meilleure évaluation de ces projets qui sont financés et qu'il puisse également servir à l'ensemble des professionnels qui construisent leur évaluation.

Comment se présente cet outil ? On a plusieurs possibilités de navigation sur le site. On peut avoir différentes fiches thématiques qui nous permettent de retrouver de manière méthodologique tout ce à quoi correspond l'évaluation, et d'avoir plusieurs entrées sur les différents critères de l'évaluation. A savoir, la participation, la satisfaction, la pertinence, etc. et à chaque fois on peut creuser ces différents items et avoir des précisions.

On a aussi la possibilité d'avoir une entrée plus spécifique et personnalisée sur le site via laquelle on va construire en continu avec le site, toute l'évaluation personnalisée de son projet. Ce qui nécessite d'avoir en amont le projet rédigé et ce qui nous donne la possibilité, dès le début de la construction du projet, de penser son évaluation. Sachant que l'évaluation peut être réalisée en amont, en cours de projet ou à la fin de projet. Mais l'intérêt de cet outil est de pouvoir la construire dès le départ et de pouvoir penser à chaque fois tous les critères de son évaluation dès l'initiation du projet. On va pouvoir du coup rentrer de manière spécifique tous nos objectifs, le public avec lequel on va travailler, la manière dont on va mettre en place notre projet, savoir si cela va être une formation ou des actions, sur combien de temps cela va durer. Sachant que c'est un outil interactif, on va avoir différentes propositions en fonction de ce que l'on va intégrer, de ce que l'on va renseigner par rapport à notre projet, les outils et les éléments qui vont nous permettre de construire notre évaluation.

On va se retrouver avec des exemples de questionnaires qui ont déjà été préconçus et qui vont être validés par le comité scientifique qui a créé l'outil Evalin. Ce qui va nous faciliter le travail, c'est qu'on va pouvoir avoir des éléments déjà construits et validés et qu'on ne va pas avoir besoin de retravailler pour notre projet.

Voilà grossièrement à quoi ressemble l'outil. Il y a tous ce côté participatif qui est très intéressant. On va pouvoir retrouver vraiment le descriptif de tous les projets qui ont pu être inclus sur le site et qui vont nous permettre aussi d'avoir des informations, et sur les projets qui ont pu être menés sur d'autres régions en France, et sur l'ensemble des outils qui ont pu être utilisés pour l'évaluation.

Autant les questionnaires que les fiches vont nous permettre de réaliser des évaluations qui vont être plus qualitatives où l'on va, par exemple, avoir des fiches méthodologiques sur la manière de réaliser une réunion avec des professionnels pour recueillir l'avis, la satisfaction, tous ce qui est qualitatif par rapport au projet.

Ce qu'on a surtout constaté, en termes de points positifs et de leviers c'est que cela facilite vraiment la construction de son évaluation dès le démarrage du projet et que cela permet vraiment d'avoir des outils déjà travaillés. En termes de gains de temps et de possibilité d'utilisation d'outils, c'était vraiment intéressant.

Au niveau des freins, cela nécessite d'avoir du temps à consacrer vraiment et de pouvoir renseigner tous ces éléments sur le site et le faire sur l'ensemble des projets que l'on mène. Cela peut paraître particulièrement chronophage. L'idée c'est de pas forcément utiliser l'ensemble des indicateurs proposés, mais de pouvoir, dès le départ, choisir les indicateurs sur lesquels on va travailler et d'avoir des éléments qui vont nous aider à construire notre évaluation par rapport à ça.

Après concernant les perspectives sur notre groupe d'atelier, il n'y avait qu'une personne qui connaissait l'outil et qui avait une connaissance, il me semble, plus ou moins biaisée de cet outil. Donc il s'agit d'un outil qui est très peu connu, qui nécessite d'être participatif et du coup, s'il est peu connu cela peut se ressentir en termes de participation. Il y a, je pense, un travail d'information et de connaissance de l'outil qui est nécessaire pour que plus on l'utilise, plus il y a des éléments et plus il soit participatif.

Cyril crozet

Merci beaucoup.

Donc cet outil est accessible en ligne et accessible à tous, il sera aussi cité dans les actes.

Oui, l'évaluation ça prend du temps, c'est chronophage mais elle est essentielle, l'évaluation, donc il faut prendre le temps de la faire.

Atelier n°4 Sport-santé et population en situation de précarité : expérience de Paris Santé Nutrition

Marie Verzeroli

Nous nous occupons de l'atelier 4 qui était sur le sport santé et les personnes en situation de précarité, notamment à travers Paris Santé Nutrition dont nous avons un peu parlé avant. L'atelier était animé par Nora Belizidia. Nous avons pour objectifs d'essayer de répondre à comment promouvoir l'activité physique auprès des personnes en situation de précarité et d'identifier à la fois les freins et les leviers, ainsi que de proposer plein de solutions pour réussir à en trouver qui soit efficaces. Nous avons essayé, dans un premier temps, d'identifier ce qu'étaient les publics en situation de précarité, puis nous avons décrit succinctement les actions et plus particulièrement les freins et les leviers et pour finir nous avons essayé de trouver des perspectives comme je vous l'expliquais.

Concernant les publics en situation de précarité, on est beaucoup retombés sur les discussions de la matinée, en rapport avec l'alimentation notamment, et au niveau des caractéristiques, on a identifié

des populations qui sont précaires à la fois économiquement, socialement et culturellement. On a parlé aussi de précarité éducative en lien avec des manques de connaissances et de précarité sanitaire, tant au niveau des personnes qui ne sont pas très sensibilisées à tous ce qui est dispositif de prévention qu'au niveau de l'accès aux soins et qui sont finalement assez en dehors des structures.

Au niveau des habitudes nutritionnelles on a parlé de « mauvaises habitudes nutritionnelles » au sens large. C'est à dire au niveau alimentaire : des rythmes alimentaires qui sont assez flous et souvent peu synchronisés, une qualité alimentaire qui est assez faible tout comme la valeur nutritionnelle des produits consommés. On retrouve également une activité physique qui est la plupart du temps faible et une sédentarité souvent plus importante.

On a néanmoins remarqué qu'il existait une différence entre les enfants et les adultes avec des enfants qui sont plus sensibilisés et beaucoup plus demandeurs au premier abord, au niveau de l'activité physique notamment.

On a évoqué aussi le fait que le plaisir était beaucoup recherché, au niveau de l'alimentation avec des aliments souvent de faible qualité nutritionnelle qui sont consommés type sneakers, KitKat et compagnie ainsi que beaucoup de sodas. Et dans le même ordre d'idée, on retrouve une sédentarité élevée, peut-être en rapport avec le plaisir d'être tranquillement allongé dans le canapé sans faire forcément l'effort de bouger. Nous avons réfléchi à propos de l'état nutritionnel de ces populations où l'on constate beaucoup de pathologies chroniques et beaucoup de surpoids et d'obésité.

Ensuite, on a décrit les actions. On parlait notamment de Paris Santé Nutrition qui était quand même notre point d'appui pour ces actions-là. Une personne a évoqué aussi « sentez-vous sport », qui est une action à partir de laquelle elle travaille beaucoup et nous avons évoqué l'intérêt, justement, de mettre en place un événement fédérateur et mobilisateur qui soit bien identifié par la population. Ce qui pouvait permettre ensuite de faire passer des messages plus facilement.

Concernant ces messages, on a justement identifié un certain nombre de freins vis-à-vis de la mise en place d'une action de ce type. Premièrement on parlait de la mobilisation du public avec le fait que ce soit super de mettre en place des actions, d'autant avec une ampleur aussi importante mais que la base étant d'avoir un certain nombre de participants à cette action, cela constitue vraiment un frein à sa mise en place. Et ce en rapport avec la mobilisation du public, la difficulté pour les personnes d'aller vers une action qui n'est pas forcément connue, donc d'accepter d'aller voir quelque chose dont on ne sait pas du tout de quoi il retourne. Et concernant les personnes en situations de précarité, on a possiblement aussi le problème de la langue avec la difficulté de faire passer un message si on n'arrive pas à communiquer. De façon plus générale, par rapport à l'organisation de ces actions-là, on évoquait les difficultés d'avoir des moyens tant sur le plan financier qu'humain, notamment à travers l'action Paris Santé Nutrition qui dispose de budgets très limités vraisemblablement, avec notamment des moyens humains qui sont financés mais pas forcément de ligne budgétaire pour organiser des actions. Et comme, je pense que cela a été répété toute la journée, en frein principal, le fait d'évaluer autant les actions mises en place que les retombées de ces actions.

Pour faire un petit lien entre les freins et les leviers, on a mis à la jonction des deux la volonté du public. Avec finalement une demande qui peut tout de même constituer un levier, mais également un frein parce que les personnes, même si elles expriment une demande, ne participent pas toujours aux actions ou ne sont pas toujours motivées une fois que celles-ci sont lancées. Et dans la même idée on a mis en avant la représentation de l'activité physique des personnes qui pouvait être à la fois un levier et un frein.

Je continue avec les leviers maintenant. On a parlé des partenariats qui étaient un levier fort pour organiser des actions, tant sur le fait d'organiser les actions en elles-mêmes que sur le fait de communiquer sur ces actions, à la fois pour faire passer le message et pour avoir des partenariats dans la « com » pure et dure, ou encore pour avoir des partenariats et des relations avec les professionnels de santé. Ces derniers pouvant faire passer le message de manière beaucoup plus efficace que nous, qui ne connaissons pas le public.

Concernant les partenariats, on évoquait aussi la connaissance de l'offre et ces partenaires peuvent justement être des relais pour la connaissance d'une action spécifique. Mais plus largement on évoquait aussi l'offre sportive et d'activité physique.

En termes de leviers également, on évoquait des outils qui peuvent très bien servir de leviers forts pour la mise en place d'actions. On parlait aussi d'avoir une labélisation qui parle bien au public et le fait d'être identifié comme l'ai, j'imagine, Paris Santé Nutrition et avec moins du coup cette peur de l'inconnu qu'on évoquait tout à l'heure et les personnes qui fréquentent plus facilement les actions qu'on met en place. Voilà concernant les freins et les leviers.

Ensuite on a discuté quelque peu, des perspectives et de comment réussir à pérenniser notre action justement. On se disait que c'était vraiment une perspective sur laquelle il fallait jouer parce que plus on va mettre en place les actions de manière durable, plus elles vont être bien identifiées et plus cela va être facile pour le public, de venir et d'assister à nos actions.

Puis on évoquait le fait de forcer le travail en réseau, que ce soit avec tous les partenaires dont on dispose sur le territoire ou que ce soit avec les professionnels de la santé et l'intérêt justement de jouer sur les deux, qui ne sont pas au même niveau de communication avec la population.

On a parlé aussi d'essayer au maximum de créer un parcours qui soit vraiment identifié par les utilisateurs et du fait de ne pas avoir une action qui soit totalement désordonnée avec un utilisateur. S'il en a les moyens, il va chercher l'action un peu partout mais s'il n'en a pas les moyens, il prend une action, puis l'oublie, et ce, pendant 6 mois, puis il retrouve une info et ce n'est pas très productif.

Après le parcours, on a évoqué les outils que ce soit d'information, de sensibilisation, d'orientation des personnes et encore une fois on a évoqué les outils d'évaluation.

Les deux derniers points dont on parlait sont la nécessité de coconstruire les actions autant du point de vue des partenaires et la co-construction permet une implication beaucoup plus forte des partenaires et des utilisateurs d'où l'intérêt d'essayer d'intégrer un maximum de personnes pour l'organisation des actions.

Enfin dernier point, on a parlé de former les éducateurs concernant plus spécifiquement les activités physiques puisqu'on a une offre qui est essentiellement sportive aujourd'hui avec la nécessité d'aller vers des perspectives un peu plus santé. Mais, pour le coup, cela nécessite d'avoir des éducateurs formés pour y parvenir. Pour terminer, on discutait plus généralement de la loi sport sur ordonnance qui a débarqué il y a peu. On se questionnait par rapport à cette loi-là et surtout sur les liens pouvant être établis avec les publics en situations de précarité qui n'ont pas été particulièrement identifiés dans la loi. On se posait la question de savoir si cela vaudrait le coup de faire quelque chose spécifiquement destiné vers ces publics.

Clôture de la journée

Cyril Crozet

Cette journée s'est bien passée pour nous, n'hésitez pas pour votre part à nous faire parvenir vos avis. Un questionnaire de satisfaction vous a été distribué au début de journée. Cela nous donne envie d'en refaire donc on essaiera d'en faire d'autres.

61

J'espère que cette journée aussi vous a aidé à réfléchir sur vos pratiques et à vous donner des idées, d'aller voir sur des sites, les différents outils. Et puis peut-être, comme vous êtes encore là, cela vous donne envie d'adhérer au CODES93. C'est un appel que je fais, si la vie associative départementale vous intéresse, rentrez éventuellement à l'assemblée générale et à terme au CA, au comité d'administration. Nous en avons besoin pour échanger, participer, travailler les projets.

Je laisse la parole au directeur du CODES 93, Laurent Bauer. Merci à tous.

Merci. Rapidement, pour vous remercier d'être venu aujourd'hui, pour remercier également le comité scientifique de la journée qui a beaucoup travaillé pour faire en sorte que cette journée puisse avoir lieu. Je remercie donc le Professeur Antoine Lazarus, les docteurs Camille Buscaïl, Chantal Julia, Salima Deramchi ainsi que Paul Daval, Aude-Marie Foucaut, Aurélie Maurice, Nora Belizidia et Betty Pommier qui ont participé à la conception de cette journée. Donc un grand merci à eux.

Pour vous dire aussi qu'il y aura la publication des actes de cette journée ainsi que les recommandations construites à l'issue des ateliers. D'autre part le CODES 93, en dehors de ce type de journée, qu'on va essayer de refaire au moins une fois par an, peut-être deux fois, organise des formations. Un catalogue de formations est mis en ligne aujourd'hui. Il y a quatre formations qui sont proposées à partir du mois de septembre, notamment éducation nutritionnelle et public en situation de précarité. N'hésitez pas à aller sur notre site internet, regardez, consultez notre catalogue de formation que nous allons essayer d'étoffer au cours des mois à venir.

Et enfin pour terminer, un grand merci évidemment à toute l'équipe du CODES 93 qui se mobilise depuis un bon moment pour organiser cette journée, notamment notre charmante et dynamique stagiaire, Apolline Caroux, qui a donné beaucoup de son temps et de son énergie pour organiser cette journée, donc merci beaucoup.

Et enfin, à la sortie de cet amphithéâtre, vous trouverez 3 boîtes pour le badge, pour l'autorisation de cession de droit d'auteur qui concerne les intervenants de cette journée, et pour l'évaluation de cette journée qui pour nous est très précieuse. Merci encore et au plaisir de revoir dans nos formations. Merci beaucoup.