

RESTAURER LA CONFIANCE PAR LES METS ET LES MOTS

Formation et accompagnement des professionnels et bénévoles du social sur les questions de nutrition et d'estime de soi



Formation 2020

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Vous pouvez télécharger ce dossier documentaire ici :
<http://www.codes84.fr/r/54/les-dossiers-documentaires/>

Ce dossier documentaire, non exhaustif, a été élaboré dans le cadre de la formation « **Restaurer la confiance par les mets et les mots** » organisée par le CoDES de Vaucluse en 2020 à Avignon.

Il propose aux stagiaires de cette formation, professionnels et bénévoles intervenant dans le champ de l'aide alimentaire et du social un ensemble de références (fiches de techniques, bibliographie sélective, articles de revues...) pour renforcer les connaissances acquises pendant la formation.

Sources interrogées :

Le **dossier documentaire « Nutrition et précarité »** élaboré lors de la précédente formation en 2018

BIB-BOP - Base de données bibliographiques / Base des outils pédagogiques des Comités d'éducation pour la santé de la région Paca, partagée avec les IREPS des régions Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Poitou-Charentes.

<http://www.bib-bop.org>

BDSP - Banque de données santé publique

<http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/>

Les documents ont été **sélectionnés** en fonction des critères suivants :

- . Pertinence par rapport au contenu du programme
- . Ouvrages, revues ou auteurs admis par les professionnels de l'éducation pour la santé comme faisant référence dans leur domaine de compétences
- . Accessibilité de l'information
- . Date de l'information

Ce dossier est **organisé** en 4 parties :

la première aborde les notions de pauvreté et précarité, les déterminants de l'acte alimentaire, l'équilibre alimentaire, l'aide alimentaire, la relation d'aide et le décryptage des étiquettes. La seconde partie présente et met en lien l'éducation nutritionnelle et les compétences psychosociales. La troisième partie aborde la méthodologie de projet et les techniques d'animation. Une bibliographie sélective d'ouvrages, rapports, dossiers et articles complète ce dossier.

Sommaire

<i>Alimentation et précarité</i>	7
Pauvres ? Exclues ? Invisibles ? Inaudibles ?	9
Se nourrir : lien avec la définition de l'identité individuelle	14
Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire	16
Pourquoi dépasser l'aide alimentaire pour aller vers l'accompagnement par l'alimentation	20
L'éducation nutritionnelle des personnes en situation de précarité	24
Les sept concepts de la relation d'aide	29
Mieux manger en situation de précarité alimentaire	31
Tableau synthétique des nouvelles recommandations du PNNS 2019-2023	33
Les recommandations détaillées du PNNS 2019-2023	34
Comprendre l'étiquetage alimentaire	40
<i>Précarité, alimentation et compétences psychosociales</i>	43
Dignité et estime de soi des personnes en situation de vulnérabilité alimentaire	45
Compétences psychosociales des adultes et promotion de la santé	50
5 compétences psychosociales à la loupe	53
L'apport des compétences psychosociales	58
Une épicerie solidaire pour booster l'estime de soi	61
Repenser l'atelier cuisine afin de (re)dynamiser les participants	62
Le CODES : une initiative du Cambrésis	65
<i>Méthodologie de projet et techniques d'animation</i>	67
Conduire son projet comme l'on fait son jardin ?	69
La démarche de projet du CoDES 84	71
L'analyse des besoins	72
Choisir et utiliser une technique d'animation	82
Le blason	85
Jeu des enveloppes	87
Technique d'évaluation orale	88
<i>Sélection bibliographique</i>	91

Alimentation et précarité

<i>Pauvres ? Exclus ? Invisibles ? Inaudibles ?</i>	<i>9</i>
<i>Se nourrir : lien avec la définition de l'identité individuelle</i>	<i>14</i>
<i>Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire</i>	<i>16</i>
<i>Pourquoi dépasser l'aide alimentaire pour aller vers l'accompagnement par l'alimentation</i>	<i>20</i>
<i>L'éducation nutritionnelle des personnes en situation de précarité</i>	<i>24</i>
<i>Les sept concepts de la relation d'aide</i>	<i>29</i>
<i>Mieux manger en situation de précarité alimentaire</i>	<i>31</i>
<i>Tableau synthétique des nouvelles recommandations du PNNS 2019-2023</i>	<i>33</i>
<i>Les recommandations détaillées du PNNS 2019-2023</i>	<i>34</i>
<i>Comprendre l'étiquetage alimentaire</i>	<i>40</i>

Pauvres ? Exclues ? Invisibles ? Inaudibles ?

Observatoire national
DE LA PAUVRETÉ
et de
L'EXCLUSION SOCIALE

La Lettre

N° 2 | NOVEMBRE 2015

Pauvres ? Exclues ? Invisibles ? Inaudibles ? Synthèse du séminaire de l'ONPES

Le mot de l'Observatoire

Le séminaire de l'ONPES sur l'invisibilité sociale, organisé entre novembre 2014 et janvier 2015, a succédé à une étude exploratoire confiée à FORS Recherche Sociale, dont le rapport a été rendu public en mai 2014*, et précède la diffusion de plusieurs études sur des aspects spécifiques de l'invisibilité sociale. L'ensemble de ces travaux servira de support au prochain rapport de l'ONPES, qui paraîtra en 2016. La présente *Lettre* se propose de rendre compte de manière synthétique des travaux menés dans le cadre du séminaire.

* Juliette Baronnet, Sarah Fauchoux-Leroy, Pauline Kertudo, « Étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale de certains publics mal couverts par la statistique publique », Rapport à l'ONPES, FORS Recherche sociale, mai 2014.

Par son travail, l'ONPES a contribué à donner de la visibilité à une pauvreté qui touche plus de 8 millions de personnes. Si les outils utilisés par les statisticiens ne souffrent pas d'un manque de fiabilité dès lors qu'il s'agit de rendre compte d'une population prise dans sa globalité, une incertitude demeure lorsque la statistique se trouve confrontée à des populations dont le nombre est faible ou la répartition territoriale incertaine. La crainte de laisser de côté des populations est une préoccupation récurrente de l'ONPES. Cette crainte est amplifiée par des discours associatifs et médiatiques pour lesquels existeraient des pauvres que l'on ne connaîtrait pas, et d'autres dont la pauvreté serait si intense qu'elle constituerait un voile aux yeux de l'observateur. La connaissance objective de la pauvreté pourrait ainsi être obérée par l'invisibilité de populations et de formes de pauvreté.

L'invisibilité sociale, une nouvelle actualité

Cette idée d'invisibilité s'enracine dans les travaux de philosophes comme Hegel (1770-1831) pour qui « la conscience de soi ne parvient à la satis-

faction que dans une autre conscience de soi », Husserl (1859-1938), Merleau-Ponty (1908-1961) et surtout Paul Ricœur (1913-2005), dont les études¹ constituent une méthode d'analyse des modes de reconnaissance et une affirmation de l'importance de la reconnaissance de l'autre. Ces auteurs, tout comme Emmanuel Lévinas, conceptualisent la reconnaissance de l'autre tant dans les interactions sociales que dans une démarche clinique qui inspirera les psychanalystes et, ultérieurement, les recherches sur le « care »².

Lorsque Giacomo Todeschini publie son ouvrage, *Au pays des sans-nom. Gens de mauvaise vie, personnes suspectes ou ordinaires du Moyen Âge à l'époque moderne*³, il s'intéresse surtout à la façon dont l'Église au Moyen Âge organise les hiérarchies sociales qui font que des personnes classées comme « infâmes », « avares », ou « inutiles » se retrouvent à

¹ Paul Ricœur, *Parcours de la reconnaissance*, Paris, Stock, 2004.

² Joan Tronto, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte, 2009.

³ Giacomo Todeschini, *Au pays des sans-nom. Gens de mauvaise vie, personnes suspectes ou ordinaires du Moyen-âge à l'époque moderne*, Lagrasse, Editions Verdier, 2015, 400 p.

Source : Rapport, Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, **Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Etude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005. Synthèse**, Ministère des affaires sociales et de la santé, INPES, InVS, ORS Ile-de-France, 2013-03, 4 p.

P Pauvres ? Exclues ? Invisibles ? Inaudibles ? Synthèse du séminaire de l'ONIPES

l'écart. En 2003, André Gueslin publiait *Les gens de rien*⁴ sur la grande pauvreté au XX^e siècle. Les titres des deux ouvrages sont voisins mais les périodes diffèrent. Dans les deux cas, il s'agit de traiter de la manière dont les sociétés organisent la stigmatisation et l'invisibilisation d'une part de leurs membres.

Ce thème de l'invisibilité a trouvé une actualité avec la publication par Pierre Bourdieu de *La misère du monde*⁵. Le sociologue et son équipe y multipliaient les entretiens avec des personnes qui décrivaient leur souffrance d'être « en dehors » ou « à côté ». En dépit de son importance, cette approche des phénomènes de pauvreté est restée minoritaire. On en retrouve néanmoins des suites dans les travaux de Maryse Marpsat sur les personnes sans-domicile⁶, de Stéphanie Rubi sur les jeunes⁷, ou de Serge Paugam lorsqu'il cherche à reconstruire l'image de la précarité au travail⁸. La recherche récente de Serge Paugam et de Camila Giorgetti sur la visibilité des pauvres dans un espace public⁹ fournit un prolongement particulièrement original à ces travaux. Dans le même esprit, Céline Braconnier et Nonna Mayer viennent de publier les résultats d'une recherche sur l'invisibilité dans la vie politique¹⁰.

Hubert Faes rappelait, lors du séminaire, les acquis du colloque international sur l'invisibilité sociale à l'Institut catholique¹¹.

L'invisibilité a également fait l'objet de travaux associatifs. Lorsque le Secours catholique publie son rapport annuel, il éclaire, en s'appuyant sur les témoignages de ses adhérents, des situations jusqu'alors peu identifiées. De même, lorsque ATD collationne les témoignages de personnes pauvres, l'association constitue un formidable réservoir de connaissances de la diversité des situations et des personnes. Il arrive aussi que des journalistes approfondissent des situations jusqu'alors restées invisibles. C'est le cas de Florence Aubenas décrivant la précarité des femmes affectées au nettoyage des car-ferries du parcours transmanche¹² ou d'Elsa Fayner dans *Et pourtant je me suis levée tôt*¹³.

⁴ André Gueslin, *Les gens de rien*, Paris, Fayard, 2004.

⁵ Pierre Bourdieu (sous la direction de), *La misère du monde*, Paris, Seuil, 1993, 949 p.

⁶ Par exemple, voir Maryse Marpsat, Albert Vanderburg, *Le monde d'Albert la Panthère, cybernauta et sans-domicile à Honolulu*, Paris, Ed. Bréal, 2004, 351 p.

⁷ Stéphanie Rubi, « *Les crapuleuses, ces adolescentes déviantes* », Paris, PUF, mai 2005, 207 p.

⁸ Serge Paugam, *Le salarié de la précarité*, Paris, PUF, 2000, 428 p.

⁹ Serge Paugam et Camila Giorgetti, *Des pauvres à la bibliothèque*, Paris, PUF, 2013.

¹⁰ Céline Braconnier, Nonna Mayer (sous la direction de), *Les inaudibles*, Presses de Sciences Po, 2015.

¹¹ Hubert Faes (dir.), *L'invisibilité sociale, approche critique et anthropologique*, Paris, L'Harmattan, 2013.

¹² Florence Aubenas, *Le quai de Ouistreham*, Paris, Ed. de l'Olivier, 2010.

¹³ Elsa Fayner, *Et pourtant je me suis levée tôt*, Ed. du Panama, 2008.

L'invisibilité sociale : un déni de reconnaissance individuel et collectif

Hors la loi, incarcérés, cachés, voilés, retraités, disqualifiés, relégués, déclassés, sans-papiers, nomades, perdus de vue, radiés et bien d'autres encore. Comme l'a rappelé Michel Chauvière, les mots ne manquent pas pour désigner ceux envers lesquels nous souhaitons marquer notre indifférence ou notre désapprobation en les mettant hors de notre regard.

À la suite d'Axel Honneth, Louis Carré considère l'invisibilité sociale comme un phénomène de non-reconnaissance, un déni de reconnaissance ou une méconnaissance. À ce titre, il renvoie aux travaux de Guillaume Le Blanc pour qui « *reconnaître une vie, c'est lui donner crédit, lui conférer une valeur et ainsi la rendre visible. Inversement, une vie invisible est à ce point méconnue que toute valeur lui est ôtée et qu'elle ne compte alors plus* ». De l'absence de reconnaissance au mépris, le chemin se franchit rapidement¹⁴.

Axel Honneth opère en effet une distinction entre la connaissance et la reconnaissance. Connaître un individu, c'est le percevoir en tant qu'individu dans un espace, mais le fait de connaître ne signifie pas reconnaître. L'invisibilité sociale désigne ces moments où l'on refuse ostensiblement de confirmer une personne ou un groupe de personnes dans leur valeur sociale. La reconnaissance passe par une série de médiums, s'exprimant par des gestes et des comportements qui renvoient à ce que l'auteur appelle une « méta-action » : confirmer un individu dans sa valeur sociale, en lui montrant qu'on l'a reconnu, en lui serrant la main, le saluant, l'embrassant... Les individus en interactions peuvent alors s'attendre à une forme de bienveillance, sinon de reconnaissance mutuelle.

Pour Julia Catarina De Sa Pinto Tomas, l'invisibilité sociale a pour caractéristique le déni de l'autre et constitue un concept pertinent pour désigner les trous noirs de la société. En revanche, si ces réalités secrètes inspirent un mal imaginaire et de l'effroi, elles peuvent également fasciner. Le prisme du regard social sur des populations dérangeantes déforme l'image perçue de façon à les rendre opaques, voire insignifiantes.

Le rapport à l'autre constitue le fondement même de l'invisibilité sociale mais, comme l'a indiqué Hubert FAES, les relations directes entre individus ne font pas une société. La clé du problème de l'invisibilité sociale ne peut être réduite à la seule question de l'interaction entre les individus.

¹⁴ Axel Honneth, *La société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique*, Paris, la Découverte, 2006, 360 p. et Guillaume Le Blanc, *L'invisibilité sociale*, Paris, PUF, 2009.

Pauvres ? Exclues ? Invisibles ? Inaudibles ? Synthèse du séminaire de l'ONPES

Nicolas Duvoux a rappelé dans son intervention que les sciences sociales s'accordent sur le fait que les populations peu dotées en ressources monétaires, et dont l'accès au marché du travail est peu stable, souffrent d'un déficit de visibilité dans l'espace public.

Les travaux de sciences sociales, qu'il s'agisse de ceux de Stéphane Beaud¹⁵ ou de la réflexion menée par Pierre Rosanvallon dans son manifeste, *Le Parlement des invisibles*¹⁶, s'articulent autour du diagnostic de l'invisibilité des publics placés dans une position de subalternes. Pour Pierre Bourdieu, l'invisibilité sociale est un effet de la domination. L'espace social est un espace clivé, divisé entre dominants et dominés. Dans la conception la plus large, l'invisibilité concerne tous ceux que les dominants estiment ne pas relever d'une vie normale et accomplie.

S'inscrivant dans cette perspective, Louis Carré a proposé deux hypothèses pour l'émergence de la notion d'invisibilité. La première trouve son origine dans les écrits de Nancy Fraser¹⁷ pour qui la focale de la justice sociale s'est déplacée des enjeux portant sur la redistribution des biens économiques à la question de la reconnaissance, et plus particulièrement de la reconnaissance des identités minoritaires, sexuelles ou culturelles. Ce déplacement coïncide avec l'émergence des « nouveaux mouvements sociaux » dans les années 1970 et 1980.

L'invisibilité des sans : sans-logement, sans-papiers, sans-travail...

Cette approche de l'invisibilité n'est pas éloignée – seconde hypothèse – de la façon dont émerge l'invisibilité sociale sur le continent européen, à partir de ce que Robert Castel appelait « la nouvelle question sociale », et en constitue probablement l'une des formes les plus contemporaines. Chaque période de mutations économiques et sociales recompose nos sociétés affectant de façons différentes les segments de population. Ceux qui restent à l'écart ou sont écartés deviennent des oubliés avant d'être invisibles. Les transformations de l'agriculture et de l'artisanat en France ont laissé de côté des franges de la population, presque soudainement devenues invisibles. La crise ouverte en 2008 génère elle aussi ses cohortes d'oubliés. La question sociale décrite

par Castel et portant sur les années 1970-1990 est une réplique nouvelle de ces transformations. Les sans-logement, les sans-papiers, les sans-voix et les sans-travail désignent un manque comme base d'un mouvement politique. Depuis les années 1990, nous sommes passés d'individus rendus invisibles par des parcours de vie accidentés à des individus faisant groupe à partir de ce qui n'est pas. L'injustice la plus profonde serait de n'être pas vu, de n'être pas considéré et de ne pouvoir exprimer ses « capacités » au sens où Amartya Sen utilise ce terme.

Quatre formes d'invisibilité sont ressorties des travaux du séminaire de l'ONPES :

- La première concerne l'espace public politique, où les personnes peuvent apparaître et se manifester individuellement par la parole ou l'action. Dans l'État moderne, la représentation médiatise la visibilité des individus dans l'espace public. L'invisibilité citoyenne concerne ceux qui se tiennent en marge, s'abstiennent de voter, ne sont pas inscrits sur les listes électorales, n'interviennent dans aucun parti politique, ni ne tentent de contourner le système de la représentation en revenant à l'action directe. Être invisible, c'est être en dehors ou à côté de la citoyenneté.
- L'invisibilité juridique se situe à l'interface entre l'espace public politique et l'espace social. Est visible juridiquement celui qui possède des droits, les utilise et se les voit reconnaître. On peut se demander si le fait de posséder des droits n'est pas équivalent au fait de disposer d'une place dans l'espace social et dans l'espace politique. Au-delà des droits politiques, les droits sociaux donnent aux individus une visibilité sociale, même si les individus ne s'en saisissent pas.
- L'espace public social est un espace où les individus doivent pouvoir se manifester activement. Hannah Arendt a fortement critiqué le développement moderne du social. Elle n'en a pas moins reconnu qu'il existait, pour les activités de production et d'échange, au-delà du pur et simple travail pour entretenir la vie et satisfaire les besoins, un espace social et public, un espace social de communication. C'est l'espace d'une organisation de la production pour le marché, des entreprises, des marchés et des échanges. C'est également l'espace de l'activité scientifique et technique. Enfin, c'est l'espace de la production culturelle et artistique. Dans cet espace, les individus sont aussi appelés à apparaître, à se manifester. Être visible, c'est être actif dans la société et s'y manifester par des talents et des compétences. Les invisibles sont ceux qui sont privés de la possibilité de faire valoir leurs talents et leurs compétences.
- L'espace social est également un espace culturel où les individus entendent se manifester dans leur identité culturelle ou religieuse. Le problème identitaire a fortement contribué à mettre en avant la question de l'invisibilité sociale. Car celle-ci n'est

¹⁵ Stéphane Beaud, Joseph Confavreux, Jade Lindgaard, *La France invisible*, Paris, La Découverte, 2006, 640 p.

¹⁶ <http://raconterlavie.fr/collection/le-parlement-des-invisibles/#.VI7N2IKiAcA>

¹⁷ Nancy Fraser, *Qu'est-ce que la justice sociale ? : Reconnaissance et redistribution*, trad. d'Estelle Ferrarese, Paris, La Découverte, 2005, rééd. 2011, et *Domination et émancipation. Pour un renouveau de la critique sociale*, dialogue avec Luc Boltanski, présenté par Philippe Corcuff, Lyon, Presses universitaires de Lyon, collection « Grands débats : Mode d'emploi », 2014.

P Pauvres ? Exclus ? Invisibles ? Inaudibles ? Synthèse du séminaire de l'ONIPES

pas seulement l'invisibilité des pauvres et des exclus, elle renvoie également aux inscriptions et croyances culturelles ou religieuses des personnes.

Politiques publiques, statistiques, travail social, médias : les opérateurs de la construction de l'invisibilité sociale

Politiques publiques

Roms, étrangers, veuves d'artisans, familles monoparentales, jeunes, handicapés, jeunes de banlieues, etc., les politiques publiques, par la façon dont elles désignent ou s'adressent à des publics particuliers, structurent des catégories. Elles rendent visibles certains publics et invisibles d'autres. Il arrive aussi que l'invisibilité de certaines populations soit explicitement construite, c'est le cas par exemple des déboutés du droit d'asile. Ces populations sont mises en situation d'illégalité sans toutefois courir de risques à rester sur le territoire.

La question de l'invisibilité sociale interroge les limites de l'État providence. Le remède à l'invisibilité sociale implique une action sur l'espace social et pas seulement une intervention politique. Le travail visant à réduire l'invisibilité sociale est donc essentiellement clinique car il consiste à observer des situations singulières et à accompagner les victimes d'invisibilité jusqu'à ce qu'elles aient retrouvé le lieu où elles pourront à nouveau être actives et prendre la parole.

Statistiques

Les statistiques contribuent, à leur manière, à la production de la visibilité. Lorsque les catégories définies politiquement ont été inscrites dans les processus administratifs, ces populations deviennent des objets consistants. À l'inverse, les populations qui n'y sont pas sont beaucoup moins identifiées. Certains mouvements sociaux ont même revendiqué une existence statistique pour pouvoir exister socialement. Emmanuel Didier et Isabelle Bruno montraient dans *Statactivisme*¹⁸, que les mobilisations en ce sens étaient liées à la capacité de faire progresser les dossiers sociaux. L'idée que certaines revendications passent par une demande d'identification dans des statistiques est inhabituelle. Or, nous en saisissons bien l'enjeu : le fait de ne pas être comptabilisé dans ces statistiques fait disparaître des dispositifs ou ne donne tout du moins pas la même légitimité pour y accéder. Les statistiques produisent donc une visibilité mais également une légitimité à exister dans le monde social.

¹⁸ Isabelle Bruno, Emmanuel Didier, Julien Prévieux, *Statactivisme, comment lutter avec des nombres*, Paris, La Découverte, 2014.

Le refus politique de constituer des catégories d'action publique peut conduire à ce que des populations soient à la fois visibles sur le plan médiatique, mais non répertoriées dans les statistiques. C'est le cas, par exemple, des Roms, présents dans le débat public mais qui ne sont pas recensés dans des statistiques. Le débat ancien sur les statistiques ethniques est traversé par deux enjeux contradictoires. Il est possible de chercher à apporter une visibilité sur des situations, des mécanismes, voire à construire des politiques en direction des populations confrontées aux discriminations fondées sur l'origine. Il est également possible d'éviter la visibilité à travers la statistique pour préserver une certaine forme d'invisibilité sociale, étant entendu que les critères d'origine sont considérés comme étant inopérants ou du moins indésirables dans la conception des politiques sociales ou des rapports sociaux.

Enfin, la raison de l'invisibilité statistique peut être technique. Les publics en situation de marginalité sont, par définition, marginaux et volatils. Le manque d'intérêt politique peut, enfin, conduire à ce que des données relatives à des groupes extrêmement visibles soient inexploitées.

Travail social

Marcel Jaeger a invité à s'interroger sur quatre mécanismes favorisant la production d'invisibilité dans le travail social. Le premier relève des cultures professionnelles. Dans un contexte politique de ciblage, les cultures professionnelles se sont enkystées dans un périmètre restreint, alors que l'introduction de la notion d'intervention sociale aurait dû impliquer un élargissement. La pauvreté est jugée périphérique du point de vue des pratiques. La conséquence est que de nombreux travailleurs sociaux ressentent un sentiment de débordement face aux nouvelles catégories cliniques qu'ils n'arrivent pas à repérer.

Le deuxième mécanisme est l'idéologisation. Le secteur fait référence à des logiques identifiées de manière répétitive et valorise un héritage culturel qui distingue le latent de l'explicite, le non-visible n'étant qu'un moment dans la visibilité en gestation. La thématique du contrôle social de la déviance qui revient en force actuellement conduit les travailleurs sociaux à s'interroger sur la part qui leur revient dans la « visibilité » de certains publics et les risques que représente cette mise en lumière.

Le troisième mécanisme est celui d'un repli sur une identité professionnelle. Le travail social est en position défensive à l'égard de l'évaluation et du rapport à la loi. Il connaît un problème d'appropriation des politiques publiques et de partage des informations. Une trop grande visibilité des populations est vécue parfois comme une atteinte à ces mêmes populations.

Le quatrième mécanisme de production de l'invisibilité est lié au déficit de formation et de recherche dans le champ du travail social. La formation reste

Pauvres ? Exclues ? Invisibles ? Inaudibles ? Synthèse du séminaire de l'ONPES

très axée sur l'acquisition de référentiels prédéterminés et la recherche, lorsqu'elle existe, a davantage comme objet les travailleurs sociaux eux-mêmes que les publics auxquels ils s'adressent.

Les glissements de représentations

Au fil des années de croissance lente et de crise, les représentations des populations ont évolué. Anne Joubert notait, lors du séminaire, que les maires d'arrondissement de Paris reçoivent des courriers de citoyens et riverains s'interrogeant, soit sur l'absence d'action des pouvoirs publics en faveur des personnes sans abri ou au contraire, se plaignant du caractère insupportable de leur présence. Ces deux demandes sont paradoxales, d'autant plus qu'elles peuvent émaner des mêmes personnes. Il est toutefois très inquiétant de constater qu'il y a cinq ans, les alertes sur un mode compassionnel représentaient environ 70 %, tandis que les demandes d'intervention de la police étaient de l'ordre de 30 %. Aujourd'hui, les deux types de demandes se partagent pour moitié, et les élus craignent que le rapport s'inverse. Si les élus et les professionnels sont bien conscients des duretés de la crise économique et du repli sur soi, ils notent aussi que les réactions de défiance concernent également d'autres publics invisibles et/ou trop visibles : personnes prostituées, migrants, commerces dits « ethniques ».

Invisibilité, pauvreté et souffrance

De nombreux travaux établissent un lien entre invisibilité et souffrance qui apparaît au cours d'un jeu de miroirs compliqué : l'invisible n'est pas vu par les autres, puis commence à se voir lui-même au travers de l'absence de regard des autres, ce qui est source de souffrance. En outre, dans la mesure où l'autre ne voit pas l'invisible mais doit le désigner, il lui applique une image identitaire stigmatisante qui masque la personne réelle et génère de la souffrance.

Si l'invisibilité ajoute de la souffrance à la pauvreté, les notions d'invisibilité, d'exclusion et de pauvreté ne se recoupent pas entièrement. Nicolas Duvoux considère comme problématique le fait de regrouper dans un même ensemble qu'est l'invisibilité des populations qui, bien que modestes, n'en sont pas moins différentes de par leurs caractéristiques ou leur traitement institutionnel. Ainsi, convient-il pour

lui de distinguer au moins deux sous-ensembles de cette catégorie de l'invisibilité sociale. D'une part, des populations en situation de pauvreté et prises en charge par les politiques publiques et les catégories populaires qui, sur le marché du travail, se voient attribuer des positions d'exécutant. Ces dernières ne sont pas pour autant démunies car, à la différence des populations identifiées et prises en charge en raison de leur pauvreté, elles ne sont pas totalement dépourvues de ressources, que ce soit en termes économiques, sociaux ou d'ouverture culturelle.

Ces catégories populaires, occupant des positions subalternes mais ne pouvant prétendre à une prise en charge par la collectivité au titre de la pauvreté, partagent un sentiment de très grande invisibilité et ressentent une forme d'abandon. Ce hiatus est propre à toutes les sociétés qui ont créé des protections sociales résiduelles ou ciblées. Les populations qu'elles font disparaître sont celles situées juste au-dessus des seuils d'éligibilité. C'est dans cet espace intermédiaire que se logent les déficits de visibilité sociale les plus criants.

Cependant, l'invisibilité n'est pas que subie, elle peut constituer une stratégie mise en œuvre par les personnes pauvres pour échapper à la disqualification sociale. Devenir invisible peut être un projet de résistance face aux atteintes des autres. Celui qui n'est pas vu ne peut être rejeté. Inversement, le projet de résistance peut conduire à se mettre en avant et à trop s'exposer.

De l'autre côté, l'invisibilité peut constituer un mode de régulation de la pauvreté. Il s'agit alors de rendre les pauvres invisibles. Les politiques urbaines notamment visent à « nettoyer » l'espace public, en évitant que les pauvres ne l'occupent trop massivement pour ne pas déranger le reste de la population. La rénovation urbaine a pu conduire à repousser les pauvres toujours plus loin en périphérie, et la politique de mixité sociale passe en réalité par l'expulsion plus ou moins directe et négociée de catégories que l'on ne souhaite plus voir dans les espaces rénovés.

Michel Legros

Membre du Conseil de l'ONPES



Responsable de la publication :
Didier Gelot, secrétaire général de l'Onpes

Secrétariat de rédaction :
Nadine Gautier

Mise en page :
SCEI

www.onpes.gouv.fr

ISSN : 2426-2773

II. Se nourrir : lien avec la définition de l'identité individuelle

La célèbre maxime de Brillat-Savarin, « Dis-moi ce que tu manges, je te dirai qui tu es », permet de traduire le mécanisme de définition de l'identité individuelle qui s'opère par l'acte de « se nourrir ». On constate, d'une part, une grande complexité des éléments qui s'imposent à la personne en amont de sa prise alimentaire et qui la déterminent (A). D'autre part, le fait de se nourrir permet de développer de nombreux mécanismes contribuant à l'affirmation d'une identité individuelle (B).

A. COMPLEXITÉ DES ÉLÉMENTS QUI DÉTERMINENT LES PRISES ALIMENTAIRES

À un niveau individuel, chaque personne construit sa propre histoire alimentaire. Le comportement alimentaire d'une personne va être déterminé par de nombreux facteurs qui sont propres à la personne ou qui la dépassent (voir schéma 1 – à partir d'un schéma de l'INPES).

- **Des facteurs biologiques :**

La prise alimentaire va dépendre des besoins de la personne en fonction de son âge, sa constitution, son état de santé, son activité physique, ses besoins nutritionnels ou ses aptitudes sensorielles (perception des odeurs et des saveurs).

- **Des aspects individuels :**

Le comportement alimentaire dépend des goûts de la personne, de ses préférences alimentaires, de facteurs psychologiques (pour exemple, les troubles des comportements alimentaires), ou de l'histoire alimentaire personnelle (par exemple, une personne ayant connu des restrictions alimentaires va avoir tendance à accumuler des stocks de denrées chez elle par la suite).

- **Un patrimoine culturel :**

Le comportement alimentaire se construit également sous l'influence d'un patrimoine culturel présent dès la naissance et qui s'enrichit par la suite. Se nourrir s'inscrit dans une transmission de valeurs (éducation, information, culture alimentaire). Les régimes alimentaires vont également être influencés par les traditions, les convictions, les croyances ou les religions.

- **Le contexte social :**

Les repas sont le support de la convivialité et du lien social. La prise alimentaire va varier suivant cet environnement social. Elle dépend de la structure conjugale et familiale par exemple ; ainsi la prise d'un repas avec d'autres ou seul conduit à une identification et à un sentiment d'appartenance à un groupe ou au contraire à un sentiment d'isolement.

- **La diversité des origines (le pays et la société desquels est issue la personne) :**

Les aliments disponibles et le produit d'une agriculture déterminée par les climats, la terre, les ressources et une histoire. Les problématiques sociétales autour de la nourriture (productions vivrières, disponibilités alimentaires, gaspillage, normes sanitaires) dépendent également des régions du monde, de leur état de développement, de la stabilité politique ou encore de l'organisation des systèmes agroalimentaires (production, transformation, distribution et consommation) qui s'inscrivent dans un contexte mondialisé. L'organisation sociale et les normes sociétales alimentaires, en partie véhiculées par les médias, influencent également les comportements alimentaires individuels.

- **Des niveaux socio-économiques variés :**

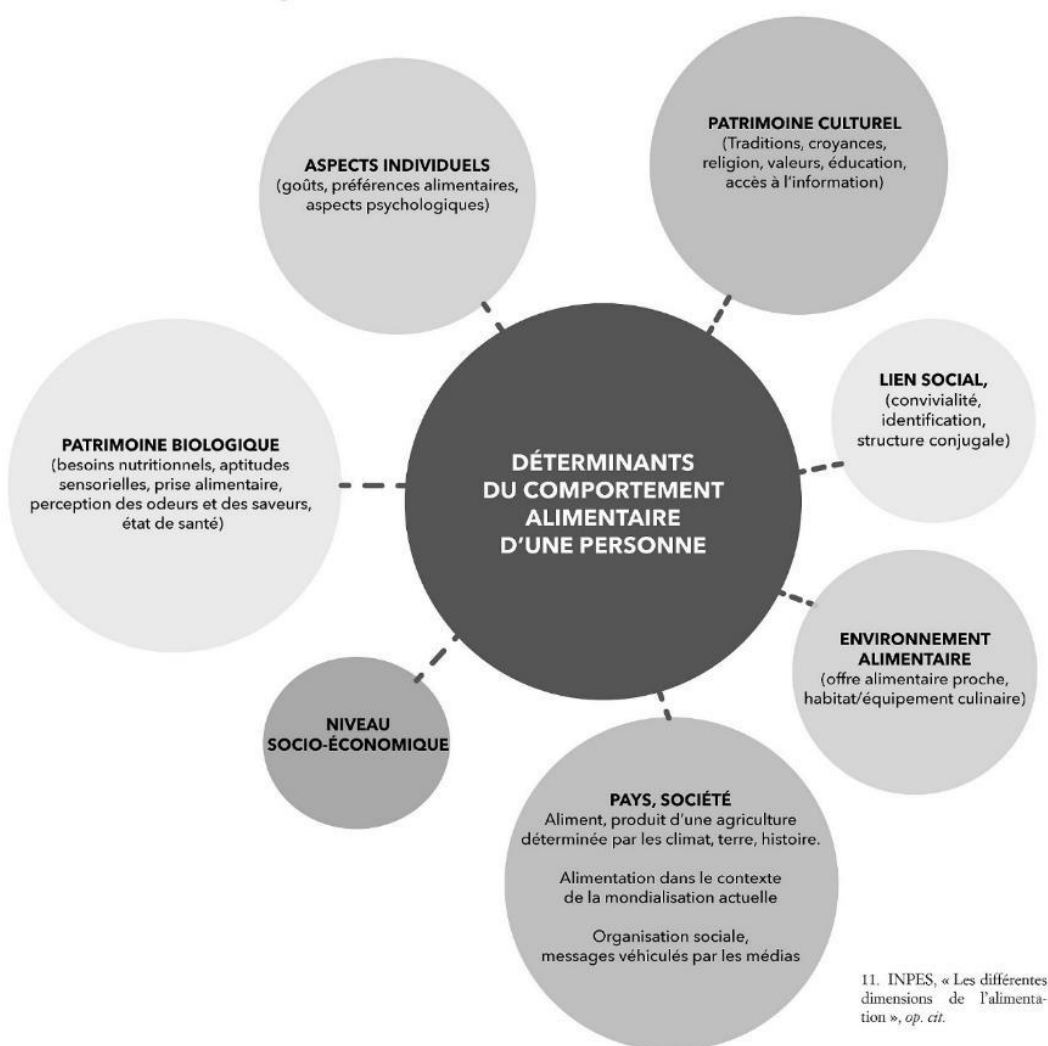
rôles en lien avec la problématique du processus de production de handicaps », in *Service social*, vol 45, n° 3, 1996, p. 31-54.
- INPES, « Les différentes dimensions de l'alimentation », Fiche 1, FI 1 1/1, [en ligne] consulté le 08/01/2013, URL: http://www.inpes.sante.fr/OIES/fourchettes_baskets/pdf/FI_01.pdf
- Nairaud Daniel, « Alimentation », *Encyclopaedia Universalis*, [en ligne] consulté le 31 octobre 2012, URL: <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/alimentation/>
- Poulain Jean-Pierre (socio-anthropologue, Université de Toulouse 2), *Les apports des sciences sociales à la compréhension de l'alimentation humaine*, Présentation Power Point [en Ligne], postée le 4 janvier 2009, URL: <http://fr.slideshare.net/Poulain/sociologie-de-l'alimentation-presentation>
- Singles Donna, Thèse de doctorat, « Le salut de l'homme et Saint Irénée – Essai d'interprétation symbolique », 1978, Lyon, p. 331-333.

Le comportement alimentaire d'une personne va également être largement influencé par son niveau socio-économique. D'une part, la quantité et la qualité des denrées auxquelles une personne peut accéder dépendent de ses revenus. D'autre part, les logiques, les rapports à l'alimentation et les manières alimentaires divergent : une personne pour qui se nourrir et nourrir sa famille est une inquiétude quotidienne cherche à faire des repas nourrissants et développe des stratégies pour parvenir à remplir ce besoin vital ; une personne qui n'est pas confrontée à ces préoccupations va davantage pouvoir se tourner vers la recherche de plats raffinés et du plaisir dans la consommation des repas.

• **L'environnement alimentaire :**

Le comportement alimentaire d'une personne dépend aussi de l'offre alimentaire proche qui se présente à elle lors de son approvisionnement, de son habitat et de son équipement culinaire (lieu pour cuisiner ou pour prendre les repas).

*Schéma 1 : Déterminants du comportement alimentaire d'une personne
(à partir d'un schéma de l'INPES)¹¹*



Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire



Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire

Étude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005

D. Grange¹, K. Castetbon², G. Guibert¹, M. Vernay², H. Escalon³, A. Delannoy¹, V. Féron¹, C. Vincelet¹

¹ Observatoire régional de santé Île-de-France

² Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Institut de veille sanitaire et Université Paris 13)

³ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Les personnes ayant recours à l'aide alimentaire connaissent des contraintes dans leurs conditions de vie qui ont un impact sur, entre autres, leur santé nutritionnelle, même si le recours à l'aide alimentaire devrait permettre d'en atténuer les effets délétères.

La première étude Abena, réalisée en 2004-2005 par l'InVS, avait donné lieu à une description des profils sociodémographiques, de l'alimentation et de l'état nutritionnel des personnes ayant recours à l'aide alimentaire dans quatre zones urbaines en France métropolitaine.

Depuis 2005, le contexte économique et social a changé et l'organisation de l'aide alimentaire a été

revue. Pour actualiser les connaissances sur ces différents aspects et analyser les évolutions depuis 2004-2005, l'étude Abena a été reconduite selon un protocole similaire, au cours de l'hiver 2011-2012 dans six zones urbaines (cf. encadré p.4).

Ces nouvelles informations pourront notamment contribuer à la réflexion sur l'amélioration de l'organisation de l'aide alimentaire en France.

Cette plaquette présente une synthèse des principaux résultats de l'étude 2011-2012, ainsi que des évolutions observées depuis 2004-2005.

L'ensemble des résultats est disponible dans un rapport téléchargeable sur les sites internet de l'ORS Île-de-France, de l'InVS et de l'Inpes.

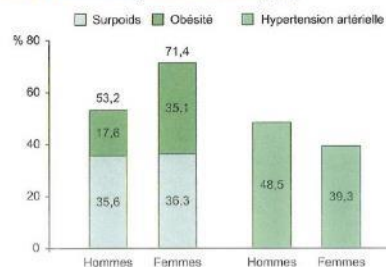
Santé et état nutritionnel

En 2011-2012, la prévalence de l'obésité chez les usagers de l'aide alimentaire était de 28,8%. Chez les femmes, elle était particulièrement élevée (35,1%) (Fig. 1) et avait significativement augmenté depuis 2004-2005, y compris après prise en compte des évolutions sociodémographiques. Chez les hommes, la prévalence de l'obésité était moindre que chez les femmes (17,6%). Si elle avait également augmenté depuis 2004-2005, cette augmentation n'était plus significative après prise en compte des évolutions sociodémographiques.

La prévalence de l'hypertension artérielle était également élevée : 48,5% chez les hommes et 39,3% chez les femmes (Fig. 1). Cependant, seuls 5,3% des usagers de l'aide alimentaire déclaraient prendre un traitement hypotenseur. Depuis 2004-2005, la prévalence de l'hypertension artérielle avait augmenté, cette hausse ne restant significative que chez les hommes après prise en compte des évolutions sociodémographiques.

La prévalence du diabète était plus élevée qu'en population générale, en particulier pour les femmes

Fig. 1 : Surpoids, obésité et hypertension artérielle selon le sexe en 2011-2012 (données mesurées) (%)



Source : Étude Abena 2011-2012 (ensemble des six territoires)

(8,9% contre 3,3% dans l'Étude nationale nutrition santé, ENNS 2006-2007).

Par ailleurs, la prévalence de l'anémie était élevée par rapport à la population générale, mais en nette diminution depuis 2004-2005. Ainsi, l'anémie ferriprive chez les femmes en âge de procréer était de 7,6% en 2011-2012 contre 3,0% en population générale (ENNS 2006-2007) et 16,1% dans l'étude Abena 2004-2005. La prévalence des déficits

L'étude Abena 2011-2012 a été financée par l'Institut de veille sanitaire, la Direction générale de la cohésion sociale, l'Institut d'aménagement et d'urbanisme Île-de-France pour l'Observatoire régional de santé Île-de-France et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Abena 2011-2012

sévères en vitamine D (<10 ng/ml) était également élevée (45,9% contre 4,8% dans ENNS 2006-2007), alors que le risque de déficit en folates

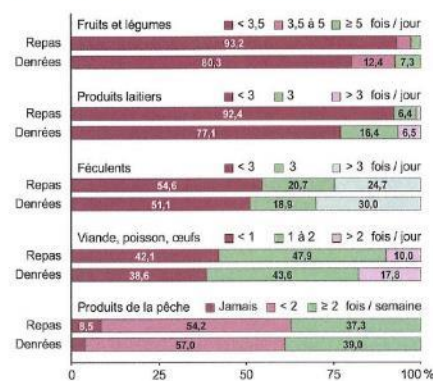
(< 4,4 ng/ml) concernait 27,2% des usagers de l'aide alimentaire, soit une proportion proche de ce qui est observé en population générale.

Consommations alimentaires

Une part importante des usagers de l'aide alimentaire mangeait un nombre restreint de fois au cours d'une journée : en 2011-2012, 39,5% des usagers déclaraient moins de trois prises alimentaires la veille de l'enquête.

Les fréquences de consommation pour certains groupes d'aliments étaient très éloignées des recommandations nutritionnelles et inférieures à celles observées en population générale. Ainsi, seuls 6,5% des usagers déclaraient consommer des fruits et légumes cinq fois par jour ou plus (Fig. 2). Pour les produits laitiers, 14,7% des usagers en consommaient trois fois par jour. Cependant, entre 2004-2005 et 2011-2012, l'évolution allait dans le sens d'une légère augmentation des fréquences de consommation de ces aliments. Cette augmentation était également observée après prise en compte des évolutions sociodémographiques pour les usagers des structures « Denrées ». D'autres évolutions favorables ont été observées pour les produits de la pêche (usagers des structures « Denrées ») ou pour les « viande, poisson, œufs » (usagers des

Fig. 2 : Fréquence de consommation des différents types d'aliments selon le type de structures en 2011-2012 (%)



En vert : fréquences cohérentes avec les repères du Programme national nutrition santé.

Source : Etude Abena 2011-2012 (ensemble des six territoires)

structures « Repas ». Cette dernière n'était pas significative après prise en compte des évolutions sociodémographiques.

Approvisionnement alimentaires

L'aide alimentaire était la principale source d'approvisionnement pour de nombreux types d'aliments. Plus de la moitié des usagers des structures « Denrées » déclaraient notamment avoir recours uniquement à l'aide alimentaire pour se procurer des produits non périssables (pâtes, riz, farine, etc.) et des conserves ou du lait UHT. En outre, la proportion de personnes ayant recours uniquement à l'aide alimentaire pour s'approvisionner en certaines denrées avait augmenté entre 2004-2005 et 2011-2012, passant par exemple de 22,0% à 50,9% des usagers des structures « Denrées » pour les produits non périssables (Fig. 3). Par ailleurs, l'aide alimentaire était moins souvent la première source d'approvisionnement en produits frais, notamment pour les fruits et légumes frais : il s'agissait de la première source d'approvisionnement pour 63,6% des usagers des structures « Denrées » en

2004-2005, contre 29,4% en 2011-2012.

Le recours à l'aide alimentaire était relativement ancien : en 2011-2012, un usager sur deux (50,8%) y avait recours depuis plus de deux ans, soit une proportion plus élevée qu'en 2004-2005 (34,5%). Parmi les usagers qui avaient recours à l'aide alimentaire depuis un an ou plus, 66,7% y avaient eu recours tous les ans. Cependant, la continuité du recours (c'est-à-dire tous les mois) était limitée par la fermeture des structures à certaines périodes de l'année, notamment pour les usagers des structures « Denrées ».

Peu d'usagers (4,5%) avaient recours à la fois à des structures « Denrées » et des structures « Repas ». La plupart des usagers des structures « Denrées » (79,0%) fréquentaient une seule structure, alors que plus de la moitié des usagers des structures « Repas » (56,8%) en fréquentaient plusieurs.

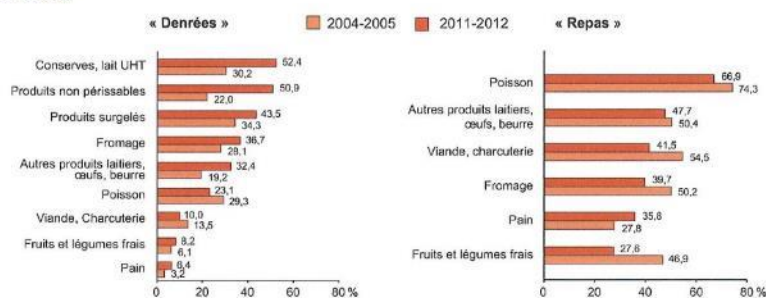
Comparé à 2004-2005, les usagers étaient

Abena 2011-2012

davantage satisfaits en 2011-2012 de la diversité des aliments proposés et des possibilités de choix dans les structures qu'ils fréquentaient. En revanche, ils exprimaient le souhait d'une ouverture continue sur l'année des structures, de

pouvoir contribuer davantage aux activités de fonctionnement des structures et d'avoir accès à des conseils, des guides ou des « ateliers cuisine », quand ce n'était pas le cas dans les structures qu'ils fréquentaient.

Fig. 3 : Evolution de l'approvisionnement uniquement par l'aide alimentaire entre 2004-2005 et 2011-2012 selon le type de structures (%)



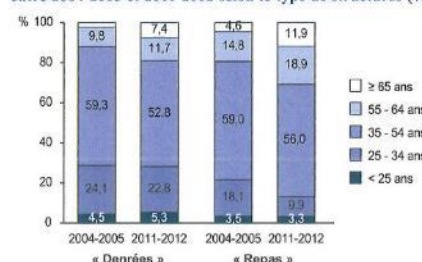
Source : Etudes Abena 2004-2005 et 2011-2012 (analyse restreinte à Marseille, Dijon, Paris et la Seine-Saint-Denis).

Profils sociodémographiques

La population fréquentant les structures d'aide alimentaire était plutôt d'âge intermédiaire comparée à la population générale adulte : elle comprenait peu de moins de 25 ans (5,4% *versus* 11,1%) et peu de 65 ans ou plus (7,7% *versus* 22,2%). Cependant, il a été observé un vieillissement des usagers entre 2004-2005 et 2011-2012 (Fig. 4), la proportion des 65 ans ou plus étant passée de 3,2% à 8,4%. Par ailleurs, la proportion de familles monoparentales chez les usagers des structures « Denrées » était particulièrement importante (33,8% *versus* 7,9% en population générale).

Comme attendu dans le contexte de l'aide alimentaire, la situation socioéconomique des usagers était très mauvaise. De manière générale, le niveau de formation était faible (43,9% des usagers n'avaient aucun diplôme ou un certificat d'études primaires *versus* 26,8% en population générale) et la part de la population au chômage était très élevée (41,4% *versus* 9,3% en population générale au premier trimestre 2011). Le profil des personnes avait par ailleurs évolué entre les deux études, avec une diminution sur les territoires communs de la proportion de personnes peu diplômées (de 58,5% à 44,2%), une augmentation des proportions de

Fig. 4 : Evolution de l'âge des usagers de l'aide alimentaire entre 2004-2005 et 2011-2012 selon le type de structures (%)



Source : Etudes Abena 2004-2005 et 2011-2012 (analyse restreinte à Marseille, Dijon, Paris et la Seine-Saint-Denis).

personnes au chômage (32,8% à 41,1%), de retraités (4,5% à 10,2%) et de personnes ayant un emploi (5,5% à 11,1%).

Les dépenses alimentaires moyennes demeuraient à un niveau particulièrement bas (estimées en moyenne, 2,3 euros par personne et par jour en 2011-2012, 2,6 euros en 2004-2005).

Enfin, la population était vulnérable en termes d'accès aux soins, 10,1% des usagers déclarant ne bénéficier d'aucune couverture maladie au moment de l'enquête et 14,4% de la population ayant une couverture maladie sans assurance complémentaire.

Abena 2011-2012

Conclusion

En 2011-2012, l'état de santé des usagers de l'aide alimentaire demeurait préoccupant avec des prévalences des pathologies liées à la nutrition (obésité, hypertension artérielle, diabète, certains déficits vitaminiques) particulièrement élevées. L'étude souligne en outre un écart important entre les consommations de certains groupes alimentaires et les recommandations nutritionnelles, en particulier pour les fruits et légumes et les produits laitiers, bien que de légères améliorations aient été observées depuis 2004-2005. L'évolution favorable de certains marqueurs biologiques de l'état nutritionnel, comme la baisse de l'anémie par carence en fer, encourage à poursuivre les actions entreprises pour améliorer l'organisation de l'aide alimentaire (diversité des aliments proposés, choix pour les usagers...).

Par ailleurs, l'aide alimentaire était souvent l'unique source d'approvisionnement. Si elle semble permettre un accès suffisant à certains aliments, et pourrait ainsi limiter l'insécurité alimentaire à laquelle ces populations sont confrontées, la disponibilité d'autres aliments apparaît insuffisante. En outre, la fermeture de certaines structures à certaines périodes de l'année restait une difficulté importante à surmonter pour les usagers.

Enfin, l'étude rappelle l'hétérogénéité des profils des usagers de l'aide alimentaire et leurs conditions de vie difficiles, en termes notamment de situations familiales, d'emploi, de logement, ainsi que d'accès et de renoncement aux soins.

Il apparaît donc prioritaire de renforcer les actions de prévention, notamment de proximité, ainsi que les dépistages du risque de maladies chroniques auprès de ces publics. Ces résultats sont utiles pour les politiques publiques dans le contexte actuel de crise économique et de discussions sur les modalités de financement de l'aide alimentaire, ceci en complément d'une politique sanitaire, économique et sociale plus globale visant notamment à réduire les inégalités sociales de santé.

Méthodes de l'étude Abena 2011-2012

L'étude portait sur les adultes de 18 ans ou plus ayant eu recours à l'aide alimentaire au cours de l'hiver 2011-2012, dans six territoires urbains : Paris, Marseille, Grand-Dijon, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Hauts-de-Seine (les quatre premiers territoires étant communs avec la première étude Abena réalisée en 2004-2005). Il s'agit d'une étude transversale, l'inclusion des personnes enquêtées ayant eu lieu de novembre 2011 à mi-avril 2012. Les personnes ont été tirées au sort aléatoirement selon un plan stratifié à deux degrés, avec un tirage au sort de structures distribuant de l'aide alimentaire, puis d'usagers au sein de chaque structure sélectionnée. Les structures de distribution incluses dans l'étude étaient de deux types : distribution de denrées alimentaires à emporter sous forme de paniers sans choix possible pour les usagers, de paniers avec choix ou de denrées distribuées en « libre-service » (structures « Denrées »), et distribution de repas (chauds ou froids servis et consommés dans la structure, structures « Repas »). Les personnes ayant accepté de participer répondaient à un questionnaire en face-à-face. Par ailleurs, il était proposé aux personnes une mesure de leurs poids, taille et pression artérielle dans les structures de distribution. Une seconde étape de l'enquête se déroulait en centre de santé pour les personnes ayant donné leur consentement éclairé. Un examen clinique et un prélèvement biologique étaient alors réalisés.

Au total, 96 structures distribuant de l'aide alimentaire ont été contactées, et 77 ont accepté que l'enquête s'y déroule. Le questionnaire a été proposé à 4 578 personnes éligibles, et 2 019 personnes ont accepté de participer (44,1%) : 1 573 personnes dans les structures « Denrées » et 444 personnes dans les structures « Repas ». Par ailleurs, 422 personnes ont participé à l'examen clinique et biologique (22,4% des personnes à qui celui-ci a été proposé).

Les analyses ont été réalisées sur données pondérées et tiennent compte du plan de sondage. Les évolutions ont été analysées sur les quatre territoires communs aux deux études. Des régressions logistiques ajustées sur certaines caractéristiques sociodémographiques ont été effectuées afin de tenir compte des évolutions des profils sociodémographiques des usagers de l'aide alimentaire entre les deux études.

Les définitions et les références bibliographiques sont précisées dans le rapport de l'étude.

Nous adressons nos remerciements aux usagers de l'aide alimentaire et aux structures de distribution ayant accepté de participer à l'étude. Nous remercions également la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé, les centres d'examen de santé des Caisses primaires d'assurance maladie de Paris, Bobigny, Dijon et Marseille et les centres municipaux de santé de Malakoff, Vitry-sur-Seine, Champigny-sur-Marne, Gennevilliers et Nanterre, ainsi que leurs laboratoires, et l'Institut de biologie et de pathologie du centre hospitalier universitaire de Grenoble.

ORS Île-de-France
43, rue Beaubourg
75003 Paris
tél.: 01.77.49.78.60
www.ors-idf.org

Directrice de l'ORS Île-de-France : Nathalie Sénécal
Directeur de publication : François Dugeny

L'ORS Île-de-France, département autonome de l'IAU Île-de-France, est un observatoire scientifique indépendant financé par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et le Conseil régional d'Île-de-France



Mars 2013

NUTRITION - PRÉCARITÉ

ISBN : 978-2-7371-1811-1

III. Pourquoi dépasser l'aide alimentaire pour aller vers l'accompagnement par l'alimentation

A. Les limites et les échecs de l'aide uniquement distributive

L'aide alimentaire sous sa forme uniquement distributive a montré ses limites. Nous faisons ici un état des lieux des situations qui transforment l'aide alimentaire en assistanat.

1. La distribution alimentaire simple qui peut être stigmatisante

Les lieux et les conditions de distribution sont encore trop souvent indignes. Les personnes disent souvent ne pas vouloir y aller par honte. Les longues files d'attente à l'extérieur du local visibles par tous, renforcent le sentiment d'embarras.

2. La distribution alimentaire simple qui peut engendrer l'assistanat

La distribution alimentaire simple place la personne comme simple receveur. Une situation qui engendre plus facilement l'assistanat. L'aide proposée devient un dû et peut être créatrice de situations de violence entre les personnes reçues et les bénévoles.

Ce que nous entendons par « assistanat »

L'assistanat est le déni de la dignité des personnes. Il positionne la personne comme incapable de choisir sa vie, de faire les choix qui lui conviennent.

L'assistanat :

- s'inscrit dans la **durée** et se systématise
- **ne vise pas l'autonomie** de la personne
- s'inscrit dans une logique **distributive**, dans le « faire pour » et non « faire avec »
- place la personne dans une relation de **dépendance**

A l'inverse, dans « l'**assistance** », le projet personnel est établi avec la personne et à son initiative en vue de rétablir l'autonomie.

Pourquoi dépasser l'aide alimentaire pour aller vers l'accompagnement par

Source : Ouvrage, Collectif Alerte, **Dépasser l'aide alimentaire pour aller vers l'accompagnement par l'alimentation. Synthèse des travaux du groupe alimentation de l'Uniopss**, UNAF, 2015-12, pp. 13-16

3. La distribution alimentaire simple est du « faire-pour » qui ne respecte pas assez l'environnement culturel et social des personnes et peut engendrer du gaspillage

Les personnes ne choisissent pas les denrées distribuées et parfois même, il arrive que cela leur soit imposé. Elle ne participe pas à l'action, sont des bénéficiaires simples. Le respect des goûts et des envies de la personne est ici remis en cause. Le gaspillage est souvent de mise à la sortie de la distribution, faute de pouvoir ou de savoir comment les cuisiner.

4. Les distributions alimentaires qui peuvent remettre en cause le rôle nourricier des parents

Un des rôles majeurs des parents est d'assumer vis-à-vis de leurs enfants une fonction nourricière. La distribution alimentaire simple sans visée d'autonomie des parents va à l'encontre de leur rôle nourricier vis-à-vis de leurs enfants. Ce rôle nourricier va au-delà de l'alimentaire. Il prend et doit prendre en charge l'ensemble des besoins fondamentaux.

5. Les distributions alimentaires qui sont moins centrées sur la personne

Les obligations d'hygiène et de sécurité alimentaires de la distribution alimentaire imposent aux associations et à leurs bénévoles de se concentrer sur la logistique et le respect des normes. La remontée obligatoire des données statistiques s'est aussi rajoutée au travail des associations. Une série d'obligations qui entraîne parfois plus de concentration sur la logistique que sur les personnes soutenues, alors même que le nombre de personne augmente.

6. Les distributions alimentaires qui fatiguent les bénévoles

Les distributions alimentaires éprouvent les bénévoles. Elles peuvent induire une fatigue physique et morale exprimée par le : « On revoit les mêmes et rien n'a changé ». Un malaise qui crée un regard négatif sur les bénéficiaires et qui provoque des situations de tension.

B. L'accompagnement, ce qu'il pourrait et devrait être¹¹

Dans le cadre des actions liées à l'alimentation, l'accompagnement est un levier qui permet à la personne de retrouver un chemin vers l'autonomie.

L'accompagnement n'est pas une activité parmi d'autres. Il exprime un savoir-faire, mais c'est d'abord un savoir-être relationnel, une confiance, la reconnaissance de la personne accompagnée comme pleinement actrice de sa vie, de son projet et dans son environnement. Il s'inscrit dans un projet de grandir ensemble. Il prend source dans la rencontre et l'établissement d'une relation qui laisse place à la liberté et à la réciprocité.

L'accompagnement est centré sur la part de responsabilité de la personne et les possibilités d'action sur sa situation. Accompagné et accompagnant s'engagent **ensemble**, parallèlement, pour lutter contre toutes les autres causes qui ne dépendent pas d'elle. Ce qui reste premier, c'est la **qualité de la relation** nouée entre les personnes, **le sens** qui lui est donné et ce que produit concrètement pour les personnes l'action commune.

¹¹ D'après un texte de Jean-Marc Boisselier, responsable du département « Accompagnement et Formation » au Secours Catholique.

Accompagner, c'est être avec une personne, en confiance et dans la durée ; favoriser la révélation et la libération de ses potentialités pour qu'elle soit mieux en capacité de faire des choix, d'agir sur ses difficultés, de limiter ses dépendances, de progresser en autonomie, qu'elle (re)devienne actrice de sa vie et se (ré)approprie des liens sociaux et les liens avec les institutions.

L'accompagnateur n'est pas là pour prendre la personne **en charge**, mais pour la prendre **en considération**.

1. L'accompagnement consiste à :

- ✓ aider la personne pas à pas et à son rythme
- ✓ lui faire dire et analyser elle-même ce qui fait difficulté, mais aussi ce sur quoi elle peut s'appuyer pour rebondir
- ✓ voir sur quoi elle peut agir, lui permettre d'exprimer son projet, ses priorités et ses choix
- ✓ se fixer et hiérarchiser des objectifs réalistes (pédagogie de la réussite), validés ensemble,
- ✓ lui donner de l'information (ou lui permettre d'aller la chercher : interlocuteurs, personnes, accès aux différents dispositifs, ...)
- ✓ lui permettre de mettre en œuvre des actions successives qui seront de nature à l'aider à sortir de ses difficultés et/ou à vivre mieux.... avec juste ce qu'il faut de soutien et de sécurisation de notre part en fonction de son degré d'autonomie.
- ✓ se satisfaire des avancées, analyser les résistances et les échecs
- ✓ prendre soin de soi, amener la personne vers le soin et la prévention en lui fournissant les informations nécessaires au niveau de ses droits, des structures de dépistage ou de prise en charge

2. Les quelques conditions de réussite

▪ L'accompagnement :

- ✓ n'est pas le temps de l'urgence
- ✓ nécessite l'acceptation et l'engagement de deux personnes qui ne sont elles-mêmes pas isolées (discernement et relecture en équipe, prise en compte de l'histoire et de l'environnement, autres lieux d'accompagnement de la personne)
- ✓ nécessite un climat de confiance qui ne se décrète pas, mais se construit dans la durée
- ✓ s'appuie sur le souhait des personnes de changer leur situation et d'analyser leur part de responsabilité (même petite) dans ce changement
- ✓ nécessite la création d'un réseau de partenaires pour pouvoir orienter les personnes vers les services associatifs et/ou institutionnels les plus compétents par rapport à leurs besoins

- **En matière d'accompagnement, nous ne pouvons raisonner en termes de résultats normés, mais en termes d'étape parcourue, ce qui implique des temps :**

- ✓ d'échanges et de bilan
- ✓ de dialogue entre la personne accompagnée et la personne accompagnatrice, portant sur le chemin parcouru, mais aussi sur l'ajustement de l'accompagnement
- ✓ de discernement et de dialogue avec l'équipe ou des tiers connaissant la personne
- ✓ d'analyse de la pratique entre accompagnateurs

Il est impossible d'accompagner vraiment dans la durée toutes les personnes rencontrées. Certaines situations relèvent de l'urgence, d'autres n'entrent ni dans les compétences de l'association, ni dans le champ de sa responsabilité. Certaines personnes ne le souhaitent pas, d'autres n'en ont pas besoin, l'afflux de personnes ne le permet pas toujours et cela prend du temps.

3. De l'aide à l'accompagnement

- **Les objectifs :**
 - ✓ éviter de faire de l'accompagnement un idéal inaccessible. Articuler plutôt qu'opposer
 - ✓ permettre à des bénévoles de mesurer qu'ils sont déjà dans une dynamique d'accompagnement, même s'il leur faut y entrer plus avant en apprenant à s'ajuster
 - ✓ Pointer la nécessité de s'ajuster au niveau du besoin de soutien, de la sécurisation de la personne accompagnée

AIDES DANS LES DEMARCHES	ACCOMPAGNEMENT
Plus nous sommes du côté de l'aide ...	Plus nous sommes du côté de l'accompagnement ...
Le bénévole sait ce qui est bon pour la personne	C'est la personne elle-même qui exprime ce qui est bon pour elle
C'est lui qui détermine les priorités, et le but à atteindre, qui fixe les objectifs	C'est la personne qui exprime ce qui est le plus important pour elle, son projet et les objectifs qui lui semblent pertinents à elle.
Le bénévole agit, met en œuvre les démarches	La personne agit elle-même, avec juste ce qui est nécessaire de soutien de la part de l'accompagnateur
Le bénévole est le sujet de l'action	La personne est le sujet de son devenir
AGIR ENSEMBLE Construire une relation qui soutienne sans enfermer	
Prendre en charge	Prendre en considération
Risque de dépendance	Grandir en autonomie
Logique distributive	logique contributive
Il n'y a de bonne posture qu'ajustée au besoin de la personne L'ajustement évolue au fil du temps et des évolutions de la personne ⇒ Importance du discernement ⇒ Une confiance à construire	

*L'ÉDUCATION NUTRITIONNELLE ET LES PERSONNES
EN SITUATION DE PRÉCARITÉ :
DES SAVOIRS DES PERSONNES AUX SAVOIRS DES PROFESSIONNELS
LES DIFFÉRENTES MÉTHODOLOGIES ÉDUCATIVES*

Intervention de Lucette BARTHELEMY
Collège Régional d'Éducation pour la Santé de Lorraine

L'éducation à la santé s'inscrit dans un contexte de prévention et de promotion de la santé en favorisant le développement de conditions propices à la santé. S'intéressant à l'aspect positif de nouvelles habitudes proposées (conception hédoniste des messages), fondée sur l'écoute, cette approche met l'accent sur le renforcement des attitudes, l'estime de soi et la confiance, et sur les habiletés à prendre des décisions.

L'éducation nutritionnelle est un ensemble d'expériences individuelles et collectives qui vise à renforcer ou modifier des savoirs et des savoir-faire dans la gestion alimentaire, intégrant des critères de diversité alimentaire, de coût nutritionnel et de plaisir.

DES SPÉCIFICITÉS

Particularités de la population

Les personnes en situation de précarité ne représentent pas un groupe homogène dans leurs caractéristiques socio-économiques, culturelles et démographiques.

Dans cette diversité, quelques éléments sont communs et il est important d'en tenir compte lors la définition des actions éducatives.

Les privations

Le manque permanent, dans une société d'abondance, est très difficile à supporter. Des personnes préféreront peut-être, en début de mois se faire plaisir à travers l'alimentation lorsque l'argent des prestations arrive, quitte à se priver le reste du mois ou consommer toujours les mêmes aliments. N'est-ce pas quelque chose d'humain, de logique et peut-être de nécessaire pour pouvoir supporter le manque ? Des parents préfèrent acheter à leur enfant un pain au chocolat chaque matin pour l'école et se priver sur d'autres aliments, plutôt que leurs enfants apparaissent différents des autres. Des pratiques ou des conduites qui ne sont pas rationnelles pour les professionnels ont toujours un sens et une nécessité pour les personnes qui sous-tendent les pratiques.

Avant d'émettre un jugement ou une recommandation, il est nécessaire de comprendre les motivations.

La dimension du temps

Gérer l'alimentation avec un budget restreint nécessite une planification des achats ainsi qu'une organisation des prévisions. L'inactivité, les difficultés sociales, les rythmes et les repères différents, la fragilité de l'état de santé, la déprime influencent la perception du temps. Les personnes en situation de précarité vivent souvent au jour le jour, avec des regrets et des

amertumes du temps passé et des difficultés à se projeter vers l'avenir.

Avant de travailler sur l'avenir et de se projeter dans la prévision des achats, il sera important de s'inscrire dans le présent pour réintroduire des repères et des rythmes. Le temps sera également nécessaire pour créer la confiance, comprendre les difficultés et les ressources, trouver en groupe des solutions adaptées à chaque personne.

Le savoir-faire

Un plat complet préparé à la maison avec des denrées de base (œuf, farine, produit laitier...) coûte cinq à dix fois moins cher qu'un plat préparé (en conserve, en semi-conserve, surgelé).

Mais comment faire avec une cuisine sous-équipée ou peut-être suréquipée de robots qu'on ne sait pas utiliser ? Comment réaliser un plat si l'on ne sait pas cuisiner, que l'on n'a pas d'idées pour associer les aliments et varier les préparations ?

Cassures dans les familles, ruptures dans les apprentissages expliquent le fait que les personnes en situation de précarité n'aient pas toujours ce savoir-faire habituellement lié à l'observation des gestes culinaires, des astuces, des répertoires de recettes, de l'utilisation du matériel.

PARTICULARITÉ DU THÈME

Un monde d'abondance

Depuis une quarantaine d'années, la disponibilité des produits alimentaires s'est considérablement accrue. Produits nouveaux, conditionnements, étiquetages nutritionnels, messages publicitaires, techniques de vente sont autant d'éléments qui rendent complexes le choix des produits.

A valeur nutritionnelle égale, la différence de prix des produits s'inscrit dans une fourchette allant de un à dix. Dans le cadre d'un budget restreint, les critères de choix à l'achat vont être particulièrement déterminants dans l'équilibre et la diversité alimentaire.

La médiatisation

La communication publicitaire est très importante dans le domaine de l'alimentation et utilise des créneaux diversifiés : radio, télévision, journal, affichage, emballage. Ces messages bien ciblés permettent de promouvoir des produits en faisant évoluer les connaissances, les modèles et les normes sociales. En terme de communication, il n'existe pas ou très peu de communication santé apportant une contre partie à ces enjeux économiques. Les choix des consommateurs peuvent être fortement influencés par cette publicité.

Un lien social

L'alimentation est un thème de vie au quotidien où chaque personne a ses propres expériences, ses souvenirs, ses plaisirs et ses déplaisirs. Chacun a quelque chose à dire, à partager, à exprimer, à donner ou à recevoir.

Les activités autour de l'alimentation se déroulent très souvent en groupe sous différentes formes : atelier culinaire, groupe de paroles, bourses d'échanges d'astuces culinaires, exercices d'achats en supermarché, préparation d'un événement ou d'une fête... Ces activités de groupe permettent, en terme de finalité, d'apprendre, d'observer, de comprendre des situations analogues, d'analyser les difficultés, de valoriser les réussites et les savoirs, de rechercher des solutions en commun. Entraide, solidarité, convivialité, valorisation de savoir-faire, créativité, organisation et rythmes de vie sont autant d'effets qui permettent à chacun de trouver une place dans un groupe ainsi qu'un désir et une confiance pour poursuivre en dehors du groupe.

DES AXES D'ACTION

Du point de vue éducatif, l'alimentation a trop souvent été abordée à travers l'approche de connaissances liées à l'équilibre alimentaire : groupes d'aliments, équivalences nutritionnelles, quantités par jour et par personne selon les besoins. L'éducation nutritionnelle ne peut se limiter au contenu de l'assiette et à l'ingestion des aliments.

Certaines étapes sont déterminantes pour la diversité alimentaire dans le cadre d'un budget restreint en particulier :

- les achats en terme de lieu, de fréquence, d'avantages et d'inconvénients des différents systèmes d'approvisionnement, de critères pour choisir des aliments les plus avantageux à valeur nutritionnelle correcte ;
- la préparation des aliments en terme d'équipements culinaires, de savoir-faire culinaire et diversité des répertoires de recettes pour optimiser la valeur nutritionnelle et gustative des aliments ;
- la diversité des manières de manger avec les rythmes, les appétits, les habitudes, les goûts et les dégoûts, les lieux de repas, les différentes façons de composer les repas selon les cultures.

Quelque soit la durée du programme d'éducation nutritionnelle, il est important d'aborder l'alimentation dans cette logique de la chaîne alimentaire : le choix des aliments - les préparations culinaires - la composition des repas.

Ces différentes actions peuvent s'articuler autour des trois dimensions de l'axe alimentaire :

- Apprendre à consommer : dimension biologique.

Il s'agit de développer des activités pour que les personnes puissent adapter leurs apports alimentaires en fonction de leurs besoins. Ces recommandations tiendront compte des différences individuelles liées à l'âge, au sexe, aux activités physiques, aux habitudes alimentaires. Pouvoir diversifier l'alimentation avec un budget restreint tel est l'objectif à atteindre.

- Valoriser le plaisir : dimension hédonique

Autre objectif des actions d'éducation nutritionnelle : optimiser l'aspect hédoniste de l'alimentation. Dans ce but, les éducateurs développeront l'éveil sensoriel, en faisant découvrir la grande variété des goûts et des saveurs qu'offre l'alimentation. Les moyens utilisés reposent sur la mise en place d'ateliers pratiques, telle la création de tables de la découverte présentant des mets inhabituels, des ateliers de découverte des quatre sens utilisant les aliments, la prise de repas ensemble...

Mais il y a tout un autre champ pédagogique à développer : celui des attitudes et de la connaissance de soi. A cet effet, les jeux de rôle, les photolangages sont des outils à privilégier. Ces techniques permettent de mettre en mots des émotions, des souvenirs, des valeurs, des croyances. L'ensemble de ces activités permet à chacun de prendre conscience de son histoire alimentaire au travers de ses goûts et de ses dégoûts, ses habitudes culturelles (familiales, régionales...), ses rapports aux autres dans le contexte des repas.

- Créer du lien : dimension sociale

Les constats de fragilisation du tissu social et de la difficulté des personnes à s'insérer sont nombreux. Or, les repas restent des moments de partage et de convivialité forts où peuvent se retisser ces liens sociaux distendus entre personnes de milieux sociaux différents ou entre générations. Ateliers culinaires, réseaux d'échange et de savoirs, fêtes de quartier, lieux

communautaires (banques alimentaires, restaurants du cœur, épiceries sociales, etc.), autant de lieux et d'outils qui permettent à deux ou trois générations de partager des compétences sur le thème de l'alimentation.

DES OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

La démarche éducative se construit autour de trois niveaux :

- les connaissances.

Les supports à privilégier doivent être accessibles et diversifiés ; l'écrit ne sera pas forcément le mode de communication à privilégier pour des populations au faible niveau économique. L'éducation pour la santé, c'est pouvoir proposer des alternatives à une formation classique afin de ne pas replacer les publics dans une situation d'échec qui a été souvent déjà vécue dans le cadre scolaire.

- les représentations et des croyances.

L'éducation nutritionnelle va s'attacher à comprendre et décoder avec les personnes, les représentations, les freins – souvent autres qu'économiques – qui font barrage à des attitudes et des comportements positifs pour la santé : en favorisant l'expression de tous, sur des représentations de l'alimentation, de la santé...

- les pratiques.

Les objectifs éducatifs de l'éducation pour la santé vont viser à permettre aux personnes d'apprendre à faire et à développer les compétences face à la gestion alimentaire. C'est pouvoir mobiliser des savoir-faire existants en les investissant et en les valorisant ou en donnant envie d'en acquérir de nouveaux.

La démarche éducative se construit en progression

L'expérience nous incite à placer en premier les activités autour du savoir-être ; ces activités permettront de faire émerger les valeurs, de lister les facteurs facilitant et limitant. De plus, chaque personne aura une implication équivalente, contrairement aux activités liées au savoir où certains ont ou n'ont pas les connaissances qu'attendent d'eux les professionnels, souvent très loin des préoccupations ou de l'intérêt des personnes.

C'est également au cours de mise en situation (atelier culinaire, dégustation, exercice d'achat...) que des éléments de travail et de réflexion peuvent émerger (attitudes, connaissances). A nous, professionnel de l'éducation nutritionnelle, d'être à l'écoute pour relever et optimiser les facteurs favorables et les éléments positifs et proposer d'autres activités sur les éléments limitant, pour la réalisation d'une alimentation diversifiée à moindre coût.

DES MOYENS

La dimension collective et la démarche active

Faire ensemble, entendre des situations identiques, rechercher des solutions en commun, apporter ses compétences, être valorisé par le regard des autres... Autant d'effets apportés par la dimension de groupe. Le groupe est force de propositions. Le professionnel joue un rôle "d'animateur" pour faire émerger les savoirs et savoir-faire, pour aider à construire et organiser les différents éléments, pour rendre lisible et visible les différents choix possibles en fonction des situations, pour veiller à ce que chaque personne trouve sa place dans le groupe. La taille du groupe (six à douze personnes) est un élément important pour que chaque

personne trouve son espace et puisse prendre une part active dans les différentes activités.

Les ressources humaines

Un professionnel réunit très rarement l'ensemble des compétences nécessaire à la diversité des thèmes de l'alimentation (les besoins nutritionnels – le coût – les préparations culinaires – l'équipement – les typologies de repas ...) ainsi que sur la diversité des approches pédagogiques : faire émerger des valeurs et des attitudes, animer des ateliers de mise en situation, construire la connaissance. Identifier nos compétences pour aller chercher en complémentarité les compétences d'autres professionnels est une richesse et un service rendu aux participants.

Sur le terrain, des équipes sont très souvent constituées entre professionnels du social (conseillère en économie sociale et familiale, animateurs, bénévoles d'association caritative) et professionnels de santé (diététicien, infirmier, professionnel en éducation à la santé).

Le thème de l'alimentation est une porte d'entrée concrète et positive dans le domaine de la santé et de l'insertion.

Éclairer les différentes possibilités pour que les personnes en situation de précarité financière puissent choisir et être acteurs de leur alimentation, tel est le sens que nous souhaitons développer dans les actions éducatives.

Par ses fonctions tant nourricières qu'hédonistes, symboliques et sociales, l'alimentation permet l'expression et la mise en valeur de nombreuses compétences.

C'est par la diversité des approches et des pratiques que nous pourrions apporter un début de réponse en contribuant à faire de la préparation et du partage des repas un moment fort de réconciliation de la personne démunie avec elle-même et son environnement social et familial.

Références bibliographiques

Barthélémy L, Binsfeld C, Moissette A. Guide pédagogique « Alimentation Atout Prix ». Paris : CERIN, CFES 1997 : 107 fiches et 67 transparents.

Barthélémy L, Moissette A, Weisbrod M. Alimentation et petit budget. Vanves : CFES, coll. la santé en action, 1994 : 166 p.

Baudier F, Barthélémy L, Michaud C, Legrand L. Éducation nutritionnelle : équilibres à la carte. Vanves : CFES, coll. la santé en action, 1995 : 334 p.

Brixi O, Tuleu F. Santé précarité : outil d'aide à l'action. Vanves : CFES, 1997 : 80 p.

Michaud C, Tuleu F. Nutrition en zones urbaines sensibles. Vanves : CFES, 1997 : 98 p.

CFES. Alimentation et populations défavorisées. La santé de l'homme 1998 ; 336 : II-XXIV

LES SEPT CONCEPTS DE LA RELATION D'AIDE

Publié par Caroline Naoufal | Mai 3, 2014 | Concepts, Relation de soins | 26 📖 | ★★★★★

La relation d'aide, de quoi s'agit-il ?

C'est Carl Rogers, un psychologue américain, qui a développé cette notion. La relation d'aide est une relation thérapeutique au sein de laquelle l'aidant(e) est essentiellement tourné(e) vers l'autre, vers son vécu, vers sa souffrance.

Cette relation se développe au cours d'un entretien visant la compréhension profonde de ce qu'il vit l'aidé, de sa manière de comprendre sa situation et de percevoir les moyens dont il dispose pour résoudre ses problèmes et pour évoluer.

Il s'agit d'un échange à la fois verbal et non verbal qui favorise la création d'un climat de compréhension et l'apport d'un soutien dont la personne a besoin au cours d'une épreuve.

LES SEPT CONCEPTS DE LA RELATION D'AIDE

LA PRÉSENCE

La relation est d'abord une présence à l'autre, "être là". Ce concept peut se définir comme la capacité physique d'être là et la capacité psychologique d'être avec la personne. Il symbolise à la fois la force qui suscite la confiance et qui rassure, et la douceur que suppose une approche humaine et bienveillante.

Sa signification lui vient des richesses intérieures de la/du soignant(e) qui l'assure, sans même parler, celle-ci par sa qualité d'être, laisse émaner calme, espoir et sécurité.

L'ÉCOUTE

L'écoute est souvent synonyme de disponibilité dans le temps, mais aussi de disponibilité intérieure pour être prêt(e) à accueillir ce que dit l'autre. L'écoute est à la fois silence et parole, elle est le silence, mais un silence qui parle de notre ouverture bienveillante à la demande du malade et de sa souffrance. Ce n'est pas le silence froid de la neutralité ou le silence vide de la distraction, mais le silence chaleureux de la/du soignant(e) qui laisse une place au malade, qui lui donne un espace de vie, un pouvoir, et qui lui communique par là son désir d'écouter.

Source : <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/> Plate-forme de la recherche, des pratiques avancées et de la formation continue - Consultée le 14 novembre 2017

L'ACCEPTATION

Il s'agit d'un sentiment d'ouverture à l'expérience de l'autre, à sa souffrance et à sa manière d'être sans exigence de changement, ce qui constitue la première condition à l'établissement d'une relation d'aide.

L'aidant(e) reconnaît l'aidé dans toute sa dignité en dépit de son aspect physique, de son caractère, de ses valeurs et de sa conduite, et consent à s'en occuper de manière active et chaleureuse.

LE RESPECT CHALEUREUX

La relation d'aide repose sur la confiance et le respect. Par le respect, l'aidant(e) reconnaît dans l'autre une personne humaine investie d'une dignité et d'une valeur très grande. Elle la perçoit comme un être unique et libre capable de prendre ses propres décisions, même si c'est parfois avec de l'aide. La respecter, c'est lui manifester de l'estime, la traiter avec déférence et politesse, c'est l'accueillir dans sa différence et lui montrer une considération réelle pour ce qu'elle est.

L'EMPATHIE, LE SOCLE DE LA RELATION D'AIDE

L'empathie est un profond sentiment de compréhension de l'aidant(e) qui saisit la difficulté de l'aidé comme si elle pénétrait dans son univers, comme si elle se mettait à sa place pour se rendre compte de ce qu'il vit et de la façon dont il le vit, et qui lui apporte le réconfort dont il a besoin, mais sans s'identifier à son vécu et sans en vivre elle-même les émotions.

La relation d'aide informelle est surtout fondée sur l'empathie et, au cours d'un entretien formel, l'aidant(e) crée un climat de compréhension empathique, source de confiance, et de connivence thérapeutique, et la base du soutien qu'elle apporte à l'aidé.

L'AUTHENTICITÉ

Il s'agit de la capacité de l'aidant(e) de demeurer strictement elle-même au cours de la relation avec l'aidé. Grâce à l'authenticité, la/le soignant(e) reste transparent(e), spontané(e) et ouvert(e), ne cherche pas à présenter une façade artificielle et ne se prétend pas être l'expert(e) de la situation de l'autre.

Cette capacité est essentielle à l'établissement du climat de confiance et de simplicité nécessaire à la création d'une saine alliance thérapeutique entre l'aidant(e) et l'aidé.

L'authenticité est souvent confondue avec la congruence, il existe un lien profond entre ces deux concepts. Une personne authentique manifeste un certain degré de congruence entre ce qu'elle pense, ressent et exprime.

LA CONGRUENCE

Il s'agit de la manière d'être de l'infirmière qui manifeste une certaine **adéquation entre** ce qu'elle ressent, ce qu'elle pense, ce qu'elle dit et ce qu'elle fait, et entre **son comportement verbal et son comportement non verbal**. En agissant ainsi, elle crée une harmonie entre ses émotions, ses pensées et ses actions. Cette harmonie interne lui permet d'exprimer ce qu'elle pense de manière thérapeutique ou de faire ce qu'elle croit approprié afin de faciliter une prise de conscience chez l'aidé ou une évolution de la relation qu'elle entretient avec lui.

SOURCE

- **Communication, entretien, relation d'aide et validation**, 2002, Margot Phaneuf.

OBJECTIF 5 : MIEUX MANGER EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ALIMENTAIRE

Les personnes en situation de précarité alimentaire sont en difficulté pour accéder à une alimentation favorable à leur santé car elles sont, de façon transitoire ou non, en situation de vulnérabilité sociale ou économique.

Des mesures spécifiques sont nécessaires pour ces publics. Une attention particulière doit être portée à la situation des quartiers prioritaires de la politique de la ville où la proportion de personnes en situation de pauvreté s'élève à 42,6% et qui regroupent 25% des personnes pauvres.

La stratégie pauvreté, les contrats locaux de santé et le volet santé des 435 contrats de ville constituent l'un des cadres de déploiement de cet objectif 5.

15. Action :

Améliorer l'accès à une alimentation favorable pour la santé pour les personnes en situation de précarité alimentaire

L'accès à une alimentation favorable pour la santé est une condition de base nécessaire à la consommation d'un régime alimentaire en adéquation avec les recommandations de consommation alimentaire du PNNS. Divers types d'interventions, prévus par la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ou ayant fait la preuve de leur intérêt lors d'expérimentations seront déployées. L'aide alimentaire fait partie de ces interventions. Des interventions complémentaires, adaptées, sont nécessaires afin de favoriser des choix favorables pour la santé.

La stratégie nationale de prévention de lutte contre la pauvreté prévoit de permettre l'accès de tous les enfants à l'alimentation et notamment :

- Mettre en place une offre ciblée de petits-déjeuners à l'école ;
- Inciter les communes à proposer des tarifs sociaux pour les cantines scolaires ;
- Généraliser le programme d'accès à l'alimentation infantile : Programme Malin.

Elle vise également à :

- Mettre à disposition des personnes travaillant auprès des populations précaires des outils adaptés à la lutte contre la précarité alimentaire et porteurs du logo du PNNS notamment ;
- Mettre à disposition des travailleurs sociaux et des bénévoles des outils numériques et interactifs pour mieux accompagner les personnes en situation de précarité vers une alimentation favorable à la santé, à la pratique au quotidien d'une activité physique tout en réduisant les comportements sédentaires.
- Réactualiser le guide permettant de concevoir des colis alimentaires équilibrés conformément aux nouvelles recommandations alimentaires du PNNS et adaptés à l'aide alimentaire.

Source : Rapport, **Programme national nutrition santé 2019-2023**, Ministère des solidarités et de la santé, 2019, pp. 34-35

PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ
2019-2023

AXE 1

- Accompagner la distribution de l'aide alimentaire par des actions sociales, promouvant la participation des personnes aux décisions qui les concernent ;
- Intégrer la question de l'accès à l'alimentation dans les schémas départementaux d'accessibilité des services au public ;
- Engager une réflexion avec les acteurs de l'aide alimentaire sur leur approvisionnement en denrées alimentaires et sur les questions logistiques associées, dans l'objectif d'optimiser les sources au regard des besoins - notamment nutritionnels - et en articulation avec le pacte de lutte contre le gaspillage alimentaire, le PNA et le FEAD.

Pilote : DGCS

Acteurs : DII PFIJ - DGCS - DGAI - DGS - Santé publique France - collectivités territoriales - associations d'aide alimentaire - CGET - DGESCO - ARS

Indicateurs :

- Création des outils d'éducation nutritionnelle adaptés aux publics en situation de précarité alimentaire ;
- Nombre de schémas départementaux d'accessibilité des services au public incluant la question de l'accès à l'alimentation ;
- Indicateurs retenus dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté (Volet Garantir l'accès de tous les enfants à l'alimentation).

Tableau synthétique des nouvelles recommandations du PNNS 2019-2023

Les recommandations sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité					
AUGMENTER					
 Les légumes secs Au moins 2 fois par semaine car ils sont naturellement riches en fibres	 Les fruits & légumes frais, surgelés ou en conserve Au moins 5 par jour, par exemple 3 portions de légumes et 2 fruits	 Les fruits à coques Une petite poignée par jour car ils sont riches en oméga 3	 L'activité physique Au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques par jour	 Le fait maison	
ALLER VERS					
 Le pain complet, les pâtes et le riz complets, la semoule complète Au moins 1 féculent complet par jour car ils sont naturellement riches en fibre	 Les aliments de saison et produits localement	 Une consommation de poissons gras et de poisson maigres en alternance 2 fois par semaine, dont 1 poisson gras (sardine, maquereau, hareng, saumon)	 Le bio	 L'huile de colza, de noix et d'olive Les matières grasses ajoutées peuvent être consommées tous les jours en petites quantités. Privilégiez l'huile de colza, de noix et d'olive	 Les produits laitiers Les produits laitiers : 2 produits laitiers (lait, yaourts, fromage blanc) par jour
RÉDUIRE					
 La charcuterie Limiter la charcuterie à 150g par semaine	 Les produits sucrés gras, salés Il est recommandé de limiter les boissons sucrées, les aliments gras, sucrés, salés et ultra-transformés	 Les produits salés Il est recommandé de réduire sa consommation de sel	 L'alcool Pour réduire les risques, il est recommandé de limiter sa consommation à deux verres par jour maximum et de ne pas consommer d'alcool tous les jours	 La viande (porc, boeuf, veau, mouton, agneau, abats) Privilégier la volaille, et limiter les autres viandes à 500g par semaine	
 Les produits avec un Nutri-Score D et E	 Le temps passé assis Né restez pas assis trop longtemps, prenez le temps de marcher un peu toutes les 2h				

Source : Rapport, **Programme national nutrition santé 2019-2023**, Ministère des solidarités et de la santé, 2019, p. 41

Focus : les nouveautés

Des recommandations qui intègrent la question du développement durable

Les nouvelles recommandations intègrent la question du développement durable en conseillant d'aller vers des aliments de producteurs locaux, des aliments de saison et, si possible, des aliments bio.

Le Nutri-Score

Il est apparu essentiel, pour tenir compte des pratiques et des contraintes de temps des consommateurs, de ne pas faire l'impasse sur les plats préparés dans les recommandations. La mention du Nutri-Score, développé en 2017 par les pouvoirs publics, peut aider au choix de ces produits.

Des recommandations distinguant l'activité physique et la sédentarité

L'activité physique correspond aux mouvements de notre corps qui entraînent une dépense d'énergie supérieure à celle de repos. Pratiquée 30 minutes par jour à une certaine intensité, elle a un effet bénéfique sur la santé. À l'inverse, la sédentarité se définit par des situations dans lesquelles les mouvements du corps sont réduits à leur minimum (regarder la TV, travailler sur un ordinateur, être passager d'un véhicule). La sédentarité est considérée comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde. Les recommandations invitent donc à faire plus d'activité physique, et à passer moins de temps assis.

La viande (bœuf, veau, porc, agneau, mouton, gibier, abats) et la charcuterie font l'objet de recommandations spécifiques avec une quantité hebdomadaire à ne pas dépasser.

- ➔ En 2015, les hommes se trouvaient être davantage de gros consommateurs de viande que les femmes, plus de 40 % des hommes en consommant 500 g ou plus par semaine, contre moins de 25 % chez les femmes (la recommandation limite à 500g/semaine). Sept hommes sur 10 et plus d'une femme sur deux consommaient 150 g ou plus de charcuterie par semaine (la recommandation limite à 150g/semaine).

Les légumes secs et les produits céréaliers complets et peu raffinés font également l'objet de recommandations spécifiques.

- ➔ Selon les résultats d'Esteban, 60 % des adultes ne semblent pas avoir inclus de produits céréaliers complets et peu raffinés dans leur alimentation. Ils sont plus de 85 % à ne pas satisfaire la recommandation concernant les légumes secs.

Les fruits à coque non salés font désormais l'objet d'une recommandation, compte tenu de leurs intérêts nutritionnels.

- ➔ En 2015, 85 % des adultes ne déclaraient aucune consommation sur les jours enquêtés. La nouvelle recommandation est d'en consommer une petite poignée tous les jours.



Les recommandations détaillées

Augmenter

➤ Les fruits et légumes

Recommandation principale : au moins 5 fruits et légumes par jour, par exemple 3 portions de légumes et 2 fruits

Données complémentaires :

- Il est recommandé de manger au moins 5 fruits et légumes par jour, qu'ils soient frais, surgelés ou en conserve. Si vous en mangez moins, sachez qu'augmenter même légèrement sa consommation de légumes et de fruits est bon pour la santé.
- Si vous pouvez, privilégiez les fruits et légumes bio.
- Pour le plaisir du goût, privilégiez les fruits et légumes de saison et produits localement.
- Les jus de fruits sont très sucrés et pauvres en fibres. Si vous en buvez, il est recommandé de ne pas en consommer plus d'un verre par jour et de prendre alors plutôt un fruit pressé.
- Vous aimez les fruits séchés : dattes, raisins secs, abricots secs, etc. ? Ils peuvent être consommés mais occasionnellement car ils sont très sucrés.

En plus des fruits et légumes, il est recommandé de consommer une petite poignée par jour de fruits à coque, car ils sont riches en oméga 3 : noix, noisettes, amandes et pistaches non salées, etc.

➤ Les légumes secs : lentilles, haricots, pois chiches...

Recommandation principale : au moins 2 fois par semaine des légumes secs car ils sont naturellement riches en fibres

Données complémentaires :

- Les légumes secs peuvent accompagner une volaille, un poisson ou une viande. Ils peuvent aussi remplacer la viande et la volaille ; dans ce cas, il est conseillé de les associer à un produit céréalier comme dans une salade de haricots rouges et maïs, un couscous avec des pois chiches ou un curry de lentilles accompagné de riz.
- Les légumes secs sont naturellement riches en fibres, et contiennent des protéines végétales.
- Si vous pouvez, privilégiez les légumes secs bio.

➤ L'activité physique

Recommandation principale : au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques par jour

Données complémentaires :

- Un peu d'activité physique c'est déjà bien, plus c'est encore mieux.
- Pour plus de bienfaits sur la santé, il est recommandé de faire deux fois par semaine des activités de renforcement musculaire, d'assouplissement et d'équilibre.
- Il existe de nombreuses occasions d'être actif :
 - o dans vos activités du quotidien (privilégier les escaliers, se déplacer à pied ou à vélo),
 - o par la pratique d'un sport ou d'activités physiques de loisirs (natation, jeux de ballon, jardinage...)
- Si vous reprenez ou débutez le sport, il est conseillé de le faire progressivement.

Aller vers

→ Les féculents complets

Recommandation principale : au moins un féculent complet par jour car ils sont naturellement riches en fibres

Données complémentaires :

- Les féculents (pâtes, pain, riz, semoule, pommes de terre) peuvent être consommés tous les jours. Il est recommandé de les consommer complets quand ils sont à base de céréales : pain complet, riz complet, pâtes complètes, etc.
- Les féculents complets sont beaucoup plus riches en fibres que les produits raffinés (comme le pain blanc par exemple...)
- Les pains aux céréales, les pâtes semi-complètes ou le riz semi-complet sont également de bonnes alternatives aux produits raffinés.
- Si vous pouvez, privilégiez les féculents bio.

→ Le poisson

Recommandation principale : deux fois par semaine du poisson, dont un poisson gras (sardines, maquereau, hareng, saumon)

Données complémentaires :

- Il est recommandé de consommer du poisson deux fois par semaine dont un poisson gras car les poissons gras sont riches en oméga 3.
- Un grand choix de poissons s'offre à vous. Ils peuvent être consommés sous toutes les formes : frais, surgelés ou en conserves.
- Le poisson a beaucoup de qualités nutritionnelles. Mais certains poissons peuvent contenir des polluants, c'est pourquoi il est recommandé de varier les espèces.

→ L'huile de colza, de noix et d'olive

Recommandation principale : les matières grasses ajoutées - huile, beurre et margarine - peuvent être consommées tous les jours en petites quantités. Privilégiez l'huile de colza, de noix et d'olive

Données complémentaires :

- Les huiles de colza et de noix sont riches en oméga 3.
- Il est préférable de réserver le beurre pour les tartines du petit déjeuner ou cru en noisette sur des légumes, par exemple.

→ Les produits laitiers : lait, yaourts, fromage, fromage blanc

Recommandation principale : 2 produits laitiers par jour

Données complémentaires :

- Deux produits laitiers par jour, c'est par exemple un yaourt nature et un morceau de fromage ou du fromage râpé sur les pâtes.
- Pour varier les plaisirs, alternez entre yaourt, lait, fromage blanc et fromages. Variez les types de fromages.
- La crème fraîche et le beurre sont issus du lait mais ils sont riches en graisses. Ils ne sont pas comptés dans les produits laitiers. Les desserts lactés (crèmes desserts, flans...) non plus, ils contiennent en général trop peu de lait et sont souvent très sucrés.

Réduire

🍷 L'alcool

Recommandation principale : pour réduire les risques, il est recommandé de limiter sa consommation à deux verres par jour maximum et de ne pas consommer d'alcool tous les jours : Maximum 2 verres par jour et pas tous les jours

Données complémentaires :

- Les risques liés à la consommation d'alcool pour la santé au cours de la vie augmentent avec la quantité consommée ;
- Si vous consommez de l'alcool, pour limiter les risques pour votre santé au cours de votre vie, il est recommandé de :
 - o ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour ;
 - o avoir des jours dans la semaine sans consommation.
- Et pour chaque occasion de consommation, il est recommandé de :
 - o réduire la quantité totale d'alcool que vous buvez ;
 - o boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau ;
 - o éviter les lieux et les activités à risque ;
 - o s'assurer que vous avez des personnes que vous connaissez près de vous et que vous pouvez rentrer chez vous en toute sécurité.
- D'une façon générale, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool en cas de :
 - o conduite automobile ;
 - o manipulation d'outils ou de machines (bricolage, etc.) ;
 - o pratique de sports à risque ;
 - o consommation de certains médicaments ;
 - o existence de certaines pathologies.

Il faut noter que la législation autorise une alcoolémie à 0,5g/l ou à 0,2 g/l pour les détenteurs d'un permis de moins de deux ans, alors qu'il existe un sur-risque d'accident entre 0 et 0,5g/l.

🍷 Les boissons sucrées, les aliments gras, sucrés, salés et ultra-transformés

Recommandation principale : il est recommandé de limiter les boissons sucrées, les aliments gras, sucrés, salés et ultra-transformés

Données complémentaires :

- L'eau est la seule boisson recommandée. L'eau peut aussi être apportée par le thé, le café (sans excès) et des infusions non sucrées.
- Les jus de fruits, les boissons sucrées et les sodas, même light, les boissons dites « énergisantes » doivent être limitées le plus possible ; dans tous les cas, pas plus d'un verre par jour.
- Les céréales du petit déjeuner sucrées, les gâteaux, le chocolat, les crèmes dessert, les glaces, les biscuits apéritifs, la charcuterie et certains plats préparés du commerce contiennent souvent beaucoup de sucre, de gras ou de sel. Pour choisir parmi plusieurs produits, vous pouvez vous aider du Nutri-Score en limitant la consommation de produits D et E.
- En plus d'être gras, sucrés ou salés, ces produits sont souvent ultra-transformés, c'est-à-dire qu'ils contiennent de nombreux additifs (colorants, émulsifiants,

conservateurs, exhausteurs de goût, arômes...). Ces additifs figurent sur la liste des ingrédients, souvent avec la lettre E. On n'en connaît pas encore précisément l'impact sur la santé humaine. Par précaution, privilégier les aliments sans additifs ou avec la liste la plus courte d'additifs. Quand c'est possible, privilégier le fait maison en utilisant des produits frais, des aliments en conserve ou surgelés non préparés comme des légumes nature ou des filets de poisson nature.

🍴 Les produits salés

Recommandation principale : il est recommandé de réduire sa consommation de sel

Données complémentaires :

- Beaucoup du sel que nous consommons provient des produits transformés : charcuterie, plats préparés du commerce, soupes déshydratées, fromage, pain.
- Vous pouvez réduire la quantité de sel que vous ajoutez en cuisinant.
- Pour donner du goût, pensez aux épices, aux condiments, aux aromates et aux fines herbes.
- À table, goûtez avant de saler et ne resalez pas les produits en conserve.
- Privilégiez le sel iodé (indiqué sur l'étiquette).

🍴 La charcuterie

Recommandation principale : limiter la charcuterie à 150 g par semaine

Données complémentaires :

- 150 g de charcuterie, cela correspond à environ 3 tranches de jambon blanc. Les saucisses, les lardons, le bacon, le jambon de volaille, les viandes en conserve, les jambons secs et crus font partie de la charcuterie.
- Parmi ces aliments privilégiez le jambon blanc et le jambon de volaille

🍴 La viande

Recommandation principale : privilégier la volaille, et limiter les autres viandes (porc, bœuf, veau, mouton, agneau, abats) à 500 g par semaine

Données complémentaires :

- 500 g de viande hors volaille par semaine, cela correspond à environ 3 ou 4 steaks.
- Pour le plaisir du goût et de la variété, vous pouvez alterner dans la semaine la viande, la volaille, le poisson, les œufs, les légumes secs.

🍴 Le temps passé assis

Recommandation principale : ne restez pas assis trop longtemps : prenez le temps de marcher un peu toutes les 2 h.

Données complémentaires :

- Même si vous faites déjà au moins 30 min d'activités physiques dynamiques par jour, il est bénéfique de réduire aussi le temps passé assis
- Au travail, si vous pouvez, pensez à marcher un peu toutes les 2 h.
- En dehors du travail, limitez le plus possible le temps passé assis : attention par exemple au temps consacré aux écrans.



Nutri-Score

Le Nutri-Score est un logo présent sur les emballages des produits alimentaires transformés et les boissons. Les produits non transformés comme les fruits et légumes frais ou le poisson frais ne sont pas concernés, de même que les boissons alcoolisées. L'application du Nutri-Score n'est pas obligatoire. Les entreprises de l'agroalimentaire et les distributeurs ont donc le choix d'apposer le logo afin de mieux informer les consommateurs sur la qualité nutritionnelle des produits.

Les produits sont positionnés sur une échelle à 5 niveaux allant :

- du produit le plus favorable sur le plan nutritionnel (classé A)
- au produit le moins favorable sur le plan nutritionnel (classé E)

Comment est calculé le score d'un produit ?

Pour classer chaque produit, des équipes de recherches ont mis au point un score qui prend en compte, pour 100 grammes de produit, la teneur :

- en nutriments et aliments à favoriser : fibres, protéines, fruits et légumes
- en nutriments à limiter : énergie, acides gras saturés, sucres, sel

Après calcul, le score obtenu par un produit permet de lui attribuer une lettre et une couleur.

Comment le Nutri-Score vous aide-t-il à choisir les produits que vous achetez ?

Complémentaire des recommandations alimentaires, le Nutri-Score peut vous aider lorsque vous faites vos courses à :

- choisir entre plusieurs produits d'un même rayon : les céréales du petit-déjeuner, par exemple, peuvent avoir un score compris entre A et E.
- comparer la qualité nutritionnelle pour un même produit de différentes marques : les lasagnes à la bolognaise vendues en grande distribution, par exemple, peuvent être classées en A, B, C ou même D selon les marques.

Quid des pesticides et des additifs ?

Seuls les aspects nutritionnels sont pris en compte dans calcul du Nutri-Score. Il n'inclut pas d'autres dimensions comme les additifs ou les pesticides. En l'état actuel des connaissances, il n'existe pas de score prenant en compte ces différentes dimensions.

Le logo « AB » permet d'identifier les produits issus de l'agriculture biologique. Il peut donc être utilisé en complément du Nutri-Score.

Les additifs figurent sur la liste des ingrédients. Par précaution, privilégier les aliments sans additifs ou avec la liste la plus courte d'additifs. Quand cela est possible, il est conseillé de cuisiner soi-même et d'éviter la consommation de produits ultra-transformés.

Tous les produits ne disposent pas à ce jour du Nutri-Score. Cependant, l'application d'Open Food Facts permet à tout un chacun de connaître le Nutri-Score d'un très grand nombre de produits alimentaires.

Quelques conseils généraux

Prenez plaisir à manger : privilégiez la variété, prenez le temps de manger et de déguster.

Privilégiez quand c'est possible le fait maison.

Faites attention aux quantités et à la taille des portions que vous consommez.

Bien manger c'est aussi prendre en compte l'environnement en privilégiant les aliments de producteurs locaux, les aliments de saison, et si vous le pouvez, les aliments bio.

Comprendre l'étiquetage alimentaire

Liste des ingrédients

Elle comprend tous les composants qui entrent dans la fabrication de l'aliment (matières premières agricoles, épices, additifs, etc.) et qui sont encore présents dans le produit fini.

Les ingrédients sont énumérés dans l'ordre pondéral décroissant de la recette.

La quantité d'un ingrédient est indiquée lorsqu'il figure dans la dénomination de vente ou est mis en évidence dans l'étiquetage (sur l'image par exemple).

La présence d'allergènes doit être obligatoirement indiquée (en gras par exemple).

Les additifs (substances ajoutées en petites quantités lors de la fabrication du produit pour accroître la durée de conservation, améliorer la texture, l'aspect, etc.) sont classés par catégorie et désignés par leur nom ou par leur numéro de code européen : lettre E (Europe) suivie de 3 chiffres.

La présence d'OGM (organismes génétiquement modifiés) dans l'un des ingrédients doit être obligatoirement mentionnée.

Dans les cas où l'industriel ne peut garantir l'absence totale de certains allergènes, il le précise par ce type de mention pour informer au mieux les consommateurs.

Mode d'emploi

Dates de consommation

Elles indiquent la période pendant laquelle le produit conserve ses propriétés spécifiques.

Date de durabilité minimale anciennement date limite d'utilisation optimale (DLUO)

«A consommer de préférence avant le...» (jour, mois, année), ou «A consommer de préférence avant fin...» (mois, année) ou (année).

Ella indique le délai au-delà duquel les qualités gustatives ou nutritionnelles du produit risquent de s'altérer.

Date limite de consommation (DLC)

«A consommer jusqu'au...» (jour, mois).

La DLC apparaît sur les denrées périssables (produits laitiers, viandes, poissons, œufs, légumes épluchés en sachets, etc) dont la consommation au-delà de cette date présente un danger pour la santé.

Date de congélation

«Produit congelé le...» (jour, mois, année)

Ella concerne les viandes congelées, les préparations de viandes congelées et les produits non transformés de la pêche congelés.

Dénomination de vente

Lorsque le produit dispose d'une dénomination « fantaisie », la dénomination de vente, qui doit être la plus précise possible, peut être située au niveau de la liste des ingrédients.

Poids net

En complément du poids net, le symbole « C » indique que les poids spécifiés sur l'emballage ont été vérifiés par le fabricant. Il est facultatif.

Pays d'origine ou lieu de provenance

Il est obligatoire d'indiquer le pays d'origine ou le lieu de provenance d'une denrée alimentaire lorsque, en l'absence d'une telle information, le consommateur pourrait être induit en erreur quant au pays d'origine ou de provenance réel du produit.

Marque d'identification

Cette marque ovale indique que l'établissement avant fabriqué le produit est agréé par les services vétérinaires départementaux pour la transformation de denrées d'origine animale conformément aux règles d'hygiène communautaires.

Point vert

Ce logo atteste que le fabricant participe au programme Eco-emballage, qui subventionne la collecte sélective et le tri de déchets d'emballage en vue du recyclage.

Il existe des signes officiels de qualité, comme par exemple l'appellation d'origine protégée, l'agriculture biologique ou encore le label rouge. Les aliments qui en bénéficient répondent à un cahier des charges défini, dont le respect est contrôlé régulièrement par des organismes agréés.

Nom et adresse de l'exploitant

Conditions de conservation ou d'utilisation

Mention obligatoire

Mention facultative

Decembre 2014

41

Précarité, alimentation et compétences psychosociales

<i>Dignité et estime de soi des personnes en situation de vulnérabilité alimentaire</i>	<i>45</i>
<i>Compétences psychosociales des adultes et promotion de la santé</i>	<i>50</i>
<i>5 compétences psychosociales à la loupe</i>	<i>53</i>
<i>L'apport des compétences psychosociales</i>	<i>58</i>
<i>Une épicerie solidaire pour booster l'estime de soi</i>	<i>61</i>
<i>Repenser l'atelier cuisine afin de (re)dynamiser les participants</i>	<i>62</i>
<i>Le CODES : une initiative du Cambrésis</i>	<i>65</i>

II. Dignité et estime de soi des personnes en vulnérabilité alimentaire

L'humiliation ressentie par les personnes devant se tourner vers d'autres pour arriver à se nourrir (A) et la difficulté d'accepter un corps malmené par la malnutrition et la vie en précarité et de ressentir le regard des autres (B) sont aussi des sources de tensions liées à la pauvreté qui impactent la construction de l'identité individuelle.

A. HUMILIATION DE DÉPENDRE DES AUTRES POUR SE NOURRIR ET NOURRIR LES SIENS

Les militants Quart Monde parlent des difficultés engendrées par ces situations où ils dépendent des autres pour pouvoir se nourrir, ils évoquent la **honte et l'humiliation qu'ils ressentent alors et la difficulté de devoir supporter le regard des autres.**

« C'est ça qu'ils arrivent pas à comprendre, la dignité. On tient à ces choses-là. Le fait de tendre la main, il faut la mettre dans sa poche la dignité. Le fait de tendre la main pour manger ou pour faire payer l'électricité ou pour faire... » (Réseau santé Wresinski, 25 novembre 2012)

Cette souffrance est tout autant ressentie dans le cas d'une **dépendance à un membre de la famille ou lorsque la personne doit se rendre dans les lieux de distribution alimentaire.**

« Donc moi, dans ma situation à moi, j'ai travaillé pendant presque 7 ans dans une entreprise de nettoyage. Comme j'ai pas pu ravoir mon titre de séjour parce que j'ai pas réussi à valider mon diplôme, la préfecture et moi on est en litige en ce moment. Donc je suis dans les démarches avec les avocats, pour avoir mon titre de séjour. Ce qui fait que je me retrouve sans travail. Je ne perçois rien, pas de RSA, rien du tout, pas d'Assedic, etc. Comme je vis avec ma petite sœur en ce moment, c'est elle qui travaille et c'est elle qui s'occupe de tout. Et sincèrement quelque part, il y a une souffrance qui est là parce que je ne peux pas me permettre de m'acheter des choses, des vêtements, de la nourriture. Il faut que je compte sur une autre personne, et autour de moi, il y a des gens qui sont là, qui sont pas forcément sympathiques, qui s'achètent des choses et qui se vantent, qui, quelque part, me rejettent, me méprisent un petit peu : c'est vraiment, c'est difficile à vivre tous les jours. Mais je fais un effort : comme je participe aussi à une association religieuse, je suis trésorière principale et suis très active à l'intérieur de cette association, et c'est ce qui m'occupe. Ça me permet de passer des moments assez stables, calmes. Je me sens active quoi, ça me permet d'être reconnue, de rencontrer d'autres personnes. Mais sinon c'est vraiment difficile. Comme le disait M. la dernière fois, des fois, des envies de se suicider. C'est pas mon cas. J'essaie de faire ce que je peux, mais il y a des moments, on se sent stressé. Y'a des moments où on est vraiment très démoralisé, on pleure, on se demande qu'est-ce qu'on a fait pour mériter cette situation. C'est pas évident. À vivre ça tous les jours, tous les jours, c'est dur, c'est vraiment difficile, c'est un peu ça... »

C'est dur, c'est embêtant, c'est la parenté, mais c'est très dur pour le quotidien : s'acheter à manger, s'acheter des vêtements. En plus, chez nous en Afrique, c'est quand même moi l'aînée. Elle, c'est ma petite sœur. C'est dans l'autre sens que ça marche : c'est pas normal que c'est la petite qui s'occupe de la grande mais bon, vu la situation qui est arrivée, c'est imprévisible. » (Focus group 2010)

« Là où j'habite, le centre de distribution est sur le chemin de l'école. Il ouvre au moment de l'école. Les enfants voient les parents de leurs copains qui font la queue... Ma fille avait un an quand j'ai commencé à aller aux Restos du cœur. Elle en a 25 aujourd'hui. La première fois que mes enfants sont venus dans un vrai restaurant avec moi, la patronne a demandé à ma fille, alors âgée de quatre ans : "C'est la première fois que tu viens au restaurant ?". Ma fille a répondu : "Non, on va aux Restaurants du cœur !". Les gens autour ont rigolé. Moi, je n'ai pas ri. Aujourd'hui, j'en parle en souriant. Mais quand même c'est dur. De plus en plus de jeunes qui vont aux distributions : c'est terrible. » (Marie-France Zimmer. Militante. France)¹⁷

Cette tension semble renforcée par la nécessité dès lors de devoir « circuler » entre les **travailleurs sociaux et les différentes associations** et d'exposer et de dévoiler, à chaque fois, sa situation et les détails intimes de sa vie pour réussir à se nourrir.

« Notre vie est faite de calculs. Tous les mois, nous calculons tout, nous n'avons pas le choix. Une personne qui m'emmène tous les mois au supermarché m'a dit : "Vous calculez tout." Je lui ai répondu : "Oui, mais si nous ne calculons pas, et qu'une facture nous tombe dessus, c'est la catastrophe." Je me suis sentie mal à l'aise devant cette personne, en me disant : Pourquoi nous n'avons pas le droit à la moindre erreur ? Quoi faire devant l'imprévu ? Soit on ne peut pas faire autrement que de payer sa facture, en se privant, soit on va voir un travailleur social pour trouver une solution auprès de la mairie ou du secours populaire. Il faut toujours se justifier. À cause de tout cela, la colère et l'incompréhension viennent des deux côtés. Ce n'est pas évident d'avoir des faibles ressources, nous survivons. Le fait d'être ballottés d'une personne à l'autre et en redisant à chaque fois notre situation, nous sommes pris pour des incapables et c'est de notre faute si nous sommes dans cette situation. » (Catherine Legeais. Militante. France)¹⁸

B. RAPPORT AU CORPS, REGARD DES AUTRES

Les problèmes de santé en lien avec la malnutrition et toutes les tensions qui se créent autour de la nourriture peuvent aussi **fragiliser le regard que ces hommes et ces femmes portent sur eux-mêmes et sur leur corps**. En effet, si nous prenons pour exemple la mauvaise santé bucco-dentaire, on constate qu'aux difficultés de pouvoir prendre et mâcher tous les aliments, s'ajoutent des difficultés d'ordre moral liées à la honte de ne plus avoir de dents et à la difficulté d'affronter le regard des autres qui provoquent une perte de l'appétit et peuvent entraîner la personne dans le cercle vicieux de l'exclusion. C'est leur dignité et leur estime de soi qui sont ici aussi fragilisées.

« Moi-même, je n'ai plus de dents en bas et neuf en haut... Mes dents tombent toutes seules comme les feuilles des arbres en automne, et ça me handicape tellement pour parler aux gens ou même sourire ou manger, bien évidemment, que j'ai eu du mal à passer par-dessus tout ça. Et pendant une bonne période, j'avais fait le choix de me couper de tout, tellement j'avais honte. Après, la nécessité fait que vous vous obligez à affronter le regard des autres, mais ça a toujours du mal à passer... Je mange de moins en moins. » (Parole d'usager, 2012)¹⁹

Certains, interrogés sur leur rapport à leur corps, sur leur vision d'eux-mêmes et sur ce qu'ils entendent par estime de soi-même, répondent :

17. Marie-France Zimmer, « Un système dans lequel on tourne en rond », propos recueillis par Jean-Christophe Sarrot, article publié dans *Feuille de route Quart Monde* n° 390 (décembre 2009).

18. *La misère est violence, Rompre le silence, Chercher la paix*, op.cit., p. 35.

19. Parole d'usager, Évaluation de la mise en place d'un contrat collectif de complémentaire santé en direction des plus démunis – « Mutuelle Réseau », Évaluation du projet dans le cadre du partenariat ATD/ <http://www/fonds-cmu.fr>, 48 p., p. 4.

« L'apparence est une estime de soi : ce que l'on peut penser de soi face à un miroir mais aussi le reflet de ce que l'on montre aux autres. Lorsque vous ne pouvez pas sourire parce que les dents n'y sont pas, vous fermez toujours la bouche... Le regard des gens sur nous est important pour nous aider à retrouver l'estime de soi. » (M^{me} Micheline Adobati. Militante. France)

« Si les autres n'ont pas une bonne image de toi [...], tu te sens coupable... Tu dois toujours te justifier, quand tu es pauvre, de ta façon d'utiliser ta vie, ton corps, ta nourriture. Tu n'as pas d'argent, alors si tu vas chez le coiffeur, l'assistante sociale te le reproche, on compte tout et on nous reproche chaque dépense qui n'est pas utile... » (M^{me} Kaci. Militante. France)

Or pour remplir le rôle de « fournisseur de repas », pour agir dans la dignité, pour revendiquer une humanité et une citoyenneté identiques à celle des plus aisés, pour favoriser le développement de liens sociaux et permettre une inclusion sociale, **il faut que les plus pauvres retrouvent un regard positif sur eux-mêmes et sur les leurs.**

III. Le cercle vicieux de pauvreté et d'exclusion en lien avec l'accès à la nourriture ?

D'après les témoignages des militants Quart Monde, il semblerait que le cumul des différentes tensions autour de l'alimentation peut conduire à l'enfermement des personnes dans un cercle vicieux qui les maintient dans la pauvreté et l'exclusion.

Ont été mentionnés le poids de la peur et des angoisses de la vie quotidienne (1) et le poids du regard des autres (2) qui empêchent de se relever et de se projeter ; à cela s'ajoute la nécessité d'accepter des emplois pénibles et humiliants pour pouvoir gagner de quoi se nourrir (3). La perte de l'habitude de cuisiner du fait des tensions et de la difficulté des parcours de vie (4) conduit également à s'interroger sur la culture alimentaire transmise (5). Les enfants sont très tôt touchés par les conséquences de ces tensions liées à l'alimentation : ils les ressentiraient dès la grossesse (6), la malnutrition impacterait leur possibilité de concentration à l'école (7), la nécessité d'aider au budget familial pour l'alimentation serait également une raison de l'arrêt de leurs études (8) et il y aurait un lien entre les habitudes familiales alimentaires et la santé des enfants (9). On pourrait également établir un lien de réciprocité qui unit l'accès à une nourriture adéquate, la santé, l'accès à l'éducation et au travail (10). Et enfin, on pourrait établir un lien entre la dépendance permanente des personnes à des associations caritatives et leur maintien dans une situation de pauvreté (11).

1) Peurs et angoisses qui empêchent de se relever

Le poids des peurs et des contraintes, en partie lié à la difficulté de se nourrir, enferme les personnes dans des urgences quotidiennes et dans le risque d'un assistanat qui **empêchent de se projeter dans le futur, de faire des projets et de se relever.**

« Comment vous voulez qu'on se relève quand on a déjà une assistante sociale sur le dos, les éducateurs sur le dos, la peur de je ne sais quoi, la peur de : "Je vais pas acheter ma baguette de pain demain" ? On n'arrive jamais à se relever : vous êtes trop lourd, allégez-nous et on se relèvera un peu plus. » (Réseau santé Wresinski, 25 novembre 2012)

2) Poids du regard des autres

Les conditions de vie difficiles rendent l'accès à une bonne alimentation impossible, mais **le regard des autres et la stigmatisation sont un poids parfois plus difficile à supporter que les privations**. Ce regard stéréotypé nie tous les efforts fournis par les personnes et les enfonce dans leur condition.

« Certains vont nous regarder de travers, vont nous critiquer, vont nous juger même, en disant : "Elle n'est pas capable". Le regard des autres... Mais quand tu sais que ton enfant va bien et que tu feras tout pour que tu survives avec ta gamine, peu importe ce que les gens disent. »

« On est tous pareils. Chacun peut avoir des difficultés. Le médecin, l'assistante sociale ne nous regardent pas pareil. On est marqué là (elle touche le front) : on est pauvres. »

« Moi, ce qui me met en colère, c'est quand on me dit : "les pauvres". C'est un mot... je peux pas. C'est pas parce qu'on est pauvre qu'on n'y arrive pas. »

3) Obligation d'accepter des emplois pénibles et humiliants

Pour pouvoir réussir à se nourrir et à nourrir les leurs, les personnes en grande pauvreté acceptent des emplois très durs et se laissent humilier à leur travail.

« Tout travail est dur, nous devons faire toutes sortes de travaux pour pouvoir manger. Je travaille beaucoup : le matin, je me lève à 3 heures du matin pour préparer mes enfants et je pars de la maison à 6 heures et parfois je rentre à 18 heures-20 heures, parfois plus tard. Et je dors que 4 à 5 heures dans la nuit, et j'ai de l'argent que pour élever mes enfants. On travaille le matin pour manger le soir ». (Yasmine Colette. Militante. République de Maurice)²⁰

« J'ai commencé à travailler à l'âge de dix ans. Quand j'avais treize ou quatorze ans, je ne travaillais plus à surveiller les enfants mais je réalisais tous les travaux de la maison. Comme je n'avais pas d'expérience dans le travail domestique et que ma patronne ne me l'enseignait pas, elle me maltraitait jusqu'à me battre, m'insulter pour ce que je faisais mal. À cause de tout ce qu'elle me faisait, je me mettais à pleurer et même cela, cela la dérangeait. Je gardais tout en silence en moi et après deux ans, j'ai décidé de m'en aller.

Cette expérience nous montre le sacrifice, l'humiliation et l'abus de travail que vivent des personnes. Par nécessité, nous nous laissons humilier. À vivre cela, nous nous sentons moins que les autres et nous pensons que nous devons toujours vivre ainsi. » (Emma Poma. Bolivie)²¹

« C'est le bien-être qui prévient et tous les enquinements qui rendent malheureux. Moi, mon exemple à moi, pour nourrir mes cinq gamins, j'ai bossé dans le bâtiment quatre ans. Je faisais du sol, j'arrachais les sols comme les gars, ils me mettaient les sacs de 25 kg de ciment sur les épaules, ça a duré 4 ans, il fallait bien que les gosses ils mangent. Et à cette heure-ci, ma colonne elle est esquinée, mon épaule elle est esquinée. Et le stress, l'ulcère et tout ça... La fatigue, et l'état général... C'est ça aussi qu'il faut dire. Comment vous voulez prévenir ? On peut pas. Moi, quand mon patron il m'avait pris en agent d'accueil, mon CES²², c'est 4 heures. Ce n'est pas beaucoup quand on en a 5. Et les pères qui... À la banque, je n'ai pas trouvé pour les pensions alimentaires. Et on ne gagne pas tant que

20. La misère est violence, Rompre le silence, Chercher la paix, op.cit., p. 34.

21. La misère est violence, Rompre le silence, Chercher la paix, op.cit., p. 58.

22. CES: contrat emploi solidarité.

ça non plus. Mais ça, je m'en fous. Mais quand mon patron m'a dit : "Je vous garde en CES mais c'est pour travailler dans l'atelier", c'était un foyer de réinsertion. Ben, comme tout le monde, j'ai dit : "Oui, monsieur". Parce que, nous, les femmes, le matin je me lève, je fais le ménage pour que ce soit propre à la maison, je lève les gamins pour qu'ils soient à l'école et moi je pars à pied, surtout parce qu'on économise comme on peut. Après on se tape les 8 heures... Et quand on revient, ben on réattaque les poêles, le repas du soir... Ben quand on arrive le soir, on sait plus comment on s'appelle. Mais c'est ça aussi, c'est que le stress ça engendre plein de choses et t'entends te dire après : "Oh tu travailles là-dedans ?" Puis les conneries qu'on entend quand on travaille avec les mecs. Mais c'est ça, tu te dis : "Est-ce que les gamins ils sont bien à l'école ?", quand c'est mercredi et qu'ils sont à la maison : "Est-ce que les plus grands ils s'occupent des petits ?" (Réseau santé Wresinski, 25 novembre 2012)

4) Perte de l'habitude de cuisiner

Certaines personnes ont perdu l'habitude de cuisiner, certaines même ne l'ont jamais eue. Des chocs psychologiques peuvent également empêcher de cuisiner.

« C'est bien les jardins [partagés], mais il faut que les gens, ils sachent qu'ils ont droit à ça. Il faut que ça soit dans leur tête. Il faut qu'ils viennent faire avec nous. Nous, il y en a très peu qui viennent cuisiner ou très peu qui viennent jardiner. Ils ne connaissent pas. C'est pas la peur, c'est la méconnaissance. Et la méconnaissance de faire du jardin aussi. Et peut-être la peur de l'autre, de faire pas bien ou voilà. » (Focus group 2011)

« Moi, j'ai perdu l'habitude de cuisiner. C'est le papa qui a pris le relais. Quand je cuisinais, j'avais envie de vomir et pourtant j'étais pas malade. J'ai été voir le médecin, il m'a dit : "Je peux rien faire pour toi, je sais pas ce qui se passe". Alors j'ai arrêté de cuisiner et ça roulait tout seul, c'est bête, hein ? Mais... Ben on se demande pourquoi. Je me demande encore maintenant mais comme je cuisine plus. Mais si je m'approche de la cuisine j'ai les odeurs, ça me revient un peu dans l'estomac.

– Ça n'a rien à voir avec le fait que tu n'aies pas l'argent ou que tu...

– Non, non ça n'a rien à voir, c'est juste le fait de cuisiner. Alors on ferme la porte de la cuisine et la porte de la chambre, comme ça je ne sens pas.

– Est-ce que ça pourrait avoir à faire avec le fait que tu aies beaucoup de choses à faire et que c'est trop de cuisiner encore en plus ?

– Non, parce que je fais rien.

– Ça peut être une odeur, moi je sais que j'ai ça : une odeur qui est associée quand on est petit, par rapport à la nourriture, et que quand on grandit, on a des nausées dès qu'il y a une odeur qui... Rien que l'odeur, hop ! Pourtant, on ne fait rien et ça vient d'un coup et ça repart. Et ça, ça me le fait des fois. C'est relié à quelque chose d'avant qui t'a choquée ou...

– Moi, ça vient depuis que j'ai perdu ma fille, c'est depuis là...

– Un choc !

– Et c'est bizarre, c'est que le corps il garde en mémoire des fois, alors que nous, dans notre tête, on lutte, on est conscient ou pas conscient. Si on est conscient, c'est encore plus rageant de ne pas pouvoir, d'être impuissant face au corps qui a des trucs qu'on ne peut pas maîtriser parfois. Et ça peut être sur la nourriture aussi. » (Focus group 2012)

Compétences psychosociales
des adultes et promotion de
la santé

UNE GRILLE RÉFLEXIVE POUR PORTER UN REGARD SUR L'ACTION

Ces questions visent à soutenir un processus de réflexion sur les pratiques des professionnels et de l'institution, dans une perspective de prise en compte et de renforcement des ressources utiles au développement des CPS et à leur exercice. La liste ci-dessous s'inspire directement des repères pour l'action précédemment développés.

→ Que met-on en place pour renforcer les ressources liées au CPS **dans mon institution**, mon association, mon organisme ?

- Pour assurer une cohérence, au sein de l'équipe, dans la manière de considérer l'Autre, d'être en relation avec lui ?

Q Une manière d'accueillir qui soit discutée et partagée en équipe, une réflexion sur la façon de considérer les personnes accueillies, éviter les injonctions contradictoires, une réflexion sur les publics qui semblent peu touchés par les actions...

- Pour encourager les relations sociales et les échanges entre les personnes (travailleurs, participants, usagers, patients...) ?

Q Organisation de l'environnement physique, rapport au temps et aux activités, accessibilité des lieux pour tous les publics, communication adaptée...

→ **En tant que professionnel**, qu'est-ce que je mets en place pour renforcer les ressources liées aux CPS ?

- Comment est-ce que je considère les personnes que je rencontre ?
Comment est-ce que je dialogue avec elles ?

Q Regard positif et de non-jugement, attention à ne pas limiter les personnes à leur statut social, leurs conditions de vie...

- Comment puis-je découvrir et valoriser les ressources psychosociales (connaissances, gestion des émotions, savoirs pratiques, qualités relationnelles...) des personnes ?

Q Mettre en place un cadre sécurisant socialement et affectivement, proposer des moments pour partager ses ressources, établir des liens entre les motivations du groupe et les ressources présentes, s'outiller...

- Quelles sont les pratiques professionnelles qui peuvent m'aider ?

Q Prise de notes systématique et réalisation de procès-verbaux, garder en mémoire les anecdotes, réflexion en équipe, évaluation ponctuelle, inclusion de partenaires, réflexion sur les orien-

23

Source : Article, REGINSTER Maud, VANDOORNE Chantal, **Compétences psychosociales des adultes et promotion de la santé**, Focus santé, n° 4, 2016-06, pp. 23-25

tations possibles du projet pour que les participants se l'approprient, se former...

→ Lorsque j'anime dans des **espaces collectifs**...

- Ai-je permis à chacun de contribuer au projet ? Comment pourrais-je favoriser cela ?

Q Permettre différentes formes de contribution, considérer que toute personne peut vouloir contribuer au projet à sa manière, reconnaître les personnes et ce qu'elles apportent au groupe ou au projet, encourager les partages de savoirs, de récits d'expériences, permettre la prise de rôles au sein du groupe, laisser la place aux initiatives, établir des liens avec des ressources extérieures...

- Que mets-je en place pour que les personnes aient l'occasion de s'exprimer, de participer ?

Q Instaurer un climat de respect et d'écoute, questionner les représentations, débattre et construire le cadre des activités, aborder ce qui est important pour la vie du groupe, partir des préoccupations, des besoins réels, des motivations...

- Sur quels types de ressources (affectives, sociales et cognitives) mon action va-t-elle porter ?

Q Identifier les ressources présentes dans le groupe, identifier et prioriser les ressources à renforcer, créer un cadre propice et un plan d'action pour le développement de ces ressources...

→ Lorsque je mets en place un **processus pédagogique** dans un espace collectif...

- Ai-je pu établir un diagnostic avec mon groupe ? Quelles situations problématiques a-t-on identifiées ? Quelles CPS sont à développer ? Quelles ressources y sont liées ?

- En lien avec ce diagnostic, ai-je pu planifier un processus pédagogique spécifique se basant sur la réflexivité et l'expérimentation ? Quel en est l'objectif ? Les moyens ? Les séquences et leur durée ? Comment l'évaluer ?

Q En termes de sujets : partir de situations-problèmes concrètes et réellement vécues, analyser ce qui se joue dans celles-ci, identifier les ressources psychosociales mobilisées, et les manières de mobiliser celles-ci, discuter des résultats produits et des critères de « réussite »...

Q En termes de processus : prendre appui sur l'expression et la réflexion personnelles et collectives, passer par un temps d'expérimentation, construire une perspective globale élargissant

les moyens d'agir, effectuer des allers-retours entre pratique et « théorie », évaluer le caractère proche de la réalité des situations faisant l'objet d'un exercice...

- Par ailleurs, il est important d'**observer les effets** de ce qui est mis en place dans les activités collectives en lien avec les CPS. Voici quelques propositions d'éléments à observer qui peuvent être largement complétés :
- Des changements (dans mon institution, mon association...) ont été effectués pour favoriser le développement des ressources ou compétences psychosociales.
 - Les personnes se sentent désormais plus à l'aise pour s'adresser aux autres, pour poser une question...
 - De nouveaux liens, de nouvelles interactions ont lieu entre les participants (notamment en dehors des temps formels d'activité de groupe).
 - Les participants expriment le sentiment d'avoir une plus grande maîtrise dans la réalisation de certaines activités ou dans certaines situations de leur quotidien.
 - Les participants établissent des liens entre les situations problématiques vécues et des ressources à mobiliser.
 - Les participants établissent des liens entre les activités et des situations vécues à l'extérieur.
 - Les participants expriment des expériences de vie positives en lien avec les activités menées.
 - Les participants font écho de conséquences positives des activités de groupe (santé, relations sociales, emploi, implication dans des projets, changement de positionnement ou d'attitude...) dans leur vie quotidienne.

Avoir conscience de soi

5 compétences psychosociales à la loupe

Rappel de définition

« Avoir conscience de soi-même, c'est connaître son propre caractère, ses forces, ses faiblesses, ses désirs et ses aversions. Cela nous aide à reconnaître les situations dans lesquelles nous sommes stressés ou sous pression. C'est indispensable pour établir une communication efficace, des relations interpersonnelles constructives et pour développer notre sens du partage d'opinions avec les autres. » OMS, 1993

Mots clefs

Estime de soi - Connaissance de soi et des autres, (lien CPS « avoir de l'empathie pour les autres »), image de soi, confiance en soi, croyance en son efficacité personnelle, sentiment de sa propre valeur, besoins fondamentaux, autonomie, réussites/échecs

Objectifs ou ce que l'on cherche à faire...

- Développer et maintenir une image de soi positive
- Renforcer les sentiments de sécurité, d'identité, d'appartenance, de compétence sociale et scolaire, sources de l'estime de soi (R. W. Reasoner)

A quoi ça sert ? un impact sur les ressentis, les attitudes, les comportements, les compétences.

- S'apprécier
- Prendre soin de soi, se respecter
- Avoir conscience de ses capacités et limites
- Mieux surmonter les échecs
- Mieux faire face aux problèmes et rechercher des solutions
- S'affirmer, faire des choix
- Etre sensible aux autres, nouer des relations positives
- Mieux accepter « le regard » de l'autre
- S'adapter à de nouvelles situations
- Avoir des buts, des rêves, se donner les moyens pour les atteindre
- Assumer la responsabilité de ses actes
- A considérer qu'on a droit à sa place dans la société

Les thèmes et leur progression

- Besoins / règles de vie
- Identité, mes goûts, mes passions,
- Qualités, compétences, réussites / limites
- Ressemblances et différences

Source : Site Internet, Instance régionale d'éducation et de la promotion pour la santé (IREPS) Pays-de-la-Loire, **Le cartable des compétences psychosociales**, IREPS Pays-de-la-Loire, s.d., <http://www.cartablecps.org>

Avoir une pensée critique

Rappel de définition

« La pensée (ou l'esprit) critique est la capacité à analyser les informations et les expériences de façon objective. Elle peut contribuer à la santé en nous aidant à reconnaître et à évaluer les facteurs qui influencent nos attitudes et nos comportements, comme les médias et les pressions de nos pairs. » OMS, 1993

Mots clefs

Perception, représentation, information, normes, valeurs, préjugés, stéréotypes, influences, pressions, choix, prise de décisions, empowerment, pairs, médias, publicité, consommation, décryptage.

Objectifs ou ce que l'on cherche à faire...

S'exercer à la pensée critique

Renforcer les attitudes et les habiletés à :

- construire son opinion personnelle, pouvoir la remettre en question, la nuancer (par la prise de conscience de la part d'affectivité, de l'influence des préjugés, de stéréotypes) Socle commun de connaissances et de compétences – Education Nationale 2006
- prendre des décisions et à faire face aux influences, dans une perspective d'autonomie

A quoi ça sert ? un impact sur les ressentis, les attitudes, les comportements, les compétences.

- Exercer un plus grand contrôle sur sa santé et les choix favorables à celle-ci
- Etre capable de se distancier, de prendre du recul
- Construire un jugement, penser par soi-même
- Savoir évaluer les bienfaits ou les risques face à une situation

Les thèmes et leur progression

- Conflits de perception
- Influences
- Décryptage d'informations
- Préjugés et stéréotypes

Savoir prendre des décisions

Rappel de définition

« Apprendre à prendre des décisions nous aide à les prendre de façon constructive. Cela peut avoir des conséquences favorables sur la santé, si les décisions sont prises de façon active, en évaluant les différentes options et les effets de chacune d'entre elles. » OMS, 1993

Mots clefs

Choix, impulsivité, raisonnement, habitude, compromis, coopération, démission, domination, accomodement, persuasion.

Objectifs ou ce que l'on cherche à faire...

- Renforcer la capacité à prendre des décisions favorables à sa santé.

Cette compétence s'appuie sur les autres compétences psychosociales (conscience de soi, gestion des émotions, communication, relation, problèmes, créativité, pensée critique). Elle permet de faire des liens avec les apprentissages précédents et leur donne tout leur sens.

Les thèmes et leur progression

- Prise de décision en groupe
- Prise de décision individuelle
- Autres

Savoir gérer ses émotions

Rappel de définition

« Pour faire face à ces émotions, il faut savoir reconnaître les siennes et celles des autres. Il faut être conscient de leur influence sur les comportements et savoir quelles réactions adopter. Les émotions intenses comme la colère ou la tristesse peuvent avoir des effets négatifs sur notre santé si nous ne réagissons pas de façon appropriée. » OMS 1993

Mots clefs

émotions, sentiments, sensations, humeur, expression des émotions, gestion des émotions, colère, peur, tristesse, joie, surprise, dégoût, honte

Objectifs ou ce que l'on cherche à faire...

- Renforcer la capacité :
 - à identifier les émotions
 - à s'exprimer et communiquer dans le domaine des émotions
 - à gérer les émotions

A quoi ça sert ?

- Ces habiletés sont plus ou moins développées chez les enfants
- Il est possible d'apprendre à mieux les gérer
 - Repérer leurs valeurs d'indicateur et de stimulation
 - Savoir y faire face est un facteur de santé individuelle et sociale
- Elles participent à la connaissance de soi et à l'empathie
 - Mieux se comprendre
 - Mieux comprendre les autres
- Elles permettent de développer les habiletés sociales
 - Mieux se faire comprendre
 - Prendre en compte les émotions dans la communication et les relations

Les thèmes et leur progression

- Le B. A. BA des émotions : les différentes émotions de base et leur expression
- Emotions et situations
- Emotions et réactions
- Gestion des émotions
- Approfondissement par émotion en fonction d'objectifs, exemples (colère/conflits – peur / influences...)

Ici, la catégorisation par thèmes est un découpage relativement théorique. Souvent une même activité rejoint plusieurs objectifs (ex mimes = reconnaissance de l'émotion, de son intensité, des sensations corporelles qui peuvent être associées...)

Etre habile dans ses relations

Rappel de définition

« Les aptitudes relationnelles nous aident à établir des rapports de façon positive avec les gens que nous côtoyons. Cela signifie être capable de lier et de conserver des relations amicales, ce qui peut être d'une grande importance pour notre bien-être mental et social. Cela signifie également garder de bonnes relations avec les membres de notre famille, source importante de soutien social. Il s'agit aussi de savoir interrompre des relations de manière constructive. » (OMS, 1993)

Mots clefs :

Coopération, entraide, amitié, solidarité, fréquentation, appartenance, confiance, personnes ressources.

Objectifs ou ce que l'on cherche à faire...

Renforcer des attitudes et des habiletés à :

- établir et maintenir des relations interpersonnelles de qualité
- savoir se situer dans un groupe
- s'affirmer
- coopérer et s'entraider

A quoi ça sert ?

- Adopter des attitudes et des comportements prosociaux
- S'impliquer positivement dans différents groupes et milieux de vie
- Vivre un sentiment d'appartenance
- Créer et maintenir des liens respectueux des différences
- Favoriser des liens de qualité
- Savoir faire face aux pressions négatives

Les thèmes et leur progression

- Coopération, entraide
- Amitiés
- Vie de groupe
- Pressions

L'apport des compétences psychosociales

- 49 Définies comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne » (Arwidson, 1997, p.74), les dix compétences psychosociales énoncées par un groupe d'experts de l'OMS en 1993 sont reconnues aujourd'hui comme un ciment des différentes thématiques en éducation à la santé (*ibid.*), dont l'éducation à l'alimentation fait partie. Dans ce domaine, précisément, certaines compétences psychosociales permettent de jouer sur un grand nombre de déterminants du comportement alimentaire.

Savoir résoudre des problèmes, savoir prendre des décisions (OMS, 1994)

- 50 Au niveau de l'exosystème, nous avons identifié les déterminants économiques qui imposent des contraintes au mangeur, contraintes d'autant plus importantes que le niveau économique de la famille peut conduire à une situation de précarité alimentaire. Sous l'effet de ces contraintes, le mangeur doit résoudre un problème : comment continuer à se nourrir, comment se faire plaisir, comment prendre soin de sa santé avec des moyens très limités ? Il faut pour cela être capable d'analyser différentes options : consommer des produits transformés faciles à cuisiner ou déjà prêts mais généralement onéreux ? Consommer des produits de base qu'il faudra cuisiner ? Transformer son mode de consommation et ses pratiques culinaires exige de savoir prendre des décisions, de s'adapter à son environnement en changeant ses habitudes. Les compétences psychosociales de résolution de problème et de prise de décision peuvent aider le mangeur à ce niveau. De la même façon, les déterminants environnementaux placent le mangeur face à une multitude de choix : consommer local et non bio ou consommer des produits bio importés avec une empreinte écologique plus importante ? Consommer équitable au risque de peser sur les conséquences écologiques des produits d'importation ? Consommer des produits de saison ou suivre ses envies ? L'éducation à l'alimentation apparaît ici comme une éducation au choix.
- 51 Au niveau du mésosystème école-famille, les déterminants psychoaffectifs peuvent entrer en jeu dans le comportement alimentaire du mangeur. Jourdan (2004) souligne que l'enfant peut être mis en situation d'injonction paradoxale, entre les pratiques et le discours de la famille d'une part et celui de l'école d'autre part. Le développement de ces compétences psychosociales peut lui permettre de prendre du recul par rapport à la situation et de résoudre ce conflit interne en prenant les décisions appropriées.

Source : Article, ARBOIS-CALAS France, **Dis-moi ce que tu manges...**, Les Cahiers du CERFEE, n° 36, 2014, np. <https://edso.revues.org/1002#tocto2n7>

Avoir une pensée critique (OMS, 1994)

- 52 Au niveau du macro-système, certains groupes d'influence tels que l'industrie agro-alimentaire ou le secteur de la santé publique inondent les médias de messages préventifs ou incitatifs que l'on retrouve dans les déterminants politico-médiatiques. Face à ces messages, souvent contradictoires, l'exercice de la pensée critique permet de repérer les tentatives de manipulation des médias et de mieux résister aux différentes formes de pression. Elles permettent au mangeur de gagner en autonomie et de se responsabiliser face à son alimentation sans dépendre du discours d'un tiers.

Communiquer efficacement, être habile dans les relations interpersonnelles (OMS, 1994)

- 53 Ces compétences permettent au mangeur de s'exprimer de façon appropriée à sa culture et dans certaines situations (*ibid.*). Le développement de ces compétences permet de travailler sur les déterminants sociaux du comportement alimentaire. En France, où le modèle commensal est valorisé (Fischler et Masson, 2008), le développement de ces compétences permet au mangeur de trouver sa place autour de la table, de vivre sereinement le moment du repas en partageant un moment agréable avec les convives. Dans ces situations, développer l'affirmation de soi permet aussi au mangeur de marquer sa singularité et son identité dans le groupe. C'est par le développement de cette assertivité que le mangeur pourra par exemple justifier son comportement alimentaire par l'affirmation de ses préférences alimentaires. De plus, les compétences sociales de l'éducation à l'alimentation pourront également permettre au mangeur d'affirmer son appartenance à une communauté.

Avoir conscience de soi (OMS, 1994)

- 54 Cette compétence implique une bonne connaissance de soi, de ses forces et faiblesses, de ses désirs et de ses aversions (*ibid.*). Broussouloux et Houzelle-Marchal (2006) ajoutent que le versant psychologique des compétences psychosociales renvoie au rapport au corps et en particulier à la compréhension des sensations provenant du corps (douleur, plaisir...) et des besoins physiologiques (nourriture, sommeil...). Le développement des compétences psychologiques telles que la conscience de soi permettrait donc à l'éducation à l'alimentation d'atteindre les déterminants biologiques du comportement alimentaire. En apprenant à repérer et à distinguer les sensations de faim et de satiété, en affinant son goût et en étant attentif au plaisir qui lui est associé, le mangeur devient de plus en plus autonome vis-à-vis de son alimentation. Il régule son appétit, aiguise ses choix en fonction de ses préférences et adapte son comportement alimentaire à sa physiologie.

Faire face à son stress, faire face à ses émotions (OMS, 1994)

- 55 Plusieurs auteurs ont mis en évidence l'impact du stress et des émotions sur le comportement alimentaire du mangeur. En condition d'examen, certains étudiants augmentent leur niveau de consommation comme pour créer une distraction face au stress émotionnel ressenti (Macht *et al.*, 2005). D'autre part, certaines études ont montré que la sensation de faim et la motivation à manger sont augmentées sous le coup d'une émotion « négative » comme la tension ou la colère (Macht et Simons, 2000) tandis que l'intensité des émotions ressenties aurait plutôt tendance à inhiber la prise alimentaire (Macht, 2008). De plus, nous avons vu précédemment que les émotions des autres pouvaient également agir sur le comportement alimentaire au cours du repas (Barthomeuf *et al.*, 2009).
- 56 Apprendre à réguler son stress et ses émotions semble donc être une stratégie efficace pour agir sur les déterminants psychoaffectifs de l'alimentation. Pour réguler ses émotions, le mangeur doit apprendre à reconnaître ses propres émotions et celles des autres et comprendre leur influence sur son propre comportement alimentaire. Pour faire face au stress, le mangeur doit également apprendre à en reconnaître les origines et analyser comment il agit sur lui.
- 57 Ainsi, l'éducation à l'alimentation apparaît moins comme la transmission d'informations scientifiques ou d'acculturation à un patrimoine gastronomique que comme le développement de capacités et d'attitudes qui permettent une meilleure conscience de soi et de son environnement. Ensemble, connaissances, capacités et attitudes orientent l'éducation à l'alimentation vers le développement de compétences tout au long de l'enfance. Dans cette perspective, l'éducation à l'alimentation s'intègre pleinement à l'éducation globale de l'enfant et ne peut se réduire à des interventions ponctuelles.
-

Population générale

Une épicerie solidaire pour booster l'estime de soi

→ Une épicerie solidaire pour booster l'estime de soi

L'association Dracénie Solidarités gère une épicerie solidaire qui prône un accompagnement social à travers l'aide alimentaire. Une épicerie itinérante est en train d'être lancée en Dracénie.

Comment gérer un budget pour l'alimentation ou établir un plan d'achat pour les courses, c'est la mission que s'est donnée l'épicerie solidaire créée par l'association Dracénie Solidarités.

Celle-ci œuvre dans le champ de l'exclusion depuis 2006 et accompagne au travers de son épicerie solidaire, des familles en difficulté sur le territoire varois de la Dracénie.

"Nous proposons une aide alimentaire avec en contrepartie un accompagnement social, explique Servanne Dechaux, coordinatrice de l'association. Nous accompagnons une trentaine de familles par semaine.

Dans ce local situé à Draguignan, les familles peuvent venir faire leurs courses pour quelques euros. Avec des produits de supermarchés vendus 10 à 20 % moins cher. "Nous essayons de nous différencier des aides alimentaires d'urgence, dans le sens où les personnes retrouvent dans notre épicerie les mêmes produits qu'en grande surface, explique Servanne Dechaux. Nous proposons presque tout, du pain aux produits d'hygiène. La viande, très rarement, puisque son coût d'achat est plus élevé."

Un accompagnement social au-delà de l'aide alimentaire

Il est surtout important pour l'association d'aider le public à gérer son budget alimentation et l'équilibre nutritionnel dans ce domaine. Mais cet accompagnement ne concerne qu'une partie du travail qui porte aussi largement sur leurs difficultés quotidiennes, budget, hygiène, parentalité. "Nous recevons plus de 35%

de familles monoparentales avec des femmes seules, qui cumulent les difficultés, poursuit la coordinatrice. Au total, l'année dernière, nous avons reçu 285 personnes dont 149 enfants."

Ce suivi s'adresse aussi aux travailleurs pauvres et personnes isolées, allocataires des minima sociaux. L'accès à l'épicerie solidaire pour ces personnes orientées par les travailleurs sociaux est soumis à l'accord d'une commission interne qui valide les demandes pour 3 mois, avec une possibilité de renouvellement les trois mois suivants. "Pendant ce laps de temps, un suivi social est proposé toutes les deux semaines, ce qui permet d'évoquer les difficultés au quotidien. La demande d'accompagnement se fait plus lourde au fil des années mais le taux de réussite de 78% pour trouver des solutions adaptées reste le même."

Cultiver pour retrouver de la confiance en soi

Pour prolonger cette action, Dracénie solidarités a lancé d'autres projets. Depuis janvier 2013, l'association a repris un jardin d'insertion au Muy près de Draguignan. Sur 16 parcelles, 14 ont été mises à disposition de 14 familles pendant deux ans. Deux parcelles sont destinées à la culture pour l'épicerie solidaire. Ce jardin d'insertion est destiné à remettre sur les rails un public en grande souffrance, qui souffre d'isolement social et de perte de confiance. "Cette activité, qui s'accompagne là aussi d'un suivi social, leur permet de remobiliser des compétences et de reprendre confiance en eux. Cela leur redonne une vie décente, et en leur demandant de cultiver



aussi pour l'épicerie, de promouvoir un engagement solidaire."

Mais Dracénie solidarités veut aussi innover en allant à la rencontre des personnes. "De plus en plus de gens souffrent d'isolement social et géographique avec tous ces petits villages autour de Draguignan et pour beaucoup, de mobilité réduite. Il est donc urgent de se déplacer vers eux." L'association a donc imaginé de mettre en place une épicerie itinérante, qui prendrait la forme d'un camion réfrigéré, avec la même façon de fonctionner qu'au siège. "Il y aura là aussi un accompagnement social, des animations collectives, en

partenariat avec les associations locales. Cela nous permet d'élargir notre offre à des personnes isolées qui connaissent de grosses difficultés mais n'osent pas aller demander." L'octroi des financements devrait permettre d'ouvrir ce très beau projet dans les prochaines semaines.

Contact :

Dracénie Solidarités,
Servanne Dechaux,
462 boulevard Kennedy,
83300 Draguignan,
Tél : 04 94 85 43 55
epiceriesolidairedracenie@hotmail.fr

Repenser l'atelier cuisine afin de (re)dynamiser les participants

DOSSIER

Repenser « l'atelier cuisine » afin de (re) dynamiser les participants

Dans le cadre d'un diplôme d'Etat en Ingénierie Sociale, Céline Lepeltier, conseillère en économie sociale et familiale de formation initiale, a mené un travail de recherche intitulé « Quelle place pour l'empowerment dans les ateliers cuisine ? ».

Au détour d'une expérience professionnelle dans un centre maternel, Céline Lepeltier fait le constat suivant : la relation avec les participants semble différente lors des entretiens individuels par rapport aux « ateliers cuisine ». Apparemment, durant les « ateliers cuisine », l'estime de soi des personnes est valorisée, car elles se trouvent alors dans une position de « détentrice de savoir », notamment lorsqu'elles font découvrir des recettes. Cette recherche traite plus spécifiquement des « ateliers cuisine » organisés par les épiceries sociales ou solidaires, structures intervenant dans l'aide alimentaire auprès des personnes en situation de précarité.

Méthodologie

Après avoir conduit une enquête exploratoire constituée d'entretiens avec des animateurs d'« atelier cuisine », des participants et des animateurs réseaux de l'ANDES - Association Nationale de Développement des Épiceries Solidaires-, elle a pu poser l'hypothèse suivante : l'intervention de l'animateur dans les « ateliers cuisine » contribuerait à développer le pouvoir d'agir des personnes qui serait à l'origine de changements d'ordre social et cognitifs.

Pour la vérifier, l'enquête de terrain, reposant sur une approche qualitative, était composée de :

- > un entretien semi-directif avec 5 animateurs d'« atelier cuisine »,
- > une analyse documentaire portant sur 5 comptes rendus d'« atelier cuisine ».

- > un entretien avec une élue et sa chargée de mission,
- > une observation participante d'un « atelier cuisine »,
- > quatre entretiens semi-directifs avec les participants,
- > un entretien semi-directif avec l'animatrice de l'atelier observé,
- > un entretien avec une auteure – Lilas Nord- qui a animé un atelier d'écriture auprès d'un groupe de participants aux « ateliers cuisine »,
- > un entretien avec une formatrice d'« atelier cuisine ».

Constats

Les sociologies de l'alimentation et de la précarité apportent des éléments de connaissance théorique pour comprendre les problématiques alimentaires et sociales de ces personnes, mais qu'en est-il des compétences méthodologiques d'animation ?

Les résultats de l'enquête exploratoire montrent qu'ils permettent de valoriser les personnes, de développer des savoirs, de créer des liens... Ainsi, les données recueillies laissent à penser que l'« atelier cuisine » peut contribuer à conduire le groupe de personnes en situation de précarité vers un chan-

gement social. C'est pour cette raison que le travail de recherche s'est axé autour du concept d'empowerment (ou pouvoir d'agir).

Les participants : un public hétérogène

Tout d'abord, pour présenter les participants de l'« atelier cuisine » observé, trois catégories ont été construites. Elles reposent notamment sur le degré de participation des personnes qui est également en corrélation avec le niveau de développement du pouvoir d'agir. Il s'agit :

• des « novices »

ces participants sont dans la découverte de l'atelier et donc leur participation est relativement faible. Cependant, ils montrent une volonté d'apprendre et sont dans une phase d'intériorisation des normes de l'atelier. Ils développent leurs compétences et savoir-faire tout en redécouvrant le plaisir alimentaire,

• des « avertis »

ils ont intériorisé les normes de fonctionnement de l'atelier et aident les nouveaux à s'intégrer. Ils sont dans une phase d'acquisition et de transmission des savoirs culinaires,

QU'EST-CE QUE L'EMPOWERMENT ?

Y. Le Bossé le traduit par le « développement du pouvoir d'agir des personnes ou de collectivités ». Les travaux de cet auteur et de W. Ninacs apportent des précisions sur le concept d'empowerment en s'intéressant plus particulièrement à son application dans les pratiques sociales avec une approche intégrée du changement social.

J. Rappaport (1981) décline quatre composantes de l'empowerment :

- la participation ;
- la compétence ;
- l'estime de soi ;
- la conscience critique.

Alimentation,
Santé & Petit budget N° 54 juillet 2011

Source : Article, LEPELTIER Céline, **Repenser "l'atelier cuisine" afin de (re) dynamiser les participants**, Alimentation santé & petit budget, n° 54, 2011-07, pp. 2-4

• des « confiants »

ils font figures de modèles pour les novices. Leurs intérêts portent davantage sur la convivialité. Progressivement, ils se détachent des ateliers et semblent avoir trouvé un certain équilibre dans l'alimentation quotidienne.

L'animateur : un chef d'orchestre aux multiples compétences

L'animateur occupe une place centrale pour amener les personnes vers des changements sociaux et cognitifs. L'enquête de terrain a montré que l'attitude des animateurs et la relation qu'ils tissent avec les participants favorisent le développement des 4 composantes de l'empowerment (voir encadré).

La participation

Elle est marquée par un accueil convivial ou règne une ambiance chaleureuse et détendue. La dimension relationnelle occupe un espace important en la combinant avec la dimension pratique. Ce contexte d'échange, d'entraide et de solidarité lors de l'atelier est propice à la création de liens sociaux entre les participants.

Les compétences personnelles

Elles sont développées par les apprentissages de savoir-faire culinaire. Ceux-ci peuvent être enseignés par les participants en faisant découvrir des recettes ou des techniques au groupe. Cette dimension d'apprentissage est très présente chez les « avertis », elle l'est moins chez les « confiants ».

La valorisation de l'estime de soi

Elle a pu être observée chez tous les participants à l'atelier.

Le développement de leur conscience critique

Il a été noté chez une « avertie » et une « confiante » qui évoquent le changement de leurs habitudes alimentaires et de celles de leur famille. Ceci peut s'expliquer par les connaissances nutritionnelles acquises et les savoir-faire développés.

PAROLES DE PARTICIPANTS

« On partage les idées, ça permet à l'un et l'autre de parler, c'est ça vraiment qui me soulage ».

« Je me suis fait beaucoup d'amis, je les appelle au téléphone pour parler avec eux, pour remonter un peu le moral ».

« Les gens sont simples, ils montrent leurs savoir-faire sans se montrer ».

« Il y a beaucoup d'expériences et c'est ça qui nous aide dans ce genre d'atelier, il y a plein de gens, plein d'idées. Ça nous sort aussi du quotidien, ça nous fait du bien ». Cet exemple montre que la participation aide à lutter contre l'isolement et l'exclusion alimentaire sous l'échappatoire de la réalisation des apprentissages culinaires.

« Voir que je faisais et que je pouvais faire des choses que je n'avais jamais faites jusque-là ».

« C'est comme si j'avais fait la paix avec les légumes. Et, j'ai passé ça à mes enfants. On utilise les légumes autrement. Ce genre d'atelier a valorisé le légume et le fruit ».

« Parce que la cuisine, c'est un bonheur. Ça vous met le pied à l'étrier, ça nous donne l'envie d'aller rentrer chez soi et de faire à manger, de faire plaisir aux autres, à ses enfants, à son mari, à ses amis ».

Il ressort donc que l'animateur joue un rôle pivot dans la socialisation des individus en :

- > encourageant l'intériorisation et la transmission de connaissances,
- > contribuant à la construction des identités en soutenant le développement personnel et social,
- > facilitant l'intégration des individus dans le groupe en stimulant les échanges (transmission des savoirs individuels au groupe),
- > favorisant l'accroissement du « pouvoir d'agir » dans le groupe.

La cuisine devient un support de redynamisation où un travail éducatif peut s'amorcer en s'appuyant sur la coproduction de savoirs. Cet atelier peut donc être qualifié d'outil d'insertion visant à apprendre à s'estimer, à créer un réseau autour de soi et surtout à reprendre confiance. Tous ces ingrédients sont essentiels au développement de l'empowerment.

Les professionnels interviewés tirent un bilan positif de la pratique des « ateliers cuisine ». Cette intervention est perçue comme « une bouffée d'oxygène dans le travail individuel [...] la relation est complètement différente. [...] Le contact n'est pas du tout le même. Je mets moins les barrières avec les gens, on est plus détendu ». Effectivement, cette forme

d'intervention remet en question la dichotomie individu/environnement en raison notamment de la position occupée par l'animateur dans le groupe que l'on pourrait qualifier de « pratique d'alliance ». Ainsi, la fonction d'aide professionnelle à la résolution des problèmes sociaux est redéfinie.

Le processus d'empowerment repose sur des méthodologies particulières requérant un certain nombre de savoirs tels que :

- > savoir élaborer et conduire un projet ;
- > savoir évaluer des besoins ou des intérêts communs, repérer des groupes latents, saisir l'opportunité d'une mise en relation, faire émerger l'expression ;
- > savoir susciter une dynamique, la formation de groupe, valoriser les personnes et leur donner confiance ;
- > favoriser l'appropriation de normes et de règles communes ;
- > être ouvert et créatif pour encourager l'expression des personnes ;
- > savoir animer le groupe et gérer la logistique ;

- savoir promouvoir la transmission de compétences individuelles puis interpersonnelles (aide mutuelle).

Le développement de ces savoirs dans la réalisation des « ateliers cuisine » concourt à l'émergence de compétences. Les animateurs évoquent que l'atelier redonne le désir et l'envie chez les participants.

Cette recherche a permis de repérer et d'analyser les compétences et habilités professionnelles déployées. Il apparaît qu'au cours des ateliers, l'animateur exerce bien une fonction d'agent de changements en facilitant l'accès à des ressources nouvelles ou existantes. Ainsi, il cherche à contribuer concrètement à ce que les participants mènent à bien un projet qui compte pour eux, à recréer un mouvement là où il y a un blocage, à élargir le monde « des possibles » des personnes qui perçoivent leur situation comme une impasse.

Cependant, plusieurs facteurs limitant le développement de l'empowerment ont pu être observés. Il s'agit de la nécessité de :

- se donner le temps pour construire le projet et voir les personnes évoluer,
- d'adapter les modèles d'intervention au contexte,
- s'engager activement pour l'animateur,
- développer ces actions hors contexte d'autorité,
- bénéficier d'une certaine souplesse institutionnelle caractérisée par la marge d'autonomie de l'animateur.

Prolongements

La visibilité des pratiques professionnelles passe notamment par des journées d'échanges. Elle est l'un des enjeux majeurs pour promouvoir une certaine philosophie des « ateliers cuisine ». Les indicateurs d'évaluation reposent sur une temporalité : celle de la personne en situation de précarité qui n'est pas nécessairement en adéquation avec celle des programmes d'aide alimentaire définis par les financeurs. De plus, il est important de rappeler que l'alimentation n'est pas seulement un acte nutritionnel, mais avant tout un acte intime puis social.

Le travail sur l'équilibre alimentaire nécessite que la personne soit dans une situation suffisamment sécurisante, qu'elle ait confiance en elle et que ses conditions matérielles, financières ainsi que ses savoirs culinaires lui permettent d'y avoir accès.

On comprend donc que l'équilibre alimentaire ne peut être une finalité pour l'« atelier cuisine » à destination des personnes en situation de précarité.

Avant tout, il s'agirait donc de développer l'estime de soi, la confiance en soi, la capacité à agir et la conscience critique des participants. L'animateur a donc un rôle important à jouer afin d'amener les personnes à partager leurs compétences et passer ainsi d'une position de « demandeur » ou de « bénéficiaire » à une position d'acteur.

Les réflexions menées sur le concept d'empowerment dans les pratiques

en travail social apportent des éléments de réponse pour lutter contre les inégalités sociales et la précarité notamment dans un contexte de remise en cause de l'organisation des pratiques sociales qui sont touchées par un fort sentiment d'impuissance et de découragement. Ainsi, ce travail ouvre des perspectives pour penser des modes d'intervention reposant sur la position d'acteur des participants et d'exploiter les marges d'autonomie des professionnels. Cette participation est une parenthèse dans les difficultés rencontrées par les personnes.

Pour conclure, ce travail nous conduit à nous interroger sur la place que l'on donne aux participants et celle que l'on souhaiterait leur laisser. Ne serait-ce pas là un moyen de développer une capacité d'agir des personnes sur elles-mêmes et sur leur environnement ? Si tel est le cas, l'« atelier cuisine » nécessite de laisser aux personnes une certaine liberté d'action, voire d'aller vers des projets qui vont au-delà de l'alimentation (action communautaire).

Ainsi, nous pouvons nous interroger sur les conditions de développement de l'empowerment des participants dans un contexte institutionnel où les notions d'efficacité, de résultats, voire de « contrôle social » sont sous-jacentes.

Céline Lepeltier

Master 2 recherche « travail social, intervention sociale » et Diplôme d'Etat en Ingénierie sociale.
Mail : celine.lepeltier586@hotmail.fr

Pour aller plus loin... sur l'empowerment

Bossé le Y.,
« Le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités, une alternative pour l'intervention sociale ? »,
Revue française de service social, n° 234, (2009/3), « Développer votre pouvoir d'agir », pp.15-23.

Deslauriers J.-P.
« Réflexions sur le colloque « Travail social et empowerment à l'aube du XXI^e siècle » »,
Nouvelles pratiques sociales, Montréal, Université du Québec à Montréal, (1999), vol. 12, n° 2, pp. 165-169.

Dufort F., Guay J., (sous la dir.),
« Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social »,
Québec, Presses Université Laval, (2001), 410 p.

Rondeau G.,
« L'empowerment et la pratique sociale ou la question du pouvoir en travail social »,
Revue française de service social, (juin 2003), n° 209, pp. 13-17.

Alimentation,
Santé & Petit budget N° 54 juillet 2011

DOSSIER

Le CODES : une initiative du Cambrésis

Lancé en 2003, le projet «Alimentation et lien social» est né de l'idée de favoriser l'émergence d'un groupement d'achats par la mise en réseaux de différents partenaires (structures d'aide alimentaire et d'insertion sociale), de producteurs locaux et de grossistes.

La particularité de ce projet destiné à des personnes en situation de grandes difficultés sociales, financières, matérielles et culturelles, est qu'il est entièrement géré par les bénéficiaires eux-mêmes.

Regroupant les acteurs de l'économie solidaire du Cambrésis (Région Nord), la vocation du CODES est de favoriser les initiatives locales, contribuer à la création d'emplois durables et développer une économie solidaire qui remplace l'homme au centre tout en respectant l'environnement.

Partant du constat que l'alimentation :

- Représente un poste de dépenses très important dans le budget des familles ayant des bas revenus,
- Joue un rôle essentiel en tant qu'acte social structurant les comportements individuels et/ou collectifs,
- Constitue un facteur-clé de maintien ou d'amélioration de la santé.

Le CODES s'est donné les moyens d'amener les personnes ayant des revenus modestes à s'exprimer sur ce thème. En découlent plusieurs initiatives allant du groupement d'achat collectif au magasin solidaire

« Accompagner », c'est « cheminer avec »

La démarche méthodologique de tout service solidaire suppose la co-construction de l'offre et de la demande pour générer du lien social : les personnes directement concernées par l'activité doivent donc être écoutées. Leurs revendications, leurs besoins constituent la condition première à toute amorce du projet. C'est finalement le recueil et la synthèse des difficultés, préoccupations et souhaits des habitants qui permettent de trouver

quelle activité serait la plus à même de répondre aux attentes.

Une fois le projet clairement défini, l'organisation et le mode de fonctionnement de l'activité (fonctionnement, locaux, approvisionnement, ressources humaines, matériels...) sont également établis par les usagers. Il s'agit bien d'accompagner et d'aider à la réussite, sans faire à la place. Selon le degré d'autonomie des usagers et l'étape du projet, les professionnels du CODES seront plus ou moins présents. L'objectif final de cette démarche d'accompagnement est que les personnes s'approprient le projet dans son ensemble et soient en complète autonomie.

Le CODES en action

Le CODES peut être illustré comme étant la 3ème marche après l'aide alimentaire d'urgence et les épiceries sociales et solidaires. En utilisant différentes techniques d'animations et d'expression, les professionnels vont amener les personnes à s'exprimer sur leur lien avec l'alimentation et faire émerger des idées de projets en fonction de leurs envies et de leurs besoins.

Le groupement d'achats de 2003 de Caudry est autonome : un professionnel du CODES se réunit avec les adhérents une fois par an pour vérifier que le fonctionnement et les valeurs sont toujours en concordance avec le CODES.

« Chacun a un rôle dans le groupement. Certains regroupent tous les bons de commande, d'autres les tapent à l'ordinateur, d'autres encore les faxent. Ce qui est bien, c'est qu'on s'entraide et que les anciens participants apprennent la démarche aux nouveaux. »

Le groupement d'achat de Cambrai est en revanche plus récent, les professionnels y sont donc plus attentifs. Les achats concernent surtout l'alimentation, et notamment, fruits, légumes, viandes et produits laitiers. Grâce à ce regroupement, les usagers payent en moyenne 33 % moins cher et sont insérés au sein d'un groupe. Deux participantes précisent que « ce sont des aliments pas chers et de qualité. Mais c'est surtout que ça fait rencontrer des personnes. Si on a du souci, on peut en parler. Ça permet d'oublier, de rigoler, de s'entraider. Et, à chaque début et fin de l'année du groupement, on se fait un repas collectif. ».

Bien plus qu'un moyen de s'approvisionner, ce projet se révèle donc être un véritable outil de création de lien social pour des gens souffrant de solitude et d'isolement.

« Ici, j'ai pas de rôle particulier, je fais comme les autres. J'essaie d'apprendre et de m'intégrer, et quand je peux, j'apprends aux autres. C'est valorisant, et ça facilite le contact et la discussion. », « Venir ici me fait du bien au moral. On s'entraide. Le Codes c'est en fait le contraire du chacun pour soi et c'est ça qui fait du bien. En tous cas, moi c'est ce que j'ai trouvé en venant ici et c'est ce pourquoi je reviens. »

Les professionnels du CODES ont présenté ces projets à l'Europe. Leur volonté était de « faire parler de cette démarche, qui est transférable à d'autres structures ou publics », évoque Mme KAMENI, responsable du groupement d'achats. Ils ont obtenu la labellisation par le comité de pilotage de l'année européenne 2010 de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Laura le Gouez
Conseillère en Economie Sociale Familiale et
étudiante en Master de Management
des Organisations Sanitaires et Sociales,
à l'Université de Lorient

Alimentation,
Santé & Petit budget N° 56 janvier 2012

Source : Article, LE GOUZ Laura, **Le CODES : une initiative du Cambrésis**, Alimentation santé & petit budget, n° 56, 2012-01, p. 2

Méthodologie de projet et techniques d'animation

<i>Conduire son projet comme l'on fait son jardin ?</i>	<i>69</i>
<i>La démarche de projet du CoDES 84</i>	<i>71</i>
<i>L'analyse des besoins</i>	<i>72</i>
<i>Choisir et utiliser une technique d'animation</i>	<i>82</i>
<i>Le blason</i>	<i>85</i>
<i>Jeu des enveloppes</i>	<i>87</i>
<i>Technique d'évaluation orale</i>	<i>88</i>



**Rubrique Repères
pour agir**
en promotion de la santé

n° 23 **Septembre**
2012

Conduire son projet comme l'on fait son jardin ?

Créer un coin potager pour profiter de sa récolte...Le jardin est souvent synonyme de plaisir. Et si son entretien demande de l'organisation et de la patience, la récolte personnelle est source de satisfaction, en particulier lorsque le résultat est à la hauteur de ses espérances. Encore faut-il, pour cela, suivre un certain nombre d'étapes ordonnées dans le temps et s'assurer de conditions de réussite au fur et à mesure de l'année et de la météo.

En santé aussi, conduire son projet, c'est prévoir, choisir et s'organiser. Cette recherche d'analogie entre jardin et projet, c'est d'abord un clin d'œil aux jardiniers. C'est aussi s'appuyer sur des façons de faire, repérer une pratique, orchestrer des étapes qui conduisent à des résultats.

Vous disposez d'un terrain privatif ou partagé ? d'un grand jardin ou d'un espace limité ? De l'expérience accumulée et des conseils avisés vous permettront de vous essayer à la culture puis de vous lancer dans la durée. S'occuper de son potager est pour beaucoup une détente et une passion. La consommation des légumes que l'on a soi-même plantés est certainement beaucoup plus satisfaisante et agréable. Les saveurs sont toujours supérieures aux produits achetés dans le commerce. Créer, faire vivre et prendre soin d'un potager est devenu à la portée de tous ceux qui possèdent un petit bout de terre. Alors pourquoi ne pas commencer par suivre les étapes dans le bon ordre ?



Le jardin / le projet : travailler avec les analogies ?

Développer son sujet à partir d'exemples... Utiliser des images, des représentations qui parlent d'elles-mêmes... Nous connaissons tous des analogies induites de l'expérience concrète comme point de repère en terrain inconnu.

L'analogie revient à étudier un sujet en fonction de ses propres représentations. En introduisant de la comparaison, de la confrontation d'idées, en prolongeant la réflexion, l'analogie permet d'aller plus loin. Elle transporte la signification d'un mot à une autre. L'efficacité du processus analogique en pédagogie n'est plus à démontrer. Il suppose que nous fassions appel à notre imagination, à notre expérience, à notre inspiration.

L'analogie forme une passerelle entre les connaissances acquises et les informations nouvelles. Elle permet de poser un contexte familier aux apprenants.

Ainsi la représentation du jardin peut amener le concepteur d'un projet en santé, à partir de ce qu'il en connaît, à faire la transposition sur ses idées et à développer sa propre action avec pertinence.

Cultiver son jardin : les 7 étapes

- 1 Préciser vos envies, vos possibilités, vos disponibilités
adapter la taille du potager aux besoins, au temps libre
- 2 Se déterminer sur son emplacement
repérer la meilleure orientation
- 3 Préparer son terrain
enlever les mauvaises herbes
enrichir la terre et l'amender
- 4 Préparer les semis ou les plantations
Se procurer les graines, le terreau...
- 5 Entretenir, suivre les levées
être attentif aux premiers signes
entretenir l'outillage
lutter contre les maladies
suivre la météo
adapter l'arrosage
- 6 Récolter !
Les carottes, les salades, les fraises pour un jardin potager ou les fleurs pour un jardin d'agrément... Chaque jardin a sa propre production. Et à l'heure de la récolte, l'évaluation est souvent toute faite...
- 7 Manger vos produits...

Conduire son projet : les 7 étapes (*)

- 1 Etablir votre diagnostic
collecter les informations
analyser demande et besoins
identifier les publics et acteurs
- 2 Poser vos objectifs
définir vos priorités
anticiper les indicateurs
- 3 Définir votre stratégie
installer une démarche participative
- 4 Adapter les moyens
rechercher les ressources
- 5 Dérouler le programme
préparer les activités
animer le pilotage
organiser le suivi
gérer le temps
concrétiser le partenariat
- 6 Réaliser votre évaluation
poser les questions évaluatives
reprenre les indicateurs
mettre en œuvre la méthode
choisir ses outils
tenir son bilan
- 7 Ne pas oublier la valorisation
restituer et partager les résultats



Source : Article, HINCELIN Luc, **Conduire son projet comme l'on fait son jardin ?**, Rubrique repères pour agir en promotion de la santé, n° 23, 2012-09, 2 p.



Echanger les bonnes pratiques, au jardin aussi !

Au jardin, avec le voisin d'à côté, avec l'association des jardiniers, avec vos parents ou grands-parents, les « bonnes pratiques » enrichissent les uns et les autres. Discuter du temps qu'il fait, des méfaits de la météo, d'un arrosage intempestif. Prendre des avis sur l'assolement, les levées, les paillages, les saisons... **Le jardin est source de partage.** Pour réussir ses plantations ou ses semis, pour entretenir son carré de légumes, pour récolter de bons fruits, il est souvent utile de profiter de l'expérience d'autrui. Le jardinage, c'est une foule d'informations à connaître. C'est prendre son temps, choisir des produits à faible impact sur l'environnement, économiser l'eau, rechercher l'ensoleillement, respecter les doses...

C'est aussi tester des trucs et des astuces, s'échanger de nouvelles idées, mutualiser les produits d'entretien, la cabane et les outils.



Nature et convivialité

Le jardin est un endroit à multiples facettes. Avec le plaisir de la récolte (l'essentiel ?), la plupart des jardiniers cherchent un lieu de détente (lutter contre le stress), un lieu d'expression, de contemplation, un lieu où ils peuvent mettre en œuvre leurs savoirs, pratiques et techniques. Le jardin est aussi un espace de rencontre avec ses enfants, ses parents ou ses amis à l'occasion d'un rassemblement ou d'une fête.

Dans le cadre d'événements collectifs, les animations ne manquent pas. Trocs aux plants, journées portes ouvertes, web météo, grand prix des jardins, magasins internes ou formules d'achats groupés, conférences thématiques...

Ces animations illustrent une dynamique qui peut être entretenue par une association de jardiniers, une municipalité, un collectif d'habitants ou une structure sociale et culturelle.



Jardins familiaux, jardins communautaires, jardins partagés...

Sous diverses appellations, tous ont un même objectif : proposer un lopin de terre où l'on peut cultiver son jardin... Sur le même espace, cohabitent jardiniers novices ou expérimentés à la recherche de m² suffisants pour y planter les légumes de son choix. Ces espaces groupés, constitués de parcelles dissociées de l'habitat peuvent toutefois se former sous des statuts différents (initiative privée, communale ou associative). D'autres vont plus loin en partageant leurs savoir-faire, en mutualisant les moyens, en coopérant aux dynamiques sociales des quartiers dans lesquels ils sont implantés. Quelques règles existent cependant comme l'entretien des parties communes, le respect du caractère paysager ou l'obligation de ne pas faire commerce de sa production. Certaines particularités sont également repérées en fonction des projets. Une vocation intergénérationnelle, l'ouverture aux écoles en proximité, la découverte de senteurs méconnues, la préservation d'un environnement calme et verdoyant, la sensibilisation à l'écologie (utilisation maîtrisée des engrais) peuvent devenir des axes de développement au-delà de la seule salade cueillie qui agrémentera votre repas.

La place de l'habitant (voilà une excellente occasion d'impliquer les hommes dans une action de prévention !) est bien entendu centrale. Si le but est aujourd'hui de produire pour soi et nourrir sa famille, quelques-uns vont jusqu'à partager le trop plein de fruits et légumes, s'échanger des recettes, et en amont, se procurer de nouvelles graines ou semis. La valorisation de ces parcelles aux cultures maraîchères ou légumières passe aussi par l'identification de ces opérations en zone citadine. L'aménagement des espaces familiaux consacre un loisir de plein air, contribue au développement de l'activité physique, à la santé, et participe à la respiration de la ville.

(*) La pré-attitude sur www.lh-conseil.fr

Luc HINCELIN
consultant en promotion de la santé
Agence LH conseil
reperes.lhconseil@laposte.net
www.lh-conseil.fr
03 20 95 98 37

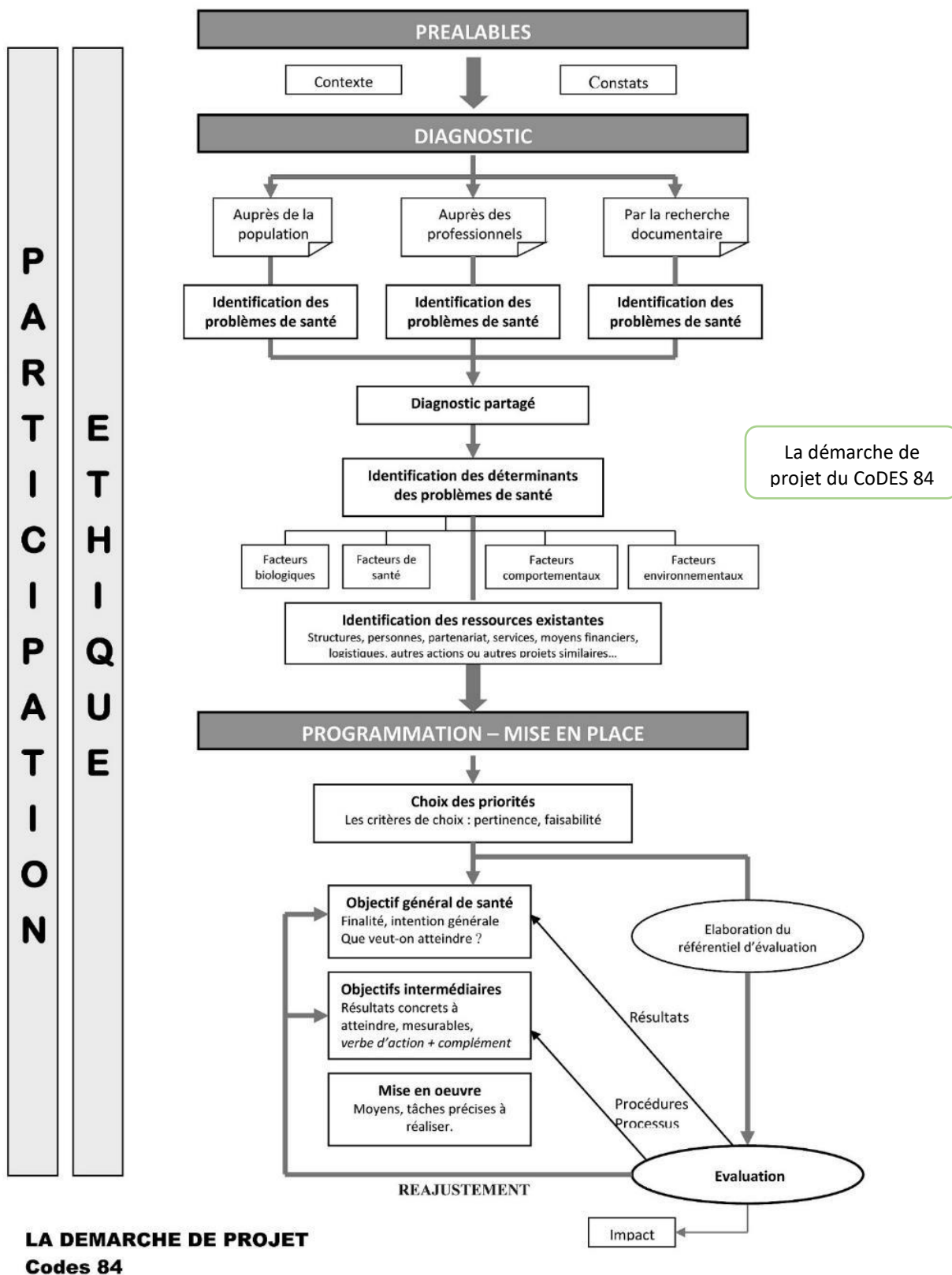
**Vous souhaitez continuer à recevoir cette rubrique ?
N'hésitez pas à nous contacter !**

Photos : LHconseil,
Graphisme JH créa



Régulièrement référencés, les éclairages de Luc Hincelin alimentent la documentation consacrée aux outils et à la méthodologie. Ils proposent des repères sur les pratiques et les modes d'intervention en éducation et promotion de la santé. Avec expertise et pédagogie, l'auteur s'appuie sur les tendances d'aujourd'hui et diffuse une rubrique qui s'adresse à tout porteur de projet.

LH conseil, agence en promotion de la santé, initie et accompagne vos diagnostics de santé, vos créations d'outils et de méthodes, réseaux de santé, auto évaluations accompagnées. Collectivité locale, institution ou association, vous trouverez auprès d'elle une aide pour vos interventions et vos formations et des conseils au bénéfice de votre action.





Pôle régional de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé en Languedoc-Roussillon

Principes et repères est une publication conçue par les partenaires du pôle régional de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé Languedoc-Roussillon. Elle tente d'apporter un éclairage théorique synthétique sur un thème.

Les participants à cet écrit :

**Emilie Bec
IREPS-LR**
Hôpital la Colombière
39, avenue Charles Flahault
34295 Montpellier cedex 5
Tél : 04 67 04 88 50
Fax : 04 67 52 02 57

**Karine Briot
Codes 66**
12, avenue de Prades
66000 Perpignan
Tél : 04 68 61 42 95
Fax : 04 68 61 02 07

**Lydie Hébréard
CODES 30**
7 place de l'oratoire 30900
Nîmes
Tél : 04 66 21 10 11

**Catherine Olivo
IREPS-LR**
Hôpital la Colombière
39, avenue Charles Flahault
34295 Montpellier cedex 5
Tél : 04 67 04 88 50
Fax : 04 67 52 02 57

Et l'aimable relecture de :
Dr Frédéric Jacquet
de l'Agence Régionale
de Santé LR

Comment réaliser un diagnostic, une analyse des besoins ?

"On étudie le fond de la mer avec une sonde. Si celle-ci ramène de la vase c'est que le fond est vaseux. Si elle ramène de la boue c'est que le fond est boueux. Si elle ne ramène rien c'est que la ficelle est trop courte." [1]

En effet, « avant de se lancer dans un projet, quel qu'il soit, il faut avoir soigneusement «analysé la situation». Oui mais voilà, tout le monde ne le fait pas. Parce que ça prend du temps, parce qu'on n'a pas d'argent pour ça, et aussi parce que c'est compliqué : entre l'analyse du problème, des besoins, des demandes, des ressources et des services, on ne sait plus trop bien où on va, ni par où il faut commencer... Et au bout du compte, quand de (parfois trop) nombreuses données ont été recueillies, on ne sait plus très bien lesquelles sont pertinentes à retenir pour construire sa stratégie d'intervention, son projet. » [2]

Ce concept "d'analyse des besoins" varie selon les auteurs. Ils parlent d'analyse de la situation, de diagnostic, d'analyse des besoins, d'état des lieux... Chacun se réfère à des définitions différentes et les diverses appellations en modifient le cadre et les limites.

C'est pourquoi, nous avons fait des choix pour cet écrit. Nous avons opté pour des auteurs proches de nos visions de la méthodologie de projet, et de nos valeurs de l'éducation et de la promotion de la santé.

Cet écrit propose un éclairage sur l'analyse des besoins, mais aussi plus largement sur la mise en œuvre d'un diagnostic lorsque l'on souhaite monter une action de promotion de la santé ou d'éducation pour la santé. La méthode d'analyse des besoins appliquée aux projets locaux de santé n'est pas développée dans ce document.

Nous verrons l'intérêt de mettre en œuvre un diagnostic dans la pratique de terrain. Des définitions de besoins, demandes, attentes, désirs viendront comme un premier jalon sur lequel construire l'analyse. Des pistes de réponse pour réaliser une analyse des besoins seront données mettant l'accent sur certaines approches des sciences humaines. Quelques méthodes concrètes utilisées pour le recueil des besoins seront ensuite développées. En complément, quelques modèles de planification ou de démarche qualité seront présentés en fin de document.

Réalisé avec le soutien de :



[1] Jean Charles, « La foire aux cancrs » in GRAWITZ Madeleine, **Méthodes en sciences sociales**, Dalloz, 11ème édition, 2000. 920 p.

[2] GRIGNARD Sophie, GOUDET Bernard, VANDOORNE Chantal, **Pour envisager différemment les analyses de situation**, Education santé, n° 240, 2008/12, pp. 13-17, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1071> (Consulté le 01/11/2011)

Source : Article, BEC Emilie, BRIOT Karine, HEBREARD Lydie (et al.), **L'analyse des besoins. Dossier, Principes et repères**, n° 3, 2011-12, 10 p.

Pourquoi faire un diagnostic ? Quel est son intérêt ?

Au delà du passage "obligé" lié à la demande de financement pour son projet, l'acteur de terrain amené à réaliser un diagnostic, peut y trouver plusieurs intérêts ou avantages :

Un guide, un tuteur pour faire grandir nos projets

Le diagnostic est une étape de clarification, de dessin de pistes d'actions, de légitimation ou d'abrogation de ces idées. Il permet à l'acteur de terrain de mettre à plat et réfléchir à toute la matière engagée.

Une aide à la décision

Quelque soit le constat de départ sur un territoire défini, une problématique, une population, l'acteur de terrain peut affiner ce constat, prioriser les actions à mettre en oeuvre **à son échelle**. [3]

Une aide qui tient compte des contraintes et limites

La vie du projet est liée au temps que l'on peut y consacrer, aux ressources humaines, matérielles et financières ou aux conjonctures. Tous ces éléments viennent comme des contraintes à prendre en compte en amont dans la planification et dans la réalisation du projet envisagé. Le diagnostic rend compte de l'ensemble des possibles pour tendre vers un projet idéal.

« Parmi les principaux critères pour définir une priorité de santé, nous pouvons relever : l'importance du problème, la capacité du programme à solutionner celui-ci, la faisabilité de ce programme. Lorsque les données objectives manquent, l'appréciation de la valeur d'un problème repose sur un jugement de valeur. C'est toute l'importance donnée au diagnostic initial afin qu'il traduise de la façon la plus fiable possible la réalité rencontrée. » [4]

Un recueil des besoins pour une mise en synergie

L'ensemble des partenaires peut être interrogé lors de l'analyse des besoins. Cela favorise la richesse de points de vue, de positionnements. C'est également l'occasion de négociations ou de discussions en vue des futurs projets complémentaires ou communs.

Car le recueil de besoins a pour "vocation d'apporter une plus value en terme de mise en mouvement des acteurs et des partenaires, de renforcement des coopérations locales existantes ou en émergence." [3]

Une préoccupation fondée sur les constats d'un enseignant, d'un conseiller principal d'éducation (CPE), d'une infirmière, d'une association de parents d'élèves... est souvent à l'origine d'un projet de promotion ou d'éducation pour la santé. Celle-ci ne suffit cependant pas à fédérer un établissement autour d'un projet. Elle peut néanmoins servir de point de départ à une analyse plus fine de la situation.

L'analyse des informations ainsi collectées permet d'« objectiver » la situation et de dégager des besoins. Associer élèves et parents à cette phase de recueil d'information permet non seulement de prendre en compte leurs besoins, mais également de les intégrer dès le début, ce qui favorise une plus grande implication de leur part dans la suite du projet.

L'absence d'analyse des besoins vient remettre en question le fondement même de l'action. Comme le signalent Grignard, Goudet et Vandoorne, l'analyse de situation est une étape particulièrement importante : "la louper, c'est courir le risque de créer un outil (ou une action) inutile, redondant, inadapté..." [5]

[3] HINCELIN Luc, EUSTACHE Lionel, **Diagnostic local de santé et dynamique de territoire : des liens évidents**, Rubrique repères pour agir en promotion de la santé, n° 2, 2008/03, 2p. http://pmb.santenpdc.org/doc_num.php?explnum_id=3660 (Consulté le 01/11/2011)

[4] HINCELIN Luc, **Comment définir ses priorités**, Contact santé n°190, 2004, pp. 16-17. <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Grps/ContactSante/2004/190/16.pdf> (Consulté le 01/11/2011)

[5] GRIGNARD Sophie, GOUDET Bernard, VANDOORNE Chantal, **Pour envisager différemment les analyses de situation**, Education santé, n°240, 2008/12, pp. 13-17, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1071> (Consulté le 01/11/2011)

[6] BROUSSOULOUX Sandrine, HOUZELLE-MARCHAL Nathalie, **Education à la santé en milieu scolaire. Choisir, élaborer et développer un projet**, INPES, 2006/10, 139 p. <http://www.inpes.sante.fr/esms/pdf/esms.pdf> (Consulté le 01/11/2011)

Les définitions : besoin, désir, demande, attente

"L'analyse de la situation est une phase cruciale puisqu'elle précise le point de départ, l'état initial de l'activité. Etat des lieux, diagnostic, analyse de la situation, quel qu'en soit l'intitulé, il s'agit d'une phase de connaissance, d'observation et de recueil de données." [7]

Le besoin

Selon la définition du besoin, il est fait référence à une « nécessité repérée » comme « vitale » qui pousse les personnes à lutter contre cette sensation de manque comme l'indique la définition suivante : un besoin est « pour les êtres vivants, une sensation de manque, de privation, d'insatisfaction qui les pousse à accomplir des actes perçus comme nécessaires, voire indispensables. Le but de ces actes est de faire disparaître cette sensation de manque : la satisfaction du besoin » [8]. Le besoin serait donc plutôt organique, biologique, cyclique et naturel.

Le désir

La notion de désir va au-delà de la « nécessité » du besoin et intègre une dimension inconsciente et symbolique. En psychanalyse, Lacan avance que l'être humain est pris dans une "course désirante". Tout être humain est en quête perpétuelle d'un objet pour combler son désir. Cependant, chaque objet du désir n'est jamais suffisamment et totalement satisfaisant. Le désir tel que défini en psychanalyse n'est bien évidemment pas étudié lors d'un diagnostic. Si l'on se réfère à l'acception commune de la notion de désir, elle se rapproche davantage de l'attente ou du besoin.

La demande

La notion de *demande* intègre l'acte de parole de l'individu qui est capable d'exprimer son besoin ou son désir. « La demande est conçue comme la forme ordinaire que prend l'expression d'un souhait, dans le cas où il s'agit d'obtenir quelque chose de quelqu'un, (...). Ce qui spécifie l'homme c'est qu'il est dépendant, pour ses besoins les plus essentiels, d'autres hommes auxquels le lie un usage commun de la parole et du langage » [9].

L'attente

La notion d'*attente* se situe également dans ce rapport à l'autre, dans la formalisation consciente d'un désir, d'un besoin, d'une idée : "Action d'attendre quelqu'un, quelque chose, de compter sur quelqu'un, sur quelque chose" [10].

Ainsi, « Tout individu exprime de manière plus ou moins explicite des attentes par rapport à un service, vis-à-vis de professionnels. Dans une démarche participative il nous paraît important d'apprendre à entendre et de prendre en compte les attentes des personnes ». [11]

Critique de la pyramide de Maslow



Lorsque l'on se penche sur les besoins dans les nombreux ouvrages, les auteurs abordent fréquemment l'incontournable « théorie des besoins fondamentaux » de Maslow. [12]

Selon lui, il existe 5 besoins fondamentaux qui se définissent à travers les besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance, de considération et d'accomplissement.

Mais cette théorie est contestée quant à son rationalisme et à sa rigueur : en effet, certains auteurs mettent en avant l'influence des aspects culturels, anthropologiques et religieux : « Malinowski, le père de l'anthropologie, souligne quant à lui l'importance de la « coloration » « culturelle » des besoins. Les besoins ne pourraient être étudiés par rapport à des normes objectivées et quantifiées une fois pour toutes car la manière dont les individus les satisfont est culturellement marquée. » [13]

Par ailleurs, la hiérarchie proposée par Maslow, à savoir que qu'on cherche à satisfaire notre "besoin de reconnaissance et d'accomplissement" une fois que les précédents besoins ont été satisfaits, est également critiquée. Tous ces besoins existent simultanément et non progressivement, les uns à la suite des autres. Un individu à autant besoin de reconnaissance que de manger...

[7] MANSOUR Zeina, LANSADE Héliane, LOQUET Ludovic (et al.), **Méthodologie et évaluation d'actions ou de programmes de santé publique. Nouvelle édition 2010**, CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2010. <http://www.cres-paca.org/methodo/methodo.swf> (Consulté le 01/11/2011)

[8] **Dictionnaire Larousse** en ligne : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/besoin> (Consulté le 01/11/2011)

[9] VANNI DELLA Guistina, **Déterminants de la santé, du besoin au désir**, santé conjugée, n°31, janvier 2005, 4 p. http://www.maisonmedicale.org/spip.php?action=accéder_document&arg=628&cle=485a2c6fddb73b522a10c23dd3ca11f71e1cd57&file=pdf%2Fart31_della_guistina.pdf. (Consulté le 01/11/2011)

[10] **Dictionnaire Larousse** en ligne : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attente> (Consulté le 01/11/2011)

[11] « Glossaire de quelques termes utilisés en santé publique et en santé communautaire » In : BRIXI O., FAYARD R., GUILLAUD-BATAILLE S., (et al.), **Santé : travailler avec les gens**, ENSP, 2003/03, 284 p.

[12] RUSCH E., THELOT B., **Dictionnaire de l'information en santé publique à l'usage des professionnels de santé**, Éditions Frison-Roche, 1996. http://semioscope.free.fr/article.php3?id_article=8 (Consulté le 01/11/2011)

[13] PIPSA, « Fiche n°7 : A propos de la notion du besoin en santé » in **Guide méthodologique comment créer un outil pédagogique en santé**, (sd), en ligne : <http://www.creerunoutil.be/-Fiche-7-A-propos-de-la-notion-du-> (Consulté le 01/11/2011)

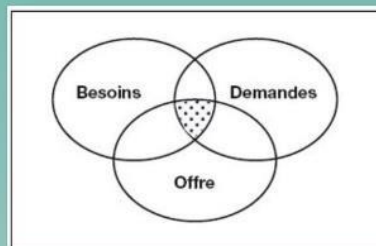
Critique de l'approche « besoins / demandes / offres »

Les besoins de santé de la population ont été pendant longtemps réduits à une analyse de l'offre de soins ou de services en direction de la population.

« Le système de santé interprète le besoin, détermine la réponse adéquate et réagit en rétablissant (autant que possible) la santé de l'individu dans la communauté ». [14]

L'approche la plus couramment utilisée dans la planification en santé publique met en tension besoins, demandes et offres. [15]

Parfois, elle est présentée sous la forme d'un schéma qui identifie des zones d'interaction entre ces trois notions et la place et le rôle de chacun des acteurs concernés par l'analyse de besoins : experts, décideurs, population. [16]



Cette approche propose donc trois regards différents. Elle met en place des systèmes de mesure qui s'appuient fortement sur l'épidémiologie afin de rechercher une objectivité quant à la situation décrite.

Des limites quant à cette réflexion peuvent être identifiées :

- La notion de problèmes de santé peut être amalgamée à la notion de besoins. Le problème de santé va être identifié également en termes d'écart entre une situation vécue et une situation idéale. Pour éviter cette confusion, Guistina [14] propose une définition du problème de santé qui « prend en compte la souffrance individuelle et ses conséquences sociales ».
- La question de qui pose la norme est également un des biais de cette approche : quelle institution ou groupe de professionnel énonce l'état de santé souhaité ?
- Enfin, cette approche semble figée et prend peu en compte la perception du bien être de l'individu qui rappelons-le « varie à l'évidence, dans le temps, selon le milieu social, les cultures et les sociétés. » [17]

Une autre façon de voir

Bernard Goudet propose une nouvelle façon de voir qui se détache selon lui du prisme de l'économie libérale et des rapports entre « l'offre et la demande ».

« Contrairement à la logique du bon sens, le jeu est toujours mené par l'offre et non par la demande (...) »

« L'offre » est structurée par les possibilités économiques et administratives de réalisation des prestations normées élaborées par les experts (...). La « demande » ne peut être honorée que dans la mesure où elle se focalise sur une réponse déjà disponible ou facile à monter avec les éléments déjà en place. » [18] [19]

Quelles sont les spécificités d'un diagnostic local de santé ?

Une approche centrée tout d'abord sur le territoire

A la croisée des politiques publiques et territoriales, le diagnostic local de santé amène des éléments de compréhension du territoire. Celui-ci est défini en fonction de l'opérateur territorial qui le porte.

Sont amenés à conduire des diagnostics locaux de santé : les Ateliers santé Ville, volets santé des contrats urbains de cohésion sociale, communes ou intercommunalités, Pays, Conseils Généraux ou Conseils Régionaux ...

Du temps

Le diagnostic local de santé est une étape incontournable de l'animation territoriale. Cette étape préalable prend un temps important pour son élaboration, sa mise en oeuvre et le rendu de ses résultats.

Une exhaustivité

Sans champ ou thème d'ores et déjà défini, il permet de balayer l'ensemble des ressources du territoire : des acteurs aux offres de santé, des besoins ressentis par la population aux besoins ciblés par les professionnels sur ce territoire. Il met en exergue l'ensemble des interactions, des déplacements et des potentialités. Par conséquent, pourront être définis des groupes de travail d'habitants, de professionnels et d'élus.

Une ressource pour l'ensemble des acteurs du territoire œuvrant dans le champ de la promotion de la santé (dont ceux du soin, de la prévention, de l'éducation, du social et du médico-social, ...).

Il impulse une dynamique territoriale sur laquelle l'ensemble des professionnels pourront s'appuyer par leur mise en synergie.

Pour tout ce qui concerne les diagnostics locaux de santé, diagnostics territoriaux qui demandent des méthodes plus conséquentes, nous vous proposons de vous référer à :

- la newsletter du pôle sur "animation territoriale, contrats locaux de santé et diagnostics de santé sur un territoire"
- la seconde journée régionale qui s'appelait "analyse des besoins" mais qui a développé un contenu sur les diagnostics territoriaux.
- la partie de cet écrit "Focus sur quelques méthodes qualitatives"

[14] VANNI DELLA Guistina, **Déterminants de la santé, du besoin au désir**, santé conjugquée, n°31, janvier 2005, 4 p. http://www.maisonmedicale.org/spip.php?action=accéder_document&arg=628&cle=485a2c6fddb73b522a10c23dd3ca11f71e1cd57&file=pdf%2Fart31_della_guistina.pdf (Consulté le 01/11/2011)

[15] LONFELS C., **L'utilisation des données de la littérature dans les projets en éducation nutritionnelle : enquête qualitative**, Santé publique, 2005, Vol. 17, pp. 281-292 <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-2-page-281.htm> (Consulté le 01/11/2011)

[16] PIETTE Danielle, **Besoins, demandes et offre de santé publique**, fiche technique n°2, Bruxelles, ULB, 1998, en ligne <http://www.ulb.ac.be/esp/sipes/fiches/tech2.html> (Consulté le 01/11/2011)

[17] PICHÉRAL Henry, **Dictionnaire raisonné de géographie de la santé**, 2001, 308 p.

[18] GOUDET Bernard, **Méthodologie d'élaboration de projet et d'évaluation en promotion de la santé et en développement social**, Université Victor Segalen Bordeaux, 2002, 71p. http://www.stes-apes.med.ulg.ac.be/Documents_electroniques/MET/MET-GEN/ELE%20MET-GEN%205214.doc

[19] GRIGNARD Sophie, GOUDET Bernard, VANDOOORNE Chantal, **Pour envisager différemment les analyses de situation**, Education santé, n° 240, 2008/12, pp. 13-17. <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1071> (Consulté le 01/11/2011)

Comment faire un diagnostic, une analyse des besoins ?

Définir une population « cible » ?

La phase de diagnostic permet de définir des priorités (problème ou domaine sur lequel on souhaite agir) et éventuellement de définir une population "cible".

Éventuellement, car "désigner un groupe conduit inévitablement à l'exclusion et à la stigmatisation" qui peut mettre en cause "leur moralité ou leur mode de vie". [20]

Cibler un groupe peut également détourner la responsabilité d'autres groupes ou même des institutions à l'égard de ce problème.

La méthode dépend du temps

De nombreux auteurs décrivent des méthodes pour réaliser un diagnostic ou une analyse des besoins. Le choix des méthodes va dépendre essentiellement du temps et des moyens à votre disposition. Ainsi, les trois aspects décrits par Baudier [21] peuvent être considérés comme des gradients de cette faisabilité :

- A minima : Récolte de données : recherche bibliographique
- Si vous avez un peu de temps et de moyens : rencontre des professionnels et de la population
- Si vous vous donnez les moyens d'une analyse des besoins spécifique : investigations spécifiques : études pour clarifier les besoins, et l'écart entre les demandes et les besoins réels.

Si vous n'avez que peu de temps et peu de moyens à consacrer au diagnostic, voici les questions incontournables auxquelles vous pouvez répondre [22] :

- Quelles sont les caractéristiques du territoire et de la population ?
- Quels sont les problèmes ? Quelles sont les données de santé disponibles sur ces problèmes au niveau de notre structure, et au niveau départemental, régional, national ? Il est intéressant de combiner des données quantitatives (épidémiologie) comme par exemple, le nombre d'IVG ; et des données qualitatives, comme par exemple, une analyse des freins à la contraception (recherche d'études réalisées).
- Y a-t-il une demande de la population sur un sujet spécifique ?
- Quelles sont les ressources locales, les programmes et financements possibles ?
- Quelles sont les expériences ou actions antérieures auprès de cette population et quels enseignements peut-on en tirer ?

Ce mini-diagnostic permettra d'identifier s'il est nécessaire d'aller plus loin et de faire une analyse des besoins de la population locale et éventuellement, de solliciter de l'aide pour la réaliser.

Du bon sens

Faire un diagnostic, une analyse des besoins c'est d'abord du bon sens !

Le bon sens c'est bien sûr partir de l'observation du terrain, de la motivation des professionnels, et de la faisabilité en temps.

L'acteur de terrain ne peut pas passer des mois à mettre en place un recueil de données, à trouver des méthodes scientifiques pour les analyser, pour enfin savoir quel projet il pourrait mettre en place ensuite...

Le simple fait qu'il soit dans une démarche de projet suppose qu'il a observé le terrain, le contexte, la population. Et qu'il a envie d'agir !!

Le pragmatisme consistera donc à une **mise en forme** des données ou faits observés par le professionnel, à partager ces données, ces analyses avec les collègues ou partenaires et enfin confronter les indicateurs que détiennent les collègues, leurs observations respectives, et leur analyse des besoins, demandes, attentes du public.

[20] GUEGUEN Juliette, FAUVEL Guillaume, LUHMANN Niklas, (et al.), **Education pour la santé. Guide pratique pour les projets de santé**, Médecins du Monde, 2010/06, 50 p. <http://www.mdm-scd.org/media/00/662164303.2.pdf> (Consulté le 01/11/2011)

[21] MANSOUR Zeina, LANSADE Hélène, LOQUET Ludovique, (et al.), **Méthodologie et évaluation d'actions ou de programmes de santé publique**, CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2010, en ligne : <http://www.cres-paca.org/methodo/methodo.swf> (Consulté le 01/11/2011)

[22] D'après le rapport, COURALET Delphine, OLIVO Catherine, **Education pour la santé. Actions : découvrez la méthode !**, CRES Languedoc-Roussillon, 2005/10, 97 p. http://sd-1.archive-host.com/membres/up/185855205323779033/Actions_decouvrez_la_methode.pdf (Consulté le 01/11/2011)

Peut-on se satisfaire d'une analyse entre professionnels ?

Les questions que les partenaires pourront se poser

Elles portent par exemple sur l'analyse des perceptions des causes et conséquences du problème [23] :

- Quelles sont les conséquences de ce problème sur la vie quotidienne et la vie sociale des personnes ?
- Le problème est-il perçu par la population ? Cela la préoccupe-t-elle beaucoup ? Comment explique-t-elle ce problème ? Quelles en sont les causes ?
- Le problème est-il perçu par les autres professionnels ? Cela les préoccupent-ils beaucoup ? Comment expliquent-ils ce problème ? Quelles en sont les causes ?

La perception des professionnels et celle des habitants

Mais attention, "la situation n'est pas décrite de la même manière par les prestataires professionnels et par les bénéficiaires. Deschamps (1986), Baudier (1987), Bury (1988) et bien d'autres auteurs insistent sur le caractère complémentaire des regards croisés des professionnels et de la population ciblée. La situation initiale doit être décrite, évaluée par les deux parties. On trouvera des zones de convergence entre les deux expressions." [24]

La perception des besoins des professionnels et celle des habitants ainsi que leur formulation peut être parfois nettement différente. Par exemple, le rapport réalisé dans le cadre de l'atelier santé ville de Villeurbanne montre bien cet écart entre professionnels et habitants. D'où la nécessité de faire les deux démarches (recueil auprès des professionnels / recueil auprès de la population) si l'on ne veut pas passer à côté d'une analyse fine de la situation. [25]

Focus sur certaines approches issues des sciences humaines

Si vous avez la possibilité d'aller plus loin et de réaliser une analyse des besoins adaptée à la population, au territoire, à vos besoins ... il est intéressant de s'appuyer sur les sciences humaines pour un recueil de données affiné. Cela suppose de s'entourer des compétences indispensables à ce type de méthodes, qu'elles soient pratiquées par des sociologues, psychologues, etc.

Une approche qui prend en considération la complexité des situations

Les travaux de l'école de Michel Crozier montrent que toute situation comprend des stratégies implicites de la part des divers partenaires (destinataires, promoteurs, experts, relais, financeurs) ; tout ceci constituant un "champ social parcouru d'initiatives parfois divergentes appelant d'inévitables négociations. Cette approche évite de transformer trop vite en "besoin" ce qui pose problème au demandeur et ce qui dissone avec les normes de l'expert. Elle renvoie chacun à ses propres intérêts et à ses représentations, toujours relatives." [24]

Du quantitatif et du qualitatif ?

L'aspect quantitatif est largement développé par de nombreux organismes experts en épidémiologie.

Si une approche complémentaire est à développer, c'est donc l'apport des sciences humaines :

L'anthropologie culturelle renseigne sur "les modes de vie, les coutumes et sur la santé manifestée".

La psychologie aborde "la santé vécue", sa dimension psychique et toutes les défenses mises en œuvre par l'individu pour rendre sa vie "vivable".

La sociologie étudie la dimension sociale de la santé et "le rapport entre les individus et leur environnement". [26] Les méthodes pour recueillir des données qualitatives auprès de la population sont décrites plus loin.

[23] D'après la rapport : COURALET Delphine, OLIVO Catherine, **Education pour la santé. Actions : découvrez la méthode I**, CRES Languedoc-Roussillon, 2005/10, 97 p. http://sd-1.archive-host.com/membres/up/18585520532379033/Actions_decouvrez_la_methode.pdf (Consulté le 01/11/2011)

[24] MANSOUR Zeina, LANSADE Héliane, LOQUET Ludovique, (et al.), **Méthodologie et évaluation d'actions ou de programmes de santé publique. Nouvelle édition 2010**, CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2010, en ligne : <http://www.cres-paca.org/methodo/methodo.swf>

[25] MORADELL Mathilde, Atelier santé ville Villeurbanne, Charpenne - Tonkin. **Diagnostic des besoins de santé- Etat de santé, besoins et réponses exprimées par les habitants et les professionnels**, CRAES-CRIPS Rhône-Alpes, 2006, 25 p. http://education-sante-ra.org/publications/2006/atelier_sante_ville_charpenne.pdf (Consulté le 01/11/2011)

[26] GRIGNARD Sophie, GOUDET Bernard, VANDOORNE Chantal, **Pour envisager différemment les analyses de situation**, Education santé, n° 240, 2008/12, pp. 13-17, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1071> (Consulté le 01/11/2011)

Des méthodes issues de l'anthropologie

De nombreux anthropologues ont développé des méthodes (notamment dans le cadre de la santé communautaire) pour réaliser un diagnostic. Nous proposons un focus synthétique sur deux d'entre elles.

a. L'anthropologie dynamique

Bernard Goudet invite à une approche anthropologique, qu'il qualifie de dynamique.

"Cette approche, inscrite dans une logique d'action communautaire et non de planification administrative, place l'intervention sanitaire et sociale dans la dynamique des processus d'insertion et de développement social. Elle permet la prise en compte avec les sujets concernés de ce qui est occulté par l'individualisme assistanciel des réponses aux « besoins » :

- pratiques originales de vie et modalités particulières du rapport au corps liées aux situations traversées et aux appartenances sociales ou ethniques,
- modalités spécifiques d'appropriation de l'espace et de structuration du temps,
- formes spécifiques de sociabilité,
- représentations mentales de la santé et de la maladie amenant des constructions subjectives des risques marquées par les références socioculturelles des sujets...

Elle s'appuie sur les aspirations des personnes, leurs centres d'intérêt et leurs plaisirs, leurs désirs, leurs refus et leurs convictions....".

Contrairement à la plupart des autres méthodes, **cette approche met l'accent sur les intérêts des bénéficiaires, leurs ressources et potentialités tout en tenant compte des contraintes communautaires et des opportunités qui peuvent en émaner.**

Elle se centre donc sur la santé vécue (représentations, croyances, connaissances) et permet de dégager les systèmes de ressources (potentialités, forces, expériences) et de contraintes (limites, incapacités, freins) des personnes et des groupes. [27]

b. L'analyse de la situation d'après Grignard, Goudet et Vandoorne [28]

Cette méthode intègre l'ensemble des acteurs dans le processus même d'étude de la situation, aucun acteur n'est extérieur à l'objet étudié et chacun qu'il soit professionnel, habitant ou décideur participe à la construction de l'information en favorisant sa circulation et sa compréhension.

Les auteurs poursuivent leur analyse liée à la faisabilité et à l'acceptabilité de l'action par le public en s'intéressant aux systèmes de ressources et de contraintes des personnes, au plan politique et sociétal, en analysant les ressources et contraintes de l'environnement et en dégagant les enjeux liés au projet.

L'analyse de la situation d'après Grignard, Goudet et Vandoorne [28]

1. Relever les données "symptômes"
Décrire la **santé manifestée** : le problème de santé sur le plan épidémiologique et démographique.

Etudier la **santé "manifestée"** du public bénéficiaire : "ce que le public exprime ou demande, au travers des modes de vie et du rapport entre les individus et leur environnement, mais aussi au travers de la perception des relais en contact proche avec le public."

2. Analyser à quelles difficultés renvoient ces symptômes

"Etudier la **santé vécue** du public, au travers de ses représentations : (...) quelles sont ses croyances, ses connaissances par rapport au problème de santé envisagé dans votre projet ? Comment comprend-il, traduit-il ce problème dans son vécu quotidien ? Quelle origine et quelle signification lui donne-t-il ?" en prenant en compte les spécificités socioculturelles du public (car leurs représentations sont influencées par le niveau d'instruction, les habitudes sociales, les lieux de vie, l'ethnie, l'opinion politique ...)

"Etudier les attitudes et les habitudes du public : (...) est-il favorable à la création d'un comité de quartier ou d'un groupe de parole, à la mise en place d'un projet dans l'école, à la mise à disposition d'un nouveau service ou d'une infrastructure ? " Ou comment "allez-vous être perçu et accueilli au sein du public ?"

Au delà des méthodes, le recueil de données auprès de la population interrogée de façon systématique la posture du professionnel

Les méthodes employées pour recueillir les besoins comportent le biais de "désirabilité sociale" : "les participants voudront plaire à l'animateur et donner les réponses qu'ils pensent que celui-ci attend. L'animateur doit donc veiller à rester le plus neutre possible et être conscient de l'impact de ses commentaires, gestes, mimiques, etc., et le lieu doit être le plus neutre possible." [29]

De plus, recueillir des besoins implique d'aborder des pratiques personnelles, voire des comportements qui peuvent être perçus par la population comme trop intimes pour être abordés en groupe. La méthode de recueil (entretien individuels / focus group par exemple) sera donc dépendante du sujet abordé (ou problème de santé identifié), si celui-ci est déjà défini...

[27] GOUDET Bernard, *Éléments de méthodologie de projet en promotion de la santé et en éducation pour la santé. Formation des médecins de l'éducation nationale*, 2004, 18 p. http://www.stes-apes.med.ulg.ac.be/Documents_electroniques/MET/MET-PLAN/ELE%20RAP%20MET-PLAN%206871.pdf (Consulté le 01/11/2011)

[28] GRIGNARD Sophie, GOUDET Bernard, VANDOORNE Chantal, *Pour envisager différemment les analyses de situation*, Education santé, n° 240, 2008/12, pp. 13-17, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1071> (Consulté le 01/11/2011)

[29] GUEGUEN Juliette, FAUVEL Guillaume, LUHMANN Niklas, (et al.), *Education pour la santé. Guide pratique pour les projets de santé*, Médecins du Monde, 2010/06, 50 p., http://www.mdm-scd.org/media/00/00/662164303_2.pdf (Consulté le 01/11/2011)

Focus sur quelques méthodes qualitatives

Il existe des méthodes qui demandent plus ou moins d'expertise, à vous de voir si vous pouvez vous en saisir ; éventuellement, vous pouvez identifier des partenaires qui les maîtrisent pour les associer à votre projet.

"Combiner une recherche documentaire, des observations, des entretiens, des focus groups et une enquête CAP (Connaissances-Attitudes-Pratiques) est l'idéal, puisque chaque méthode se complète. Cependant, en raison de contraintes de temps et de moyens, il n'est souvent pas envisageable de multiplier les méthodes de recherche (...). On pourra alors allier une recherche documentaire (qui représente un gain de temps et peut permettre d'éviter de reproduire une recherche déjà réalisée par d'autres) et une ou plusieurs autres méthodes en fonction du type d'information recherchée, et en fonction des contraintes de temps et de ressources humaines disponibles." [30]

La recherche documentaire : données quantitatives et qualitatives

Généralement, le sujet traité a déjà été abordé par le passé. Avant de se lancer dans de nouvelles études, parfois très coûteuses, il est important de faire le point sur la littérature existante. La plupart des questions que l'on se pose avant d'entamer un projet trouvent déjà leurs réponses dans cette littérature.

Comment faire ?

« La première étape consiste à définir précisément ce que l'on cherche. La présentation du sujet de recherche ne doit pas être trop large. Le domaine doit être cerné sur trois points : le domaine couvert, le champ social et/ou géographique et la période traitée.

La deuxième étape consiste à identifier les lieux où trouver l'information. Les bibliothèques et les centres de documentation présentent le double avantage de regrouper la documentation et de mettre à votre disposition une (ou plusieurs) personne(s) spécialisée(s) dans la recherche documentaire.

L'information obtenue à partir des rapports d'activité des structures, des rapports statistiques de santé, des documents administratifs, des articles, des livres, des enquêtes menées auprès de la population concernée (enquêtes épidémiologiques, sociologiques, CAP (Connaissances-Attitudes-Pratiques) permet d'avoir une bonne connaissance du contexte, de repérer les éventuels besoins d'informations complémentaires et d'envisager les meilleures méthodes pour les recueillir. Cela peut sembler fastidieux à réaliser mais représente en fait un véritable gain de temps en permettant de mieux cerner le contexte et les besoins. » [31]

Les autres méthodes qualitatives

De multiples ouvrages sont consacrés aux méthodes qualitatives, cependant elles ne s'improvisent pas, il est nécessaire de faire appel à des professionnels qualifiés pour pratiquer ces méthodes.

L'observation

L'observation se décline en différentes approches ou méthodes selon qu'elle est pratiquée par des sociologues ou des psychologues. S'il s'agit d'observation directe ou indirecte, d'observation participante (cf Malinowski), d'observation diffuse ou d'observation analytique, les pratiques et outils mis en place vont différer.

Dans tous les cas, elle permet de décrire des comportements, des interactions sociales et leurs règles de fonctionnement, des environnements, etc. selon un repérage focalisé sur un ou des aspects particuliers des phénomènes étudiés en un temps et dans un lieu déterminés. [32]

L'entretien individuel

L'entretien permet d'appréhender les processus psycho-sociaux et "de rendre compte des systèmes de représentation, des normes, des croyances, des adaptations et finalement du sens des conduites individuelles et sociales que l'on peut observer".

Fischer Gustave-Nicolas, TARQUINIO Cyril. Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. Dunod, 2006.

Comme pour l'observation, les méthodes et types d'entretiens sont divers : directif ou non directif, direct ou indirect, extensif ou intensif, etc. De multiples ouvrages sont consacrés à l'entretien, cependant cette pratique ne s'improvise pas non plus, il est nécessaire de faire appel à des professionnels qualifiés. [32]

Les entretiens de groupe : entretiens simultanés, focus group, groupes de discussion [33]

Trop souvent, lors d'une analyse des besoins, les appellations "focus group" et "interview de groupes" sont employées indifféremment. Elles semblent imbriquées et l'on ne sait plus très bien ce que l'on peut attendre d'un entretien avec un groupe.

L'entretien simultané (appelé aussi Focused interview) est également différent du Focus Group et des groupes de discussion présentés dans le tableau ci-après.

L'entretien simultané est une "série d'interventions individuelles dans un contexte collectif d'écoute". La situation est donc proche de celle d'une collecte de points de vues individuels. Elle n'ouvre pas au débat, ni à la discussion.

	Focus group ou Focused groups ou Groupe centré	Groupe de discussion ou Interview de groupe
Dynamique	Semi-directive et progressive	Non directive avec processus ouvert
But	Obtenir des informations, des données et aboutir à une conclusion concertée.	Comprendre les processus sociaux, générer des significations.
Méthode	Débat. Co-construction focalisée.	Conversation. Discussion ouverte avec digressions possibles et développement ouvert.
Traitement des données	Quantitatif	Pas de traitement quantitatif

Tableau synthétique réalisé d'après [33]

[30] GUEGUEN Juliette, FAUVEL Guillaume, LUHMANN Niklas, (et al.), *Education pour la santé. Guide pratique pour les projets de santé*, Médecins du Monde, 2010/06, 50 p., <http://www.mdm-scd.org/media/00/00/662164303.2.pdf> (Consulté le 01/11/2011)

[31] Food and Agriculture Organization of the United Nations, *Guide méthodologique des interventions dans la communication sociale en nutrition*, FAO, 1993. <http://www.fao.org/docrep/003/T0807F/T0807F05.htm> (Consulté le 01/12/11)

[32] Pour en savoir plus, consulter notamment l'ouvrage de GRAWITZ Madeleine. *Méthodes en sciences sociales*, Dalloz, 11ème édition, 2000, 920 p.

[33] DAVILA A., DOMINQUEZ M., *Formats des groupes et types de discussion dans la recherche sociale qualitative*, Recherches qualitatives. Vol. 29 (1), 2010, pp. 50-68. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/numero29%281%29/RQ_Davila-Dominguez.pdf (Consulté le 01/12/11)

Comparatif des méthodes qualitatives de recueil de données ^[34]

	Données recueillies	Temps nécessaire	Limites
La recherche documentaire	Données quantitatives et qualitatives disponibles dans la littérature.	Peut être assez rapide du fait qu'un grand nombre de sources sont disponibles sur Internet	Les éléments recueillis ont déjà été produits. Ils concernent la plupart du temps une autre échelle. La possibilité d'extrapoler ces informations pour l'action est à vérifier.
L'observation	Les comportements, les interactions sociales, les manières d'utiliser les différentes "offres" accessibles, les questionnements face à un problème.	Se pratique sur un temps long. Cette méthode permet de mesurer les éléments concernant l'évolution des besoins.	Hormis la question du temps, la principale limite est le regard subjectif porté sur ce que l'on observe. Comment s'assurer de l'objectivité de la perception du problème ?
L'entretien individuel	Données qualitatives individuelles sur : les représentations, le vécu, le vécu d'un problème, les stratégies individuelles adoptées.	Le temps à investir dans les entretiens individuels est un temps incompressible de mobilisation, entretien, puis de transcription de l'ensemble des données et enfin d'analyse.	Biais de désirabilité sociale
Le focus group	Données qualitatives construites par le groupe sur : les représentations, le vécu, le vécu d'un problème, les stratégies adoptées.	Le temps dépendra du nombre de groupes, du nombre de participants par groupe et de la longueur et la complexité de la trame d'entretien. Il est d'usage d'avoir un groupe d'environ 8 à 15 participants, et de ne pas excéder 3 heures d'échanges.	Biais de désirabilité sociale
L'enquête par questionnaire	Données qualitatives quantifiées	Peut être rapide si la saisie est instantanée	Moins riche que les données qualitatives, le questionnaire a l'avantage de recueillir de nombreuses données qualitatives en un temps court.
L'enquête CAP (Connaissances-Attitudes-Pratiques)	Données renseignant sur des éléments qualitatifs : connaissances - attitudes - pratiques - tout en amenant des résultats quantifiés.	Peut être limité en fonction du nombre de réponses attendues et de la recherche de la représentativité. Temps d'exploitation des données à prendre en compte	Moins approfondie que les entretiens. Il existerait également un biais de désirabilité.

[34] Tableau adapté d'après « Les méthodes de la recherche préliminaire » in Food and Agriculture Organization of the United Nations, **Guide méthodologique des interventions dans la communication sociale en nutrition**, FAO, en ligne <http://www.fao.org/docrep/003/T0807F/T0807F05.htm> (Consulté le 01/12/11)

Des méthodes quantitatives

Il est assez rare que les acteurs de terrain soient amenés à produire des données quantitatives (hormis l'enquête par questionnaire auprès d'une micro-population) car de nombreux experts en produisent déjà (voir liste des sites plus loin).

L'enquête par questionnaire

Trop souvent les acteurs de terrain sont tentés d'utiliser un questionnaire déjà élaboré pour recueillir auprès de leur public un certain nombre d'informations. Or, cette façon de procéder met de côté l'objectif même de l'enquête. Chaque outil est en effet conçu pour répondre à une préoccupation, un objectif particulier sur lequel il est pertinent de rester centré.

Les partenaires du pôle qui proposent du conseil méthodologique, peuvent aider les acteurs de terrain à clarifier les données fondamentales qu'ils recherchent et à construire le questionnaire le plus adapté. Ensuite, les types de questions (ouvertes / fermées / préformées), le langage employé, la méthode de passation, le traitement et l'interprétation des résultats, etc. pourront être définis en collaboration avec les partenaires engagés dans le diagnostic. [35]

L'enquête CAP

Une enquête ou KAP (Knowledge-Attitude-Practice) ou encore KAPB (Knowledge-Attitude- Practice-Belief) s'intéresse aux connaissances, attitudes et pratiques (ou savoirs, savoir-être et savoir-faire) et aux croyances d'une population. Ce sont en général des enquêtes très importantes, réalisées par des sociologues qui demandent une méthodologie très rigoureuse.

Les avantages d'une enquête CAP :

- elle peut se faire auprès d'un grand nombre d'individus ;
- il s'agit d'une méthodologie d'enquête quantitative pour une récolte d'informations qualitatives ;
- si l'enquête a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population, les résultats sont généralisables.

Les inconvénients d'une enquête CAP :

Elle ne permet pas une approche aussi approfondie que les entretiens. « En effet, pour faciliter le traitement des données, les questions sont en général fermées. Il est cependant utile d'y proposer quelques questions ouvertes pour approfondir certains points. » [36] [37]

Conclusion

Cet écrit permet de pointer que différents niveaux de diagnostic sont possibles (du plus basique au plus approfondi). Plusieurs possibilités s'offrent donc à l'acteur de terrain qui devra déterminer avec ses partenaires quel est le niveau d'approfondissement souhaité.

Sachez également que le pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé propose du conseil méthodologique pour mettre en place un diagnostic : appui à la recherche documentaire, appui à la méthode de recueil, appui à la construction d'outils (questionnaire, grille d'entretien, etc.).

Pour aller plus loin sur le diagnostic ou l'analyse des besoins ...

Focus sur les modèles de planification et la démarche qualité

Une bibliographie

[complète est proposée sur ce sujet dans la newsletter du Pôle](#)

Une sitographie

[Pour effectuer des recherches sur la population de votre territoire et alimenter votre analyse de la situation](#)

[35] Pour en savoir plus, consulter notamment GRAWITZ Madeleine, **Méthodes en sciences sociales**, Dalloz, 11ème édition, 2000. 920 p.

[36] GUEGUEN Juliette, FAUVEL Guillaume, LUHMANN Niklas, (et al.), **Education pour la santé. Guide pratique pour les projets de santé**, Médecins du Monde, 2010/06, 50 p. <http://www.mdm-scd.org/media/00/00/662164303.2.pdf> (Consulté le 01/11/2011)

[37] GUMUCIO Sybille, **Collecte de données, méthodes quantitatives. L'exemple des enquêtes CAP (Connaissances, aptitudes et pratiques)**, Médecins du Monde, 2011/01, 79 p. <http://www.medecinsdumonde.org/fr/Publications/Publications/Guides-pratiques-MdM/Collecte-de-donnees-methodes-quantitatives> et voir aussi <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Publications/Guides-pratiques-MdM/Education-pour-la-sante> (Consulté le 01/11/2011)

CHOISIR ET UTILISER UNE TECHNIQUE D'ANIMATION

Tableau 1. Des objectifs aux techniques

Objectifs d'animation	Quelles techniques utiliser ?
Instaurer une dynamique de groupe	
Permettre de se présenter, de faire connaissance	Présentation croisée, Portrait chinois, CV imaginaire, Blason de présentation
Favoriser un climat de confiance, une dynamique de groupe	Présentation croisée, Portrait chinois, CV imaginaire, Blason de présentation, Photolangage®
Favoriser la créativité et l'imaginaire	Portrait chinois, CV imaginaire
Connaître le groupe, se connaître	
Recueillir les besoins, les attentes	Présentation croisée, Focus group, Petits papiers, Blason de présentation
Faire exprimer les représentations, les idées, les opinions	Blason des idées, Brainstorming, Photolangage®, Autour du mot, Mur écrit, Focus group, Ciné santé, Jeu de la ligne, Tour de table des idées, Pyramide, Carte mentale, Petits papiers, Abaque de Régnier®
Faire identifier les codes de communication, les différences culturelles	Écoulant, écouté, Dadoo village
Construire avec le groupe	
Favoriser le débat, confronter les idées	Blason des idées, Autour du mot, Ciné santé, Doutes et certitudes, Jeu de la ligne, Pour/neutre/contre, Pyramide, Abaque de Régnier®, Scénario catastrophe, Jeu de la tentation
Déterminer des priorités, des objectifs	Focus group, Blason des idées, Brainstorming, Mur écrit, Pyramide, Petits papiers
Favoriser des consensus	Focus group, Pyramide
Produire des idées, des propositions, des solutions, des modalités d'action	Blason des idées, Brainstorming, Mur écrit, Focus group, Tour de table des idées, Jeu des enveloppes, Petits papiers, Scénario catastrophe, Jeu de la tentation
Solliciter des avis, évaluer	Focus group, Échelle du temps, Technique d'évaluation orale

61

Source : Ouvrage, DOUILLER Alain, COUPAT Pierre, DEMOND Emilie (et al.), **25 techniques d'animation pour promouvoir la santé. 2ème édition**, Le Coudrier, 2015, pp. 61-63

COLLECTION OUTILS POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Tableau 2. 25 techniques, pour quels objectifs ?

Techniques d'animation	Objectifs d'animation	Page
Présentation croisée	Permettre de se présenter, de faire connaissance. Favoriser un climat de confiance, une dynamique de groupe. Recueillir les besoins, les attentes.	66
CV imaginaire	Permettre de se présenter, de faire connaissance. Favoriser un climat de confiance, une dynamique de groupe. Favoriser la créativité et l'imaginaire.	68
Portrait chinois	Permettre de se présenter, de faire connaissance. Favoriser un climat de confiance, une dynamique de groupe. Favoriser la créativité et l'imaginaire.	70
Blason de présentation	Permettre de se présenter, de faire connaissance. Favoriser un climat de confiance, une dynamique de groupe. Recueillir les besoins, les attentes.	73
Blason des idées	Faire exprimer les représentations, les idées, les opinions. Produire et organiser des idées. Déterminer des priorités, des objectifs. Favoriser le débat.	76
Écoute, écouté	Faire identifier les codes de communication, les différences culturelles.	79
Brainstorming	Faire exprimer les représentations. Produire des idées, des propositions, des solutions, des modalités d'action. Déterminer des priorités, des objectifs.	82
Photolangage®	Faire exprimer les représentations et susciter un positionnement personnel. Favoriser un climat de confiance, une dynamique de groupe. Développer l'expression personnelle et la capacité d'écoute. Recueillir l'expression et le ressenti des participants au cours d'une phase de diagnostic et/ou d'évaluation.	85
Autour du mot	Faire exprimer les représentations, les idées, les opinions. Favoriser le débat.	89
Mur écrit	Faire exprimer les représentations, les idées, les opinions. Produire des idées, des propositions, des solutions, des modalités d'action. Déterminer des priorités, des objectifs.	92
Focus group	Recueillir les besoins, les attentes. Faire exprimer les représentations, les idées, les opinions. Déterminer des priorités, des objectifs. Favoriser des consensus. Produire des idées, des propositions, des solutions, des modalités d'action. Solliciter des avis, évaluer.	95

CHOISIR ET UTILISER UNE TECHNIQUE D'ANIMATION

Techniques d'animation	Objectifs d'animation	Page
Ciné santé	Faire prendre conscience d'émotions le plus souvent intériorisées et les partager. Faire exprimer les représentations, les idées, les opinions. Favoriser le débat. Faire prendre du recul par rapport au film et confronter les analyses.	100
Dadoo village	Faire identifier les codes de communication, les différences culturelles.	105
Doutes et certitudes	Favoriser la mutualisation des savoirs et compléter l'information des participants. Favoriser le débat, confronter les idées.	109
Jeu de la ligne	Faire exprimer les représentations, les idées, les opinions. Favoriser le débat, confronter les idées.	112
Pour/neutre/contre	Favoriser le débat, confronter les idées.	115
Tour de table des idées	Faire exprimer les idées. Produire de nouvelles idées.	118
Jeu des enveloppes	Produire collectivement des idées, des propositions, des solutions, des modalités d'action.	120
Pyramide	Faire exprimer les représentations, les idées, les opinions. Favoriser le débat, confronter les idées. Favoriser des consensus. Déterminer des priorités, des objectifs.	124
Carte mentale	Aider à la réflexion et à la compréhension d'un sujet. Faire exprimer les représentations. Favoriser la mise en lien des idées exprimées. Permettre une visualisation des pensées sur un thème.	128
Petits papiers	Produire des idées, des propositions, des solutions, des modalités d'action. Recueillir les besoins, les attentes. Faire exprimer les représentations, les idées, les opinions. Déterminer des priorités, des objectifs.	133
Abaque de Régnier®	Favoriser le débat. Faire exprimer les représentations, les idées, les opinions.	136
Scénario catastrophe	Produire des idées, des propositions, des solutions, des modalités d'action. Favoriser le débat.	141
Jeu de la tentation	Produire des idées, des propositions, des solutions, des modalités d'action. Favoriser le débat.	144
Technique d'évaluation orale	Solliciter des avis, évaluer.	147
Échelle du temps	Solliciter des avis, évaluer.	150

N°7

Le blason :**Objectifs:**

Permettre aux membres d'un groupe de valoriser et d'argumenter leurs propos en formulant des idées, des questionnements, des représentations, en fonction de critères posés par l'animateur

Modalités d'organisation:

- Temps d'animation : 1h30 à 2h selon les objectifs fixés et l'effectif du groupe
- Effectif conseillé: De 15 à 20 personnes. Si le groupe est plus nombreux il peut être envisagé de travailler en petits groupes.
- Matériel nécessaire : Blason pour chaque participant ou groupe , Tableau ou paper board

Déroulement de la séance:

A partir d'un mot cible, d'un thème, d'une définition ou d'un slogan affiché en haut du blason, les jeunes sont invités à remplir les 4 cases de l'écusson suivants les critères proposés par l'animateur. Le choix des critères varie en fonction des objectifs que se donne l'animateur. Exemples de critères:

- Ce que je fais, ce que je suis
- Les opportunités, les obstacles
- Points positifs, points négatifs
- Atouts, difficultés ...

En bas du blason, les participants pourront inscrire une devise, une affirmation ou un point particulier qu'ils souhaitent souligner.

L'animateur veillera à préciser qu'il n'y a pas de réponses justes ou fausses.

Chacun présente ensuite au groupe ce qu'il a noté dans chacune des cases. Les représentations de chacun sont reprises par l'animateur en fonction de ses objectifs, et font l'objet d'une analyse ou d'un débat.

Avantages:

- Permet de faciliter l'expression de chacun.
- Permet d'identifier ses représentations et/ou connaissances
- Facilite les échanges et la créativité

Limites:

- Une explication des items choisis peut être nécessaire lors de l'utilisation de cette technique avec des enfants.
- Nécessite de penser la construction de blasons en amont.

Exemple de blason sur le thème de la prise de risques:

Dans le cadre d'une action d'éducation à la sexualité il peut être demandé aux jeunes de réfléchir sur la prise de risques dans un rapport non protégé.

La construction du blason peut être utilisé comme ceci :

« LA PRISE DE RISQUES DANS UN RAPPORT NON PROTEGE »	
Ce qu'est la prise de risque - - - -	Ce qu'elle n'est pas - - - -
Ce qui conduit à la prise de risques - - - -	Ce qui pourrait l'éviter - - - -
Compléter avec une devise, un slogan ou un dessin	

Source: Ministère de l'éducation nationale- *L'éducation à la sexualité— Guide d'intervention pour les collèges et les lycée -support pédagogique* - août 2008 - 63 p.

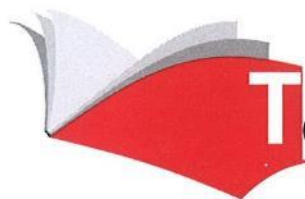
PAGE 52

Jeu des enveloppes

Objectif	Echanger des conseils entre professionnels sur une question précise.
Déroulement et consignes	- Les participants se réunissent par petits groupes - Chaque groupe écrit collectivement sur une enveloppe une question qu'il a envie de poser aux autres participants. Il dispose aussi de plusieurs papiers vierges. Proposition de consigne : « Vous devez écrire sur une enveloppe une question que vous souhaiteriez poser aux autres participants. Il s'agit de poser une question sur un problème rencontré dans la pratique » - Les enveloppes passent de groupe en groupe. A chaque fois qu'il reçoit une nouvelle enveloppe, le groupe dispose de dix minutes pour imaginer une ou plusieurs solutions au problème indiqué sur l'enveloppe. Il inscrit cette ou ces solutions sur un papier qu'il range dans l'enveloppe avant de passer celle-ci au groupe suivant. - Une fois que les enveloppes ont fait le tour et qu'elles reviennent aux personnes qui ont posé la question, les groupes découvrent les différentes réponses et font une synthèse des réponses. - Chaque groupe présente en plénière sa question et les réponses proposées, argumente le choix effectué et exprime ce qu'il en retire globalement. Le groupe peut réagir aux solutions proposées. <u>Option 1</u> : Chaque groupe dispose de 100 points et doit les attribuer aux différents groupes pour la qualité et la pertinence des réponses proposées. Dans ce cas, attribuez des papiers de couleur à chaque groupe pour que les réponses puissent être identifiées <u>Option 2</u> : Afin d'éviter que plusieurs groupes posent la même question, celles-ci peuvent être élaborées et choisies collectivement avant de mettre en place le jeu des enveloppes
Durée	1 h 30 pour 5 groupes de 2 à 3 personnes
Matériel nécessaire	1 enveloppe par groupe - Des papiers de 5 couleurs différentes de la taille des enveloppes - Paperboard ou transparents si besoin pour la restitution
Contexte d'utilisation (public, etc.)	Tout public. Environ 15 participants. Adaptation possible : les petits groupes peuvent être constitués par des personnes travaillant dans le même domaine
Points forts	Les réponses apportées proviennent des autres professionnels présents, donc sont au plus près des préoccupations de tous les participants.
Mises en garde	Rappeler dans la consigne que les questions posées ne doivent pas être hors du champ d'action des professionnels
Autres techniques avec le même objectif	Brainstorming, tour de table des idées, Metaplan®, groupes figures et numéros, technique de Delphes.
Bibliographie	Hourst Bruno, Thiagarajan Sivasailam. - Les jeux-cadres de Thiagi. Techniques d'animation à l'usage du formateur. – Paris : Ed. d'Organisation, 2001. - 357 p.

Source : Ouvrage, Comité régional d'éducation pour la santé (CRES) Languedoc-Roussillon, **Techniques d'animation en éducation pour la santé. Fiches synthétiques proposées par le Comité régional d'éducation pour la santé Languedoc-Roussillon**, CRES Languedoc-Roussillon, 2009-01, p.43

CHOISIR ET UTILISER UNE TECHNIQUE D'ANIMATION



Technique d'évaluation orale

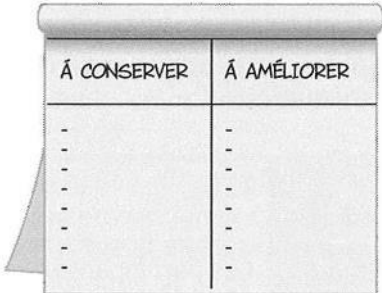
Technique d'évaluation orale

Simple et rapide, cette technique d'évaluation s'adapte à toutes les situations d'animation.

Autre dénomination	TEO.
Description	Les participants sont invités à donner leur avis sur une séance ou une séquence d'animation en précisant les points à conserver et ceux à améliorer. L'animateur les note puis en fait la synthèse.
Intérêts	Cette technique permet de recueillir de façon rapide les éléments qui ont été appréciés par les participants et ceux qui restent à parfaire. Ces points sont utiles ensuite pour améliorer l'animation.
Objectifs d'animation	Solliciter des avis, évaluer.
Résultats attendus	Avis des participants sur les éléments à reproduire et ceux à améliorer pour une prochaine rencontre.
Public	Tout public.
Taille du groupe	La technique peut être utilisée avec des petits groupes comme avec des grands groupes. Elle a déjà été appliquée auprès d'un public de 120 étudiants.
Durée minimum	5 minutes. La durée dépend du nombre de participants et du temps d'animation à évaluer.
Organisation matérielle	Tableau et feutres.
Préparation	Préparer la question à poser aux participants. Exemple : « Quels sont les éléments qui vous paraissent à conserver et ceux qui vous paraissent à améliorer pour une prochaine séance ? ». Éviter les mots à connotation trop positive ou négative dans la question.

Source : Ouvrage, DOUILLER Alain, COUPAT Pierre, DEMOND Emilie (et al.), **25 techniques d'animation pour promouvoir la santé. 2ème édition**, Le Coudrier, 2015, pp. 147-149

COLLECTION OUTILS POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Préparation (suite)	Éventuellement, préparer le tableau à 2 colonnes où seront recueillis les avis des participants. 
Déroulement	Introduction — 1 minute Présenter les objectifs de la technique et dessiner le tableau de recueil des réponses (si cela n'a pas été fait avant). Étape 1. Recueil des avis des participants — au moins 3 minutes Poser la question préparée en invitant du regard les participants à y répondre. Si besoin, solliciter une première réponse avec la question : « Qui souhaite commencer ? ». Noter au fur et à mesure les réponses de façon synthétique dans le tableau. Si des questions sont posées, préciser qu'il y sera répondu plus tard. Relancer ceux qui ne se sont pas exprimés par un geste accueillant et en les regardant chacun quelques secondes. Il n'est pas obligatoire que tous répondent. Lorsque plus personne ne souhaite s'exprimer (compter au moins 15 secondes de silence), passer à l'étape suivante. Étape 2. Synthèse — au moins 1 minute Répondre aux éventuelles questions qui ont été posées puis faire la synthèse des éléments recueillis à partir des éléments notés au tableau. Remercier les participants et clore la séance.
Recommandations particulières	Rester neutre dans son expression du début à la fin, à la fois dans les paroles et dans les gestes. Ne pas répondre aux questions, ni réagir aux remarques pendant l'étape 1.
Variante	Cette question binaire (points positifs/points négatifs) peut utilement être reprise dans un questionnaire d'évaluation écrit. Elle amène toujours des enseignements précieux pour l'animateur.

CHOISIR ET UTILISER UNE TECHNIQUE D'ANIMATION

Exemples
d'utilisation

- Dans le cadre du diplôme universitaire « Concepts et méthodes en éducation pour la santé » avec un groupe de 20 personnes, pour identifier les points et aspects à conserver ou à améliorer pour la session suivante.
- Avec un groupe d'enfants, à la suite d'une première intervention sur la prévention du mélanome pour mesurer l'adéquation des supports d'animation utilisés : « Qu'avez-vous apprécié durant cette séance d'animation et qu'est-ce que vous n'avez pas aimé ? ».
- À l'issue d'un cycle d'intervention sur la sexualité et la vie affective auprès de personnes handicapées mentales, afin d'évaluer la pertinence du programme : « Nous avons passé plusieurs moments ensemble, de quoi vous souvenez-vous ? Y a-t-il des choses que vous avez particulièrement appréciées et d'autres que vous n'avez pas aimées ? ».

Sélection bibliographique

Cette sélection n'est pas exhaustive.

Les documents ne comportant pas de liens sont disponibles en consultation ou en prêt au CoDES 84

Ouvrages, rapports

Recommandations sur l'alimentation, l'activité physique & la sédentarité pour les adultes. Dossier pédagogique, Santé publique France, 2019, 20 p.

Ce dossier pédagogique explique de manière claire et détaillée les nouvelles recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS) 2019-2023, incluant l'alcool, l'activité physique et le Nutriscore.

<https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiViMHS8ZTnAhWqDmMBHb2bAnYQFjAAegQIBhAB&url=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F35744%2F683783&usg=AOvVaw004RNwXJxE9xuZXxPsvE7E>

Programme national nutrition santé 2019-2023, Ministère des solidarités et de la santé, 2019-09, 94 p.

Le Plan national nutrition santé n° 4 propose 5 axes : Améliorer pour tous l'environnement alimentaire et physique pour le rendre plus favorable à la santé et pour réduire les inégalités sociales de santé ; Encourager les comportements favorables à la santé ; Mieux prendre en charge les personnes en surpoids, dénutries ou atteintes de maladies chroniques ; Impulser une dynamique territoriale : d'ici 2023, dans chaque département, les initiatives locales innovantes seront valorisées et un colloque annuel sera organisé pour partager les bonnes idées ; Développer la recherche, l'expertise et la surveillance en appui de la politique nutritionnelle. [D'après résumé éditeur]

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf

SARROT Jean-Christophe, ZIMMER Marie-France, HEDON Claire, **En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté**, Editions Quart Monde, Editions de l'Atelier, 2017, 222 p.

Coordonné par ATD Quart Monde, cet ouvrage répond point par point à 117 idées reçues sur la pauvreté. Il peut être considéré comme un outil de formation qui invite à dépasser des idées simplistes et les stéréotypes sur les personnes en situation de pauvreté. Le document est structuré en deux grandes parties : la première concerne les idées reçues sur les pauvres et la seconde sur celles concernant les solutions. Sont traités la pauvreté en générale, les sans-abris, les minima sociaux, le budget des familles, le travail, la sécurité sociale, les enfants, la fiscalité, le logement, la participation, la santé, la culture, l'immigration, les réfugiés, les Roms et les gens du voyage.

FOUGA Céline, MORIN Stéphanie, **Découvrir et utiliser des techniques d'animation en éducation pour la santé. Formation 2017. Dossier documentaire**, CoDES du Vaucluse, CoDEPS des Bouches-du-Rhône, 2017, 87 p.

Ce dossier documentaire, non exhaustif, a été élaboré dans le cadre des formations "Découvrir et utiliser des techniques d'animation en éducation pour la santé" organisées par les Comités d'éducation pour la santé du Vaucluse et des Bouches-du-Rhône en septembre 2017 à Avignon et à Marseille. Il propose aux stagiaires de cette formation, professionnels des champs de l'éducation

pour la santé, du sanitaire, du social, de l'éducatif..., un ensemble de références (fiches de techniques, bibliographie sélective, articles de revues...) pour renforcer les connaissances acquises pendant la formation. Ce dossier est organisé en 3 parties : la première propose des articles en texte intégral, la seconde présente une série de techniques d'animation. La troisième partie fournit une bibliographie sélective d'ouvrages, rapports, dossiers et articles pour approfondir le sujet.

http://www.codes84.fr/_depot_arkcms_codes84/_depot_arko/articles/597/telecharger-le-dossier_doc.pdf

DE BOCK Christian, **Les compétences psychosociales des adultes et la promotion de la santé**, Education santé, n° 329, 2017-01, pp. 12-13

En quelques années, l'expression "compétence psychosociale" s'est répandue dans de nombreux domaines d'action. La promotion de la santé n'y échappe pas. Depuis que l'Organisation mondiale de la santé en a donné sa définition en 1993, une multitude d'outils sont venus garnir l'éventail des possibilités d'action des professionnels, visant surtout un public jeune. L'un de ces outils, Focus santé, de Culture & santé, est présenté. [Extrait résumé auteur]

http://educationsante.be/media/filer_public/a8/b8/a8b82054-f350-4273-86d0-b37ebbacaed0/es_329_jan17_lr.pdf

AROCHE Willy, BOUNAUD Véronique, **Le non recours et le renoncement à l'aide alimentaire. Approche qualitative auprès des structures et des bénéficiaires en Poitou-Charentes**, ORS Poitou-Charentes, 2016-06, 4 p.

Face au constat que des phénomènes de non recours à l'aide alimentaire existent sur le territoire du Poitou-Charentes, les acteurs de la plateforme régionale MOSTRA (Mission observation stratégie animation) de l'observation sociale ont souhaité disposer d'une étude permettant d'expliquer ce phénomène. L'AREAS (Association de Recherche et d'Echanges en Anthropologie et en Sociologie) et l'Observatoire régional de la santé (ORS) ont conduit cette étude conjointement, centrée sur les publics et les acteurs. Ce document présente les principaux résultats sous forme de graphiques, analyse les freins au non recours à l'aide alimentaire et présente des préconisations d'action.

<http://www.ors-poitou-charentes.org/pdf/pPXd1zPIRenonAA16.pdf>

RAMEL Magali, BOISSONNAT-PELSY Huguette, SIBUE DE CAIGNY Chantal (et al.), **Se nourrir lorsqu'on est pauvre. Analyse et ressenti de personnes en situation de précarité**, Editions Quart Monde, 2016, 187 p.

Cette étude, finalisée en mars 2014, rassemble les réflexions et analyses élaborées avec les personnes en situation de précarité au sein du département santé d'ATD Quart Monde sur la thématique de la nourriture. Une première partie analyse comment l'alimentation est facteur d'inclusion sociales pour les personnes en situation de précarité, la deuxième partie détaille les barrières d'accès à une alimentation durable, propose des stratégies et des recommandations pour y remédier.

www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2016/07/Se-nourrir-lorsquon-est-pauvre.pdf

Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Corse, **Les fiches pratiques en éducation et promotion de la santé**, IREPS Corse, 2016, 10 p.

L'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) Corse a réalisé 8 fiches pratiques consacrées à la méthode de projet en éducation pour la santé. Sont abordés les sujets suivants : les étapes de construction d'un projet, le diagnostic, la définition des objectifs, la stratégie, les moyens, le programme, l'évaluation et enfin, la valorisation de l'action.

https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2019/05/opa_corse_fiches_pratiques.pdf

Collectif Alerte, **Dépasser l'aide alimentaire pour aller vers l'accompagnement par l'alimentation. Synthèse des travaux du groupe alimentation de l'Uniopss**, UNAF, 2015-12, 19 p.

"Peut-on encore aujourd'hui se contenter de développer une aide alimentaire uniquement distributive comme moyen de lutte efficace contre l'insécurité alimentaire en France ? L'aide alimentaire participe à mettre à l'abri de la faim les personnes subissant la pauvreté. En revanche, la distribution alimentaire simple ne prend pas en compte toutes les dimensions de la lutte contre l'insécurité alimentaire et en premier lieu le respect de la dignité de la personne ». Ce document est issu du groupe de travail de la Commission de Lutte contre l'exclusion et auquel l'UNAF a participé. La problématique est introduite par un état des lieux de l'insécurité alimentaire en France, et un point sur fonctionnement de l'aide alimentaire française. Seize préconisations sont émises en fin de document par le groupe de travail.

<http://www.unaf.fr/spip.php?article19536>

VUATTOUX Patrick, **Petit guide de la participation en santé de proximité**, Fédération des maisons de santé comtoises, Fédération française des maisons et pôles de santé, 2015-03, 87 p.

Ce guide est destiné à tous ceux qui souhaitent s'engager dans une démarche participative en santé de proximité. Une première partie fournit des définitions, un état des lieux de la participation en santé en France et les principes de la participation en santé de proximité. La seconde partie donne des outils pratiques pour la mettre en œuvre au travers d'éclairages, d'outils et d'expériences.

<http://www.femasac.fr/telechargements/file/89-le-petit-guide-de-la-participation-en-sante-de-proximite-femasac-ffmps.html>

DOUILLER Alain, COUPAT Pierre, DEMOND Emilie (et al.), **25 techniques d'animation pour promouvoir la santé**, Le Coudrier, 2015, 175 p.

Cet ouvrage, écrit par des formateurs et chargés de projets des Comités d'éducation pour la santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur à partir de leur expérience de terrain, a pour objectif d'aider les professionnels de la santé, du social ou de l'éducatif à assurer des interventions auprès de groupes en éducation pour la santé. Après une 1ère partie rappelant les concepts et valeurs de la promotion de la santé, il présente les principes de base d'une démarche de projet ainsi qu'une sélection de 25 techniques d'animation, illustrées d'exemples d'utilisation et d'un tableau d'aide au choix. La 3ème partie propose un rappel sur l'évaluation des animations et des ressources complémentaires pour se former ou se documenter.

LACHAUD Elsa, **La précarité alimentaire en Région Paca. Les parcours au quotidien des usagers de l'aide alimentaire**, DROS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2015, 15 p.

Cette étude a été menée pendant un stage de Master 2 en géographie au Dispositif régional d'observation sociale (DROS) Provence-Alpes-Côte d'Azur entre février et juillet 2015 auprès d'usagers de l'aide alimentaire en Paca. Elle a pour objectif de comprendre les disparités territoriales d'accès à l'aide alimentaire. Elle présente dans une 1ère partie les parcours et profils des usagers, en détaillant les éléments déclencheurs, les ressentis ou les pratiques alimentaires. La 2nde partie s'interroge sur les stratégies d'accès à l'alimentation et à l'aide alimentaire en milieu rural et milieu urbain. Le document est complété par la liste des structures d'aide alimentaire rencontrées dans le cadre de cette étude.

http://www.dros-paca.org/fileadmin/DROS_PACA/Etudes/Precarite_alim_synthese_120116.pdf

BADIA Benjamin, BRUNET Florence, CARRERA Audrey (et al.), **Inégalités sociales et alimentation. Quels sont les besoins et les attentes en termes d'alimentation des personnes en situation d'insécurité alimentaire et comment les dispositifs d'aide alimentaire peuvent y répondre au mieux ?**, FORS recherche sociale, 2014-12, 182 p.

Cette enquête de FORS Recherche Sociale fait un état des lieux sur les inégalités sociales et l'alimentation en France. Elle est divisée en trois grands chapitres qui correspondent aux volets de l'enquête. Le premier chapitre est consacré à l'analyse du concept d'insécurité alimentaire, au fonctionnement de l'aide alimentaire et au profil de ses bénéficiaires. Le second chapitre se penche sur les pratiques alimentaires des ménages et leurs règles en matière d'alimentation, sur les leviers qu'ils activent pour gérer les contraintes alimentaires, sur leur ressenti vis à vis de l'alimentation et il classe les ménages en fonction de leurs modes de gestion de l'insécurité alimentaire. Le troisième chapitre donne des pistes de réflexion et des perspectives.

<http://agriculture.gouv.fr/telecharger/71709?token=8fb7e768a877834611579a7fe822eb37>

Aliment... terre. Educateurs à l'environnement, travailleurs sociaux. Guide méthodologique pour réaliser des ateliers dans un jardin et/ou une cuisine en faveur des personnes en situation de précarité, Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, Réseau empreintes, Conseil général de Haute-Savoie, Région Rhône-Alpes, 2014, 41 p.

Ce guide s'adresse à des travailleurs sociaux et à des éducateurs à l'environnement. Il propose des retours d'expérience et une méthodologie pour réaliser des ateliers dans un jardin et/ou une cuisine, en binôme, et à destination de publics en situation de précarité.

http://draaf.auvergne-rhone-alpes.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/aliment_terre_2016_web__cle8bfad2.pdf

SERRES Lucie, **L'aide alimentaire en France, appliquée aux épiceries sociales et solidaires**, Université de Toulouse II le Mirail-ISTHIA, 2014, 143 p.

L'aide alimentaire en France doit répondre aux besoins d'une population précaire hétérogène et grandissante. Ce mémoire présente tout d'abord le contexte et les enjeux de l'aide alimentaire et met en évidence les déterminants sociaux et économiques pesant sur l'alimentation des bénéficiaires. Néanmoins, le modèle de l'assistanat semble aujourd'hui remis en question et demande à s'interroger sur la place d'acteur laissée au mangeur précaire. Pour ce faire, l'alimentation des bénéficiaires des épiceries sociales et solidaires est étudiée, au travers de deux de leurs principes fondateurs : le libre choix et la participation financière. Les ateliers cuisine et les repas partagés sont analysés en tant qu'outils générateurs de lien social.

Le gaspillage alimentaire : constats et initiatives, CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2013-06, 145 p.

Le colloque « Le gaspillage alimentaire : constats et initiatives », organisé le 17 juin 2013 à Marseille par le CRES PACA et l'ARS PACA, inscrit dans le dispositif d'accompagnement de l'aide alimentaire, a pour objectif d'informer et de sensibiliser les professionnels ou les bénévoles à la lutte contre le gaspillage alimentaire, en vue de développer des actions aux différents échelons concernés par cette problématique, du producteur au consommateur, en passant par la petite et grande distribution, la restauration collective ou encore les collectivités. Ce dossier documentaire a été réalisé à l'intention des participants au colloque, comme ressource complémentaire aux échanges et aux interventions. Il est organisé en deux parties : la première partie fournit des éléments de compréhension sur le gaspillage alimentaire. La deuxième partie porte sur la lutte contre le gaspillage alimentaire, en l'illustrant tour à tour par les actions mises en œuvre auprès des ménages et dans la restauration collective, après avoir examiné le cas des glaneurs et de l'aide alimentaire.

GRANGE Dorothee, CASTETBON Katia, GUIBERT Gaëlle (et al.), **Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Etude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005**, Ministère des affaires sociales et de la santé, INPES, InVS, ORS Ile-de-France, 2013-03, 182 p.

Ce document a été réalisé à partir des enquêtes Abena 2004-2005 et 2011-2012. Il traite de l'alimentation et de l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire en 2011-2012 et souligne les évolutions depuis la première enquête en 2004-2005. Après avoir détaillé les objectifs et la méthodologie utilisée, il aborde les profils sociodémographiques, les conditions de vie des bénéficiaires, leurs approvisionnements et consommations alimentaires, leurs recours à l'aide alimentaire et leurs états de santé.

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/182178/2306158>

LE BIHAN Geneviève, RICHARD Christine, KIEFFER Magali, **Fruits et légumes pour tous. Recueil d'expériences favorisant l'approvisionnement et la consommation de fruits et légumes des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Projet expérimental financé par l'Institut national du cancer, la Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la Forêt, et l'Agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon**, IREPS Languedoc-Roussillon, ARS Languedoc-Roussillon, DRAAF Languedoc-Roussillon, 2013, 62 p.

Ce document vise à les sensibiliser les acteurs de l'aide alimentaire à la problématique de l'accès et de la consommation de fruits et légumes des bénéficiaires de l'aide alimentaire ; à les inciter à développer des actions favorisant l'accès et la consommation de fruits et légumes des bénéficiaires ; et à leur apporter des pistes d'actions expérimentées et la méthodologie pour les mettre en œuvre. L'éventail des ressources et des activités proposées permet à chaque utilisateur de choisir les activités qui correspondent le mieux à ses objectifs, aux préoccupations de la population bénéficiaire, à son cadre d'action, au temps et aux moyens dont il dispose. Chaque fiche d'expérience précise les objectifs, la durée de sa réalisation, les supports associés et, le cas échéant, le matériel, les partenaires et la préparation nécessaire. Elle identifie par ailleurs les atouts et les contraintes de chaque activité, que ce soit pour les bénéficiaires ou pour les structures.

http://ddata.over-blog.com/2/42/32/99/Recherches-et-actions/recueil-d-experiences-fruits-et-legumes-pour-tous_V10sept.pdf

Aide alimentaire et accès à l'alimentation des populations démunies en France, CNA, 2012-03, 130 p.

Cet avis du Conseil national de l'alimentation dresse un bilan des suites données à ces précédents avis, notamment les n° 14 "L'alimentation des plus démunis", n° 34 "L'exclusion sociale et alimentation", et n° 59 "Les nouveaux facteurs légitimes de régulation du commerce international des denrées alimentaires", et analyse l'insécurité alimentaire en France et en Europe : définitions, données statistiques... Dans une cinquième partie du document, les dispositifs actuels de réduction de l'insécurité alimentaire en France sont présentés : interventions des services de l'Etat et des collectivités territoriales, implication des associations caritatives, des acteurs économiques et du grand public. Ces dispositifs sont comparés, dans le chapitre suivant, avec ceux mis en œuvre dans les Etats européens et unis. La septième partie présente les réflexions du CNA sur l'évolution du système actuel d'aide alimentaire à court et moyens termes ; de ces développements découlent des recommandations du CNA, en fin de document.

http://www.cna-alimentation.fr/v2/wp-content/uploads/2017/03/CNA_Avis72.pdf

DANIEL Claude, LE BIHAN Geneviève, ROZIERES Marie-Jo (et al.), **Les ateliers cuisine par le menu. Guide pratique**, Fédération française des banques alimentaires, 2011-03, 96 p.

Les ateliers cuisine des banques alimentaires positionnent l'alimentation au centre d'un processus de socialisation auprès d'un public en situation de précarité. Ce guide, destiné à tous ceux qui

organisent des ateliers cuisine, comprend 4 parties : structuration de la démarche pour choisir le type d'atelier adapté, description des étapes pour réussir un atelier, puis du déroulement d'un atelier avec des pistes d'action, présentation de fiches pratiques et de documents ressources. Un CD-Rom contient l'ensemble des fiches conseils du PNNS.

<https://www.banquealimentaire.org/sites/default/files/2018-09/Les%20ateliers%20cuisine%20par%20le%20menu.pdf>

DARMON Nicole, BONNEFILLE Pierre, GAIGI Hind (et al.), **Nutrition et précarité. Actes de la journée de réflexion et d'échanges organisée dans le cadre du programme régional "Aide alimentaire"**, CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2010/09

Le colloque « Nutrition et précarité » organisé le 3 juin 2010 à Marseille porte sur l'alimentation des personnes en situation de précarité et plus précisément, sur l'aide alimentaire. Les actes présentent les liens entre nutrition, statut socio-économique, des actions, des formations et des dispositifs d'aide alimentaire, analysent la perception de cette aide par ses protagonistes.

http://www.cres-paca.org/_depot_arkcms_crespaca/_depot_arko/articles/181/consulter-le-document_doc.pdf

Etude nationale sur le profil des bénéficiaires d'une aide alimentaire auprès des associations et CCAS partenaires. Rapport d'analyses du volet quantitatif "Bénéficiaires", IPSOS, Banques alimentaires, 2010

Cette étude commandée par les Banques alimentaires a pour objectif de connaître le profil des personnes accueillies par les associations et CCAS et de mesurer le rôle que l'aide alimentaire peut avoir dans l'accompagnement de ces personnes.

<https://www.banquealimentaire.org/sites/default/files/2019-05/Extrait%20etude%20CSA.pdf>

GUEGUEN Juliette, FAUVEL Guillaume, LUHMANN Niklas (et al.), **Education pour la santé. Guide pratique pour les projets de santé**, Médecins du Monde, 2010-06, 50 p.

Ce guide présente quelques concepts clé en éducation pour la santé, et offre une base commune en termes de vocabulaire, d'objectifs, de recommandations pratiques et de méthodes aux différents coordinateurs sur le terrain. Il est constitué de cinq chapitres : présentation des principaux concepts en éducation pour la santé ; méthodologie pour monter un projet en éducation pour la santé et des recommandations pratiques ; principaux outils utilisés en éducation pour la santé à travers des fiches théoriques et des exemples pratiques ; exemples de messages à transmettre et des ressources complémentaires ; supports de sensibilisation et d'éducation pour la santé et quelques clés pour leur compréhension et leur élaboration.

<http://www.medecinsdumonde.org/fr/file/28614/download?token=y7N9vNej>

OLIVIER Chris, NICOLAI Chantal, RIFFAUT Hadrien / **Les glaneurs alimentaires. Rapport d'étude qualitative**, Centre d'étude et de recherche sur la philanthropie, Délégation interministérielle à l'innovation, à l'expérimentation sociale et à l'économie sociale, Haut-commissariat aux solidarités actives contre la pauvreté, 2009/01/09

Cette étude porte sur les "glaneurs" désignant sous ce terme des personnes qui, pour des raisons économiques, récupèrent de la nourriture à la fin des marchés, dans les poubelles des commerçants ou dans les containers des supermarchés. Elle a pour but d'éclairer le phénomène du glanage alimentaire, par une description et une analyse des profils des glaneurs, des types de pratiques, les fondements du glanage et des trajectoires de vie dans lesquelles il s'inscrit.

<http://lenetscouade.typepad.fr/files/rapport-%C3%A9tude-glanage.pdf>

Comité régional d'éducation pour la santé Paca. **Obésité et Précarité. Actes du Colloque 13 mars 2007. Marseille : CRES PACA, 2007, 64 p.**

Les actes du colloque régional sur les liens entre obésité et précarité rassemblent les interventions faites lors des quatre tables-rondes sur : la préservation du potentiel santé : facteurs individuels et responsabilité collective ; précarité et obésité : éléments de connaissance ; précarité, alimentation et activité physique ; quelques initiatives régionales auprès de publics précaires.

BENTIRI Najat, **Les aspects psychosociaux de la santé des personnes en situation de précarité ?**, Université d'Aix-Marseille-département de psychologie sociale, 2005, 99 p.

Ce mémoire a pour objectif d'approfondir la connaissance et le sens donné à la santé chez les personnes en situation de précarité en vue d'interventions en éducation pour la santé. Une enquête exploratoire comparant une population exposée à la précarité à une population non exposée à cette situation a été menée à Montpellier par questionnaire. Les résultats indiquent de réelles disparités entre les deux populations étudiées au niveau des caractéristiques biographiques, socioprofessionnelles et psychosociales. L'auteur propose des pistes d'interventions en vue de renforcer les compétences psychosociales des populations précaires.

http://www.holisme.org/IMG/pdf/memoire_sante_et_precarite.pdf

DUMAS Bernard, SEGUIER Michel, **Construire des actions collectives. Développer les solidarités**, Chronique sociale, 2004, 226 p.

Face aux situations de marginalité sociale et d'exclusion qui s'accroissent, des actions collectives de solidarité se mettent en place, conduites soit par les populations concernées soit par les professionnels du social. Cet ouvrage répond au besoin des porteurs de projets en leur procurant des outils d'analyse, des méthodologies et des démarches pédagogiques pour donner du sens aux actions collectives.

FERRIERES Madeleine, **Histoire des peurs alimentaires du Moyen Age à l'aube du XXe siècle**, Seuil, 2002, 472 p.

Histoire des peurs alimentaires, depuis l'interdiction de certaines viandes au Moyen Age, dans son contexte politique, en passant par la naissance du consommateur jusqu'au principe de précaution ; la peur alimentaire est un compromis entre le principe de réalité et l'idéal de sécurité, exprimé différemment et par des acteurs différents au cours des siècles.

Alliance internationale contre le VIH/SIDA, **100 façons d'animer un groupe : jeux à faire lors d'ateliers, de réunions ou au sein d'une communauté**, Alliance internationale contre le VIH/SIDA, 2002-06, 21 p.

Ce guide rédigé par une ONG intervenant dans le domaine de la prévention du VIH dans des pays en voie de développement comprend un ensemble de jeux dits "revivifiants" ; ils visent en effet à détendre l'atmosphère et à encourager la participation active des membres d'un groupe.

https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacw079.pdf

Fédération française des banques alimentaires, **Restaurer l'homme. Vingt témoignages d'associations**, Armania, 2001, 89 p.

Réalisé à l'occasion du IIIème congrès des Banques alimentaires en 2001, cet ouvrage regroupe les témoignages de vingt associations humanitaires en France qui œuvrent chaque jour à l'amélioration du quotidien des plus démunis et à leur réinsertion. Ces témoignages sont également source de conseils pour tous les professionnels ou bénévoles qui souhaitent étendre leurs actions en développant de nouveaux services à destination de ces publics exclus, afin de les rendre acteurs de leur propre parcours.

Articles

NAVARRE Maud, **Les nouveaux visages de la précarité. Dossier**, Sciences humaines, n° 289, 2017-02, pp. 28-51

REGINSTER Maud, VANDOORNE Chantal, **Compétences psychosociales des adultes et promotion de la santé**, Focus santé, n° 4, 2016-06, 32 p.

Ce numéro de la revue de l'association belge Culture&Santé a pour objectif de permettre une meilleure compréhension des liens entre compétences psychosociales, promotion de la santé et inégalités sociales de santé, de proposer des repères utiles pour envisager l'action en faveur du développement et de l'exercice des compétences psychosociales auprès d'adultes vivant dans des contextes où les inégalités sociales se font particulièrement sentir.

<http://www.cultures-sante.be/component/phocadownload/category/11-focus-sante.html?download=214:focus-sante-04>

De l'aide à l'accompagnement alimentaire, Alimentation santé & petit budget, n° 71, 2016-06, pp. 2-4

TOUTALIAN Carole, BERTRAND Julie, **Baromètre social 2014. Dans un contexte régional atone : une mobilisation toujours active des acteurs de terrain en faveur des plus démunis**, Cahiers du DROS, n° 17, 2015-11, 12 p.

http://www.dros-paca.org/fileadmin/DROS_PACA/Cahiers_du_DROS/HD_CAHIER_DROS_No17_12-11-15_B_HD.pdf

LE GRAND Eric, BREARD Hélène, JEGLOT Lydie (et al.), **La promotion de la santé face aux nouveaux défis du vivre-ensemble. Dossier**, Horizon pluriel, n° 29, 2015-07, pp. 3-20

http://www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/hori29_2_def_pourweb.pdf

VANCORENLAND Sigrid, AVALOSSE Hervé, VERNIEST Rebekka (et al.), **Les compétences émotionnelles et la santé. Un facteur à prendre en compte pour la prévention**, Education santé, n° 311, 2015-05, pp. 2-6

<http://educationsante.be/article/les-competences-emotionnelles-et-la-sante/>

BRUNET Florence, KERTUDO Pauline, BADIA Benjamin (et al.), **Inégalités sociales et alimentation. Besoins et attentes des personnes en situation d'insécurité alimentaire**, Analyse, n° 78, 2015-04, 4 p.

<http://agriculture.gouv.fr/telecharger/72190?token=a87dc1907788303d376c073025f9ce7f>

Une épicerie solidaire pour booster l'estime de soi, Priorités santé, n° 39, 2014-01, p. 11

L'association Dracénie solidarités gère une épicerie solidaire tout en mettant en œuvre des actions pour renforcer l'estime de soi.

http://www.cres-paca.org/arkotheque/client/crespaca/lien_priorite_sante.php?ref=39

HINCELIN Luc, **Conduire son projet comme l'on fait son jardin ?**, Rubrique repères pour agir en promotion de la santé, n° 23, 2012-09, 2 p.

Cet article présente les différentes étapes dans la conduite d'un projet en éducation et promotion de la santé, en proposant une analogie sur l'art de jardiner.

LE GOUZ Laura, **Le CODES : une initiative du Cambrésis**, Alimentation santé & petit budget, n° 56, 2012-01, p. 2

Le projet "Alimentation et lien social" a été mis en œuvre par le CODES, un regroupement d'acteurs de l'économie solidaire du Cambrésis (Région Nord), dès 2003. Ce projet a pour objectif de faire participer les personnes en grande difficulté socio-économique auquel il est destiné à la mise en place et au fonctionnement d'un groupement d'achats alimentaires qui les met en lien avec les producteurs locaux et les grossistes.

https://www.cerin.org/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2016/06/consommation_alimentaire__francaise_56.pdf

MASULLO Ana, DUPUY Anne, **Représentations et stratégies alimentaires des personnes en situation de précarité**, Lettre scientifique, n° 4, 2012, 24 p.

Ce dossier reprend deux interventions lors de la conférence du 14 février 2012 organisée par le fonds français Alimentation & santé, autour du thème du comportement alimentaire des personnes en situation de précarité. La première intervention est centrée sur les stratégies et représentations alimentaires des femmes et des mères de familles en milieu précaire ; la deuxième intervention compare les modes de gestion et de transmission, au niveau du budget, de l'approvisionnement, du choix des produits, des techniques de préparation et de consommation, de personnes en situation de "pauvreté installée" et de personnes basculant dans la pauvreté.

<http://www.alimentation-sante.org/wp-content/uploads/2012/02/Lettre-scientifique-du-Fonds-N4-fev-2012.pdf>

BEC Emilie, BRIOT Karine, HEBREARD Lydie (et al.), **L'analyse des besoins. Dossier**, Principes et repères, n° 3, 2011-12, 10 p.

"Principes et repères" est une publication conçue par les partenaires du Pôle régional de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé Languedoc-Roussillon. Elle a pour objectif d'apporter un éclairage théorique et synthétique sur un thème particulier liée à la démarche en éducation et promotion de la santé. Ce dossier est consacré à l'analyse des besoins. Il insiste sur l'intérêt de mettre en œuvre un diagnostic dans la pratique de terrain, donne des définitions des besoins, et détaille l'apport des sciences humaines dans la réalisation d'une analyse des besoins. Les auteurs proposent enfin quelques méthodes, modèles de planification ou démarches qualité.

<http://ddata.over-blog.com/2/42/32/99/NL-10-Analyse-des-besoins/Principes-et-reperes-Analyse-des-besoins.pdf>

LEPELTIER Céline, **Repenser "l'atelier cuisine" afin de (re) dynamiser les participants**, Alimentation santé & petit budget, n° 54, 2011-07, 3 p. (np)

https://www.cerin.org/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2016/06/54-Bien-se-nourrir-a-moindre-cout.pdf

CORANSON Jeanne, RESSEGUIER Stephan, CALIMIA Céline, **Cuisiner avec trois fois rien : l'expérience de la "maison dans la rue"**, Alimentation santé & petit budget, n° 54, 2011/07, 1 p.

https://www.cerin.org/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2016/06/54-Bien-se-nourrir-a-moindre-cout.pdf

PICCA Delphine, **L'alimentation des enfants de 0 à 3 ans au sein de familles en situation de précarité : pratiques et difficultés**, Alimentation santé & petit budget, n° 44, 2009/01, p. 3

https://www.cerin.org/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2016/06/44-Alimentation-enfants-0-3-ans-familles-situation-precarite-pratiques-difficultes-alimentation-sante-petit-budget.pdf

DE LA PORTE Caroline, **Chômage et inactivité : quel impact sur les comportements alimentaires ?**, Alimentation santé & petit budget, n° 43, 2008/10, pp. 7-8

https://www.cerin.org/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2016/06/43-Chomage-inactivite-impact-comportements-alimentaires-alimentation-sante-petit-budget.pdf