



HAL
open science

Nutrition et inégalités sociales de santé, liens et stratégies en soins de santé primaires : revue de littérature

Aude Penot

► To cite this version:

Aude Penot. Nutrition et inégalités sociales de santé, liens et stratégies en soins de santé primaires : revue de littérature. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01167528

HAL Id: dumas-01167528

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01167528>

Submitted on 24 Jun 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2015

N° 25

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par PENOT AUDE

Née le 10 mai 1984 à PÉRIGUEUX

Le 11 mars 2015

**NUTRITION ET INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ,
LIENS ET STRATÉGIES EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES :
REVUE DE LITTÉRATURE**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Christophe Adam

Jury

Madame le Professeur Blandine Gatta-Cherifi..... Président
Monsieur le Professeur Jean-Louis Demeaux.....Juge
Monsieur le Docteur François Pétregne.....Juge
Madame le Docteur Céline Coquet.....Juge
Monsieur le Docteur Christophe Adam.....Juge

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

À Madame le Professeur Blandine GATTA-CHERIFI,

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier, Service d'Endocrinologie, Maladie Métaboliques et Nutrition Adulte

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Jean-Louis Demeaux,

Professeur des Universités, Médecine générale

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse et d'avoir accepté d'être mon rapporteur de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail et pour vos précieux conseils. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur François Pétregne,

Maître de Conférence associé, Médecine générale

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

À Madame le Docteur Céline Coquet,

Médecin généraliste

Je te remercie de ta présence et de l'honneur que tu me fais de juger cette thèse. Merci pour ta bonne humeur et la confiance que tu m'accordes. Sois assurée de ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Christophe Adam,

Maître de conférence associé, Médecine Générale

Je vous remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci de m'avoir donné de votre temps, merci pour votre aide et vos encouragements qui m'ont été d'un grand soutien. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Remerciements particuliers,

À **Eric**, tu es mon inspiration, merci de partager ma vie.

À **mes parents**, merci de m'avoir donné confiance en moi tout au long de mes études et pour votre soutien inconditionnel.

À ma sœur **Charlotte**, merci d'être toujours là pour moi. Merci pour ta précieuse relecture (vive les accents !).

À mon frère, **Hugues-Bertrand**, merci pour les bagarres quand on était petits ! Merci pour ta joie de vivre.

À **Antoine**, merci pour ton aide indispensable (je suis très heureuse d'avoir un beau-frère perfectionniste !), merci pour ton ouverture d'esprit.

À **Clothilde et Adélaïde**, vous êtes deux rayons de soleil.

À **Sophie et Pierre**, merci pour votre bienveillance et pour vos encouragements.

À **Daphné**, merci pour toutes ces années d'amitié et pour toutes les prochaines.

À tout ceux qui ont rendu ces années de fac et d'internat heureuses. Ce serait trop long de tous vous citer, encore merci !

Merci également aux Docteurs Spindler-Fosse, Montels, Mazurier et Calauz, pour la confiance que vous m'accordez.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Promotion de la santé et prévention : quelles différences ?	11
Tableau 2 : L'espérance de vie masculine, les inégalités entre les pays et en leur sein, sélection de pays.....	17
Tableau 3 : Apports nutritionnels conseillés en calcium selon les tranches d'âge	25
Tableau 4 : Principales relations concluantes entre des facteurs alimentaires ou nutritionnels et le risque de cancer, selon le rapport WCRF/AICR de 2007	32
Tableau 5 : Aliments consommés et position socioéconomique (PSE).....	34
Tableau 6 : Prévalence de anomalies biologiques minérales et vitaminiques en 2011-2012 – Abena(%).....	36
Figure 1 : Index glycémique d'une sélection d'aliments (en pourcentage).....	23
Figure 2 : La pyramide de l'alimentation méditerranéenne traditionnelle	28

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABENA : Alimentation et État Nutritionnel des Bénéficiaires de l'Aide alimentaire
AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments
AGMIS : Acides Gras Monoinsaturés
AGPIS : Acides Gras Polyinsaturés
AGS : Acides Gras Saturés
ANC : Apports Nutritionnels Conseillés
ARS : Agence Régional de Santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BDSP : Banque de Données en Santé Publique
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CES : Centre d'Examen de Santé
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
ENNS : Etude Nationale Nutrition Santé
ETP : Education Thérapeutique
IMC : Indice de Masse Corporelle
INCA : Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les CES
ISS : Inégalités Sociales de Santé
HTA : Hypertension Artérielle
ObEpi : enquêtes « **Obésité Epidémiologie** »
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PAD : Pression Artérielle Diastolique
PAI : Programme Alimentation et Insertion
PAS : Pression Artérielle Systolique
PASS : Permanence d'Accès aux Soins
PNA : Programme National pour l'Alimentation
PNNS : Programme National Nutrition Santé
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PSE : Position Socio-Economique
QNP : Qualité Nutritionnelle/Prix (exprime un rapport)
ZEP : Zone d'Education Prioritaire
ZUS : Zone Urbaine Sensible

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES ILLUSTRATIONS	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	5
TABLE DES MATIÈRES.....	6
CHAPITRE 1 : LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ.....	9
A. DÉFINITIONS.....	9
1. La santé	9
2. La prévention de la maladie	9
3. La promotion de la santé.....	10
4. L'éducation pour la santé	12
5. Soins de santé primaires	12
B. LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ.....	13
1. Les déterminants des ISS	13
2. Les chiffres des ISS.....	15
a) En France.....	15
b) Dans le monde	17
CHAPITRE 2 : NUTRITION ET PRÉVENTION	19
A. ÉQUILIBRE ALIMENTAIRE IDÉAL.....	19
1. Les fruits et légumes.....	19
2. Les protéines : 11 à 15 % des apports journaliers.....	19
3. Les lipides : 35 à 40 % des apports journaliers.....	20
4. Les glucides : 50 à 55 % des apports journaliers.....	22
5. Le calcium et la vitamine D.....	25
B. PRÉVENTION DES MALADIES PAR L'ALIMENTATION	26
1. Maladies cardiovasculaires	27
2. Diabète	29
3. Cancers.....	29
4. Ostéoporose	33
5. Activité physique	33
C. INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET ALIMENTATION	33
1. Carences alimentaires	35
2. Obésité.....	36
3. Dyslipidémie et diabète	36
4. Hypertension	37
5. Santé bucco-dentaire	37
D. FACTEURS FAVORISANT LES ISS PAR L'ALIMENTATION	38
1. Barrières économiques	38
2. Rôle de l'environnement	38
3. Facteurs psychosociaux	39
CHAPITRE 3 : REVUE DE LA LITTÉRATURE	40
A. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	40
1. Critères d'inclusion	40
2. Critères d'exclusion	40
3. Mots clés/ équation de recherche	40
4. Bases de données bibliographiques	41
5. Dates.....	41
B. RÉSULTATS.....	41
1. Premier axe : développer les aptitudes individuelles.....	42

a) Politiques nationales nutritionnelles.....	42
b) L'étiquetage nutritionnel	44
c) L'éducation thérapeutique.....	47
d) L'éducation nutritionnelle.....	53
2. Deuxième axe : actions communautaires.....	58
a) Actions illustrant l'approche communautaire	58
b) L'éducation par les pairs.....	63
3. Troisième axe : réorienter les services de santé.....	64
a) Accès aux soins de santé primaire pour les plus démunis	65
b) Les ateliers santé-villes.....	66
c) Les maisons de santé.....	67
d) Les réseaux de santé	68
e) La démarche participative.....	70
f) Place des infirmières dans la promotion de la santé	72
CHAPITRE 4 : DISCUSSION	73
A. LIMITES DE LA MÉTHODE.....	73
1. Biais de sélection	73
2. Qualité des études	73
B. INTERPRÉTATION ET PROPOSITIONS	74
1. Acquisition d'aptitudes individuelles	74
a) L'information nutritionnelle.....	74
b) Place du médecin traitant dans l'éducation nutritionnelle et thérapeutique des patients en situation de précarité sociale	76
c) Comment améliorer le dépistage par le médecin généraliste des troubles nutritionnels liés à la vulnérabilité sociale ?.....	78
d) Rôle du médecin traitant en tant que prescripteur chez les personnes en situation de précarité présentant des problèmes nutritionnels.....	79
2. Renforcement de l'action communautaire	80
a) Actions communautaires sur l'ensemble des lieux de vie	80
b) Développer les fonctions de coordination du médecin généraliste en tant qu'acteur de santé global.....	83
3. Réorientation des services de santé.....	84
a) Faire du médecin généraliste le pivot du système de soins.....	84
b) Diversifier les modes de rémunération des acteurs de soins primaires.....	86
c) Favoriser la recherche et la formation en soins primaires.....	86
CONCLUSION.....	88
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	89
ANNEXES.....	99
Annexe 1 : La Déclaration d'Alma Ata (11)	99
Annexe 2 : Quelques exemples d'inégalités sociales de santé en France	102
Annexe 3 : Exemple d'affiche illustrant les repères nutritionnels du PNNS.....	103
Annexe 4 : Classification des interventions recensées dans la revue de la littérature selon les 3 axes issus de la définition de la promotion de la santé.....	104
Annexe 5 : Exemple d'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS (61)	109
Annexe 6 : Projet Opticourse : exemple d'affiche placée dans les linéaires et de dépliant distribué à l'entrée du magasin	110
Annexe 7 : Le score EPICES, l'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé financés par l'Assurance Maladie.....	111
SERMMENT D'HIPPOCRATE.....	112
RÉSUMÉ.....	113

INTRODUCTION

Les inégalités sociales de santé (ISS) se définissent par la différence de santé observée entre les groupes sociaux. Tous les indicateurs de santé (l'état général de santé déclaré, la mortalité, la mortalité prématurée, l'espérance de vie, la morbidité déclarée ou mesurée) font apparaître un gradient selon la catégorie sociale ou le niveau d'études (1).

Les ISS se traduisent, par exemple, entre les ouvriers et les cadres supérieurs, par une différence d'espérance de vie à 35 ans de 6 ans pour les hommes et de 3 ans pour les femmes (2).

L'alimentation est un déterminant majeur de la santé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 25,2% de la mortalité totale dans le monde est attribuable à une combinaison de facteurs de risque d'origine nutritionnelle, chacun représentant une part importante à lui seul de cette mortalité : hypertension artérielle (16,8%), surpoids et obésité (8,4%), sédentarité (7,7%), glycémie élevée (7%), cholestérol élevé (5,8%) et apports faibles en fruits et légumes (2,5%) (3). Chacun de ces facteurs peut faire l'objet d'une prévention primaire.

En France, les recommandations nutritionnelles, véhiculées par le Plan National Nutrition Santé (PNNS) créé en 2001, ont pour but de diminuer les maladies et de faire reculer les inégalités sociales de santé. Cependant, l'action de ce plan de santé publique n'a toujours pas apporté l'amélioration souhaitée sur le statut nutritionnel des populations en situation de précarité sociale.

Comme le montre l'enquête INCA2 (enquête Individuelle Nationale sur les Consommations Alimentaires), la consommation de fruits et de légumes, de pain complet, de poissons ou de viandes maigres diminue alors que la consommation de boissons sucrées augmente quand la position socio-économique du foyer décroît (4). Ainsi, les maladies pouvant faire l'objet d'une prévention nutritionnelle sont plus fréquentes dans les populations défavorisées ce qui participe aux ISS.

Jusqu'à aujourd'hui, les actions entreprises en matière de prévention nutritionnelle n'ont pas permis de cibler les populations en situation de précarité et tendent à augmenter les ISS. Il n'existe actuellement pas d'intervention de grande ampleur ciblée sur la nutrition permettant de réduire les ISS.

La question de recherche est : existe-t-il des actions opérationnelles en matière de nutrition permettant de réduire les ISS, dans le cadre des soins primaires ?

L'objectif de ce travail est de recenser les interventions de soins primaires effectivement menées sur le thème de la nutrition dans le but de réduire les inégalités sociales de santé. La recherche s'est portée sur le caractère innovant et original des interventions afin d'en extraire des idées de proposition permettant de répondre à la problématique.

Une revue de littérature a été effectuée à partir des bases de données bibliographiques et de la littérature grise selon trois des cinq axes de la définition de la promotion de la santé de la Charte d'Ottawa. Il s'agit tout d'abord du développement des aptitudes individuelles, puis du renforcement de l'action communautaire et enfin de la réorientation des systèmes de santé.

CHAPITRE 1 : LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

A. DÉFINITIONS

1. La santé

- Définition de la santé de L'OMS :

« La santé est un **état de complet bien-être physique, mental et social**, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »(5)

- Définition de la charte d'Ottawa :

« La santé est **l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine (biologiques, psychologiques et sociales)**. Ce qui exige, d'une part, la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains et, d'autre part, une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à son environnement en perpétuelle mutation. »(6)

2. La prévention de la maladie

La prévention comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les *facteurs de risque*, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences.

C'est la prise de conscience d'être vulnérable à un risque ou une maladie redoutés qui conduirait une personne à agir de manière à s'en prémunir.

La prévention est donc un concept référé à la maladie, dont on distingue habituellement trois niveaux selon l'OMS :

- **la prévention primaire** qui comprend « tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux ». Elle se situe en amont de l'apparition des maladies ;
- **la prévention secondaire** qui comprend « tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire le nombre de malades en réduisant la durée d'évolution ». Elle se situe à l'extrême début de la maladie et prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes ;
- **la prévention tertiaire** qui comprend « tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie ». Cette conception étend la prévention au domaine de la réadaptation et de la réinsertion professionnelle et sociale.

Cette approche de la prévention suppose qu'une chaîne de causalité soit clairement identifiée et qu'il existe des manifestations précoces susceptibles d'être évitées.

Une autre catégorisation, utilisée lors des États généraux de la prévention en 2006, est plus à même d'éviter l'écueil de l'individualisation. Cette catégorisation propose trois types de prévention (7):

- **la prévention médicale** : elle désigne les actes effectués par les professionnels de santé, souvent à leur initiative ou à celle des pouvoirs publics, pour diminuer la fréquence ou la gravité de pathologies ;
- **la prévention environnementale** : elle vise à limiter les facteurs pathogènes affectant le cadre de vie ou de travail des individus ;
- **la prévention comportementale** : il s'agit des politiques visant à inciter les individus ou les populations à diminuer ou à abandonner leurs comportements à risque pour eux-mêmes ou pour les autres (tabagisme, relations sexuelles non protégées, conduite automobile agressive, etc.).

3. La promotion de la santé

De manière générale, la définition de la promotion de la santé considère la santé comme un droit fondamental de l'être humain et un bon investissement économique et social, souligne le caractère inacceptable des inégalités de santé, et invite à mobiliser tous les secteurs de la vie politique, sociale et économique ainsi que tous les citoyens pour l'amélioration de la santé.

La Charte d'Ottawa (1986) décrit la santé comme un processus dynamique auquel elle impose des préalables – la paix, un logement, une éducation, de la nourriture, des revenus, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité.

Ainsi, la promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer, afin de parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social.

Elle donne une vision plus large de la santé car multifactorielle et visant la population dans son ensemble alors que la prévention vise un public ciblé pour une maladie ou facteur de risque défini (Tableau 1).

La Charte d'Ottawa (6), précise les stratégies d'intervention à mettre en œuvre en ce sens :

- **ÉLABORATION DE POLITIQUES POUR LA SANTÉ**

Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales, qui favorisent davantage d'équité.

- **CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES**

Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une **approche socio-écologique** à l'égard de la santé.

La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé.

- **RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE**

La promotion de la santé passe par la **participation effective et concrète de la communauté** à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé.

Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

- **ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES**

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à **l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie.** Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.

- **RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ**

Les services de santé doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

La réorientation des services de santé exige une attention accrue à l'égard de la recherche ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évoluer l'attitude et l'organisation des services de santé, **en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans leur intégralité.**

Tableau 1 : Promotion de la santé et prévention : quelles différences ?

	Promotion de la santé	Prévention
Finalités	Empowerment (plus grand contrôle sur sa santé et son milieu) Bien-être, qualité de vie, santé	Diminuer l'incidence et la prévalence de problème de santé ou de facteurs de risque
Publics	Population, communautés, milieux de vie	Groupes à risque
Stratégies et modes d'action	Organisation des services de soin Action communautaire et participation des populations Éducation pour la santé Action politique, lobbying Action intersectorielle Modification de l'environnement	Organisation des services de soin Action communautaire et participation des populations Éducation pour la santé Action politique, lobbying Action intersectorielle Modification de l'environnement
Contenus éducatifs	Transversaux, démultiplicateurs (compétence psycho-sociale, analyse critique de l'information, etc.)	Spécifiques (informations, services, apprentissages sensori-moteurs, etc.)
Référence de l'action	Santé vécue, santé manifestée ou observée, santé objectivée	Santé vécue, santé manifestée ou observée, santé objectivée

Source : C. Vandoorne « Promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé : parle-t-on de la même chose ? », Éducation pour la santé, novembre 2009, n°250, p7.

4. L'éducation pour la santé

Définition de l'OMS (1999) : L'éducation pour la santé comprend **la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie**, qui favorisent la santé des individus et des communautés (8).

Le Plan National d'Éducation pour la Santé, présenté au Conseil des Ministres du 28 février 2001 (9), indique que l'éducation pour la santé est une mission de service public intégrée au système de santé et au système d'éducation. Elle doit donc bénéficier de modalités d'organisation et de niveaux de financement appropriés.

Elle s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun. Elle informe et interpelle aussi tous ceux qui, par leur profession ou leur mandat, exercent une influence sur la santé de la population, au travers des décisions qu'ils prennent ou des conduites qu'ils adoptent.

En privilégiant toujours une approche globale des questions de santé, elle utilise des portes d'entrée variées :

- des **thèmes particuliers** (la nutrition, le tabac, la contraception, les accidents, les vaccinations, l'accès aux soins, le sida, le cancer, les allergies...),
- des **catégories de population** (les jeunes, les femmes enceintes, les personnes âgées dépendantes, les personnes en situation de précarité...)
- des **lieux de vie** (la famille, l'école, le quartier, l'entreprise, l'hôpital, la prison...).

Pour le « grand public », une éducation pour la santé, axée sur des messages de prévention au sens large et utilisant des **moyens de communication radiophoniques ou télévisuelle**, paraît adapté.

Pour une population plus vulnérable, une prise en charge globale, en groupe, paraît plus appropriée. Dans les deux cas, il est essentiel que ces méthodes soient relayées par les professionnels de santé de proximité (10).

5. Soins de santé primaires

À Alma-Ata en 1978, l'OMS a défini les soins primaires comme "**des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays.**" Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé (11). Le texte précise que les soins de santé primaires font partie intégrante du système de santé d'un pays et qu'ils ont pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé de la communauté. Il souligne aussi leur rapport positif coût/efficacité (Annexe 1).

Cette notion de soins primaires a été précisée en 1994 par l'American Institute of Medicine (12) : "les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande

majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté."

L'OMS place les médecins généralistes au centre des soins de santé primaires. Ces derniers apparaissent indissociables de la notion d'équipe comprenant d'autres professions soignantes et sociales. Une telle association semble plus à même de répondre à la complexité des situations présentes aujourd'hui dans le secteur ambulatoire (13).

En théorie, si la population a un contact régulier avec son médecin généraliste, s'appuyer sur ce dernier et/ou l'équipe de soins en première ligne semble être un moyen de garantir l'accès universel aux soins, et plus largement de conduire l'ensemble des patients à une meilleure gestion et prise en charge de leur santé. Atteindre ce dernier objectif suppose d'aider les patients à réduire leurs comportements à risques et développer des comportements préventifs. Les compétences en santé s'acquièrent et se transmettent autant par des relations interindividuelles durables et répétées (entre patients, comme entre patients et professionnels) que par la communication de masse (campagnes d'information).

B. LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Il n'existe pas une définition universelle des inégalités sociales de santé (ISS). Elles font référence à toute relation entre la santé et l'appartenance à un groupe social. Si l'on se réfère à la définition des inégalités de santé de la Banque de données en santé publique (BDSP), par similitude, on pourrait écrire que les inégalités sociales de santé sont des « **différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux** » (14).

Elles concernent toute la population selon un **gradient social**, c'est-à-dire avec une fréquence qui augmente régulièrement des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées.

Selon l'OMS, les ISS sont considérées comme de véritables « **inéquités** » en santé, c'est-à-dire comme des « différences dans le domaine de la santé qui sont inacceptables et potentiellement évitables, mais, de plus, qui sont considérées comme inéquitables et injustes. Le terme a donc une dimension morale et éthique » (15).

Les ISS correspondent aux différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux. Elles font référence aux différences observées dans la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale (selon des indicateurs comme ses revenus, son niveau d'études, sa profession, etc.).

1. Les déterminants des ISS

Parmi les déterminants des ISS sont avancées les conditions de vie et de travail ; les modes de vie et comportements à risque ; le rôle cumulatif des différences de conditions de vie au cours de l'existence ; la causalité inverse selon laquelle l'état de santé expliquerait les différences de revenus ; l'effet de la structure sociale (position relative,

domination hiérarchique et perte d'autonomie) ; le rôle du système de santé et de soins ; certains facteurs nationaux dont pourraient faire partie les politiques sanitaires et sociales, etc.

Aucune de ces hypothèses ne suffit à elle seule à expliquer le phénomène qui résulte à l'évidence de causalités combinées. Ce sont souvent les mêmes populations, les moins favorisées (à faible revenu, peu diplômées), qui cumulent les expositions aux différents facteurs de risque pour la santé, que ce soit dans l'environnement professionnel (exposition au travail physiquement pénible, au travail de nuit, aux produits toxiques, etc.) ou dans l'environnement familial (pollutions affectant le logement comme le bruit, la mauvaise qualité de l'air ou de l'eau, etc.). Ce sont elles aussi qui ont le plus souvent les comportements défavorables à la santé (notamment en matière de nutrition, d'activité physique, de prévention, etc.).

Dans le modèle conceptuel proposé par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, les déterminants sociaux sont classés en **déterminants structurels** et **déterminants intermédiaires** (16) :

- **Les déterminants structurels** de l'état de santé sont ceux liés au contexte politique et socio-économique du pays. Parmi les facteurs qui influent sur la stratification sociale et économique du pays et donc la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe et de ses origines ethniques, on trouve : la gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques fiscales, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société.

- **Les déterminants intermédiaires** de l'état de santé renvoient aux conditions matérielles, psychologiques, aux facteurs biologiques et génétiques, aux comportements ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé. Parmi les éléments pris en compte, on citera pour les conditions matérielles : le logement, la qualité de l'environnement du quartier, la consommation potentielle (c'est-à-dire les moyens financiers d'acheter des aliments sains, des vêtements chauds, etc.), l'environnement physique du travail. Les facteurs psychosociaux renvoient au stress des conditions de vie et de travail, aux relations et au soutien social. Les comportements concernent la nutrition, l'activité physique, la consommation de tabac et d'alcool, qui ont une répartition socialement stratifiée entre les différents groupes sociaux.

- Interaction des facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques

L'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques qui agissent tout au cours de l'existence. Certains travaux privilégient le rôle des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance qui, lorsqu'elles sont défavorables, poseraient les fondements créateurs des inégalités. D'autres se fondent sur l'effet cumulatif de déterminants sociaux et économiques défavorables se combinant et interagissant au cours de la vie. Ces modèles explicatifs ne sont pas exclusifs les uns des autres et peuvent être complémentaires.

2. Les chiffres des ISS

a) En France

- **Les disparités sociales :**

À âge et à sexe égal, l'existence et l'importance des problèmes de santé sont d'abord liées à la position sociale et au niveau d'études. Tous les indicateurs, que ce soit l'état général de santé déclaré, la mortalité, la mortalité prématurée, l'espérance de vie, la morbidité déclarée ou mesurée ou le recours aux soins, font apparaître un gradient selon la catégorie professionnelle ou le niveau d'études (2) (Annexe 2).

On observe une diminution graduelle du risque tout au long de la hiérarchie sociale sans aucun effet de seuil. Ce phénomène est connu sous le terme de « **gradient social de santé** ».

Les inégalités s'inscrivent dès le plus jeune âge : les enfants d'ouvriers, de même que les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) ou en zone rurale, ont un état de santé buccodentaire plus mauvais ou sont plus souvent en surcharge pondérale que les autres enfants. Si des évolutions favorables peuvent être observées dans toutes les catégories sociales pour l'état de santé bucco-dentaire, les inégalités persistent. Pour la surcharge pondérale, elles s'aggravent.

Ainsi la prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de 10- 11 ans dont le père est cadre ou de profession intellectuelle supérieure a diminué, passant de 12,8 % (dont 1,3 % d'obèses) en 2001-2002 à 7,4 % (dont 0,6 % d'obèses) en 2004-2005. En revanche, **chez les enfants dont le père est ouvrier, la prévalence de la surcharge pondérale est restée stable (23,3 % en 2001-2002 et 24,5 % en 2004-2005) et la prévalence de l'obésité a augmenté de 5,1 % à 6,1 %** au cours de la même période (17).

L'enquête Obépi 2012 (18) montre que l'augmentation de la prévalence de l'obésité a touché entre 1997 et 2012 toutes les catégories de revenus ou d'éducation, même si elle a été moins nette dans les catégories supérieures. Un ralentissement de la progression de la prévalence de l'obésité s'observe dans toutes les catégories sociales. Cependant, d'importantes différences persistent entre les catégories socio- professionnelles.

En matière d'accès aux soins, des inégalités persistent. En 2008, **15 % des personnes adultes de 18 ans ou plus déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières** au cours des douze derniers mois. Les renoncements sont toujours concentrés sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels les dépenses restant à la charge du ménage sont les plus importantes. Ainsi, 47 % des renoncements concernent la santé bucco-dentaire, 18 % l'optique et 12 % les soins de spécialistes. Ce renoncement est plus fréquent pour les femmes (18 %) que pour les hommes (12 %). L'absence de couverture complémentaire est le facteur principal du renoncement (17).

- **Les disparités territoriales :**

Des différences territoriales sensibles existent également en matière de mortalité comme de morbidité pour de nombreux problèmes de santé. **Pour la mortalité évitable, par exemple, il existe un gradient nord-sud, particulièrement marqué**

pour les hommes :les régions du sud de la France connaissent une situation plus favorable. Ces disparités, en partie liées à des différences territoriales de structures démographiques ou sociales, témoignent toutefois de besoins de santé différenciés. **Des disparités existent également entre la métropole et les départements d'outre-mer.** Ainsi, les disparités sont particulièrement marquées entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane et la Réunion, pour les taux de prématurité et d'enfants de petit poids qui y sont en 2010 près de deux fois plus élevés qu'en métropole (17).

Les résultats de l'étude INCA2 (4) 2006-2007 montrent également des disparités géographiques. **Un gradient significatif de l'obésité entre le nord et le sud du pays est observé, avec des prévalences plus élevées au nord.**

- **Espérance de vie à 35 ans :**

L'espérance de vie continue sa progression, mais de façon plus ou moins rapide selon la position sociale. Entre le début des années 1980 et le milieu des années 2000, l'espérance de vie à 35 ans a augmenté pour toutes les catégories sociales. Ce sont toujours les ouvriers qui vivent le moins longtemps et les cadres et professions intellectuelles supérieures qui ont l'espérance de vie la plus longue. Au cours de la période 2000-2008, **les hommes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure ont à 35 ans une espérance de vie de 47,2 ans supplémentaires, contre 40,9 ans pour les ouvriers. À 35 ans, les femmes ont une espérance de vie de 51,7 ans quand elles sont cadres et 47,5 ans quand elles sont ouvrières (2).**

De telles inégalités se retrouvent dans toute l'Europe, même si l'ampleur des écarts ne peut être précisément comparée. Les études indiquent que l'accroissement des écarts est dû à une baisse plus importante de la mortalité pour les groupes les plus favorisés, liée à la diminution de certaines causes de décès (par maladies cardiovasculaires notamment) (19).

- **Espérance de vie sans incapacité :**

Aux inégalités d'espérance de vie liées à la catégorie socioprofessionnelle, viennent s'ajouter de fortes inégalités d'espérance de vie sans incapacité.

Les cadres vivent 10 années de plus que les ouvriers sans limitations fonctionnelles, 8 années de plus sans gêne dans les activités et 7 ans de plus sans dépendance. De manière générale, **plus l'espérance de vie est courte, plus les années d'incapacité sont nombreuses.** Seuls les agriculteurs bénéficient d'une espérance de vie plus longue que la moyenne mais avec aussi davantage d'années de limitations fonctionnelles (17).

Ces différences très marquées chez les hommes s'expliquent par le fait que leur catégorie socioprofessionnelle est très représentative de leurs conditions de vie et qu'elles sont dès lors liées à toutes sortes de facteurs et déterminants de la santé (conditions de travail, niveau de vie, accès à la prévention et aux soins, exposition aux risques de mauvaise santé, etc.). Les années de vie avec limitations fonctionnelles physiques et sensorielles sont particulièrement présentes dans les catégories de professions manuelles. C'est ce qui explique le paradoxe des agriculteurs exploitants : plutôt protégés en termes d'espérance de vie, ils sont aujourd'hui proches des professions indépendantes et chefs d'entreprise; pour autant, ils restent plus exposés que d'autres professions d'indépendants à des conditions de travail difficiles (activités

physiquement exigeantes, en extérieur, sous contrainte de temps, horaires décalés, etc.), ce qui peut expliquer les nombreuses années de limitations fonctionnelles (17).

b) Dans le monde

Les enfants ont une espérance de vie extrêmement variable selon l'endroit où ils naissent. Au Japon ou en Suède, ils peuvent espérer vivre plus de 80 ans ; au Brésil 72 ans ; en Inde 63 ans ; dans plusieurs pays africains, moins de 50 ans. Dans tous les pays, quel que soit le niveau de revenu national, la santé et la maladie suivent un gradient social : plus la condition socio-économique est basse, moins la santé est bonne.

Dans les pays riches, l'espérance de vie peut être très faible lorsque le statut socio-économique bas est synonyme d'éducation médiocre, de manque d'équipements sociaux, de chômage et d'insécurité de l'emploi, de mauvaises conditions de travail, de quartiers dangereux. Comme le montre le tableau 2, l'espérance de vie à la naissance dans le quartier défavorisé de Calton en Ecosse est de 54 ans, soit nettement plus faible que l'espérance de vie en Inde, pays pourtant beaucoup plus pauvre (20).

Tableau 2 : L'espérance de vie masculine, les inégalités entre les pays et en leur sein, sélection de pays

Lieu	Espérance de vie à la naissance
Royaume-Unis, Ecosse, Glasgow (Calton) ^b	54
Inde ^a	62
Etats-Unis, Washington DC (noirs) ^c	63
Philippines ^a	64
Lituanie ^a	65
Pologne ^a	71
Mexique ^a	72
Etats-Unis ^a	75
Cuba ^a	75
Royaume-Unis ^a	77
Japon ^a	79
Islande ^a	79
Etats-Unis, comté de Montgomery (blancs) ^c	80
Royaume-Uni, Ecosse, Glasgow (Lenzie N.) ^b	82

Sources : ^a Données nationales : statistiques sanitaires mondiales 2005 (WHO, 2007)

^b Données totalisées de 1998 à 2002 (Hanlon, Walsh and Whyte, 2006)

^c Données totalisées de 1997 à 2001 (Murray and al, 2006)

(Le quartier Calton de Glasgow est le plus défavorisé alors que le quartier de Lenzie est le plus riche).

Dans les pays à faibles revenus, s'ajoutent aux conditions socio-économiques de vie, la charge importante des privations matérielles et la vulnérabilité aux catastrophes naturelles.

Tandis que les pays les plus pauvres présentent un taux élevé de maladies transmissibles ainsi que des atteintes et des maladies non transmissibles, dans toutes les autres régions du monde, les maladies non transmissibles prédominent. Les causes des maladies cardiaques, du cancer et du diabète sont les mêmes quel que soit l'endroit où ces maladies surviennent.

CHAPITRE 2 : NUTRITION ET PRÉVENTION

A. ÉQUILIBRE ALIMENTAIRE IDÉAL

Selon le Programme National Nutrition Santé (PNNS), bien manger se définit en fonction des règles suivantes : cinq fruits et légumes par jour, trois produits laitiers par jour, des féculents à chaque repas, apport protéique animal (viande, poisson ou œuf) une à deux fois par jour, limiter les apports en sel, sucre et matières grasses, eau à volonté en guise de boisson (21) (voir en annexe 3 les repères du PNNS illustrés).

1. Les fruits et légumes

- *Consommer cinq portions de fruits et légumes crus ou cuits, par jour*

Cinq fruits et légumes par jour assurent la couverture des besoins en vitamines (C, bêta-carotène, folates) et en fibres, et complètent les apports en éléments minéraux (calcium, potassium, magnésium, etc.) mais aussi en eau. Si leurs teneurs en ces nutriments varient d'un fruit ou d'un légume à l'autre, d'une saison à l'autre, c'est la variété dans les choix qui permettra une couverture plus fine de chacun des éléments nutritionnels.

Même cuits, les légumes gardent une grande partie de leur intérêt nutritionnel. Certes la cuisson réduit l'apport des vitamines hydrosolubles, mais la quantité consommée est généralement plus importante lorsque le légume est cuit. Pour préserver les vitamines, mieux vaut privilégier les modes qui nécessitent peu d'eau (vapeur, braisée, à l'étouffée). Frais, surgelés, en conserve ou sous vide, crus ou cuits, nature ou préparés (notamment en soupes, potages...), la gamme est vaste et permet à chacun de s'organiser pour consommer plus d'un plat de légumes par jour.

2. Les protéines : 11 à 15 % des apports journaliers

• **Besoins protéiques :**

Les besoins protéiques dépendent des pertes estimées, variables selon l'âge, le sexe, l'activité physique, l'état physiologique et l'état de santé. Afin de mieux tenir compte des besoins globaux d'une population générale, les apports recommandés sont fixés à 0,8g/kg/j chez l'adulte.

La proportion des protéines animales (deux tiers actuellement) gagnerait à être réduite au profit des protéines végétales car elles sont souvent associées aux lipides et ont un coût énergétique élevé. Un apport de protéines animales à hauteur de 1/3 serait suffisant pour assurer les besoins en acides aminés essentiels, satisfaire les besoins en vitamine B et améliorer la biodisponibilité de certains micronutriments (Ca, Fe, Zn) (22). Les protéines alimentaires fournissent les acides aminés nécessaires à la couverture des besoins protéiques de l'organisme. Les fonctionnalités des protéines comportent la croissance, la fonction et l'entretien des tissus, des organes et du système de défense immunitaire. Elles apportent 4 kcal/g et ont le statut de macronutriment énergétique.

• **Protéines et santé :**

Un apport protéique couvrant les besoins est considéré comme un prérequis pour un état de santé optimal. La carence protéique chronique a des conséquences redoutables :

troubles de la croissance chez l'enfant, fragilité cutanée avec retard de cicatrisation, altération des défenses immunitaires avec un risque accru d'infection, catabolisme protéique avec sarcopénie et ostéopénie. Elle est particulièrement redoutée aux âges extrêmes de la vie. Pour autant, un excès d'apport protéique n'est pas souhaitable, d'abord parce qu'il se fait le plus souvent au détriment des apports glucidiques qui constituent la source énergétique préférentielle, ensuite parce que les aliments protéiques sont le plus souvent associés à des graisses constitutionnelles où dominent les acides gras saturés. Par ailleurs, un régime hyperprotidique augmente la pression de perfusion glomérulaire, ce qui prédispose à l'insuffisance rénale chronique et a un effet lithogène urinaire.

- **Effets de la cuisson sur les protéines**

Certaines protéines peuvent être dénaturées et perdre en valeur biologique lorsqu'elles sont soumises à une température élevée. La chaleur diminue la disponibilité de la lysine. Elle inactive l'inhibiteur de la trypsine contenue dans le soja. Le phénomène de brunissement de la viande est la conséquence d'une réaction de Maillard avec glycation des protéines et production de produits terminaux de la glycation qui sont associés au risque cardiovasculaire.

- **En pratique :**

- ***Consommer des viandes, volailles, poissons, produits de la pêche et œufs 1 à 2 fois par jour***

Ces aliments sont des sources de protéines d'excellente qualité, mais également de vitamines et de minéraux. Viandes, poissons, produits de la pêche ou œufs doivent être un des composants du plat principal et non pas l'élément dominant ; il est donc préférable d'en prendre en quantité inférieure à celle de l'accompagnement. 100 g de viande ou deux œufs constituent une bonne portion.

Choisir les morceaux de viande les plus maigres, et ce, quel que soit le type de viande : escalope, rôti, filet, blanc (de volaille ou de lapin). Éviter de consommer la peau des volailles très riche en graisses.

Consommer du poisson régulièrement, en privilégiant les poissons gras, au moins 2 fois par semaine.

Les œufs constituent une excellente source de protéines bon marché ; ils peuvent être consommés 3 fois par semaine.

3. Les lipides : 35 à 40 % des apports journaliers

Les lipides alimentaires sont multiples. Ils sont des sources importantes d'énergie (9 kcal/g). Ils ont un rôle structural (constituants des membranes cellulaires et de la myéline) et métabolique (précurseurs des hormones stéroïdes et des eicosanoïdes). La nomenclature d'usage distingue les graisses saturées, monoinsaturées et polyinsaturées. La notion de saturation fait référence à la présence ou non de doubles liaisons entre les atomes de carbone qui constituent le squelette des acides gras. Ceux-ci sont caractérisés par la longueur de la chaîne (nombre d'atomes de carbone), par le nombre de doubles liaisons et par la configuration isomérique cis ou trans. Les répercussions cliniques de la consommation d'acides gras diffèrent en fonction de leur nature.

- **Les acides gras :**

- **Acides gras saturés**

Les acides gras saturés (AGS) ont la réputation d'être associés à un risque cardiovasculaire accru alors que les acides gras monoinsaturés (AGMIS) et les acides gras polyinsaturés (AGPIS) sont neutres ou bénéfiques. En réalité les AGS ne sont pas tous délétères et certains sont probablement neutres voire bénéfiques (certains AGS à chaîne courte des produits laitiers et l'acide stéarique C18) (22). En pratique, ils sont reconnaissables parce qu'ils sont solides à température ambiante.

- **AGMIS**

L'acide oléique (C18 : 1 n-9) est le représentant emblématique des AGMIS et est associé au régime méditerranéen. Il devrait représenter 15 à 20 % des apports lipidiques quotidiens.

- **AGPIS**

Acides gras essentiels oméga 3 (n-3)

L'acide alpha-linolénique contenu en abondance dans l'huile de colza, les noix et le soja et les acides eicosapentaénoïque (C20 n-3) (EPA) et docohexaénoïque (C22 n-3) (DHA) apportés par les produits marins (saumon, maquereaux, sardines) sont des acides gras n-3 qui sont à l'origine de leucotriènes et de thromboxanes aux effets favorables. Ils semblent à même de réduire le risque de mort subite et auraient un effet favorable sur les processus de cancérogenèse, d'athérogenèse et de vieillissement. Une supplémentation en acides gras n-3 permet de limiter la compétition avec les AG n-6 qui sont métabolisés par les mêmes enzymes qui produisent alors des composés moins favorables pour la santé (23).

Il est souhaitable que le rapport des acides gras n-6/acides gras n-3 soit de l'ordre de 1 à 5 et non supérieur à 10 comme il l'est dans l'alimentation occidentale. L'apport en AGPIS n-3 devrait être d'au moins 2g/j.

AGPIS non essentiels oméga 6 (n-6)

Les AGPIS non essentiels n-6 sont des composants importants des membranes. En apport excessif, les AGPIS n-6 sont fragilisés par l'oxydation, ce qui rend athérogènes les lipoparticules qui en sont riches.

- **Lipides particuliers : acides gras trans et conjugués de l'acide linoléique**

Certains acides gras sont de configuration « trans ». Il s'agit le plus souvent d'AGMIS. Les acides gras trans naturels sont présents dans les produits issus des ruminants (lait et dérivés, viande). Ils ne présentent pas d'effets délétères en terme de risque cardiovasculaire. En revanche, les acides gras trans issus d'une hydrogénation catalytique partielle utilisée dans l'industrie agroalimentaire (viennoiseries, barres chocolatées...) sont délétères.

L'ingestion d'acides gras trans par hydrogénation industrielle est associée à une augmentation du cholestérol-LDL et une diminution du cholestérol-HDL avec une augmentation du risque cardiovasculaire d'environ 25 % pour une augmentation des AG trans de 2 %. Les acides gras trans sont également associés à certains cancers (sein, prostate).

L'AFSSA a proposé de limiter les acides gras trans à moins de 2 % de la ration énergétique journalière (24).

- **En pratique :**

- ***Réduire la consommation des aliments riches en graisses***

Il est souhaitable d'éviter une consommation excessive de certains aliments particulièrement riches en acides gras saturés (viennoiseries, pâtisseries, charcuteries, beurre, crème fraîche, fromages...).

Pour les viandes, poissons et produits de la pêche et les œufs : en manger une à deux fois par jour (midi ou soir), mais en considérant que ces aliments doivent être des composants des plats et des repas et non pas les éléments dominants. Les charcuteries et les morceaux panés doivent être consommés occasionnellement.

Concernant les produits laitiers, il est préférable de privilégier les produits laitiers frais (lait, yaourt et fromage blanc demi-écrémé) et de limiter à une fois par jour la consommation de fromage.

- ***Jouer sur le choix et les quantités de matières grasses ajoutées***

Pour un meilleur équilibre, il faut recommander de consommer les matières grasses végétales.

Il est également recommandé de varier les huiles pour bénéficier des avantages spécifiques de chacune d'elles (acides gras mono ou polyinsaturés, vitamine E...). Pour les crudités, conseillez de l'huile de colza, d'olive (pour les acides gras polyinsaturés oméga 3) ou de soja, et pour la cuisson, de l'huile d'arachide. Quant à l'huile de noix, elle a le double intérêt d'être riche en oméga 3 et pleine de saveur.

- ***Jouer sur les modes de cuisson***

Privilégier les cuissons grillées, en papillote ou au court bouillon pour les viandes ou poissons, les cuissons vapeur pour les légumes.

4. Les glucides : 50 à 55 % des apports journaliers

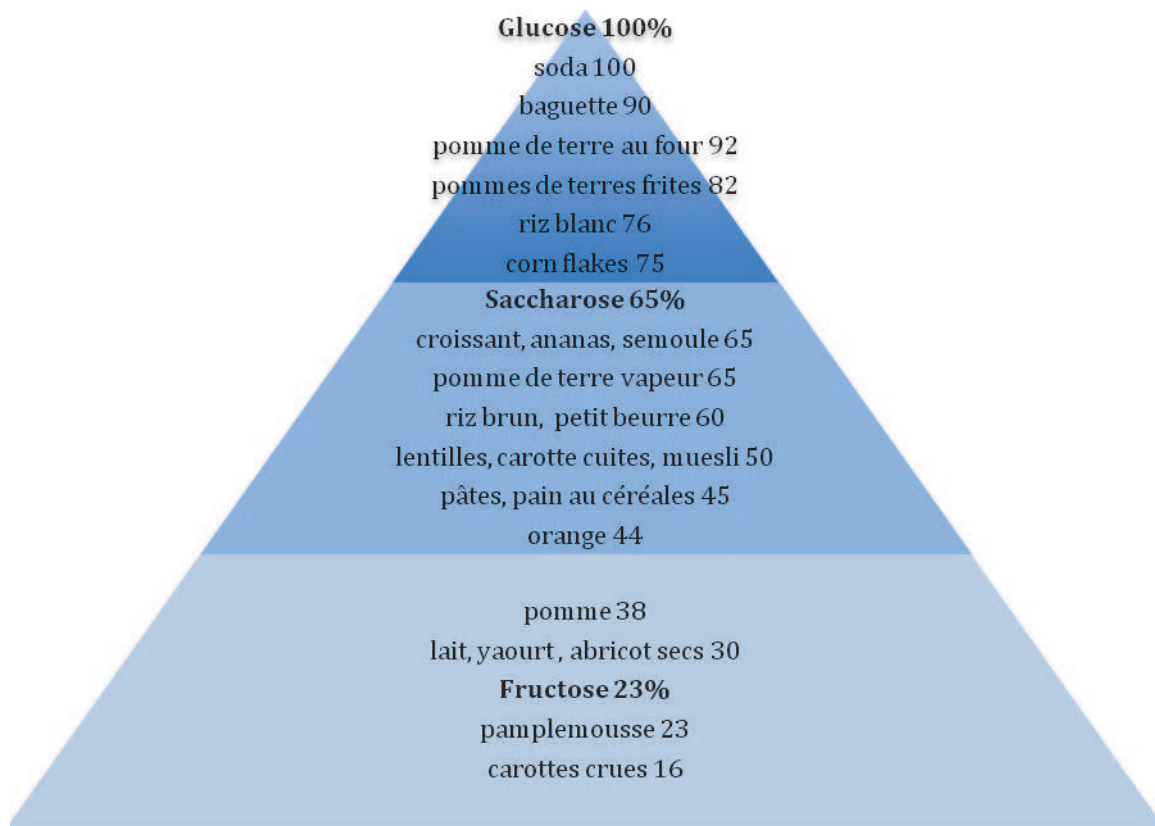
Les glucides sont des macronutriments ayant pour fonctions métaboliques l'homéostasie glucidique et le stockage tissulaire. Ils fournissent 4 kcal par gramme. On distingue les glucides digestibles à destinée métabolique, des glucides non digestibles (ou fibres alimentaires).

L'index glycémique et la charge glycémique sont les paramètres les mieux adaptés pour définir la fonction nutritionnelle des glucides, bien qu'ils dépendent des nutriments énergétiques d'accompagnement, de la présence ou non de fibres alimentaires, de la vitesse de vidange gastrique et du degré de cuisson des aliments.

- **Index glycémique :**

L'index glycémique d'un aliment est défini par rapport à un apport glucidique standard. **L'index glycémique exprime le degré d'hyperglycémie induit par un aliment.** Un index glycémique > 70 % est élevé alors qu'un index glycémique < 50 % est bas. Il existe une grande variabilité de l'index glycémique intra et interindividuelle et selon les espèces d'un même aliment (Figure 1).

Figure 1 : Index glycémique d'une sélection d'aliments (en pourcentage)



Source : Foster-Powell K., Holt S., Brand-Miller J. International table of glycemic index and glycemic load values: 2002. *Am J Clin Nutr* 2002;76:5–56.

- **Charge glycémique :**

La charge glycémique apparaît plus pertinente que l'index glycémique. Elle est obtenue en multipliant l'index glycémique par la quantité de glucides contenue dans une portion d'un aliment donné. La notion de charge glycémique permet de comparer les portions consommées habituellement et est donc plus adaptée à la pratique nutritionnelle. À titre d'exemple, l'index glycémique des carottes est de l'ordre de 50 mais la quantité totale de glucides apportée par une portion de carottes est faible puisque la teneur en glucide est de l'ordre de 12 g/100 g, d'où une charge glycémique peu élevée d'un aliment à forte densité nutritionnelle (22).

- **Glucides non digestibles ou fibres alimentaires :**

Les fibres alimentaires sont des hydrates de carbone non digestibles. Classées en fibres insolubles et solubles, elles n'apportent pas d'énergie et agissent sur la vidange gastrique, le transit intestinal, l'équilibre de la microflore intestinale qui peut les dégrader en partie. Elles sont associées à des aliments habituellement pauvres en lipides et interagissant avec l'absorption des glucides digestibles en réduisant leur index glycémique. Les modèles alimentaires riches en fibres offrent des avantages confirmés par des méta-analyses : diminution des maladies cardiovasculaires et métaboliques, meilleur contrôle pondéral et moindre prévalence de certains cancers (25). Il est

recommandé de majorer la consommation de fibres (20 g/1 000 kcal) pour moitié sous forme de fibres solubles en privilégiant les apports sous forme naturelle : légumes, légumineuses, fruits, grains entiers.

- **Implications nutritionnelles :**

Dans la population générale, il semble qu'une alimentation à faible charge glycémique soit associée à une diminution du risque cardiométabolique liée à une amélioration de la résistance à l'insuline et une optimisation de l'utilisation glucosée (26).

Par ailleurs il est souhaitable, sauf cas particulier, d'assurer **un apport glucidique important d'environ 50 à 55 % de la ration énergétique tout en préservant l'objectif de charge glycémique faible en utilisant des glucides à faible index glycémique afin de réduire les apports énergétiques d'origine lipidique.**

Le fructose à fort pouvoir sucrant est un monosaccharide à index glycémique faible (23 %) dont l'absorption par diffusion facilitée permet une utilisation hépatique qui n'est que partiellement insulino-dépendante pour produire du glucose, des lipides et des lactates. Consommé en grande quantité, il stimule la prise alimentaire et favorise la production de triglycérides. La consommation de fructose est recommandable sous forme de fruits mais non sous forme de glucides d'addition dans l'alimentation industrielle.

Le lactose, dissaccharide présent dans le lait et ses dérivés est assimilé dans l'organisme par l'action de la lactase intestinale. Les adultes intolérants au lactose ne produisent pas suffisamment de cette enzyme et deviennent symptomatiques pour un apport en lactose supérieur à 5 g/j (soit 100 mL de lait).

- **En pratique :**

- ***Augmenter la consommation d'aliments à charge glycémique faible***

Proposer de consommer du pain complet et d'autres féculents (aliments céréaliers, pommes de terre vapeur ou bouillies et légumineuses) à raison d'environ 500-700 g/jour. Ils fournissent des protéines végétales et des glucides indispensables aux muscles, aux organes et au cerveau. Les féculents ne s'opposent pas aux légumes : ils sont complémentaires et doivent être consommés tous deux à chaque repas.

- ***Diminuer les aliments à la charge glycémique élevée***

La consommation fréquente de boissons sucrées, pendant ou entre les repas, ainsi que celle d'aliments sucrés tout au long de la journée augmentent le risque d'obésité et de déséquilibre alimentaire. Par ailleurs, le morceau de chocolat avec le café, ou la confiture sur les tartines ou encore les biscuits à l'heure du goûter sont également compatibles avec une bonne santé, à condition de ne pas les consommer de façon systématique et d'être raisonnable sur les quantités.

5. Le calcium et la vitamine D

- **Le calcium :**

Le calcium fonctionne comme un "nutriment seuil" : cela signifie qu'au-dessous d'une valeur critique qui se situe à environ 700-800 mg par jour de calcium, la masse osseuse baissera parallèlement aux apports calciques disponibles alors que, au-delà de la valeur des apports nutritionnels conseillés, il n'y aura pas de bénéfice osseux particulier procuré par un accroissement de la ration calcique.

Les apports nutritionnels conseillés (ANC) sont définis dans une préoccupation de santé publique. Ils visent à assurer la couverture des besoins de presque toute la population (97,5 % exactement). Les ANC en calcium pour la population française selon les tranches d'âge sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Apports nutritionnels conseillés en calcium selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Apports conseillés (en mg/j)
Enfants de 1 à 3 ans	500
Enfants de 4 à 6 ans	700
Enfant de 7 à 9 ans	900
Adolescent de 10 à 19 ans	1200
Adultes au-delà de 19 ans	900
Femmes au-delà de 55 ans	1200
Hommes au-delà de 65 ans	1200
Femmes enceinte (3 ^e trimestre) ou allaitante	1000

Source : Anses 2014.

- **En pratique :**

- **Consommer trois produits laitiers par jour**

Le lait, les yaourts et les fromages frais (faisselle, fromage blanc) : les recommander parmi les "demi-écrémés" (yaourt "nature", fromage blanc à 20 % de matières grasses) et non aromatisés pour limiter l'apport de matières grasses et de sucre.

Les fromages ont un taux élevé en matières grasses et en sel, ce qui doit conduire à en limiter la consommation : 1 à 2 parts par jour (30 g x 2). Ils permettent de fournir plus de 300 mg de calcium.

Bien qu'issus du lait, la crème fraîche et le beurre sont pauvres en calcium. L'opération d'écémage des produits laitiers n'influence pas leur teneur en calcium. En revanche, cette opération les appauvrit en vitamines liposolubles (A et D). Ainsi, les laitages

écrémés sont dépourvus de vitamines A et D. C'est pour cette raison que certains produits écrémés subissent, après l'écrémage, un enrichissement artificiel en ces vitamines.

- ***Variation des apports en calcium***

Certains légumes à feuilles vertes, les fruits secs et quelques eaux minérales sont également des sources non négligeables de calcium. En ce qui concerne les eaux minérales, il vaut mieux conseiller, chez ceux qui en consomment et qui ingèrent peu de produits laitiers, des eaux minérales riches en calcium qui contiennent jusqu'à 555 mg /L de calcium, ce qui peut apporter 750mg/jour pour une consommation d'1,5L d'eau.

• **La vitamine D :**

La vitamine D joue un rôle primordial dans le maintien de l'homéostasie phosphocalcique, et est essentielle au développement et au maintien de la minéralisation osseuse. Sa carence a des conséquences biologiques et cliniques pouvant aboutir à des signes de rachitisme chez l'enfant et d'ostéomalacie chez l'adulte, avec troubles du métabolisme phosphocalcique, déformations osseuses, et hypotonie musculaire. En plus des fonctions déjà citées, la 1,25-dihydroxyvitamine D, forme active de la vitamine D est maintenant considérée comme étant un régulateur physiologique de la prolifération-différenciation de nombreux types cellulaires, et comme un modulateur des défenses immunitaires de l'organisme. La vitamine D apparaît ainsi de plus en plus comme un des facteurs environnementaux influençant le risque de survenue de certains cancers et de certaines maladies auto-immunes notamment le diabète de type I (27).

Sources de vitamine D :

La plupart des aliments sont pauvres en vitamine D à l'exception des poissons gras de mer et des aliments enrichis. L'alimentation moyenne en France n'apporte que 2 à 4 µg/j de vitamine D, soit 80 à 160 U.I./jour, alors que les besoins quotidiens des adultes sont estimés à 10 µg/j, soit 400 U.I./j.

La vitamine D3 ou cholécalciférol est la vitamine naturelle des mammifères. Elle est synthétisée dans les couches profondes de l'épiderme sous l'action des rayonnements UltraViolet. L'intensité du rayonnement ultraviolet doit être supérieure à 18 mJ/cm² pour être efficace et cette intensité n'est atteinte qu'entre les mois de juin et d'octobre aux latitudes de 40°- 50° Nord ou Sud, comme en France, d'où une fluctuation saisonnière importante. Ces paramètres rendent souvent inefficace le rayonnement solaire, d'où la nécessité d'enrichir les aliments en vitamine D et/ou de compléter les nourrissons, jeunes enfants et les personnes âgées, par l'administration prophylactique de vitamine D, afin de prévenir la survenue d'une carence en vitamine D (27).

B. PRÉVENTION DES MALADIES PAR L'ALIMENTATION

La nutrition occupe une place centrale dans la genèse, l'entretien, l'aggravation et les conséquences des maladies chroniques, notamment des cancers et des maladies cardio-métaboliques (diabète, obésité, dyslipidémie, maladies cardiovasculaires), causes majeures d'affections de longue durée. Un tiers des décès survenus avant 65 ans en

France en 2008 sont dus à des causes liées à des comportements défavorables à la santé, l'alcool, les accidents, la malnutrition et la sédentarité (28).

L'analyse médicalisée des dépenses de santé d'assurance maladie en 2011 place les maladies directement liées à la nutrition - les pathologies cardiovasculaires, le diabète et les cancers - en première position des dépenses de santé. Les facteurs de risque vasculaire, diabète, dyslipidémies, HTA représentent des dépenses globales de 15,7 milliards d'euros par an (29).

1. Maladies cardiovasculaires

En 2011, les maladies cardiovasculaires, 2ème cause de mortalité, sont à l'origine de près de 180 000 décès par an (32 % des décès), dont 25 % affectent des personnes de moins de 75 ans (17).

Les coûts directs et indirects des maladies cardiovasculaires représentaient en 2008, 28,7 milliards d'euros. Le coût de prise en charge des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) en 2007 était de 5,3 milliards d'euros. La perte de productivité liée aux AVC est estimée à 255,9 millions d'euros par an (30).

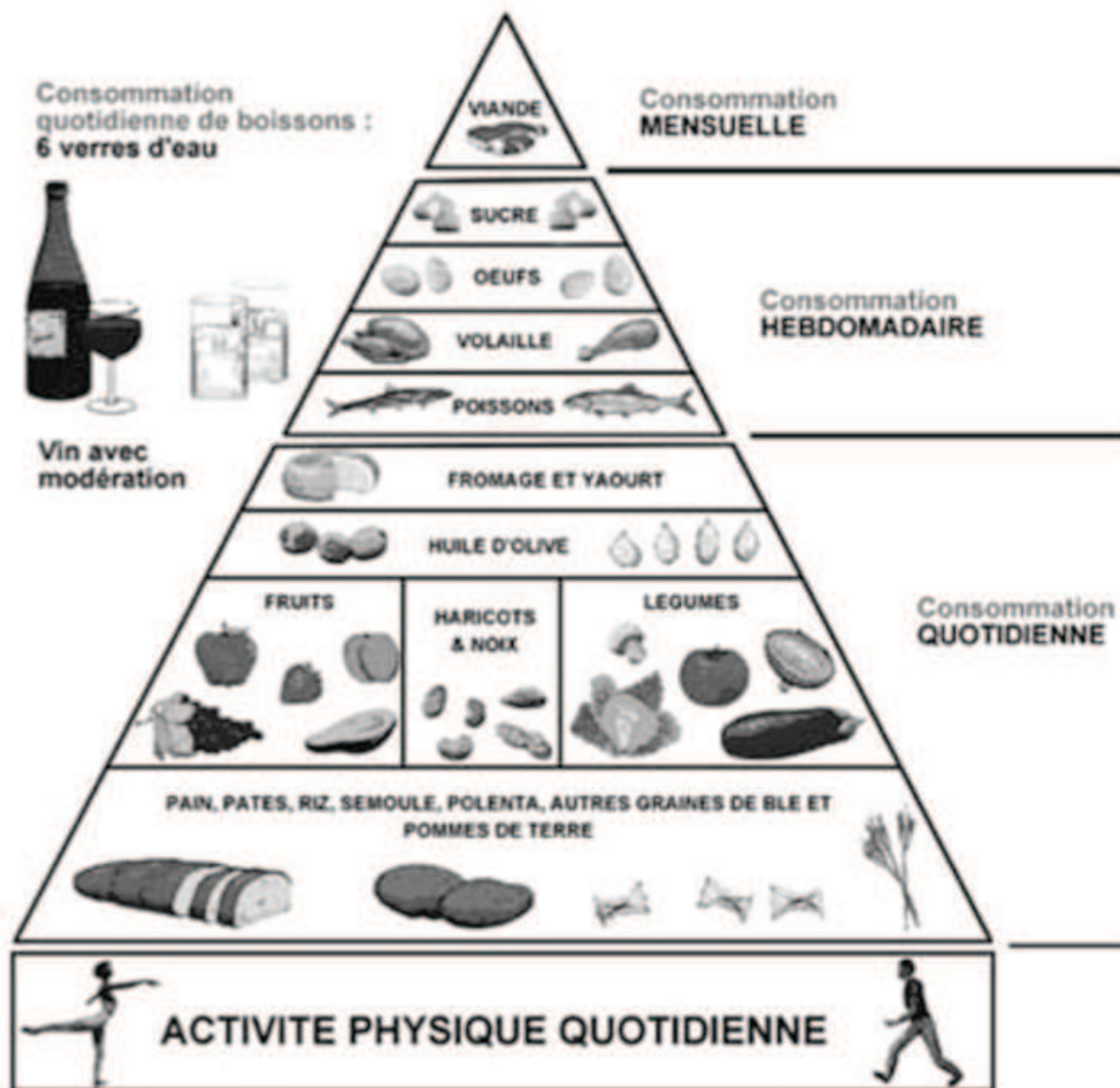
Le régime méditerranéen :

L'alimentation méditerranéenne traditionnelle est caractérisée par un apport d'énergie modéré associé à des moyens économiques limités, une consommation importante de produits végétaux (céréales peu raffinées, légumes secs, légumes et fruits, noix et amandes), de l'huile d'olive comme source essentielle de lipides, beaucoup de plantes aromatiques (ail, thym...), du poisson, des quantités modérées de produits laitiers et de volailles, et une faible consommation de viandes rouges (Figure 2).

C'est l'Étude des Sept Pays à partir des années 1950 qui a permis d'établir les liens entre cette alimentation méditerranéenne encore traditionnelle et la santé (31). En effet, le suivi pendant dix ans d'environ 12 000 hommes a permis de montrer que la mortalité cardiovasculaire était très faible en Grèce (inférieure à 10 cas/10 000), faible en Yougoslavie (inférieure à 20 cas/10 000) et en Italie (inférieure à 30 cas/10 000), mais par contre élevée aux Pays-Bas (environ 40 cas/10 000) et très élevée en Finlande et aux USA (environ 50 cas/10 000). Cette mortalité totale et par maladie cardiovasculaire très inférieure en Europe du sud, en particulier en Crète, était en fait associées à l'alimentation, en particulier à de moindres consommations de lipides saturés d'origine animale.

Des études récentes conduites en Grèce et en Espagne ont établi l'association entre ce type d'alimentation et une moindre mortalité cardiovasculaire (32). Récemment, quatre études d'intervention ont montré le lien de causalité entre ce type d'alimentation et la réduction des facteurs de risque ou de la morbidité/mortalité cardio-vasculaires (33). En prévention primaire chez des sujets à risque, comme en prévention secondaire chez des patients déjà atteints, l'alimentation de type méditerranéen, comparée à un régime classique pauvre en lipides et cholestérol, a montré des effets bénéfiques protecteurs (34).

Figure 2 : La pyramide de l'alimentation méditerranéenne traditionnelle



Source : Willett WC, Sacks F, Trichopoulou A et al.– Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. Am. J. Clin. Nutr. 1995 ; 61 :1402S-1406S.

Le sel :

Il existe une relation dose-effet directe entre la consommation de sel et la tension artérielle. La baisse de la consommation de sel réduit le risque à long terme d'événements cardiovasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux. Il est estimé que la diminution de cette consommation (passant de 10 à 5 g par jour) permettrait de réduire le taux global d'accidents vasculaires cérébraux de 23 % et les taux de maladies cardiovasculaires de 17 % (35).

2. Diabète

La prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux et/ou insuline a été estimée à 4,39% de la population française en 2009, soit 2,9 millions de personnes. La prévalence du diabète connu et non traité pharmacologiquement et celle du diabète non diagnostiqué sont estimés à respectivement 0,6 % et 1,0 % chez les personnes âgées de 18 à 74 ans vivant en France métropolitaine en 2006 (17).

Le pourcentage de patients diabétiques traités en 2007 correspond à 2,5 millions de personnes, représentant 12,5 milliards d'euros en termes de dépense de santé (36).

Pour le diabète, les arguments en faveur d'un effet protecteur des fruits et légumes sont également forts, compte tenu de leur faible index glycémique et de leur richesse en antioxydants. Quelques études épidémiologiques ont mis en évidence un risque plus faible de diabète chez les sujets ayant une alimentation riche en fibres provenant des fruits de faible index glycémique et des légumes.

Il semble qu'une alimentation à faible charge glycémique soit associée à une diminution du risque cardiométabolique liée à une amélioration de la résistance à l'insuline et une optimisation de l'utilisation glucosée (22).

3. Cancers

En 2012, l'incidence des cancers est de 355000 nouveaux cas. Depuis 2004, le cancer est la première cause de mortalité chez l'homme. Un homme sur trois meurt d'un cancer. Chez la femme, c'est la seconde cause après les maladies cardio-vasculaires mais une femme sur quatre meurt d'un cancer (37).

En 2011, les dépenses de l'Assurance maladie imputables au traitement des cancers se sont élevées à 14,5 milliards d'euros, soit 10 % des dépenses totales (38).

Environ 1/3 des cancers les plus fréquents pourraient être évités grâce à la prévention nutritionnelle dans les pays développés et 1/4 dans les pays en voie de développement. La part des cancers évitables par la nutrition atteindrait pour les pays industrialisés des chiffres plus élevés pour certaines localisations spécifiques : plus de 65 % pour les cancers des voies aéro-digestives hautes, 50 % pour les cancers colo-rectaux, plus de 45 % pour le col de l'utérus (39). Le tableau 4 résume les relations concluantes entre les facteurs alimentaires et le risque de cancers.

- **Facteur fruits et légumes**

La consommation de fruits et légumes a un effet protecteur jugé comme probable sur les cancers des voies aéro-digestives supérieures (œsophage, cavité buccale, larynx et pharynx), les cancers de l'estomac et du poumon (pour les fruits seulement). De plus, faibles en calories, les fruits et légumes participent au maintien d'un poids corporel normal et à la prévention du surpoids et de l'obésité. Une alimentation riche en fibres (céréales complètes, fruits, légumes, légumineuses) est associée à un moindre risque de développer un cancer colorectal (niveau de preuve probable) (37).

- **Facteur allaitement**

L'allaitement a chez la mère un effet protecteur jugé convaincant sur le cancer du sein (37). L'exposition en France s'améliore, avec 63 % des femmes qui allaitent. L'allaitement exclusif est encore relativement limité. Les mères sont encouragées à allaiter de manière exclusive jusqu'à l'âge de six mois.

- **Facteurs surpoids et obésité**

En 2012, 32,3% des Français adultes de 18 ans et plus sont en surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$) et 15% présentent une obésité ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) (18).

Parmi les facteurs de risque de cancer, on trouve le surpoids et l'obésité, avec un niveau de preuve convaincant d'augmentation de nombreuses localisations de cancers. Les mécanismes sont connus : résistance à l'insuline, production de facteurs de croissance et cytokines. En 2001, sur la base des valeurs de risque relatif estimées à cette date pour six cancers (endomètre, rein, côlon, sein en post-ménopause, vésicule biliaire et prostate), il a été considéré qu'en France, environ 3 % des cancers chez l'homme et 6 % chez la femme étaient attribuables au surpoids et à l'obésité (40).

- **Facteurs viande rouge et charcuterie**

La consommation excessive de viandes rouges (bœuf, porc, mouton et chèvre) et charcuteries augmente le risque de cancer du côlon et du rectum. Les données permettent d'estimer une augmentation de 29 % du risque de cancer colorectal par portion de 100 g de viandes rouges consommée par jour et une augmentation de 21 % du risque par portion de 50 g de charcuteries consommée par jour (37).

- **Facteurs sel et aliments salés**

La consommation de sel et d'aliments salés augmente de manière probable le risque de cancer de l'estomac (37).

L'exposition en France est trop élevée, avec deux tiers des hommes et un quart des femmes qui consomment plus de 8 g de sel par jour.

- **Les compléments alimentaires**

Il a été observé chez des fumeurs ayant consommé des compléments alimentaires à base de bêta-carotène, une augmentation de risque de cancer du poumon (37).

- **Facteur alcool**

Les niveaux de preuve des relations entre consommation d'alcool et risque de cancers sont jugés convaincants pour les cancers de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du côlon-rectum (chez l'homme) et du sein (chez la femme) et probables pour les cancers du foie et du côlon-rectum (chez la femme) (37). Le risque de cancers augmente quel que soit le type des boissons et de manière linéaire avec la dose consommée. Une étude publiée en 2013a montra que 5 000 décès par cancers du sein, 24 000 de l'œsophage et 5 000 décès de cancers de la cavité buccale sont imputables à une faible consommation d'alcool (jusqu'à 1 verre par jour) en 2004 dans le monde (41).

La réduction du risque de maladies cardiovasculaires suggérée par certaines études ne s'observe que pour des faibles consommations, inférieures à l'équivalent de deux verres

de vin par jour. Il n'existe aucun argument scientifique ou médical suffisant pour recommander une consommation d'alcool chez ceux qui n'en consomment pas, même de manière modérée.

Tableau 4 : Principales relations concluantes entre des facteurs alimentaires ou nutritionnels et le risque de cancer, selon le rapport WCRF/AICR de 2007

a) Augmentation du risque de cancer :

Facteurs alimentaires ou nutritionnels	Localisation de cancers
Surpoids et obésité	Œsophage Pancréas Côlon-rectum Sein (postménopause) Endomètre Rein <i>Vésicule biliaire</i>
Boissons alcoolisées	Bouche Pharynx Larynx Œsophage Côlon-rectum (H) Sein <i>Foie</i> <i>Côlon-rectum (F)</i>
Viandes rouges	Côlon-rectum
Charcuteries	Côlon-rectum
Sel	<i>Estomac</i>
Aliments salés	<i>Estomac</i>
Compléments alimentaires à base de bêta-carotène	Poumon

b) Diminution du risque de cancers :

Facteurs alimentaires ou nutritionnels	Localisation de cancers
Activité physique	Côlon-rectum <i>Sein (post-ménopause)</i> <i>Endomètre</i>
Fruits	<i>Bouche</i> <i>Larynx</i> <i>Pharynx</i> <i>Œsophage</i> <i>Poumon</i> <i>Estomac</i>
Légumes non féculents	<i>Bouche</i> <i>Pharynx</i> <i>Larynx</i> <i>Œsophage</i> <i>Estomac</i>
Aliments contenant des fibres	Côlon-rectum
Allaitement	Sein

En italique : niveau de preuve probable, les autres : niveau de preuve convaincant

H : Homme, F : Femmes

Source : WCRF/AICR 2007 (World Cancer Research Fund et Association for International Cancer Research)

4. Ostéoporose

25 % des femmes de 65 ans et 50 % des femmes de 80 ans seraient atteintes d'ostéoporose. Les fractures du col du fémur ont conduit à 73 500 séjours hospitaliers chez les plus de 65 ans en 2008 (17).

Le coût des hospitalisations liées à l'ostéoporose était estimé, en 2008, à 415 millions d'euros pour les coûts directs d'hospitalisation et de 331 millions pour les coûts directs de rééducation (42).

La prévention nutritionnelle de l'ostéoporose et des fractures chez le sujet âgé implique des apports adéquats en calcium, protéines et vitamine D. Il faut privilégier une ration énergétique globale suffisante et un apport adéquat de calcium par la consommation de trois, voire quatre produits laitiers par jour. Cet apport est important pour limiter les effets de l'hyperparathyroïdie secondaire, à l'origine de l'augmentation de la perte osseuse. Mais il est souhaitable d'avoir également recours à d'autres moyens de prévention : les apports en vitamine D et le traitement hormonal substitutif à la ménopause. L'activité physique est également à encourager.

La supplémentation médicamenteuse peut être utile pour prévenir et traiter les états de carence des sujets institutionnalisés ou dans des situations de grande précarité

5. Activité physique

Enfin, on ne peut pas se passer de parler de l'activité physique comme élément complémentaire et indispensable à une alimentation saine et équilibrée.

Une relation dose-réponse a été mise en évidence entre le niveau d'activité physique/condition physique et la prévention de 7 maladies chroniques. La comparaison des groupes de sujets les plus actifs/en meilleure condition physique aux groupes les moins actifs/en moins bonne condition physique a permis d'estimer des réductions du risque de survenue de ces maladies de 33 % pour les maladies cardiovasculaires, 31 % pour les accidents vasculaires cérébraux, 32 % pour l'hypertension, 30 % pour le cancer du côlon, 20 % pour le cancer du sein et 42 % pour le diabète de type 2 (43). Un niveau élevé d'activité physique réduit le risque de mortalité prématurée et de mortalité toutes causes confondues d'environ 31 % par rapport à une absence d'activité, et les bénéfices sur la santé augmentent avec le volume et/ou l'intensité de l'activité (44).

C. INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET ALIMENTATION

Les ISS sont expliquées par le fait que les personnes de faible position socio-économique (PSE) cumulent plusieurs handicaps en matière de santé et d'accès aux soins. En effet, les facteurs défavorables à la santé sont rarement présents de façon isolée chez un individu donné. Les déséquilibres alimentaires vont souvent de pair avec le tabagisme et la sédentarité et sont eux mêmes associés à un faible niveau d'éducation et de revenus et à des conditions d'habitat et de travail défavorables. Il est donc très difficile d'isoler le rôle de la nutrition dans la constitution des ISS, même si tout porte à croire qu'elle joue

un rôle important puisqu'elle est un déterminant majeur de la santé et que les comportements alimentaires sains sont d'autant moins fréquents que la PSE est faible.

Une analyse des données de consommations alimentaires de l'Etude Nationale Nutrition Santé 2006 (ENNS) suggère que l'atteinte des recommandations du PNNS est moins bonne chez les adultes qui ont une situation vis-à-vis de l'emploi moins favorable (45).

Non seulement les fruits et légumes sont consommés en quantité plus faible par les adultes de faible PSE, mais c'est également le cas d'autres aliments recommandés pour préserver la santé, tels que le pain complet, le poisson ou les viandes maigres. De surcroît, certains aliments déconseillés pour la santé, tels que les viandes grasses et les boissons sucrées, sont consommés en quantité d'autant plus importante que la PSE est faible (Tableau 5).

Les féculents consommés dans les foyers de faible PSE sont généralement des produits céréaliers raffinés, tels que le riz, les pâtes et la semoule, moins intéressants sur le plan nutritionnel que les produits céréaliers complets, car moins riches en fibres, vitamines et minéraux (46).

Tableau 5 : Aliments consommés et position socioéconomique (PSE)

Aliments	Caractéristiques d'une PSE élevée	Caractéristiques d'une PSE faible
Fruits et légumes	Fruits et légumes frais, surgelés, jus de fruits	
Féculents	Céréales complètes, pain complet	Céréales raffinées (pâtes, riz, semoule et pain blanc), pommes de terre
Viandes, œufs, poissons	Poissons/crustacés, viandes maigres	Poisson pané, en conserve, frit, œufs, viandes grasses, frites en conserve ou en sauce, charcuteries
Produits laitiers	Fromages, yaourts, produits laitiers allégés	Lait
Produits gras et/ou sucrés	Glaces, pâtisseries, gâteaux, confiseries, céréales petit déjeuner	Crèmes dessert, sodas
Boissons	Vin, thé, eaux minérales	Bière

Source : Anses. Apports alimentaires et nutritionnels des enfants et adolescents et inégalités sociales. Rapport de l'Anses, 2012.

La plupart des études mettent en évidence un gradient social des apports en micronutriments essentiels. Que les apports soient estimés en valeur absolue (quantités journalières) ou relative (densité nutritionnelle), **la consommation de la plupart des vitamines et minéraux et des fibres est systématiquement plus faible quand la PSE décroît**. Cela reflète probablement la différenciation sociale de la consommation de fruits et de légumes, car les nutriments pour lesquels le gradient le plus marqué est observé, sont ceux trouvés en abondance dans les fruits et les légumes: vitamine C, β -carotène, folates et potassium. **De plus faibles apports en fer ont également été**

notés, ainsi que des apports en sodium ou un rapport sodium/potassium, plus élevés.

Ainsi, une analyse des consommations alimentaires des adultes ayant participé à l'étude INCA2a confirmé qu'**un faible revenu était associé à la consommation d'une alimentation de moindre qualité nutritionnelle, en moyenne plus dense en énergie et moins riche en nutriments**, du fait notamment d'une moindre consommation de fruits, de légumes et de poisson et d'une consommation plus importante de féculents raffinés et de boissons sucrées (47).

L'étude Abena 2011-2012 (48) (alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire), portant 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, **donne un aperçu de l'état de santé des populations de statut socioéconomique défavorisé.**

L'état de santé des usagers de l'aide alimentaire demeurait préoccupant avec des prévalences des pathologies liées à la nutrition particulièrement élevées (obésité, HTA, diabète, certains déficits vitaminiques) et une évolution contrastée depuis 2004-2005 (favorable pour l'anémie par déficit en fer mais défavorable pour l'obésité et l'HTA). L'étude souligne en outre l'écart important entre les consommations de certains groupes d'aliments et les recommandations nutritionnelles, en particulier pour les fruits et légumes et les produits laitiers.

1. Carences alimentaires

Près de 10% des femmes présentaient une anémie :

- Une anémie était mise en évidence chez 7,2% des personnes. Les femmes étaient plus souvent concernées (9,9%) que les hommes (3,5%). L'anémie ferriprive concernait 5,9% des femmes, avec une prévalence de 7,6% chez les femmes en âge de procréer (18-49 ans) (tableau 6).
- En comparaison, *dans la population générale 3 % des femmes en âge de procréer ont une anémie ferriprive (49).*

Des prévalences de déficits en vitamines très variables :

- La prévalence du risque de déficit en folates était de 27,2%, sans différence entre les hommes et les femmes (tableau 5). *Dans la population générale elle est respectivement de 24,1% et 19,2% (49).*
- Les déficiences en β carotène et en rétinol concernaient respectivement 26,6% et 15,1% des personnes.
- La prévalence des déficits sévères en vitamine D (< 10ng/ml) était de 45,9%, (*contre 4,4% dans la population générale (49)*) dont 4,7% ayant un dosage de vitamine D inférieur à 5 ng/l. Au total, le pourcentage de personnes ayant un dosage de vitamine D considéré comme insuffisant s'élevait à 98,2%, sans différence selon le sexe (Tableau 6).

Tableau 6 : Prévalence de anomalies biologiques minérales et vitaminiques en 2011-2012 – Abena(%)

	Hommes N=174	Femmes N=246	Pa	Total N=422	[IC à 95%]
Anémie	3,5	9,9	*	7,2	[4,2-12,3]
Déplétion des réserves en fer	5,1	14,0	NS	10,2	[5,9-17,1]
Anémie ferriprive	0,9	5,9	*	3,8	[1,6-8,8]
Risque de déficit en folates	30,9	24,6	NS	27,2	[21,0-34,3]
Déficiences en béta-carotène	30,4	23,8	NS	26,6	[20,9-33,1]
Déficiences en rétinol	6,5	21,2	**	15,1	[10,0-22,1]
Vitamine D			NS		
Déficit sévère	46,6	45,3		45,9	[38,3-53,6]
Déficit modéré	45,6	43,3		44,2	[37,3-51,5]
Insuffisance	5,7	9,8		8,1	[4,8-13,4]
normal	2,1	1,6		1,8	[0,6-5,3]

^a comparaison selon le sexe

NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01

Source : étude Abena 2011-2012

2. Obésité

L'IMC moyen était de 27,8 kg/m², sans différence significative selon le lieu de prise des mesures. Cette moyenne était de 28,7 kg/m² chez les femmes et de 26,0 kg/m² chez les hommes. La prévalence de l'obésité était de 28,8% et celle du surpoids de 36,0% soit au total 64,8% des personnes en situation d'excès de poids (dans la population générale les prévalences de l'obésité et du surpoids sont respectivement de 17% et de 32,4% (49)). La prévalence de la maigreur était de 1,6%.

Par ailleurs, la corpulence différait significativement selon le sexe, avec une prévalence de l'obésité chez les femmes de 35,1% contre 17,6% chez les hommes (au total, 71,4% des femmes et 53,1% des hommes étaient en excès de poids). Un effet de l'âge était observé, avec des prévalences de l'obésité et du surpoids très importantes chez les personnes de 35 ans ou plus.

3. Dyslipidémie et diabète

Un peu plus du tiers des personnes souffrait d'une dyslipidémie

- Une dyslipidémie était observée chez 35,1% des personnes. Cette proportion variait selon le sexe avec la moitié des hommes (50,6%) qui présentait une dyslipidémie et un quart des femmes (24,1%). Chez les 45 ans ou plus, la prévalence des dyslipidémies était de 56,4% chez les hommes et 47,6% chez les femmes (différence non significative).
- Dans la population générale la prévalence des dyslipidémies est de 50,5% chez les hommes et 37,6% chez les femmes (49).
- La prise de médicaments hypolipémiants était relevée pour 6,3% des personnes ; elle concernait 13,5% des 45 ans ou plus. Parmi les personnes traitées par des

médicaments hypolipémiants, 44,8% présentait une anomalie du bilan lipidique malgré leur traitement.

Une personne sur dix présentait une hyperglycémie à jeun et/ou prenait un traitement hypoglycémiant :

- Au total, 8,8% des personnes présentait une hyperglycémie à jeun. La prévalence de l'hyperglycémie à jeun et/ou de traitement médicamenteux hypoglycémiant était de 10,1%, sans différence significative selon le sexe. Une personne sur cinq chez les 45 ans ou plus étaient dans ce cas (respectivement 17,5% chez les hommes et 22,0% chez les femmes, différence non significative).
- *Dans la population générale, la prévalence de l'hyperglycémie à jeun et/ou des traitements hypoglycémiant est de 6,2% chez les hommes et 3,3% chez les femmes (49).*
- La prise d'un traitement hypoglycémiant était enregistrée pour 7,2% des personnes, la proportion étant de 14,6% chez les 45 ans et plus. Parmi les personnes prenant un traitement et ayant eu une mesure de la glycémie à jeun, 83,8% présentait une hyperglycémie le jour de la mesure.

4. Hypertension

Deux personnes sur cinq présentait une HTA :

- La PAS et la PAD moyenne étaient respectivement de 133,2 mmHg et 82,0 mmHg. La PAS était plus élevée chez les hommes : 138,5 mmHg contre 129,9 mmHg chez les femmes (différence significative). Les PAD moyennes étaient de 82,6 mmHg chez les hommes et 81,6 mmHg chez les femmes.
- *Dans la population générale étudiée par l'ENNS, la PAS et la PAD moyennes étaient de 129 mmHg et 79 mmHg chez les hommes et de 119 mmHg et 76 mmHg chez les femmes (48).*
- Pour 5,3% des usagers, un traitement médicamenteux contre l'HTA a été relevé. Après prise en compte de ces personnes, **la prévalence de l'HTA était de 42,9%** (48,5% chez les hommes et 39,3% chez les femmes). La prévalence augmentait avec l'âge, variant de 8,4% chez les femmes de moins de 35 ans à 73,3% chez les femmes de 55 ans ou plus, et de 23,4% chez les hommes de moins de 35 ans à 67,7% chez les hommes de 55 ans ou plus.
- Parmi les personnes déclarant un traitement hypotenseur, 67,6% d'entre elles n'avaient pas une pression artérielle contrôlée.

5. Santé bucco-dentaire

Malgré la tendance générale à l'amélioration, constatée notamment chez les enfants d'âge scolaire et qui bénéficie aux enfants de toutes les catégories socio-professionnelles, les inégalités de santé bucco-dentaire restent marquées (50) :

- Une pathologie très inégalement répartie : à 12 ans, 6% des enfants non-indemnes cumulent 50% des dents atteintes et 20% cumulent 72% des dents atteintes.
- Des inégalités liées à la situation sociale des parents : Les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs, de même que les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) ou en zone rurale, sont plus significativement atteints par la carie.

De manière générale, dans l'ensemble de la population, les inégalités de santé bucco-dentaire sont fortement corrélées avec les inégalités sociales :

- Les renoncements aux soins pour les jeunes sont 2 fois plus importants dans les classes sociales défavorisées (51).
- Selon la catégorie socio-professionnelle : le pourcentage d'adultes ayant des dents manquantes non remplacées varie du simple au double (21% à 43%), le recours au chirurgien-dentiste à titre préventif varie de 25,7% à 46,7%, les renoncements aux soins ou prothèses dentaires varient de 4% à 12% et 45% des ouvriers non qualifiés déclarent au moins une dent manquante non remplacée contre 29% des cadres (52).

Le recours aux soins, mesuré par la « consommation » de soins dentaires, fait aussi apparaître des inégalités significatives : ce recours est fortement lié au niveau de revenu et au niveau de couverture par l'assurance maladie complémentaire, le taux de renoncement à des soins bucco-dentaires étant significativement plus élevé parmi les ménages disposant de faibles revenus ou d'une faible couverture complémentaire (52).

D. FACTEURS FAVORISANT LES ISS PAR L'ALIMENTATION

1. Barrières économiques

Des barrières économiques participent aux inégalités sociales en matière d'alimentation. Le budget alimentaire est d'autant plus faible (en valeur absolue) mais pèse d'autant plus lourd (en valeur relative) dans le budget total des ménages que le niveau de revenu est faible (53).

Dans le cas des personnes en situation de précarité, les difficultés financières sont généralement accompagnées par des difficultés purement pratiques pour s'approvisionner, stocker et transformer les aliments. Dans ces conditions, l'achat d'aliments secs, non périssables et stockables, est privilégié car il permet de limiter à la fois la fréquence des courses et le poids à porter, mais aussi car il permet de limiter le gaspillage.

2. Rôle de l'environnement

Des difficultés d'accessibilité physique à des aliments sains, en quantité et en variété suffisantes et à un prix abordable, et à des espaces propices à l'exercice d'une activité physique pourraient également contribuer à expliquer les inégalités sociales en matière de nutrition, et donc de santé.

Une étude réalisée en France auprès de 3327 jeunes de 12 ans scolarisés dans des collèges du Bas-Rhin (54) a montré que le fait d'habiter dans un quartier où l'accessibilité géographique à l'alimentation (commerces alimentaires) ou à l'activité physique (équipements sportifs et espaces verts naturels) était faible, multipliait pratiquement par deux le risque d'être en surpoids, seulement chez les enfants d'ouvriers et pas dans les autres catégories socioprofessionnelles

3. Facteurs psychosociaux

En plus des barrières purement économiques et structurelles, une multitude de facteurs sont susceptibles d'expliquer les inégalités sociales en matière d'alimentation. Ainsi, l'expertise scientifique collective de l'Inra liste: l'isolement et la déstructuration sociale, une moindre importance accordée à la santé, un niveau d'éducation moindre et des informations nutritionnelles peu comprises ou perçues négativement, un manque d'estime de soi et de projections dans l'avenir, une plus forte exposition (notamment à travers le temps passé devant la télévision) et une plus grande sensibilité à la publicité (55).

CHAPITRE 3 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Les inégalités sociales de santé représentent un sujet de santé publique très vaste et les liens avec l'alimentation sont étroits. J'ai donc voulu savoir en quoi l'alimentation pouvait représenter un levier de lutte contre les ISS.

Pour cela, cette revue de littérature a cherché à recenser tout ce qui a été fait sur le sujet afin d'en extraire les expériences les plus pertinentes.

A. MATÉRIEL ET MÉTHODE

La sélection d'articles a été effectuée à partir de 3 axes de recherche selon la définition de la promotion de la santé d'Alma Alta.

1. Critères d'inclusion

Études portant sur la nutrition générale

Études spécifique portant sur un problème de santé particulier (diabète, obésité, maladie cardiovasculaire)

Études portant sur la nutrition des femmes enceinte et des nourrissons

Études interventionnelles

Études cas-témoins

Études de cohorte

Études transversales

Séries de cas

Études qualitatives

Revue systématiques

Méta-analyses

Rapports

2. Critères d'exclusion

Études portant sur l'activité physique

Études portant sur la prévention des cancers

Études portant sur la nutrition des personnes âgées en institution

3. Mots clés/ équation de recherche

Premier axe : développer les aptitudes individuelles :

ISS + Nutrition

Health inequalities + Nutrition

Nutrition + Information

Éducation pour la santé

Éducation thérapeutique + Précarité

Éducation nutritionnelle + Précarité

Nutrition education + Food insecurity

Marketing social

Deuxième axe : renforcement de l'action communautaire :

Nutrition + Action communautaire
Nutrition + Santé communautaire
Nutrition + Éducation par les pairs
Peer education + Nutrition
Nutrition + Community

Troisième axe : réorientation des systèmes de santé :

ISS + Soins primaires
ISS + Médecine générale
ISS + Nutrition + Médecine générale
Primary care + Health promotion
Nutrition + Réseau de santé
Nutrition + Maison de santé
Nutrition + Démarche participative

4. Bases de données bibliographiques

Les bases de données bibliographiques suivantes ont été interrogées :

- Cismef
- Pubmed
- Science Direct
- SUDOC
- Cochrane

La littérature grise a été consultée incluant des sites d'organisme internationaux, des publications d'agences gouvernementales, des associations (telles que l'INPES, le conseil national de l'alimentation, l'OMS, Action Contre la Faim, FAO, Fédération des Maisons Médicales, l'UNCASS, les banques alimentaires, le Ministère de la Santé).

Une recherche manuelle additionnelle a été également effectuée à partir de la bibliographie des articles.

5. Dates

Cette revue est réalisée avec des articles parus entre 2002 et 2014.

B. RÉSULTATS

Les différentes équations de recherches soumises aux bases de données bibliographiques, associées à la recherche additionnelle manuelle et la littérature grise ont permis de recenser 150 articles.

Trente-trois études ont été retenues pour leur pertinence et le caractère original du sujet.

Les différents types d'études analysés se répartissent de la manière suivante :

- études qualitatives: 4
- étude d'intervention : 14 dont 3 essais contrôlés randomisés
- méta-analyses : 1
- rapport : 1
- revue systématique: 3
- étude type recherche-action : 1
- programmes nationaux ou régionaux de santé publique : 4
- études descriptive : 2
- présentations de programmes n'ayant pas fait l'objet d'une étude : 3

La promotion de la santé a été définie comme un ensemble de mesures visant à réduire les écarts de santé dans les populations et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. La réduction des ISS passe donc inévitablement par la promotion de la santé.

Il s'agit d'un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes.

Dans le cadre des soins primaires, 3 des 5 axes d'interventions de la promotion de la santé sont traités (éliminant l'intervention sur la politique publique et la création de milieux favorable à la santé). Il s'agit de :

- développer les aptitudes individuelles
- renforcer l'action communautaire
- réorienter les services de santé

Les différentes études, programmes ou rapports retenus sont exposés selon ces 3 axes. Un tableau récapitulatif, résumant et classant les diverses interventions, est présenté en Annexe 4.

1. Premier axe : développer les aptitudes individuelles

Parmi les nombreux déterminants des ISS, les connaissances individuelles, les croyances et les compétences sont des facteurs sur lesquels la promotion de la santé peut intervenir. Pour cela, elle doit passer par l'information et l'éducation à la santé.

a) Politiques nationales nutritionnelles

- ***Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) (21):***

Lancé en 2001, il a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur la nutrition considérée comme l'un de ses déterminants majeurs (56). Le programme a

été prolongé en 2006 puis en 2011. Plusieurs objectifs initialement fixés ont été partiellement ou totalement atteints, comme la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, la réduction de la consommation de sel ou de sucre, l'augmentation de la consommation de fruits chez les adultes. Pour autant, ces améliorations n'ont pas concerné de façon homogène toutes les composantes de la population et les inégalités sociales de santé se sont creusées dans le domaine de la nutrition.

Ainsi, le PNNS 2011-2015 présente une attention particulière aux ISS.

Les actions mises en œuvre par le PNNS ont comme finalité de promouvoir, dans l'alimentation et le mode de vie, les facteurs de protection de la santé et de réduire l'exposition aux facteurs de risque de maladies chroniques. Toutes ces interventions intègrent dans leur conception et leur développement la question des inégalités sociales de santé.

L'axe 1 du PNNS 2011-2015 a pour objectif de réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention. Il comprend 5 mesures à mettre en œuvre :

- Mesure 1 : Mettre en place des interventions spécifiques pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS) en matière nutritionnelle
- Mesure 2 : Décliner la stratégie de prévention nutritionnelle dans le champ de l'alimentation
- Mesure 3 : Mettre en œuvre les actions ayant un impact de santé publique mentionnées dans le Programme éducation santé 2011-2015 et complémentaires à ce programme
- Mesure 4 : Développer des actions d'information et d'éducation nutritionnelle
- Mesure 5 : Promouvoir l'allaitement maternel

Les repères nutritionnels du PNNS visent à promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à un état nutritionnel et un état de santé optimaux:

1. Les **fruits et légumes** : au moins 5 par jour
 2. Les **produits laitiers** : 3 par jour (3 ou 4 pour les enfants ou les adolescents)
 3. Les **féculents** à chaque repas et selon l'appétit
 4. **Viande, poisson, œuf** : 1 à 2 fois par jour
 5. **Matières grasses** : à limiter
 6. **Produits sucrés** à limiter
 7. **Sel** : à limiter
 8. **Eau** : à volonté pendant et entre les repas
- Activité physique** : au moins l'équivalent de 30 min. de marche rapide par jour pour les adultes (au moins 1 heure pour les enfants et les adolescents)

Le PNNS est relayé au niveau individuel par le programme Manger-Bouger par le biais de campagnes promotionnelles audiovisuelles et du site Mangerbouger.fr qui s'adresse à la fois au grand public et aux professionnels.

La Fabrique à menus (57), développée par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé (INPES), lancée en 2013, permet de créer des menus variés et équilibrés. Conçue autour des 8 repères clés nécessaires à un bon équilibre alimentaire,

la Fabrique à menus propose de façon très pratique des menus, des recettes et des listes de courses.

La partie dédiée aux professionnels délivre des informations nutritionnelles, des astuces, des conseils et des services pour aider les patients à mettre en œuvre les bonnes pratiques nutritionnelles recommandées sur le site. La Fabrique à menus peut également servir d'appui à une « éducation à la santé nutritionnelle » intégrée au sein des cabinets de médecine générale.

Une méta-analyse sur la connaissance des recommandations nutritionnelles depuis le lancement du PNNS et de ses campagnes de communication a montré **une augmentation globale des connaissances des repères nutritionnels**. Le message nutritionnel du PNNS dont la notoriété a le plus évolué est celui des fruits et légumes (au moins 5 fruits et légumes par jour) : 75 % le citaient en 2009 vs 36 % en 2005. A noter que ce message était moins cité par les hommes de plus de 50 ans (67 %), les ouvriers (63 %) et les personnes disposant des plus faibles revenus (70 %). Le repère sur les féculents (un à chaque repas) était le repère le moins bien connu de tous : 19% le citaient (vs 15% en 2006). Il était surtout cité par les 65 ans et plus (23 %) et les personnes en surpoids (22 %). Le repère sur le groupe « viandes, poissons, œufs » (1 à 2 portions par jour) était cité par 66 % des personnes (vs 74 % en 2006), surtout par celles disposant des plus hauts revenus (74 % vs 65 % des revenus les plus faibles). Le message « 3 produits laitiers par jour » a lui aussi bénéficié d'une augmentation de sa notoriété puisqu'il a été cité par 40 % des personnes en décembre 2009 vs 28 % en 2008 (29 % en 2006) (58).

Seulement, même si les connaissances sont globalement en progrès, **le pourcentage de consommateur respectant les recommandations du PNNS est très bas**. Pour les fruits et légumes, moins de 11% des personnes interrogées respectaient les recommandations, 13 à 28% pour les produits laitiers, 8 à 37% pour les apports en glucides. Les adolescents et les jeunes adultes (de 12 à 25 ans) étaient nettement les moins nombreux à atteindre ces recommandations, tandis que les plus de 55 ans tendaient à s'en rapprocher (59).

b) L'étiquetage nutritionnel

- ***Une étude sur l'impact de l'affichage nutritionnel sur les achats des consommateurs (60) :***

Objectif :

Tester en conditions expérimentales l'impact de différents logos, apposés en « face-avant » des emballages, sur la qualité nutritionnelle des achats pour la famille.

Méthode :

Etude d'intervention et d'observation basée sur les comportements d'achat alimentaires. Des étiquetages simplifiés sur trois nutriments à limiter ont été élaborés : les sucres libres, les acides gras saturés et le sel. Ont été testé deux type d'étiquetage, soit un étiquetage, dit *étiquetage vert*, limité à l'information d'une teneur réduite dans les trois nutriments de l'étude, soit un étiquetage, dit *étiquetage tricolore*, étendant l'information

précédente verte à un étiquetage rouge indiquant les teneurs élevées dans les trois nutriments de l'étude.

Résultats :

Une amélioration significative de la qualité nutritionnelle des achats a été observée pour tous les logos testés. Des différences d'efficacité ont été mises en évidence entre les logos, l'ampleur des améliorations observées étant plus forte pour les groupes aux revenus plus faibles. Un format à signal unique, soit une pastille verte qualifiant les aliments les plus « favorables sur le plan nutritionnel », est plus efficace qu'un format pastille par nutriment ou des histogrammes par nutriment.

Conclusion :

Les résultats de l'expérience montrent une amélioration de la qualité nutritionnelle des caddies dans 68 % des cas après l'introduction des logos.

Les logos les plus simples sont les plus efficaces. Ils montrent aussi qu'un format qui étend la première indication verte par une pastille rouge indiquant les produits déconseillés permet de meilleurs choix, notamment chez les populations ayant peu de connaissances en nutrition et, dans une moindre proportion, ayant des revenus faibles.

De plus, selon plusieurs études (réalisée en France par l'association de défense des consommateurs (CLCV, 2006) ou réalisée par l'European Food Information Council (EUFIC, 2006)), **les consommateurs étaient en attente d'une meilleure information sur la qualité nutritionnelle des aliments** et mettaient en avant leur intérêt pour une information simple en « face-avant ». Les logos en « face-avant » seraient mieux compris par les consommateurs que les références chiffrées (tableaux de composition nutritionnelle, pourcentages des Recommandations Nutritionnelles Journalières). En fait, **c'est la combinaison de logos en face avant des emballages et de l'étiquetage nutritionnel en face arrière qui améliorerait l'efficacité de l'information nutritionnelle et sa crédibilité par les consommateurs.**

- ***Rapport pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique remis au Ministre de la Santé par Serge Hercberg (61):***

Il est proposé de mettre en place un système d'étiquetage nutritionnel simple, intuitif et compréhensible par tous sur la face avant des emballages des aliments.

Cet étiquetage permettrait d'une part de renseigner le consommateur sur la qualité nutritionnelle globale de l'aliment, d'autre part inciterait les industriels à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments qu'ils produisent et leur offrant l'opportunité par le système de valoriser leur effort en terme de reformulation/ innovation.

Le rapport propose la mise en place d'un système d'information nutritionnelle sous forme d'un outil synthétique (« l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS») pour faciliter l'estimation rapide par le consommateur de la qualité nutritionnelle d'un produit alimentaire proposé à la vente, afin de contribuer avec les autres caractéristiques du produit à la décision d'achat (complémentaire à l'étiquetage qui fournit une information détaillée sur la composition nutritionnelle par nutriment et l'apport calorique).

- Le système doit être **discriminant pour différencier les aliments entre différentes familles/catégories et, identifier au sein des aliments de même famille/catégorie la variabilité de la composition nutritionnelle.**
- Le système doit être **simple, bien visible, reconnaissable et compréhensible immédiatement par tous**, applicables sur les emballages et documents promotionnels et publicitaires du produit ou pour les produits bruts sur les rayons des lieux de vente ou à l'intérieur des magasins (et sur les supports internet). Il doit pouvoir être mis en place en restauration hors domicile.
- Le système doit **contribuer à inciter les producteurs à améliorer la composition nutritionnelle de leur produit.**

Le système d'information nutritionnelle unique proposé dans le rapport représente les 5 classes de qualité nutritionnelle par un code couleur apposée sur la face avant des emballages des produits alimentaires et plat de restauration collective des chaînes de fast-food. Il se présenterait sous forme d'une chaîne de 5 disques de couleur différente gradée sur une échelle allant du vert au rouge (vert/jaune/orange/rose fuchsia/rouge) de petite taille ou de grande taille (pour le score atteint par le produit considéré).

La clarté et la compréhension de l'information pourrait être renforcée en couplant à chaque assiette de couleur une lettre correspondante sur l'échelle des « notes d'école » de A à E (Annexe 5).

*- **Projet Opticourse, une recherche-action en nutrition (62) : (population des quartiers Nord de Marseille)***

Objectif :

Le projet Opticourse a pour objectif d'améliorer la consommation d'aliments de bon rapport qualité nutritionnelle/prix (QNP) des personnes défavorisées.

Méthode :

Ce projet se déroule sur 2 ans de septembre 2012 à septembre 2014, dans les quartiers nord de Marseille. Il agit à la fois sur la demande avec des ateliers collectifs et sur l'offre avec des interventions dans les supermarchés afin de rendre visibles et attractifs les aliments de bon rapport QNP.

Les aliments de bon rapport QNP et leur « prix seuil » ont été déterminés de façon rigoureuse. Le « prix seuil » de l'aliment est le prix en dessous duquel un aliment de bonne qualité nutritionnelle peut être considéré comme ayant un bon rapport QNP (63).

Action sur l'offre :

Après identification des aliments de bon rapport QNP et détermination de leurs prix seuils, le projet Opticourse fait appel au marketing social pour les rendre attractif auprès des participants:

- la méthode du **marketing social** a pour vocation d'agir sur le changement de comportement dans des domaines tels que la prévention et le progrès social. Elle suit un cheminement bien défini qui consiste à prendre en compte, pour la population visée, les freins et les leviers spécifiques qui la caractérisent. Puis elle s'attache à définir les stratégies d'intervention et les actions concrètes associées susceptibles de faire adhérer la cible (ici : les clients des magasins) au nouveau

comportement proposé. **Il s'agit de rendre désirables les habitudes de vie favorables à la santé.**

Pendant 6 mois, des aliments de bon QNP sélectionnés par l'équipe de recherche sont mis en avant dans les rayons. Les consommateurs pourront les repérer grâce au logo « MANGER TOP » accompagné de deux phrases « Bien manger sans dépenser plus, ça c'est TOP » et « Sources de nutriments et pas cher, ça c'est TOP ». Ce logo est apposé sur les rayonnages devant près de 200 aliments « MANGER TOP ». Ces aliments sont également présentés au travers de dépliants explicatifs et de recettes de cuisine, faciles et accessibles à tous. De plus, des placements en tête de gondole et des animations sont prévus en magasin autour des aliments vedette du mois (Annexe 6).

Action sur la demande :

Le projet propose également des ateliers collectifs permettant d'aider les participants à mieux choisir les produits de bon rapport QNP. Les tickets de caisse sont récoltés pendant un mois puis étudiés en groupes avec l'aide des nutritionnistes et diététiciens. Les participants peuvent ensuite échanger leurs impressions et idées pour améliorer leurs courses.

Au total :

Des outils pédagogiques présentant les aliments de bon rapport QNP et leurs prix seuils ont été conçus et sont diffusés au sein des ateliers OPTICOURSES, afin d'aider les participants à améliorer leurs achats alimentaires sans augmenter leur budget. Les interventions en magasin valoriseront les aliments de bon QNP, identifiés par cette même méthode.

Résultats attendus :

L'ensemble du dispositif sera évalué par l'équipe de recherche, tant du point de vue qualitatif (perception et compréhension du logo, impact sur les représentations alimentaires) que quantitatif (impact sur les ventes) pour mesurer l'intérêt d'une approche multi-supports déployée dans les lieux d'achat.

Les achats d'aliments TOP pendant la période d'intervention seront comparés d'une part avec les achats dans les mêmes magasins avant l'intervention et d'autre part dans des magasins témoins de la même enseigne mais ne bénéficiant pas de la campagne de marketing « MANGER TOP ». Une enquête qualitative analysera la perception et la compréhension de la campagne et son impact éventuel sur les représentations. Une augmentation de la proportion des achats d'aliments « MANGER TOP » due à un changement des représentations sur ces aliments est attendue.

c) L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique (ETP) concerne les actions d'éducation permettant de prévenir l'aggravation d'une maladie en empêchant ou en retardant l'apparition de complications. Elle vise à aider le malade et son entourage à comprendre sa maladie et son traitement, à mieux coopérer avec les soignants et à maintenir ou à améliorer sa qualité de vie. Le projet d'éducation thérapeutique intègre l'histoire du malade, sa personnalité, son environnement psychosocial et familial, ses projets et désirs propres.

La coordination des soins, entre les différents professionnels de santé, leur permet de renforcer la démarche éducative incitant le malade à devenir acteur de sa santé (10).

Le rapport « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient » (64) indique que « l'éducation thérapeutique du patient devra être reconnue dans la loi pour toute personne atteinte d'une maladie chronique et dont l'état le nécessite. Cette éducation thérapeutique du patient devra être intégrée dans un plan de soins coordonnés».

- *Perception des effets de l'éducation thérapeutique chez les personnes diabétiques de type 2 en situation de précarité sociale au sein du réseau PREVALENS (65) : (réseau de professionnels du diabète, Nord-Pas-de Calais)*

Objectif :

Explorer de manière détaillée l'impact de l'ETP sur les capacités d'adaptation à la maladie (connaissance et confiance en soi, gestion des émotions, capacité à se fixer des buts, à communiquer et à développer des relations) et l'acceptation de la maladie chez des patients diabétiques de type 2 en situation de précarité sociale, ainsi que les facteurs facilitant ou freinant l'obtention de ces effets.

Méthode :

Une enquête qualitative a été menée par le biais d'entretiens individuels semi-directifs enregistrés auprès de 18 participants ou usagers du réseau PREVALENS. Les patients de plus de 18 ans, diabétiques de type 2, ayant un score EPICES supérieur à 30 et ayant réalisés ou suivis au moins un cycle d'ETP dans les 6 mois précédents étaient inclus dans l'étude après consentement, délivré par des professionnels de santé libéraux

Résultats :

Les entretiens ont pu mettre en évidence des effets perçus par les personnes interrogées: **amélioration de l'acceptation de la maladie, de l'image de soi, de la capacité à communiquer et à se socialiser.** Les principaux facteurs ayant aidé à maintenir les objectifs de l'ETP étaient la motivation personnelle, l'influence des proches et des autres participants. Ceux ayant pu le freiner étaient l'influence familiale, plus rarement les contraintes financières, d'emploi du temps, ou d'éloignement géographique.

Conclusion :

Bien qu'elles soient en situation de vulnérabilité sociale, les personnes interrogées décrivaient des effets en terme d'amélioration des compétences d'adaptation à la maladie suite aux séances d'ETP. Il pourrait être utile d'explorer l'influence des facteurs favorisant ou freinant les plus fréquemment évoqués par ces patients afin d'optimiser l'ETP dans cette population.

- *Développer l'éducation thérapeutique du patient à Mayotte en tenant compte de l'hétérogénéité des personnes et du contexte social. Premiers enseignements à partir des données récoltées auprès de personnes diabétiques et/ou obèses (66) : (patients inscrit au sein du réseau diabète à Mayotte, le RéDiab-Ylang)*

Objectif :

Présenter les premiers résultats du développement de l'ETP de patients diabétiques et/ou obèses, dans un contexte fortement fragilisé sur le plan social et économique, au sein du nouveau réseau de santé REDIAB-YLANG.

Intervention :

Les situations d'apprentissage ont ainsi été proposées à des personnes volontaires, recrutées à partir des fichiers du Centre hospitalier de Mayotte, des dispensaires et des médecins et infirmiers libéraux.

Entre octobre 2010 et mai 2011, neuf situations d'apprentissage ont permis de réunir une trentaine de personnes diabétiques et/ou obèses, qui ont bénéficié de bilans et d'apports de connaissances sur : le risque cardiovasculaire (séance 1) ; l'apport des graisses dans l'alimentation (séance 2) ; les bénéfices de l'activité physique (séance 3).

- À l'issue de la première séance, les apprenants étaient **capables d'évaluer leur risque cardiovasculaire et de déterminer quelles actions pouvaient être menées afin de réduire ce risque.**
- Au cours de la 2^e séance, chacun a **calculé l'apport de graisses saturées et insaturées dans son alimentation, tout en déterminant quelles éventuelles modifications il pourrait introduire de façon régulière.**
- Enfin, après la 3^e séances, chaque apprenant a **évalué son activité physique de la semaine et a choisi des activités complémentaires** à introduire dans son emploi du temps, en perspective d'une amélioration de sa santé et d'une prévention des complications liées à sa maladie chronique.

Résultats :

La plupart des propos menés avant l'intervention éducative soulignaient l'absence d'informations sur la maladie, la peur de poser des questions au médecin et l'ignorance dans laquelle sont maintenus les malades.

Les personnes découvraient ainsi qu'elles pouvaient devenir plus autonomes par rapport au monde médical, qu'elles pouvaient **elles-mêmes prendre en charge la gestion quotidienne de la maladie chronique et également diffuser le travail éducatif autour d'elles**, en en faisant profiter leur famille et leur entourage. Les personnes **découvraient des traitements autres que les traitements médicamenteux, tout en prenant conscience des rôles importants de l'alimentation et de l'activité physique.**

Conclusion :

L'inscription individuelle et familiale du travail mené en ETP étaient réussies – y compris pour les personnes en situation précaire – le contexte social exerçant une influence importante sur les rapports à la maladie et à la santé des personnes.

- **Éducation nutritionnelle destinées à des patients migrants dialysés (67) : (service d'hémodialyse de l'hôpital Saint Louis à Paris)**

Objectif :

Connaître l'alimentation de chaque culture et analyser les modifications des pratiques alimentaires chez les patients migrants dialysés.

Identifier leurs croyances de santé, leurs représentations face à la complexité de la maladie rénale pour proposer des outils didactiques adaptés.

Population :

Un questionnaire effectué auprès de 50 patients d'origine étrangère ou de culture différente a mis en exergue que **leur culture d'origine était rarement prise en compte dans la diffusion des messages nutritionnels qui s'avéraient alors inadaptés.**

Les habitudes alimentaires d'origine restaient ancrées même après plusieurs années d'installation. Même si 86 % d'entre eux ont reçu une information nutritionnelle concernant le traitement de la dialyse, la moitié juge qu'elle n'a pas permis d'améliorer la prise en charge de leur maladie parce que pas du tout adaptée à leur culture d'origine.

Méthode :

Le programme d'éducation thérapeutique se déroulait sur une semaine en séance individuelle et reposait sur 3 phases :

- **le diagnostic éducatif** (identifie les croyances de santé, son contexte de vie familiale et sociale afin de déterminer qui informer, qui éduquer, le degré d'acceptation de la maladie et les potentialités d'apprentissage)
- **la détermination du projet de vie du patient**
- **le contrat d'éducation** (définir les compétences et objectifs spécifiques à acquérir par le patient migrant pour réaliser son projet)

Les outils utilisés étaient des classeurs imagés d'éducation nutritionnelle en dialyse adapté aux cultures asiatique/Maghreb/Afrique de l'Ouest/Antilles comportant :

- une pyramide alimentaire spécifique pour chaque culture
- une traduction du régime de dialyse
- une banque d'images offrant une visualisation des aliments et préparations typiques de la culture envisagée
- une banque d'images des recettes typiques de chaque culture. Le choix des recettes s'est construit à partir des références culinaires des patients eux-mêmes.
- une liste des lieux d'approvisionnement (marchés, boutiques) sur Paris et la région parisienne.

À la fin de la semaine, le patient remplissait de nouveau le questionnaire d'évaluation des connaissances sur l'alimentation pour mesurer l'efficacité des séances d'éducation.

Résultats :

À distance de la séance d'éducation, les effets de l'éducation sur 3 niveaux distincts étaient :

- évaluation pédagogique : vérification des compétences acquises (niveau de connaissances et leur application, les décisions prises depuis)

- évaluation biomédicale : mesure des paramètres biologiques et cliniques (kaliémie, phosphorémie, natrémie, prise de poids entre chaque dialyse) ;
- évaluation psychosociale : mesure du comportement, du mode de vie, de la qualité de vie, degré de fonctionnement social...

Dans un second temps, les effets de l'éducation reçue étaient évalués par le patient lui-même. Par la suite, cette phase d'autoévaluation permettra aux soignants de réajuster les séances d'éducation nutritionnelle si nécessaire. Le dernier temps doit comporter une évaluation finale par les soignants de l'éducation qu'ils auront dispensés. Cette source d'information a pour but la poursuite de la qualité du programme et de savoir dans quelle mesure les objectifs pédagogiques ont été atteints.

Conclusion :

L'environnement de ces patients, à la fois socio-économique, médical, linguistique et même psychologique, nécessite une approche spécifique. La mise en place d'un programme d'éducation nutritionnelle et des outils pédagogiques adaptés destinés aux patients migrants était donc justifiée.

- ***Efficacité de l'éducation et de la prise en charge du diabète chez les patients précaires selon trois études : (patients suivis en ambulatoire, Etat de la Californie, Etats-Unis)***

À Los Angeles, un premier groupe de patients précaires, issus de minorités ethniques, ont été suivis en clinique par des infirmières formées à la diabétologie, supervisée par un diabéologue, ils ont reçu un **message éducatif et/ou un message diététique**, dans respectivement 98 % et 89 % des cas. Les patients précaires du groupe contrôle recevaient le même message dans seulement 48 % et 6 % des cas respectivement.

A 6 mois de suivi, le taux moyen d'HbA1c est passé de 13,3 à 9,8 (n=120) dans le premier groupe et de 12,1 à 10,8 dans le groupe contrôle (68).

Dans la deuxième étude, le suivi intensif combinait à la fois le suivi strict des recommandations médicales et la mise en place autour du patient de toutes les solutions pratiques pour favoriser l'adhésion (**délivrance de titre de transport, stimulation d'un soutien de la part de la famille, correspondance téléphonique ou par courrier régulier**). L'HbA1C est passée de 9,8% à 7,8%, en moyenne (n=181), au bout de 2 ans de suivi (69).

La troisième étude (le Projet Dulce), a été menée à San Diego, où plus de 70 % de la population est d'origine Mexicaine et vit dans la précarité. Le groupe intensif a bénéficié de 2 heures de cours par semaine pendant 12 semaines ; ces cours étaient délivrés par **un assistant médical, une infirmière diplômée en éducation du diabète et un diététicien de double culture (américaine et mexicaine), et donc bilingue** (anglais et espagnol). Le résultat montrait une diminution du taux moyen d'HbA1c passant de 8,2% à 7,8% (n=252), sur un suivi d'un an (70).

- ***Évaluation d'un dispositif de prévention de l'obésité chez des enfants scolarisés dans des zones urbaines sensibles (71): (écoles maternelles et élémentaires de 3 quartiers en zones urbaines sensibles de Grenoble)***

Objectif :

Evaluer l'efficacité d'un dispositif de prévention de l'obésité chez des enfants scolarisés dans des zones urbaines sensibles (ZUS).

Méthodes :

Essai d'intervention avec comparaison avant/après d'une cohorte d'enfants scolarisés dans les écoles de maternelles et élémentaires, de 3 quartiers en ZUS de Grenoble. Ont été inclus dans l'étude les enfants scolarisés en 2008–2009 et 2009– 2010. Le personnel du service de santé scolaire a mesuré et pesé les enfants lors de la visite médicale. Le médecin scolaire a proposé une prise en charge spécifique aux parents des enfants en excès pondéral. Ce programme pluridisciplinaire coordonné comportait **un suivi médical, un suivi de l'enfant et de sa famille par une diététicienne, et faisait intervenir un enseignant en activité physique adaptée et une psychologue.**

Les enfants ont été revus 2 ans plus tard. Le critère de jugement principal était l'évolution de l'IMC et du Z-score à 2 ans.

Résultats :

Parmi les 2434 enfants inclus dans le dispositif de dépistage, 1824 enfants ont été revus et évalués à 2 ans. A l'inclusion, la prévalence de l'excès pondéral augmentait avec l'âge, passant de 6,4 % en petite section de maternelle à 21,9 % en cours élémentaire. Sur l'ensemble de la cohorte, **la prévalence de l'excès pondéral a augmenté** de 13,8 à 21,5 % en 2 ans ($p < 0,001$). Chez les 252 enfants dépistés en excès pondéral, l'IMC moyen a augmenté de 20 kg/m² à 21,8 kg/m² ($p < 0,001$), de même que le Z-score moyen qui passait de 2,72 à 2,9 ($p < 0,001$).

Toutefois, les habitudes de vie des enfants en excès pondéral au dépistage ont semblé s'améliorer avec une augmentation de 20 % d'enfants pratiquant une activité physique encadrée.

Conclusion :

Cette étude, réalisée chez des enfants issus de populations à forte précarité sociale, a montré que la prévalence de l'excès pondéral augmentait nettement entre la petite section de maternelle (3 ans) et le CE2 (8 ans) pour atteindre 20 % des enfants.

Cette étude a montré qu'une incitation à une prise en charge médicale de l'obésité n'avait pas d'effet sur l'évolution à court terme (2 ans) de la corpulence des enfants.

d) L'éducation nutritionnelle

- *Étude sur la pratique des médecins généralistes en matière d'éducation nutritionnelle (72) : (échantillon de médecins généralistes de la région Rhône-Alpes)*

Objectif :

Décrire les pratiques des médecins généralistes en matière d'éducation nutritionnelle, d'identifier leurs attentes par rapport à différents publics, leur connaissance du PNNS, leurs avis et réactions par rapport à une offre de service et leur perception des problématiques émergentes.

Méthode :

Deux enquêtes ont été réalisées fin 2003 par l'Observatoire Régional de la Santé :

1- Une enquête par questionnaire postal auprès d'un échantillon représentatif de 206 médecins généralistes de la région Rhône- Alpes.

2- Une enquête qualitative par entretiens auprès de vingt médecins généralistes de la région.

Ont été exclues les situations où il y a une pathologie nécessitant une adaptation nutritionnelle (obésité avérée, hypertension artérielle, diabète..).

Résultats :

Les médecins généralistes de l'échantillon se disaient généralement concernés par le thème de la nutrition, mais il apparaît qu'ils étaient peu informés (environ la moitié des médecins) du PNNS et des outils à leur disposition. Ils étaient principalement demandeurs d'outils pratiques, en particulier de fiches-conseils (77%). Des séances de formation ou d'information pourraient également intéresser les médecins (30%), notamment sur l'alimentation et les besoins nutritionnels spécifiques aux différentes périodes de la vie, ainsi que sur la prévention et la prise en charge de l'obésité.

Certains médecins souhaitaient disposer de plus de temps à consacrer à l'éducation nutritionnelle (et à la prévention en général) et par-là même, avoir un financement spécifique pour cela.

Enfin, la participation des médias et des autres professionnels potentiellement concernés par la nutrition était vivement souhaitée par certains médecins afin d'appuyer leur discours.

Conclusion :

Les médecins généralistes étaient en demande d'outils pratiques, d'information ou de formation et de communication au grand public sur le thème de la nutrition.

- *Intérêt de l'éducation nutritionnelle sur l'insécurité alimentaire des femmes participant au programme d'aide alimentaire FNSE (état de l'Indiana, Etats-Unis) (73) :*

Objectif :

Montrer l'effet de l'éducation nutritionnelle sur des femmes chef de familles bénéficiaires du programme d'aide alimentaire le Food Stamp Nutrition Education (FNSE).

Intervention :

Il s'agit d'une étude d'intervention randomisée en simple aveugle. Cinq leçons étaient dispensées à des femmes clientes de banques alimentaires. Un groupe témoin ne recevait aucune leçon. Les résultats ont été recueillis par questionnaire avant et après intervention. **Les leçons étaient individuelles**, données par un assistant du programme, un pair éducateur et un nutritionniste. Elles contenaient la **sélection des aliments sains, lecture des étiquettes, préparation des repas et techniques culinaires, des conseils pratiques sur la budgétisation et l'achat de la nourriture.**

Résultats :

L'insécurité alimentaire et de l'insuffisance de la nourriture dans le groupe expérimental par rapport au groupe de contrôle ont été significativement améliorés (P=0,03, P=0,04, respectivement).

Conclusion:

Le FSNE a réussi à améliorer l'insécurité alimentaire et l'insuffisance de nourriture des participants, **indiquant que l'éducation nutritionnelle est une intervention appropriée contre l'insécurité alimentaire.**

- *Impact de l'éducation nutritionnelle chez les familles participant au programme WIC (74): (Programme destiné aux femme et enfants en bas âges en situation de précarité sociale, Etat de la Californie, Etats-Unis)*

Le WIC (Women, Infants and Children) est un programme d'aide alimentaire aux femmes en situation de précarité sociale, avec enfants en bas âge et/ou à haut risque de carence. Il distribue des chèques ou coupons permettant de se fournir en denrées alimentaires. Il intervient également sur l'éducation nutritionnelle, le dépistage et l'orientation vers les professionnels de santé si besoin.

Objectif :

Etudier l'impact de l'éducation nutritionnelle au sein du programme WIC, concernant la consommation de fruits et légumes, de céréales complètes et produits laitiers faibles en matières grasses

Intervention :

Etude d'intervention non randomisée. **Trois sessions de cours individuels ou en groupe de deux** ont été délivrées sur 6 mois, par des nutritionnistes appartenant au programme WIC

A chaque session était traité un point nutritionnel différent : **les fruits et les légumes, le lait faible en gras, et les céréales complètes**. Les messages suivant étaient véhiculés : manger un arc en ciel de fruits et légumes, et en consommer à chaque repas et non de temps en temps. Pour la session sur la consommation de lait faible en gras, le message clé était: " perdez les matières grasses, gardez les vitamines. . . Buvez du lait écrémé". Les sessions sur les céréales entières ont principalement porté sur l'identification des aliments aux céréales entières et sur leurs bienfaits pour la santé. **Les activités portaient sur des jeux de cartes, des tests de goût et l'apprentissage de la lecture des étiquettes.**

Résultats :

Les résultats ont été recueillis par questionnaire en comparant avant et après l'intervention éducative. **Après l'éducation nutritionnelle, les participants ont rapporté une plus grande reconnaissance des messages éducation, une augmentation de la consommation des légumes, des fruits, des céréales complètes, et le remplacement du lait entier par du lait écrémé.**

- *Deux études montrant l'impact nutritionnel négatifs de la distribution de coupons alimentaires : (femmes issue de l'immigration de faible niveau socioéconomique à New York et étude au sein d'une chaîne de supermarché de la région de la Nouvelle Angleterre, Etats-Unis)*

Une étude a mis en évidence que la participation au Food Stamp Program (FSP) sans programme éducatif était associée une augmentation statistiquement significative de 0,3% de l'IMC chez les mères célibataires, immigrantes et ayant un bas niveau d'instruction (75). Le FSP est un programme de distribution de coupons alimentaires à des personnes en situation de grande pauvreté.

De même, l'étude américaine portant sur l'achat de boissons au supermarché chez les bénéficiaires du Supplemental Nutrition Assistance Program (le SNAP remplace le FSP depuis 2008) montrait que l'achat de boissons sucrées était particulièrement élevé parmi les ménages SNAP, et la majorité était achetés en utilisant les avantages du programme (76). Au moins 1,7 milliard de dollars à 2,1 millions de dollars étaient dépensés dans des fonds nationaux SNAP chaque année pour payer les boissons sans valeur nutritive.

- *Impact d'une distribution de chèques « fruit «et légumes» (77): (population sélectionnée lors du bilan de dépistage de l'Assurance Maladie, au centre d'examen de santé de Bobigny)*

Objectif :

Montrer la faisabilité de la distribution et de l'utilisation de ce type de chèques et l'efficacité d'une aide financière même minime pour majorer la consommation de fruits et légumes.

Intervention :

Etude d'intervention randomisée sur 3 mois. Les participants ont été sélectionnés lors de la participation au bilan de dépistage proposé par la caisse primaire d'Assurance Maladie. Le score EPICE a déterminé que environ 30% des consultants du centre d'examen de santé sont en situation de précarité. **Après évaluation personnalisée, une diététicienne expliquait l'importance d'une consommation quotidienne de fruits et de légumes, les moyens d'en consommer pour un moindre tarif** (jus, conserves, achat en fin de marché). Deux groupes ont été constitués. Dans le premier groupe les participants des chèques « fruits et légumes » d'un montant de dix euros par mois pour une personne seule, vingt euros pour un couple, trente euros pour un couple avec deux enfants et quarante euros pour un couple avec trois enfants ou plus. Le deuxième groupe recevait seulement les conseils diététiques.

Résultats :

L'évaluation à trois mois a permis de conclure à une amélioration de la consommation de fruits et légumes (déclarée par les volontaires) : 93% des personnes du groupe chèque devenaient des consommateurs quotidiens de fruits et légumes (71% avant intervention) contre 74% dans le groupe témoin, avec une différence significative. Les faibles consommateurs (moins de 1 fruit ou légumes par jour) passaient de 28% à 16% pour l'ensemble de l'échantillon.

L'augmentation de la consommation de fruits et légumes était de 0,7 pour le groupe chèques et 0,6 dans le groupe sans chèques (différence non significative).

Conclusion :

Bénéfice de l'intervention de promotion de la consommation de fruits et légumes (amélioration de celle-ci même dans le groupe « sans chèques ») et efficacité des chèques. L'augmentation de la consommation de fruits et légumes était modeste. Ce sont surtout les très faibles consommateurs qui sont devenus des consommateurs quotidiens de fruits et légumes.

- *Efficacité des niveaux d'intervention individuels, communautaires et sociétaux pour réduire les inégalités sociales de santé des enfants obèses, revue systématique de la littérature internationale (78) :*

Objectif :

Examiner systématiquement les études montrant l'efficacité des interventions (individuel, communautaire et sociétal) et fonctionnant par l'intermédiaire d'approches différentes (ciblés ou universels) dans la réduction des inégalités socio-économiques dans les résultats liés à l'obésité chez les enfants.

Méthode :

Revue systématique de la littérature à partir d'octobre 2012. La revue a recherché les meilleures interventions au niveau international qui visait à prévenir l'obésité, traiter l'obésité, ou améliorer les comportements liés à l'obésité (régime alimentaire et / ou l'activité physique) chez les enfants (âgés de 0 à 18 ans) dans n'importe quel contexte et pays.

Résultats :

Les 23 études sélectionnées ont le niveau de preuve le plus élevé.

- Au niveau individuel (n = 4), les interventions étaient de type **éducation, conseil, promotion de la santé, en face à face, par un éducateur, dans un centre de santé ou à domicile**. Ces interventions ont apporté **des preuves d'efficacité sur la réduction du temps d'exposition aux écrans et les interventions de promotion de la santé par soutien personnel pourraient être efficace** dans la réduction des inégalités sociales de l'obésité des enfants.

- Les interventions au niveau communautaire (n = 17) étaient réalisées dans des groupes définis ou dans des écoles, centres communautaires, ou centres d'activités sportives. Ces interventions n'apportent **pas de preuve concluante**.

- Les évaluations de niveau sociétal (ciblant des actions environnementales ou politiques) étaient peu nombreuses (n = 1).

- Cependant, il n'y avait aucune preuve pour suggérer que l'un de ces types d'intervention accroît les inégalités et **plusieurs études ont montré que les interventions pourraient au moins éviter le creusement des inégalités en matière d'obésité**. La majorité des études étaient américaine et basées sur des enfants âgés de 6 à 12 ans.

Conclusion :

Cette revue n'a trouvé que des preuves limitées bien que certaines interventions individuelles peuvent être efficaces dans la réduction des inégalités socio-économiques liées à l'obésité chez les enfants. De plus amples recherches sont nécessaires, en particulier sur les interventions de niveau sociétal plus complexes, ainsi que sur les interventions ciblant les adolescents.

2. Deuxième axe : actions communautaires

L'action communautaire pour la santé désigne les efforts collectifs déployés par les communautés en vue d'accroître leur maîtrise des déterminants de la santé et d'améliorer ainsi cette dernière (8).

a) Actions illustrant l'approche communautaire

- *Efficacité de l'éducation nutritionnelle dans une communauté urbaine aborigène (79): (communauté aborigène de Sydney, Australie)*

Objectif :

Examiner les expériences d'aborigène avec ou à risque de diabète ayant suivi des cours de cuisine communautaire pendant 5 ans et développer des recommandations pour augmenter l'efficacité de l'éducation nutritionnelle dans les communautés aborigènes (communauté défavorisée socio économiquement et présentant des taux élevé d'obésité et de diabète par rapport à la population générale).

Intervention :

Etude d'intervention non randomisée et d'évaluation sur 5 ans.

Onze cours de 4 heures répartis sur les 5 ans ont été donnés dans un centre de santé, par une **enseignante membre de la communauté assistée par des éducateurs également aborigènes**. Des messages de santé simples concernant l'alimentation et le mode de vie ont été promus lors des cours : limiter la nourriture à emporter et les boissons gazeuses; augmenter la consommation de fruits et légumes, diminuer le sucre, le sel et l'apport en graisses. A la fin de chaque cours, **les étudiants consommaient ensemble ce qu'ils avaient cuisiné et en apportaient également une partie pour faire goûter les préparations à leur familles**.

Résultats :

Tous les participants ont indiqué qu'ils avaient **acquis des connaissances sur la nutrition et des compétences sur la cuisson grâce aux cours**. Les avantages d'une diminution de l'apport en matières grasses et en sel étaient les messages de nutrition les plus précieux. Les nouvelles compétences de cuisson que les participants ont appréciées étaient des techniques à faible teneur en matières grasses de cuisson, la préparation hygiénique des aliments, la préparation de la salade, et l'utilisation d'un large éventail de légumes. La plupart des participants ont estimé qu'ils avaient adopté des comportements alimentaires plus sains. **Les participants ont attribué à la participation aux cours d'autres changements positifs pour la santé** : la perte de poids, l'amélioration du bien-être, l'amélioration de l'autogestion du diabète, et une plus grande motivation pour d'autres changements de style de vie, tels que l'arrêt du tabac et une activité physique accrue.

Conclusion:

L'engagement et l'apprentissage ont été augmentés dans un cadre familial et par le biais d'une **transmission du savoir par des pairs au sein de la communauté**.

- **Le projet « porridge mums », allier activité génératrice de revenus et prévention de la nutrition en Guinée (80) :**

Objectif :

1. Accroître les revenus des “Mamans bouillie” générés par la vente d’aliments nutritifs ;
2. Développer leur implication et leur rôle dans la prévention de la malnutrition.

Intervention :

Il s’agit d’une étude d’intervention non randomisée.

L’action consiste à structurer en **associations des femmes productrices d’aliments pour enfant** afin d’améliorer le revenu de ces « Mamans bouillie » par le renforcement de leurs compétences techniques et de leur esprit d’entreprise.

Ces femmes sont en contact régulier avec les familles et peuvent les sensibiliser sur les bonnes pratiques nutritionnelles et identifier les enfants en sous-nutrition et les référer le cas échéant aux centres de santé.

Résultats :

Une enquête de suivi a été réalisée afin de mesurer les effets de ces activités sur les bénéficiaires et de vérifier l’atteinte des indicateurs du projet. Cette enquête montre que **l’impact socio-économique du projet sur les familles des femmes bénéficiaires est positif.**

Une augmentation du revenu de la plupart des femmes a été constatée. Ces revenus ont été utilisés en grande partie pour subvenir aux besoins des familles notamment pour l’alimentation, l’éducation et l’habillement, postes de dépenses auxquels les femmes contribuent majoritairement grâce aux activités qu’elles développent.

87 % des femmes bénéficiaires de l’action déclarent qu’il y a eu des changements dans leur régime alimentaire : plus grande consommation de fruits (surtout après les repas), diversification de l’alimentation, enrichissement des recettes dans le ménage.

Pour autant, l’effet nutritionnel du projet s’est plutôt limité à l’entourage familial direct des bénéficiaires : 67 % des bénéficiaires affirment enrichir leur bouillie pour la consommation familiale mais seulement 47 % des femmes bénéficiaires le font pour la vente. **Les femmes ont amélioré leurs connaissances et ont appliqué les enseignements reçus principalement au sein de leur propre famille :** la diversification alimentaire, l’amélioration de la bouillie, l’hygiène alimentaire et personnelle sont les aspects les plus mentionnés dans ce sens.

Conclusion :

Afin d’améliorer l’impact de ce genre d’intervention, il est nécessaire d’accentuer l’intégration des bénéficiaires directs (femmes vendeuses) et indirects (leurs client(e)s) dans une démarche de prévention de la malnutrition à la fois familiale et communautaire.

- *Promotion de l'amélioration des pratiques nutritionnelles des femmes en âges de procréer, par les grands-mères sénégalaises (81) :*

Objectif :

Renforcer le rôle de la grand-mère au niveau des ménages et des communautés dans la promotion des bonnes pratiques liées à la femme enceinte et la nutrition des enfants.

Intervention :

Etude d'intervention non randomisée pendant 1 an.

Une approche participative de l'éducation a été utilisée, impliquant des chansons, des histoires et discussions de groupes. Le but du projet était de tester une stratégie d'éducation nutritionnelle innovante. Il se compose de quatre activités:

1. une étude qualitative initiale du rôle des grands-mères en matière de santé et de la nutrition;
2. le développement de la méthodologie d'éducation nutritionnelle
3. la mise en œuvre de la stratégie d'éducation nutritionnelle participative dans 13 villages;
4. la documentation et l'évaluation de la stratégie.

Résultats :

12 mois après le lancement de l'intervention, il ya eu des **améliorations significatives des connaissances nutritionnelles des grand-mères, des conseils donnés aux femmes en âge de procréer, et des pratiques nutritionnelles liées à la grossesse et à l'alimentation du nourrisson chez ces jeunes femmes.**

Par exemple, dans le pré-test seulement 20 % des mères ont déclaré qu'elles conseillent aux femmes enceintes de réduire leur charge de travail alors que dans le post-test 87 % ont déclaré donner ce conseil.

91 % des femmes en âge de procréer dans les villages avec la stratégie de grand-mère ont déclaré avoir diminué leur charge de travail au cours de leur dernière grossesse.

Seulement 34 % ont déclaré l'avoir fait dans les villages avec des activités nutritionnelles mais sans l'intervention des grand-mères.

Ces résultats fournissent la preuve de la capacité des grands-mères à apprendre, à intégrer de nouvelles informations dans leurs pratiques et d'influencer positivement les pratiques des femmes en âge de procréer.

Conclusion :

Ces résultats confirment la nécessité pour les futurs programmes de santé concernant les femmes et enfants, dans différents contextes culturels, d'impliquer les grands-mères et de renforcer leur engagement intrinsèque dans le bien être familial.

- *Les Jardins de la Méditerranée à Avignon, chantier d'insertion permettant une redistribution de fruits et légumes à des associations d'aide alimentaire (82) :*

Objectifs :

Les « Jardins de la Méditerranée » sont à la fois un atelier qui conditionne les fruits et légumes de la région et un chantier d'insertion qui permet un retour à l'emploi avec une formation qualifiante, dans le secteur alimentaire ou en accompagnement vers un projet plus personnel.

Les quatre objectifs du collectif sont :

- 1- fournir des fruits et légumes frais aux personnes qui ont recours à l'aide alimentaire
- 2- valoriser des produits destinés sinon à la destruction
- 3- permettre le retour à l'emploi de personnes en grande difficulté sociale
- 4- répondre aux demandes d'emploi non satisfaites de la filière fruits et légumes.

Les activités :

Des personnes en insertion de tous âges sont adressées par le pôle emploi, ils peuvent être bénéficiaires du RSA, en grande difficulté, parfois sans domicile fixe, plus souvent des femmes que des hommes. Ils bénéficient d'un contrat de 6 mois, renouvelable une fois pour 24 h par semaine.

Les Jardins de la Méditerranée n'achètent rien et ne vendent rien. Ce sont 25 «fournisseurs», qui par leurs dons, approvisionnent l'atelier. Les entreprises bénéficient, en retour d'une déduction fiscale. Les fruits et légumes ainsi récupérés sont des produits consommables mais hors calibres, en écarts de tri, proches de la limite de consommation ou simplement en excédent.

Des accords avec des réseaux de transporteurs permettent ensuite d'acheminer les palettes de fruits et légumes ainsi conditionnés pour être distribués aux bénéficiaires de l'aide alimentaire à travers les grands mouvements nationaux (Fédération Française des Banques Alimentaires, Croix Rouge Française, Secours Populaire, Restos du Cœur et Association Nationale des Epicerie Solidaires).

Résultats :

L'apport de fruits et légumes ainsi conditionnés permet aux bénéficiaires d'une part, de consommer des fruits et légumes, auxquels certains n'auraient pas eu accès sans cela, et d'autre part, de disposer, au moins pendant un temps donné (celui de l'accès à la structure), à un apport régulier.

Depuis son ouverture, le chantier d'insertion a recruté 114 salariés. Au 30 septembre 2014, 93 personnes sont sorties dont 54 % en sortie dynamique, soit sous forme de CDI ou de CDD soit de formation.

- *Le Programme Alimentation et Insertion, programme national à visée sociale et nutritionnelle (83) :*

Le Programme Alimentation et Insertion (PAI) constitue une démarche originale de formation à l'équilibre alimentaire et de création de lien social.

Lancé en septembre 2003, il concrétise un engagement partenarial dans le domaine de l'aide alimentaire et nutritionnelle, réunissant les pouvoirs publics, les associations d'aide alimentaire et plusieurs mécènes dont l'Association Nationale des Industries Alimentaires (ANIA), le Centre National Interprofessionnel de l'Economie Laitière (CNIEL) et la Fondation Nestlé France. Ce programme est une démarche sociale accompagnant l'aide alimentaire, inscrite dans les actions du Programme National pour l'Alimentation (PNA) et validée par le Programme National Nutrition Santé (PNNS).

Objectifs :

- Sanitaire : améliorer l'état nutritionnel et prévenir les carences alimentaires chez les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, plus affectées par les déséquilibres alimentaires.
- Social : tisser des liens et initier l'insertion d'un public exclu ou qui s'exclue.

Intervention :

Des outils pédagogiques et pratiques sont élaborés et distribués aux associations d'aide alimentaires ainsi qu'à leurs bénéficiaires :

- un calendrier annuel contenant des recettes, ainsi que des conseils nutritionnels et des jeux pour apprendre aux enfants et à leurs parents à se nourrir de façon variée, équilibrée, et à petits prix
- des affiches reprenant les grands conseils nutritionnels (« Boire de l'eau », « Des fruits et légumes à volonté chaque jour », etc.), destinées à être affichées dans les locaux des associations.

Un autre aspect essentiel couvert par le programme concerne l'insertion sociale. Ainsi, chaque année depuis 2007, un concours est lancé afin que les recettes qui illustrent le calendrier proviennent des bénéficiaires. Une façon de valoriser leurs actions en leur donnant la parole.

Résultats :

Chaque année, plus de 6 000 associations d'aide alimentaire participent au PAI et plus d'un million de personnes en difficulté ayant recours à l'aide alimentaire en bénéficient. En 2013, 400 000 calendriers et 35 000 affiches ont été distribués aux associations d'aide alimentaire.

- *Intervention de nutrition auprès des enfants et adolescents de faible position socioéconomique, dans un cadre communautaire, revue systématique de la littérature portant sur 8 études européennes (84) :*

Une revue systématique descriptive, portant sur les études européennes publiées entre 1999 et 2007 et sur la littérature grise, a analysé les **effets des interventions de nutrition à l'école chez les enfants et adolescents**. Sur les huit études qui ont analysé l'impact des interventions ciblant spécifiquement des groupes d'enfants de faible niveau socioéconomique, deux études rapportent des résultats mitigés et six études apportent une amélioration des comportements alimentaires. Aucune des interventions visant spécifiquement des groupes socio-économiques faibles n'ont mesuré leurs effets sur la perte de poids.

Les auteurs concluent à une **efficacité limitée des interventions ciblant les enfants de faible position socioéconomique pour modifier les comportements alimentaires.**

Chez les enfants issus de minorité ethnique, un effet positif significatif sur la consommation alimentaire a été trouvé dans deux études, suggérant des preuves non concluantes. Ces deux études n'ont pas mesuré l'anthropométrie.

Chez les adolescents de faible position économique ou issue de minorité ethnique, le nombre limité d'études et la variété des résultats ne leur permettent pas de conclure.

b) L'éducation par les pairs

L'éducation par les pairs est une approche éducative, qui permet à des pairs de se réunir et d'échanger. Les pairs sont des **personnes présentant des caractéristiques communes** en termes d'âge, de situation sociale et/ou culturelle, de préférences et de perspectives. Elle implique un échange d'information et d'opinion avec d'autres personnes afin de mettre en cause des comportements, de corriger des informations fausses et **de stimuler des attitudes et des aptitudes positives vis à vis de la santé.** Cette approche repose sur le fait qu'à certains moments de la vie, particulièrement dans la jeunesse, l'influence des pairs est plus grande que d'autres voies d'influence (85).

- *Impact de l'éducation nutritionnelle par les pairs sur les comportements alimentaires et la santé, dans une communauté Latino-américaine, revue de la littérature (86) : (recherche sur la population Latino-américaine, tout Etats confondus)*

Objectif:

Cette revue systématique a évalué l'impact de l'éducation nutritionnelle par les pairs sur les comportements alimentaires, son influence sur des critères mesurés de santé et identifie les besoins de recherche futurs.

Méthode :

Les recherches ont porté sur les thèmes suivant: résultats métaboliques et comportement alimentaires dans le diabète de type 2, l'allaitement, les connaissances, les attitudes et les comportements en lien avec la nutrition.

Résultats:

L'éducation nutritionnelle par les pairs a mis en exergue une influence positive sur l'autogestion du diabète, les résultats en matière d'allaitement, ainsi que sur les comportements alimentaire et la connaissance de la nutrition en général.

Conclusion:

Cette revue systématique des études expérimentales a fournit la preuve que **l'éducation nutritionnelle par les pairs a une influence positive sur les comportements de santé.** Ces résultats étaient cohérents avec les études menées dans d'autres communautés, ce qui suggère qu'il est important d'intégrer les pairs-éducateurs en nutrition dans le cadre de la santé publique. **Cette stratégie pourrait contribuer à**

pallier les disparités de santé qui affectent gravement les communautés minoritaires.

- *Impact de l'éducation nutritionnelle par les pairs sur l'alimentation du nourrisson (87): (étude effectuée sur des mères de nourrisson de moins de 1 an, dans un quartier défavorisé de Londres)*

Objectif :

Cette étude visait à évaluer les effets à long terme d'une intervention menée par des pairs sur l'alimentation du nourrisson délivrée au cours de la première année de vie.

Méthode :

Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé sur 4 ans. L'intervention originale utilisée consistait à effectuer des visites mensuelles à domicile, par des **bénévoles formées pour améliorer les pratiques d'alimentation du nourrisson, auprès d'un échantillon de mères à faible revenu dans deux arrondissements de Londres défavorisés**. Ce groupe a été comparé à un groupe témoin ne bénéficiant d'aucune intervention. Les mesures de résultats incluaient les habitudes alimentaires et en boissons, la santé générale et dentaire, ainsi que l'IMC des enfants.

Résultats:

Il y a peu de preuves que l'intervention ait eu un effet sur l'IMC actuel des enfants, les caries ou la consommation de fruits et légumes. Cependant, les mères du groupe d'intervention avaient de **meilleures connaissances nutritionnelles et avaient plus confiance en elles**. Les enfants du groupe d'intervention ont également **consommé plus de jus de fruits pur** (risque relatif (RR) = 1,57; 95% d'intervalle de confiance (IC) 0,99, 2,49) et étaient plus susceptibles de ne jamais boire de boisson à base de jus concentré (RR = 1,76, IC 95% 1,20, 2,58).

Conclusion :

Les données suggèrent que l'intervention initiale de soutien par les pairs génère un petit nombre d'effets positifs à long terme.

3. Troisième axe : réorienter les services de santé

La réorientation des services de santé se caractérise par une préoccupation plus nette pour l'obtention de résultats en matière de santé de la population grâce à la façon dont le système de santé est organisé et financé. Cela doit provoquer un changement d'attitude et d'organisation des services de santé, **axé sur les besoins de l'individu considéré comme un tout complet, mis en balance avec les besoins des groupes de la population** ⁽⁸⁾.

a) Accès aux soins de santé primaire pour les plus démunis

- *Les PRAPS (Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins) (88) :*

Les publics précaires ou les plus en difficulté n'ont pas recours au système de soins selon les mêmes modalités que l'ensemble de la population. Leur recours aux soins est plus tardif, a moins souvent lieu chez les médecins généralistes, encore moins chez les médecins spécialistes. Ces publics s'adressent essentiellement aux établissements hospitaliers ou aux PASS (permanence d'accès aux soins).

Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale permettant l'accès des personnes démunies au système hospitalier ainsi qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Les maisons de santé pluridisciplinaires, les pôles de santé constituent une des réponses adaptées à l'accès aux soins de premier recours et à la qualité de l'accès aux soins (parcours des patients, continuité des soins et qualité de la prise en charge). Mais la prise en compte de la dimension accès aux soins des publics en difficulté implique pour la structure **un projet de soins intégrant les problématiques et difficultés d'accès aux soins de ces publics.**

Les PRAPS ont été mis en place pour répondre à cette problématique.

Ils répondent à trois types d'enjeux :

- **Un enjeu de santé publique favorisant l'accès de tous au système de santé dans une logique préventive permettant d'améliorer l'ensemble des indicateurs de santé**
- Un enjeu institutionnel favorisant l'évolution et la modernisation du système de santé vers plus d'efficience
- Un enjeu politique visant à faire de l'accès aux soins un axe fort de la lutte contre l'exclusion.

Objectifs généraux des PRAPS :

- 1- Améliorer l'accès des personnes les plus démunies à la prévention, aux droits, aux soins et à une offre médico-sociale.
- 2- Améliorer la coordination entre les institutions impliquées dans la santé des plus démunis.
- 3- Accueillir et accompagner les personnes les plus démunies dans leur parcours de santé.
- 4- Aller à la rencontre des personnes démunies les plus éloignées du système sanitaire et social.
- 5- Permettre aux personnes les plus démunies de se positionner comme actrices de leur santé.
- 6- Coordonner les acteurs et les actions au niveau des territoires d'intervention.

Objectifs spécifiques à la nutrition:

Le premier objectif concernant l'accès à la prévention comprend notamment **le dépistage et la prise en charge de l'obésité des enfants et adulte ainsi que la prévention de l'obésité en direction des publics de l'aide alimentaire. Ces items**

ont été définis par le PRAPS comme des actions à mettre en œuvre en priorité. Ces actions prévoient de faciliter le dépistage et la prise en charge des personnes en difficulté en intégrant un partenariat entre centres spécialisés, centre d'examen de santé, réseaux associés ainsi que les PASS.

Type d'intervention:

Une recherche-action sur la prévention de l'obésité est en cours de réalisation, elle se déroule en deux étapes :

- Premièrement, réaliser un état des lieux des pratiques en matière de distribution et d'accompagnement des usagers dans les structures d'aide alimentaire afin de recenser les besoins d'accompagnement et de soutien des professionnels et des bénévoles de ces structures
- Deuxièmement, mettre en place des actions d'accompagnement des professionnels et des bénévoles sur la base des données de l'état des lieux.

b) Les ateliers santé-villes

Les « *ateliers santé ville* » ont été développés à partir de l'année 2000 dans le cadre des volets santé de la politique de la ville et de la loi de lutte contre les exclusions, dans le prolongement des enjeux du PRAPS. Ils ont pour objet de fournir le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets locaux de santé publique. Leur méthode d'élaboration les place en interface entre les élus des villes et la politique de santé de l'Etat ; elle permet en particulier d'associer des groupes d'habitants au diagnostic local et d'adapter ainsi les projets de santé publique au plus près des besoins locaux.

- ***Exemple du Village Santé au sein des fêtes de quartier à Nanterre (89) (quartier en zone urbaine sensible):***

Constat :

De nombreuses personnes, dans les quartiers, ne viennent pas spontanément dans les structures d'accueil. Il convient de créer les conditions favorables pour les rencontrer dans leurs lieux de vie, et aborder les problématiques de santé qui les concernent, de façon à les sensibiliser sur ces questions.

Objectifs :

Permettre à chacun de disposer d'informations relatives aux déterminants de santé pour devenir un acteur responsable de sa santé et de contribuer à celle de tous. Le contexte festif permet d'aborder la santé dans sa globalité et notamment l'intérêt de la prévention.

Déroulement de l'action :

Depuis 2001, l'intervention du service de la Santé prend la forme d'un « Village Santé » qui permet d'**aborder plusieurs déterminants de santé de manière ludique** et cohérente et s'étend à différents quartiers. Les intervenants sont des médecins généralistes et spécialistes, des infirmières, diététiciennes, des associations de prévention.

Le service de la Santé propose des informations santé et des dépistages anonymes

et gratuits à travers le parcours du « Village Santé » organisé en différents stands : « Equilibre alimentaire », « Espace Santé Jeunes », « Santé bucco-dentaire », « Dépistage du diabète », « Sport et santé », « Prévention des maladies cardio-vasculaires », « Ateliers équilibre/mal de dos ».

Au terme de leur parcours, les participants ont la **possibilité de faire un bilan au cours d'un entretien individuel avec un médecin** qui, en fonction des résultats aux différents dépistages, informe et éventuellement oriente les participants vers les structures de soins.

À leur arrivée dans le « Village Santé », les participants se voient remettre un « Passeport Santé » dans lequel les intervenants notent les résultats des différents dépistages ainsi que le bilan réalisé par les médecins en fin de parcours. Ce document permet au patient d'être informé sur son état de santé et permet au service de santé **d'établir des statistiques afin de cibler les actions au plus proches des besoins des habitants.**

c) Les maisons de santé

La définition d'une maison de santé est donnée par l'article L. 6323-3 du Code de la Santé Publique:

« Art. L. 6323-3. - La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des **actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales** dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé ».

Le développement des maisons de santé, encore appelées maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), favorise, au-delà des fonctions de coordination, l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles.

La majorité des professionnels de santé qui travaillent en maisons de santé cherchent à élargir leur offre de soins à leurs patients à celle de santé publique organisée sur un territoire (continuité des soins, éducation thérapeutique,...) (90).

- La case de santé, centre de santé dans un quartier populaire à Toulouse(91) :

Contexte :

Ouverte en 2006, dans un quartier populaire du centre ville de Toulouse, la case de santé est un centre de santé communautaire ouvert à tous. L'équipe est composée de trois médecins généralistes, une infirmière, une psychologue, deux assistants sociaux, un coordinateur administratif et un médiateur en santé. Entre l'été 2006 et décembre 2013, 3500 personnes ont été accueillies, les deux tiers sont issues de l'immigration et la majorité sont en situation précaire et de vulnérabilité sociale.

Objectifs :

Permettre à chaque individu de se réapproprier sa santé et son parcours de soins, en reliant le parcours de vie, le contexte familial, la situation sociale...

Une sorte de « diagnostic social » est établi permettant de répondre aux problèmes de santé. Cela induit que la réponse à apporter n'est pas uniquement médicamenteuse mais aussi dans la relation humaine et l'accès aux soins.

Réalisation :

- 1- **Les soins primaires : les médecins généralistes**, outre la médecine générale courante, assurent une pratique en gynécologie, planification familiale (incluant les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse), urgences, petite chirurgie, thérapies brèves (notamment pour la prise en charge des addictions). Trois médecins travaillent à temps plein. Les consultations durent en moyenne une demi-heure, accompagné la plupart du temps d'un interprète.
Les infirmiers, outre les soins infirmiers courants, s'approprient des champs nouveaux : éducation thérapeutique, hygiène de vie...
Tous les matins pendant une heure, l'équipe se réunit autour des dossiers des patients qui seront vus dans la journée et les décisions sont prises au consensus.
- 2- **L'accès aux soins** : l'accueil est un point fondamental permettant le dépistage de la précarité. L'ouverture des droits sociaux. L'application du tiers-payant est systématique.
- 3- **La prévention** :
 - **Prévention sociale** : il s'agit selon les cas, soit d'entamer des démarches directement avec la personne, soit d'orienter efficacement vers les services sociaux compétents.
 - **Prévention primaire** : un questionnaire infirmier aborde les différentes questions de prévention primaire puis l'infirmière élabore des actions relatives aux problématiques rencontrées.
- 4- **La promotion de la santé** : permet de susciter l'action collective afin de permettre à chaque individu de se réapproprier sa santé et son parcours de soins.

d) Les réseaux de santé

Un réseau de soins peut se définir comme une **structure de production de soins, et plus généralement de services, à l'égard de patients ou d'usagers, agissant suivant un mode coordonné et centré autour du patient, visant à décloisonner le système de soins et à accroître le niveau des compétences** (92).

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne **tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins**. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de

santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers (93).

- *Le Réseau ASDES, un réseau ville-hôpital d'Ile de France (94) :*

Le réseau ASDES (Accès aux soins, aux droits et à l'éducation à la santé) s'inscrit dans une volonté de décroisement de la médecine hospitalière et de son ouverture sur son environnement urbain. Le réseau est opérationnel sur tout le bassin de vie de Nanterre, et se développe dans 10 communes.

Objectifs :

Mettre à disposition des personnes en difficultés les soins et moyens de préventions les mieux adaptés. Pour répondre à la problématique, les trois objectifs principaux sont :

1- Education à la santé

Elle se fait par le biais de diverses actions de promotion pour la santé, d'éducation thérapeutique et d'actions de formation.

2- Accès aux soins

Le Réseau ASDES propose une prise en charge globale aux personnes reçues par les médecins généralistes adhérents du réseau.

Cette prise en charge globale du patient s'articule autour du :

- Repérage des facteurs de risques médicaux, notamment liés à l'âge, au développement des cancers, aux troubles métaboliques avec possibilité d'orientation vers une diététicienne.
- Repérage des facteurs de risques sociaux et possibilité d'orientation vers une assistante sociale.
- Repérage de la souffrance psychique et possibilité d'orientation vers un psychologue ou un psychiatre.

A l'issue de cette consultation, un Parcours Personnalisé de Santé (PPS) est proposé au patient. Le suivi du PPS est réalisé à l'aide du logiciel MEDICI© de suivi des dossiers médicaux, créé par le réseau ASDES.

3- Accès aux droits

Permet la coordination sociale et l'accompagnement social pour l'accès aux soins des patients adressés par les médecins du réseau et les partenaires institutionnels et associatifs.

Interventions :

En 2013, il y a eu 115 interventions dans des structures associatives, ce qui a permis de rencontrer 1196 personnes. Les interventions sont les suivantes :

1- Promotion de la santé :

Le réseau ASDES organise des **actions de prévention** au sein d'associations du 92:

- **Des matinées de présence d'un médecin dans les foyers ADOMA** (financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS)). Les foyers ADOMA hébergent des personnes souvent isolées, vieillissantes et qui s'éloignent de leur santé. La présence régulière d'un médecin permet à ces personnes de revenir doucement vers la santé et vise à améliorer leur accès aux soins.
- **Des dépistages (hypertension artérielle, diabète, insuffisance rénale, VIH ...)** au sein des structures d'aides alimentaires comme les épiceries sociales ou les

Restos du Cœur (financement conseil régional). Le dépistage est le point de départ de la discussion avec les professionnels de santé et permet d'aborder des questions sur la santé en général. Si besoin, les personnes peuvent être orientées vers le réseau ou les structures partenaires.

- **Faciliter la continuité des soins à la sortie de la maison d'Arrêt de Nanterre** (financement Fondation de France). L'équipe médico-sociale du réseau ASDES (assistante sociale et médecin coordinateur) intervient dans cet établissement pour aider les personnes détenues ayant une maladie chronique à préparer leur sortie. Cet accompagnement débuté intra-muros se poursuit en partenariat institutionnel et associatif dans le cadre de la médecine de ville.

2- Ateliers d'éducation thérapeutique :

Le réseau ASDES est subventionné par l'ARS pour un programme d'éducation thérapeutique autour de l'hypertension artérielle. Il s'agit de proposer à des patients atteints de cette pathologie des ateliers leur permettant d'acquérir ou de développer des compétences pour vivre au mieux leur vie. Ces ateliers sont animés par un binôme de professionnels et enrichis par les retours d'expérience des patients. Ils utilisent des techniques d'apprentissage variées et des outils éducatifs adaptés. **Cinq ateliers sont proposés autour de thèmes concernant les facteurs de risque de l'HTA:**

- Atelier stress
- Atelier alimentation
- Atelier activité physique
- Atelier tabac
- Atelier médicaments

3- Actions de formation

Le réseau ASDES est un organisme de formation. En 2013, ont été menées plusieurs actions de formation :

- Formation des animateurs des centres de loisirs sur le "bien manger" des jeunes enfants.
- Résidence des Bois, Colombes (structure d'hébergement de personnes adultes handicapées) : formation des éducateurs à l'équilibre alimentaire des repas et à la lecture d'étiquettes alimentaires afin d'aider au mieux les résidents.
- Centre thérapeutique résidentiel de Clamart (structure d'hébergement) : formation des éducateurs à l'équilibre des repas, atelier cuisine.

4- Création de brochures d'information

Une autre des missions du réseau ASDES est d'élaborer des brochures d'information, outils de promotion et d'éducation à la santé.

e) La démarche participative

- *Promouvoir la santé par la formation d'habitant relais/santé (95) : (ZUS du quartier de Kermoyan à Quimper)*

La promotion de la santé dans la zone urbaine sensible de Kermoyan s'inscrit dans une démarche participative au sein du CCAS (centre communal d'action sociale). Elle fait intervenir les habitants de deux manières :

- élection par les 200 familles fréquentant la structure du comité des usagers et des partenaires du centre social
- mise en place d'une commission d'une dizaine d'habitants qui s'investit dans la vie et le fonctionnement de la structure se réunissant une fois par mois

Le centre social a démarré son projet d'éducation et de promotion de la santé en 2005.

Objectif :

Permettre la prise en compte de la santé des habitants de la zone urbaine sensible à partir d'une implication des usagers du centre social et atteindre les objectifs suivants :

- impliquer directement les populations concernées au suivi de leur santé et plus largement être sensible à celle des autres habitants
- favoriser l'accès aux droits et aux soins en travaillant sur les représentations, les résistances psychosociales et les comportements en matière d'hygiène de vie et de consommation (alimentation, alcool, tabac.)
- créer un lien social entre les habitants, les professionnels de santé et sociaux, les lieux de soins et de prévention.

Méthode :

La formation des habitants relais/santé s'est déclinée en 14 demi-journées 1 fois par semaine au cours de deux sessions. La première traitait de la promotion de la santé, la nutrition, la souffrance psychique, les addictions, la connaissance des actions de prévention. La deuxième session portait sur la réalisation de travaux pratiques (réalisation de menus avec un budget modeste), information sur l'accès au soins avec la CPAM, information sur les violences conjugales.

Résultats :

Des informations collectives sur les droits et l'accès aux soins avec la CPAM, une fois par trimestre et deux demi-journées de vaccination et de dépistage des IST gratuites dans l'année, ont touchées un maximum de personnes (15 à 20 personnes pour la première et 20 à 25 pour la seconde) **grâce aux habitants relais/santé, car ils diffusent l'information en amont et incitent les personnes à se déplacer.**

Cette formation **a permis aux habitants/relais de mobiliser d'autres personnes** pour qu'elles participent à une formation sur l'équilibre des personnes âgées, 12 habitants étaient candidats.

D'autres actions du même type mais délivrée par des professionnels de santé n'ont pas fonctionné.

Conclusion :

Une meilleure implication des habitants aux questions de santé doit passer par une démarche participative.

f) Place des infirmières dans la promotion de la santé

- *Une étude réalisée en Australie a cherché à définir le rôle des infirmières dans la promotion de la santé dans le cadre des soins primaires (96) :*

Objectif :

Définir la perception des infirmières de soins primaires sur leur rôle actuel et potentiel dans la promotion de la santé.

Méthode :

Il s'agit d'une enquête qualitative. Les questions ont exploré les pratiques infirmières en termes de promotion de la santé et de prévention, la place que tient la promotion de la santé dans leur travail, les interventions engendrées et leurs aspirations à étendre leur travail de prévention et de promotion de la santé.

Résultats :

78 infirmières libérales exerçant dans le cadre des soins primaires ont participé. Les réponses à l'enquête montraient que les infirmières étaient enthousiastes à l'idée d'être impliquées dans la promotion de la santé et apprécié le travail qu'elles étaient en mesure de le faire. Les résultats indiquaient l'importance de la formation des infirmières et le souhait de développer des compétences au-delà de leurs limites actuelles.

Les pratiques de promotion de la santé des infirmières de soins primaires étaient le plus souvent réalisées dans le cadre de la prévention secondaire mais les infirmières aspiraient à assumer des rôles d'éducation et de prévention primaire, le tout dans un système de partenariats et de collaboration avec les médecins et autres professionnels de santé.

Conclusion :

Les résultats de cette enquête ont mis en évidence **le potentiel considérable des infirmières de soins primaires en termes de promotion de la santé.** La possibilité d'un travail efficace et rentable dans la prévention et promotion de la santé semble être sous-utilisés dans le cadre des soins primaires.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour définir les rôles et les responsabilités des infirmières en prévention et en promotion de la santé en milieu de soins primaires, ainsi que leur champ de pratique en matière d'éducation pour la santé.

CHAPITRE 4 : DISCUSSION

A. LIMITES DE LA MÉTHODE

Cette revue de littérature a été difficile d'un point de vue méthodologique car le sujet est très vaste et les recherches d'articles ont mené pour la plupart à des sujets n'apportant pas de solution au problème ou à des études n'ayant pas fait l'objet d'évaluation ; ces articles ont ainsi été exclus. La sélection a donc privilégié les sujets innovants et pertinents, apportant des stratégies d'actions concrètes associant les ISS et la nutrition.

Très peu d'articles jugés à haut niveau de preuve sont disponibles sur le sujet.

Le caractère qualitatif du champ d'étude et l'hétérogénéité des types d'études ne permettent pas d'effectuer une méta-analyse.

La variabilité de la qualité des études module la validité et la portée des données.

Les études ont été délibérément sélectionnées à la fois dans des pays développés et sous développés afin d'élargir au maximum le panel des interventions.

1. Biais de sélection

Il s'agit d'une revue de littérature non exhaustive car réalisée seule, elle ne permet pas le croisement des informations et l'interprétation reste subjective.

Toutes les études novatrices et intéressantes pour l'élaboration de nouvelles pistes de recherche ont été recensées. De nombreuses études sont disponibles sur le sujet qui englobe en fait 3 sujets distincts (l'information et l'éducation nutritionnelle d'une part, l'action communautaire d'autre part et la réorientation des systèmes de santé), la difficulté a été de sélectionner les études selon chacun de ces trois axes. Le choix des articles s'est porté principalement sur les études apportant des solutions opérationnelles.

2. Qualité des études

Beaucoup d'études qualitatives ont été sélectionnées pour leur caractère original. Néanmoins, ces études comportaient de nombreux biais d'information car les résultats ont été recueillis sur déclaration des réponses, et n'étaient pour la plupart pas comparatives, c'est pourquoi les résultats ne peuvent engendrer que des hypothèses.

La plupart des études d'intervention ont été effectuées sur des trop courtes périodes ce qui ne permettait pas de tirer des conclusions.

Les études interventionnelles devraient idéalement être des essais randomisés et contrôlés. La majorité des études présentées ne l'était pas car elles ne s'appliquaient pas sur des traitements mais sur des actions interhumaines, ce qui rend impossible la formation d'un groupe témoin comparable.

Une étude est en fait un projet actuellement en cours, donc seul le concept a été analysé sans les résultats.

Une étude d'intervention ne présentait pas de résultats car n'a pas bénéficié d'évaluation.

Deux études étaient des études descriptives non-comparatives donc n'apportaient que des hypothèses.

B. INTERPRÉTATION ET PROPOSITIONS

Cette revue de la littérature montre que les actions opérationnelles sont très nombreuses mais peu d'entre elles ont été évaluées et finalement leurs répercussions sur le système actuel de soins primaires sont faibles.

En partant des interventions décrites précédemment, ce chapitre tentera d'apporter des propositions d'applications concrètes dans le champ des soins de santé primaire.

1. Acquisition d'aptitudes individuelles

a) L'information nutritionnelle

- *Le PNNS :*

L'information nutritionnelle à l'échelon national est principalement véhiculée par le PNNS. A travers différentes campagnes de communication (audiovisuelle et à travers le site mangerbouger.fr) le PNNS a fait passer les messages auprès de la population mais n'a pas permis d'agir sur les ISS, il est même accusé de creuser ces ISS car **seules les populations déjà sensibilisée sont touchées par le programme**. C'est pourquoi le PNNS en cours (2011-2015) intègre dans son premier axe la lutte contre les ISS.

Le PNNS établit des repères alimentaires simples compréhensibles par la majorité, basés sur des recommandations nutritionnelles. Cependant, ces recommandations, référencées dans le guide « la Santé vient en mangeant » (97), comporte certaines faiblesses et même des incohérences qui peuvent troubler voir induire en erreur les consommateurs.

Commençons par les féculents, il est recommander de consommer du pain, des céréales, des pommes de terre ou des légumes secs à chaque repas, mais ils ne sont en aucun cas différenciés sur leur index ou charge glycémique, déterminant nutritionnel pourtant essentiel. Par exemple, les pommes de terre cuites au four ont un index glycémique élevés, de même que le pain blanc et les biscottes, donc proche du glucose, leur consommation devrait alors être occasionnelle. Il est pourtant conseillé de consommer au petit déjeuner des biscottes ou des céréales prêtes à consommer, aliments à la fois à index glycémique élevé mais également riche en graisses saturées ou trans.

Il est recommandé de consommer du pain à chaque repas mais les quantités ne sont pas indiquées, ne tenant pas compte de l'apport quotidien en sel.

Par ailleurs il n'y a aucun chapitre concernant l'allergie ou l'intolérance au gluten, proposant des alternatives en termes de consommation céréalière.

Pour la consommation de viande, poisson et œufs, il est précisé que l'on doit consommer une portion d'environ 100g de viande en choisissant les morceaux les plus maigres, seulement il n'est pas indiqué quel type de viande doit être privilégiée et positionne la viande rouge type faux filet et la viande de volaille sur le même plan au niveau de l'apport graisse. La quantité de lipides est la même entre le faux filet de bœuf et le poulet avec la peau, mais la qualité de ces lipides n'est pas la même, c'est à dire que le bœuf est plus riche en acide gras saturés (2,7 g /100g) et plus pauvre en acide gras polyinsaturé (0,27g/100g) que le poulet avec la peau (respectivement 1,8g/100g et 1,2g/100g)(98). Cette distinction devrait être faite.

Il n'est pas indiqué le nombre d'œufs à consommer par semaine, et il n'est pas précisé quels poissons sont les plus riches en oméga 3.

En ce qui concernent les produits laitiers, il est recommandé d'en consommer 3 par jours quel que soit l'âge et le sexe, sachant que les apports recommandés journaliers diffèrent en fonction de ces deux facteurs.

Cette recommandation semble excessive car la consommation quotidienne d'un litre d'eau riche en calcium peut apporter 550 mg de calcium et des produits alimentaires autre que les produits laitiers apportent des quantités élevées de calcium, supérieures à un yaourt. Pour 100g de lait entier de vache ou de yaourt, on a 120mg de calcium, alors que pour le même poids certains aliments ont une teneur égale ou supérieure, c'est le cas des épinards (117mg), des sardines à l'huile (330mg), du chou vert (212mg), des noisettes (226mg), des amandes (252mg), de la roquette (160mg), du jaune d'œuf (140mg)...(99).

Par ailleurs, il n'y a aucune proposition de substitution aux produits laitiers pour les intolérants au lactose.

Une enquête menée sur l'impact des messages de santé véhiculés par le PNNS et par le biais de la campagne Manger-Bougera a fait émerger l'existence d'un fort clivage social opposant les membres des catégories aisées à ceux des catégories modestes (100).

Dans les catégories aisées et intermédiaires, les recommandations étaient connues et la plupart du temps appliquées. Dans les catégories modestes, les recommandations nutritionnelles étaient connues, mais les individus exprimaient à leur égard une résistance, liée à la difficulté à les mettre en œuvre et au refus, parfois, de s'y conformer. Les recommandations étaient plus souvent vécues comme des injonctions extérieures. Dans les populations précaires, les recommandations n'étaient guère mentionnées et ne faisaient pas partie des priorités en matière d'alimentation, dans un contexte de gestion de la pénurie.

Cette enquête a révélé également que la relation entre alimentation et santé n'est pas socialement partagée: le « bon » relève de ce qui est « bon au goût » du côté des catégories modestes, alors que dans les catégorie aisées, il s'agit de ce qui est « bon pour la santé ». Dans les catégories aisées, on a affaire à une optique préventive, où la santé est conçue au long terme. Dans les catégories modestes, l'optique est curative. L'alimentation peut soigner, certes, mais sur le mode du régime strict et limité dans le temps, et pas dans le sens de l'hygiène de vie.

Pour tenter de participer à la réduction les ISS, l'information nutritionnelle véhiculée par les différents médias doit cibler en priorité les publics défavorisés.

- *Le marketing social :*

L'information nutritionnelle des produits alimentaires doit être améliorée par un étiquetage nutritionnel simple. L'étiquetage nutritionnel actuel (exprimé en nutriments) a un impact limité et a même tendance à augmenter les ISS car ce sont les consommateurs appartenant aux catégories les plus aisées qui lisent ces étiquettes (101).

L'étiquetage colorimétrique en face avant des emballages semble le plus adapté (60). On peut tout de même s'interroger sur le côté infantilisant de cette mesure qui semble se substituer à la réflexion et aux connaissances du consommateur. On pourrait au contraire y voir un aspect pédagogique car le système colorimétrique permet de mettre en avant les produits les meilleurs d'un point de vue nutritionnel et donc de les faire connaître à des personnes qui ne s'y seraient pas intéressé spontanément.

Ce projet rencontre actuellement des difficultés d'acceptation par l'industrie agro-alimentaire. Cette proposition a déjà été faite au parlement européen en 2010 et a été refusée après un lobbying économique estimé à 1 milliard d'euros par l'ONG Corporate Europe Observatory (102). En France, l'Association nationale des industries agro-alimentaires (ANIA) a indiqué son opposition à la mesure. Elle estime que le système coloré laisserait croire que les produits « marqué de rouge » seraient mauvais pour la santé, alors qu'il suffit de consommer ces produits en juste quantité. Elle ne souhaite pas revoir l'étiquetage nutritionnel actuel fondé sur les apports journaliers de référence (103).

Le projet Opticourse (62) va encore plus loin dans le marketing social car il associe au profil nutritionnel des aliments la notion de prix seuil, favorisant ainsi le rapport qualité nutritionnelle/prix (QNP). Il s'adresse à des consommateurs de faible position socio-économique d'un quartier précis, il étudie la possibilité d'influencer leur choix dans un supermarché en mettant en avant les aliments de bon rapport QNP à partir de panneaux d'affichage, de plaquettes explicatives, de signalement des produits dans les rayons, et d'animations dans les magasins.

Ce projet étant actuellement en cours, les résultats ne sont malheureusement pas disponibles.

b) Place du médecin traitant dans l'éducation nutritionnelle et thérapeutique des patients en situation de précarité sociale

- L'éducation nutritionnelle :

La plupart des études analysées sur l'éducation nutritionnelle des personnes en situation de précarité associant l'aide alimentaire à des programmes d'éducation nutritionnelle ont montré une efficacité dans l'amélioration des consommations.

Au contraire, deux autres études ont établi que l'aide alimentaire seule n'a pas permis d'améliorer la qualité nutritionnelle des consommations, aurait même tendance à l'aggraver.

On peut donc supposer que pour avoir un impact sur les ISS, l'aide alimentaire doit être systématiquement couplée à une éducation nutritionnelle.

La revue de la littérature portant sur les différents types d'interventions face à l'obésité de l'enfant (78) a mis en évidence que **l'éducation par soutien personnel type face à face à domicile ou dans des centre de santé était la méthode la plus probante dans la réduction des inégalités sociales liées à l'obésité de l'enfant.** Cependant, devant la faiblesse quantitative du nombre d'études on ne peut conclure à une réelle efficacité.

L'étude sur les pratiques des médecins généralistes en matière d'éducation nutritionnelle (72) a montré que le manque de temps et la méconnaissance des outils du

PNNS sont les principaux freins à sa réalisation (à noter que l'étude date de 2004). Cette étude a également révélé qu'ils sont nombreux à souhaiter une formation et une rémunération spécifiques à l'éducation nutritionnelle.

Mangerbouger.fr, le site du PNNS pour le grand public, a intégré depuis 2013 « La Fabrique à menus » (57), extension interactive du site. Ce site est présenté comme un support pouvant servir d'appui au médecin au cours de la consultation mais il n'y a malheureusement pas encore eu d'étude sur ces pratiques.

L'éducation est un moyen de considérer le patient comme un sujet actif et capable d'agir par lui-même sur sa santé. L'intervention du médecin traitant doit permettre au patient de s'approprier les connaissances afin de les inscrire dans son projet de vie et de les rendre acceptables. La difficulté de la tâche du médecin est de considérer le patient dans sa globalité, afin de s'adapter au plus près de sa situation personnelle. Afin d'améliorer et d'optimiser ces pratiques, **une formation des médecins généralistes à l'éducation nutritionnelle** semble ainsi nécessaire ainsi que des outils sur lesquels s'appuyer. **Une méthode d'évaluation doit être mise au point afin que les médecins puissent évaluer l'impact de cette éducation nutritionnelle dans le but d'améliorer les pratiques.**

- *L'éducation thérapeutique :*

L'éducation thérapeutique a pour objectif de permettre au patient de comprendre sa maladie et son traitement, de l'aider à mieux coopérer avec les soignants et de maintenir ou d'améliorer sa qualité de vie.

Cette pratique peut être réalisée en ambulatoire par le médecin traitant mais un travail en coopération est souhaitable. La réalisation d'une éducation thérapeutique demande une connaissance du patient dans sa globalité et non seulement de sa maladie, car elle doit agir sur différents déterminants en prenant en compte les facteurs sociaux et culturels.

L'étude sur l'éducation thérapeutique des patients migrants dialysés (67) a révélé que la culture d'origine de ces patients n'était pas prise en compte dans les messages nutritionnels et l'information nutritionnelle délivrée dans le cadre de la dialyse ne permettait pas d'amélioration car non adaptée. **Une démarche d'éducation nutritionnelle doit être précédé d'un interrogatoire ciblé et d'une écoute attentive du mode de vie, afin de connaître au mieux les habitudes alimentaires et culturelles du patient.** De plus, **l'appartenance à une origine ethnique étrangère doit être intégrée** dans les processus d'éducation thérapeutique et d'éducation nutritionnelle. Les différences culturelles et linguistiques entraînent un frein considérable dans la compréhension des messages de santé, ils doivent être pris en compte en amont de l'éducation afin de l'adapter au maximum.

Deux études ont mis en évidence que l'éducation thérapeutique adaptée aux patients précaires apporte de nombreuses améliorations sur la gestion de la maladie: meilleure acceptation de la maladie, plus grande adhésion à la prise en charge (66), augmentation de l'estime de soi et de la confiance en soi, envie de partager avec les autres (65).

Trois études américaines (68) (69) (70) ont montré la possibilité d'améliorer l'équilibre glycémique par l'éducation ambulatoire des patients en situation de précarité. Ces

résultats sont encourageant même si la durée de suivi, de moins de 2 ans, pose la question du devenir à long terme des patients après cette prise en charge intensive.

Deux études réalisées sur les pratiques du médecin traitant en éducation thérapeutique de patients diabétiques (104) ou atteint de maladie cardiovasculaire (105), chez des patients qui ne sont pas spécifiquement en situation de précarité sociale, ont révélé qu'elle est peu aisée en pratique courante et qu'il existe plusieurs freins à sa réalisation. D'une part, la difficulté résidait dans le manque de temps dédiée à cette pratique par les médecins généraliste, la démarche préventive était ainsi délaissée au profit de la démarche curative ; d'autre part la relation médecin-patient n'était majoritairement pas adéquate à l'éducation thérapeutique. En effet, la majorité des médecins en cabinet simple pratiquait le niveau de négociation dépendance/expertise rendant le médecin responsable de la santé, maître des décisions et dominant la relation médecin-patient. A l'opposé les médecins adhérant à un réseau pratiquaient plus la relation de négociation type partenariat/coopération, permettant un partage des décisions, une relation égalitaire et à fortiori, une plus grande implication du patient.

Devant l'ensemble de ces difficultés, il semble indispensable d'inclure une formation spécifique à l'éducation thérapeutique au cours des études et en formation continue. De plus, la contrainte de temps engendrée par l'éducation thérapeutique doit être reconnu et valorisée.

c) Comment améliorer le dépistage par le médecin généraliste des troubles nutritionnels liés à la vulnérabilité sociale ?

Le médecin généraliste doit pouvoir être capable d'identifier la précarité afin de mieux s'adapter au patient. Ce dépistage pourrait se faire par l'utilisation d'un test codifié et intégré aux logiciels médicaux (pour plus de rapidité et de simplicité). Par exemple utilisation du score EPICE (106) (évaluations de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examens de santé). Ce score a été développé dans les centres d'examens de santé (CES). Il s'agit d'un score individuel de précarité, établi en considérant toutes les dimensions matérielles et psychosociales de la précarité (voir Annexe 7).

Le dépistage des troubles nutritionnels généraux pourrait s'organiser de manière individuelle avec un support de type questionnaire à remplir par le patient et à remettre à son médecin traitant.

Les conditions socioéconomiques dans lesquelles évolue le patient influent considérablement le déroulement des interventions individuelles. **Une formation spécifique axée sur les différences sociales est donc nécessaire pour tous les médecins généralistes.**

d) Rôle du médecin traitant en tant que prescripteur chez les personnes en situation de précarité présentant des problèmes nutritionnels

Le rôle du médecin traitant est multiple. Il agit à la fois comme acteur de soins de premier recours et c'est à lui que revient le rôle d'orienter les patients vers d'autres professionnels. Dans le cas de la nutrition, il intervient tout d'abord comme éducateur en prenant en charge lui-même ces patients au cours des consultations, mais aussi comme prescripteur, en adressant ces patients à des diététiciens, psychologues, éducateurs médico-sportif, professionnels médico-sociaux, associations diverses.

Il doit ensuite s'assurer que la coordination des soins est effective et faire la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.

L'orientation des patients vers des réseaux spécialisés ou par le biais de parcours de soins personnalisés doit être favorisée permettant une prise en charge personnalisée, coordonnée pluridisciplinaire et l'accès à l'éducation thérapeutique.

Pour cela, il est nécessaire de créer des guides disponibles sur internet offrant tout le panel des intervenants en nutrition en fonction du lieu de consultation.

Par exemple, après le dépistage des troubles nutritionnels et de la vulnérabilité sociale, **le médecin traitant pourrait « prescrire » des cours d'éducation nutritionnelle, idéalement à domicile**, donnés par des IDE spécialisées ou des nutritionnistes. Ces cours devront **s'appuyer sur les moyens financiers et matériels du foyer, inclure les valeurs culturelles et religieuses, les goûts et les particularités de chacun**. L'intervention à domicile paraît la plus adaptée car s'adapte au maximum à l'environnement et à la personne.

La prise en charge de l'obésité de l'enfant pourrait se faire par la prescription d'une éducation thérapeutique individuelle, réalisée soit par un diététicien soit par un infirmier et relayée par un éducateur spécialisé en nutrition et en activité physique intervenant à domicile. Cette prise en charge permettrait de réduire les inégalités sociales liées à l'obésité en agissant sur les déterminants personnels, familiaux et environnementaux avec d'une part l'accès à l'éducation nutritionnelle adaptée au milieu culturel et social, et d'autre part, l'accès à l'activité physique dans l'environnement direct de l'enfant.

Acquisition d'aptitudes individuelles - Conclusion :

Pour promouvoir la santé sans creuser les ISS, il est nécessaire d'entreprendre des actions multifactorielles, permettant d'agir sur l'ensemble des déterminants de santé.

D'une part, l'information nutritionnelle permet aux personnes d'acquérir des connaissances indispensables. Pour avoir un impact dans la réduction des ISS, **elle doit cibler en priorité les publics qui en ont le plus besoin**. D'autre part, la prise en charge individuelle des personnes en situation de précarité repose sur le médecin traitant en tant que coordinateur des soins primaires et **doit être optimisée par une formation spécifique et par la valorisation des pratiques éducatives**.

Néanmoins, les actions intervenant de manières individuelles ne peuvent se suffirent à elles-mêmes. **Des relais au plus près des individus sont nécessaires pour que les connaissances acquises soient mise en œuvre de manière effective et durablement**

2. Renforcement de l'action communautaire

La médecine communautaire doit permettre à la population de participer activement à la mise en œuvre de stratégies permettant l'acquisition d'une meilleure santé.

Il faut rendre les individus acteur afin de leur donner davantage de maîtrise de leur santé et de moyens de l'améliorer. Les actions communautaires permettent le développement de l'estime de soi, des connaissances individuelles, du lien social et la réduction des inégalités grâce à la mutualisation des ressources, des savoirs et des pouvoirs de la communauté.

Le renforcement de l'action communautaire peut se diviser en deux parties : **premièrement, les actions présentes sur les lieux de vie des individus, deuxièmement, le développement du rôle du médecin généraliste en tant que coordinateur en santé globale.**

a) Actions communautaires sur l'ensemble des lieux de vie

- *Sur les lieux de vie :*

L'éducation nutritionnelle entreprise dans un esprit communautaire est interactive et encourage l'échange d'informations entre les éducateurs et la communauté. Elle habilite les personnes à faire des choix judicieux, basés à la fois sur les connaissances scientifiques et le savoir local. Un autre avantage de cette méthode éducative est l'adoption de meilleurs comportements pour la santé, ainsi qu'une durabilité dans le temps des apprentissages.

Un exemple d'action communautaire réussie est l'implication des « grands-mères sénégalaises » dans l'éducation nutritionnelle donnée aux femmes en âge de procréer (81). L'étude a montré que leur intervention au sein de la communauté entraînait une amélioration des pratiques nutritionnelles et d'hygiène de vie des femmes enceinte ou ayant un nourrisson. **Il s'agit d'une transmission entre membres d'une communauté, dont une partie devient éducateur et l'autre receveur, dans un esprit d'échange et de participation de la collectivité.**

L'étude sur l'éducation nutritionnelle dans la communauté aborigène (79) a révélé un autre aspect positif de l'action communautaire, **l'effet d'entraînement des personnes entre elles dans les actions positives pour la santé a eu lieu même en dehors du cadre éducatif.** La transmission des connaissances et le partage a entraîné, par exemple, une amélioration de l'hygiène de vie, avec une plus grand motivation pour l'arrêt du tabac et l'activité physique.

Une autre action communautaire intéressante est **la création de jardins solidaires.** Elle doit être encouragée car ces jardins ont l'avantage de créer des liens sociaux entre des personnes isolées et de donner la possibilité de créer un travail productif à des

personnes en difficulté, en intervenant directement sur les lieux de vie des individus. Ils favorisent également la sensibilisation à l'équilibre nutritionnel par la culture et la récolte des fruits et légumes.

Enfin, la démarche participative doit être favorisée car elle permet une meilleure implication des personnes pour leur santé mais aussi pour la santé des autres. C'est ce qu'illustre l'expérience d'un CCAS qui a formé des habitants d'une zone urbaine sensible à des questions de santé et de prévention (95). Ces habitants ont ensuite relayé les informations à la communauté permettant de réunir un maximum de personnes aux journées de prévention ou de dépistage.

Cette participation au système de santé des habitants montre le potentiel considérable des actions communautaires dans les quartiers difficiles. On pourrait reproduire ce système participatif pour des actions de promotion de la santé (messages de prévention et de dépistage, communication sur des pathologies etc.)

- *Dans les écoles :*

Une revue de la littérature Européenne (84) a étudié l'impact des interventions de nutrition chez les enfants et adolescents au sein des écoles. Les interventions ciblant spécifiquement les enfants et adolescent ayant un statut socio-économique faible et/ou de minorité ethniques étaient nettement moins nombreuses que celles effectuées dans la population générale. De plus, il est apparu que les périodes de suivi étaient relativement courtes et la plupart des études étaient axées sur les changements de comportement à court terme juste après l'intervention ; seulement 24 % des études chez les enfants et 9 % chez les adolescents ont retrouvé des effets à long terme.

Plus d'études d'interventions communautaires ciblant les enfants et les adolescents de faible position socioéconomique sont nécessaires et le suivi doit être réalisé sur un assez long terme pour tirer des conclusions effectives. Ces études pourront permettre la mise en place d'un programme spécifique pour ces populations et ainsi obtenir une action sur la réduction des inégalités sociales de santé.

- *Actions communautaires sur les lieux de distribution alimentaire :*

L'aide alimentaire est très présente en France à travers divers organismes tels que les banques alimentaires qui ont créés les épicerie sociales et solidaires, les CCAS distribuant au sein de leur commune des bons alimentaires, colis alimentaires, bons en espèces, et les associations caritatives tels que la Croix Rouge, le Secours Populaire, les Resto du Cœur, qui permettent la distribution de denrées ou de repas.

Ces lieux de prise alimentaire doivent être un lieu privilégié d'échange et d'information nutritionnelle. Les messages éducatifs peuvent être produits sous forme d'ateliers cuisine par exemple, permettant une implication directe des participants. Quel que soit le mode d'intervention, **ces messages doivent être adaptés à la culture et aux connaissances des personnes**, en utilisant des supports simples, et leur compréhension doit être assurée avec l'aide d'un interprète si nécessaire en cas de barrière de langue.

Le Plan Alimentation et Insertion (PAI) (83) offre une aide matérielle à type de calendrier et d'affiches remis aux bénévoles des associations d'aide alimentaire utilisables comme support d'échange avec les bénéficiaires. Le côté insertion se justifie par des concours de recettes qui seront publiées dans les calendriers. Il n'y a pas de publication sur l'effet de ce plan sur l'insertion des personnes en difficulté ou sur les bénéficiaires en termes de nutrition. Par ailleurs, il faut noter que ce plan d'insertion est financé par l'industrie agroalimentaire (l'ANIA entre autres) ce qui crée un véritable conflit d'intérêt.

- *Dans les lieux d'hébergement :*

Pour les personnes sans logement fixe, l'équilibre alimentaire n'est pas une priorité, ils ont tendance à privilégier l'apport calorique le plus élevé, comme moyen de « survie ». Ils doivent bénéficier d'une sensibilisation à l'équilibre alimentaire leur permettant de faire de meilleurs choix nutritionnels. Il faut **proposer des stratégies d'éducation nutritionnelle aux personnes en grandes difficultés dans ces lieux de prise alimentaire**, les foyers d'hébergement d'urgence ou les maisons relais. Par exemple, le réseau précarité-santé ASDES (94) organise des actions de prévention dans des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) avec des matinées de présence d'un médecin généraliste, ce qui permet d'aller directement à la rencontre des personnes les plus éloignées du système de soins et les permettre de réintégrer ce système.

- *En interaction avec des programmes d'insertion ou d'activités génératrices de revenus:*

Les plans d'insertion en lien avec l'alimentation doivent favorisés. Par exemple, le programme TAPAJ (travail alternatif payé à la journée) (107) est un plan d'insertion des jeunes en errance par l'offre d'une activité professionnelle payée à la journée. Ce programme apporte une amélioration de l'estime de soi et permet de renouer avec un projet professionnel. Le lien avec l'alimentation pourrait se faire par la transformation de l'argent gagnée en bons alimentaires nécessaires à un bon équilibre nutritionnel, associée à une approche pédagogique d'éducation nutritionnelle, tout en favorisant l'accès aux soins.

Les Jardins de la Méditerranée (82) est un exemple d'action communautaire et d'insertion réussi à plusieurs niveaux. Ils permettent la réinsertion des personnes en difficulté en leur donnant un emploi, les sensibilisent à la consommation de fruits et légumes et fournis les banques alimentaires en denrées recherchées.

L'étude « porridge mums » (80) illustre également cette association d'activité génératrice de revenus (les préparations alimentaires infantiles) et d'amélioration des consommations alimentaires grâce à la transmission communautaire du savoir acquis par ces femmes. En effet, les femmes produisant ces bouillies pour enfants ont été sensibilisées à la nutrition et devenaient alors pourvoyeuse de messages nutritionnels. Les effets de cette action communautaire ont été ressentis principalement au sein même des familles ; pour que l'action soit généralisée à toute la communauté, il faudrait

favoriser les interactions entre les acteurs, bénéficiaires directs du programme, et leur clients qui doivent à leur tour devenir bénéficiaire.

b) Développer les fonctions de coordination du médecin généraliste en tant qu'acteur de santé global

Le rôle du médecin traitant dans les actions de santé communautaire est central car il doit communiquer le savoir afin que les personnes soient prêtes à se le transmettre entre-elles. Pour cela, son rôle peut être défini en tant que coordinateur de santé globale, en devenant animateur, formateur et non plus uniquement prescripteur.

Il doit alors travailler en collaboration avec les autres professionnels mais aussi avec la population.

- Rôle dans l'éducation par les pairs :

Le médecin généraliste intervient dans l'éducation par les pairs en tant que formateur sur un thème de santé. Ainsi, les pairs sont formés pour transmettre un savoir mais ils ont l'avantage d'appartenir à la même communauté que les bénéficiaires ce qui les place au même niveau social et culturel, permettant de plus grandes interactions entre eux.

Par exemple, **les médecins généralistes pourraient former des patients diabétiques ou ayant eu un accident cardiovasculaire pour donner des cours d'éducation nutritionnelle** à des patients ayant des facteurs de risque cardiovasculaires. Un double effet positif est attendu, le premier sur la santé du formateur car en devenant « un spécialiste de sa maladie », il appliquera sur lui-même les conseils donnés. Pour les personnes recevant les cours, l'interaction avec un pair éducateur est reconnue comme efficace car elles se reconnaissent en lui et une relation de proximité et de confiance est créée.

Les données existantes sur l'éducation nutritionnelle par les pairs montrent que l'intérêt de cette méthode est de toucher les populations en situation de précarité en agissant sur des facteurs sociaux, culturels et religieux.

Mais trop peu d'études sont disponibles sur le sujet de la nutrition, **il est donc nécessaire d'effectuer plus de recherche dans ce domaine.**

- La collaboration avec les médiateurs santé :

Dans une zone urbaine sensible de Saint-Denis, le centre de santé communautaire « La Place Santé » est basé sur le travail en partenariat des médecins généralistes et des médiatrices santé (108). Ces dernières sont formées sur les droits, les questions de santé et sur les techniques d'animation. Les médecins travaillent en binôme avec les médiatrices pour les séances d'éducation thérapeutique. Leur présence peut également être requise pendant les consultations pour faciliter l'intercompréhension médecin-patient, pour informer le médecin des conditions de vie du patient et pour orienter le patient vers des démarches individuelles ou des ateliers collectifs. Enfin, une

coanimation médecin et médiatrice se fait pour les ateliers collectifs de prévention et de promotion de la santé.

Le médiateur santé, par son appartenance au quartier ou à la communauté fait le lien entre le médecin et la population et permet ainsi de toucher les populations fragilisées.

Le fonctionnement de ce centre de santé montre que **le rôle du médecin traitant est totalement décloisonné, il n'est plus seulement prescripteur mais à la fois animateur et coordinateur d'actions diverses, dans le but d'agir en santé globale.**

Renforcement de l'action communautaire - Conclusion :

La réduction des ISS ne peut se faire sans une approche communautaire de la santé. Les problèmes sociaux sont de nature collective, ils doivent alors trouver des solutions dans la collectivité. Pour cela, les interventions axées sur la communauté doivent prendre en considération la globalité et la dimension multisectorielle des situations qui affectent les groupes sociaux. **Dans ces actions, le rôle du médecin traitant est primordial. Il ne situe plus seulement comme un prescripteur mais comme un meneur d'actions de santé globale.**

Enfin, la participation des personnes au système de santé doit être favorisée car c'est un moyen de reconquérir autonomie, dignité et reconnaissance et elle permet aux individus, par une action collective, d'améliorer leur santé et leur qualité de vie. Elle peut passer par diverses actions telles que l'éducation par les pairs, des programmes communautaire d'éducation nutritionnelle, ou la présence des citoyens dans des actions préventives ou de dépistage.

3. Réorientation des services de santé

La réorientation des services de santé doit permettre la réduction des ISS en agissant sur plusieurs niveaux, par des mesures visant à améliorer la qualité des soins.

a) Faire du médecin généraliste le pivot du système de soins

La modification de l'organisation de système de santé doit **faire du médecin généraliste le pivot du système de soins** du fait de sa position de premier contact. Le médecin traitant est en position privilégiée pour mener les actions d'éducation pour la santé, dans la lignée des actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé. **Son rôle de coordinateur de l'ensemble des soins doit être valorisé car la réduction des ISS ne peut se faire sans une collaboration des différents professionnels.**

Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) offrent une possibilité de contribution à la réduction des inégalités de santé en intégrant, à l'image de la Case de Santé à Toulouse (91), dans un premier temps les problèmes sociaux du patient puis dans un deuxième temps par la mise en œuvre des soins primaires délivrés par le médecins traitant en collaboration avec les autres professionnels de santé.

Les MSP sont des lieux de prise en charge globale dont le but est une collaboration permettant d'effectuer des actions de prévention ou d'éducation que le médecin traitant ne pourrait pas faire seul, grâce à l'association de médecins, infirmiers, diététiciens,

éducateurs avec cuisine à disposition, psychologue, éducateur médico-sportif, kinésithérapeute, assistante sociale etc.

Les MSP offrent également une possibilité de réponse au problème des déserts médicaux, dans la mesure où les jeunes médecins choisissent majoritairement l'installation en groupe (109). Comme le montre l'étude de la répartition actuelle des professionnels de santé (110), les zones pauvres en professionnels de santé sont aussi, le plus souvent, les zones défavorisées au niveau socioéconomique. Les inégalités géographiques d'accès aux soins recoupent en partie les inégalités sociales, que ce soit en zone rurale mais aussi en zone urbaine où les populations vivent dans des conditions socioéconomiques difficiles.

La mise en place de MSP et de Pôles de Santé doit être fortement soutenue et suscitée, tout particulièrement dans les zones où les besoins de santé sont importants et non couverts, afin de réduire les inégalités géographiques d'accès aux soins.

Les réseaux de santé constituent également une démarche de soins primaires en facilitant le travail coopératif des professionnels de santé, plaçant le médecin traitant au centre, en tant que coordinateur. L'organisation des soins primaires en réseaux doit se faire autour des MSP, au plus près des populations. **Les réseaux précarités tels que le réseau ASDES (94) doivent fusionner avec les autres réseaux de santé, tels que les réseaux obésité ou les réseaux diabète**, permettant au patient la prise en charge la plus adaptée à sa situation sociale et de santé. **Les réseaux obésité de l'adulte devraient être plus présents sur le territoire** car la faible présence des professionnels de la nutrition en zone rurale entraîne une inégalité géographique d'accès aux soins.

L'évaluation de l'efficacité de la prise en charge par les réseaux obésité doit être plus étudiée notamment chez les patients en situation de précarité. Même si l'on sait que le taux obésité est lié au gradient social, les études concernant la prise en charge par ces réseaux ne font pas de distinction sociale ce qui ne permet pas de conclure à une réduction des ISS. **Ces études devraient cibler les individus en fonction de leur catégorie sociale.**

Le rôle des autres professionnels de santé de premier recourt, comme les infirmières, doit être redéfini dans le sens des soins primaires. Une étude australienne sur les attentes des infirmières en terme de promotion de la santé (96), a révélé que leur potentiel de prévention et de promotion de la santé est sous-utilisé. L'étude a également montré qu'elles sont demandeuses d'une formation spécifique à la prévention et à l'éducation nutritionnelle ce qui leur permettrait d'élargir leurs compétences. Pour cela, leurs rôles doivent être précisés et le travail en coopération avec le médecin traitant et les autres professionnels de santé doit être favorisé.

La prise en charge globale de la santé doit être favorisée dans tous les lieux de soins de santé primaire qui peuvent être aussi bien les MSP, où différents professionnels sont réunis, que les cabinets médicaux simples travaillant en réseaux. Ces différents lieux doivent travailler en partenariat avec les centres spécialisés, les réseaux, des équipes mobiles, les centres d'examen de santé, les PASS et les structures

d'aide alimentaires afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge des personnes en difficulté.

b) Diversifier les modes de rémunération des acteurs de soins primaires

La question du salariat des médecins généralistes pour les soins primaires ou d'un mode de rémunération forfaitaire est posée. On peut imaginer une généralisation des forfaits de rémunération pour les missions de coordinations dans les projets de prévention, de promotion et d'éducation à la santé. Le salariat peut également être une piste à exploiter pour favoriser une médecine de premier recours de qualité, en considérant que le paiement à l'acte entraîne un risque de dépasser le volume optimal de soins prodigués, et l'incitation à augmenter la productivité horaire pour améliorer ses revenus peut avoir l'effet pervers de raccourcir la durée de consultation au détriment de la qualité.

c) Favoriser la recherche et la formation en soins primaires

Enfin, **l'évaluation des soins primaires est indispensable** pour faire progresser la pratique. La recherche en médecine générale et plus globalement en soins primaires doit être développée comme moteur essentiel de l'amélioration de la qualité des soins. Or, la médecine générale souffre en France d'un handicap par rapport aux autres spécialités médicales, par la faiblesse quantitative en travaux conduisant à une amélioration de prise en charge des patients par les services de santé de soins primaires (111). La recherche est indispensable pour encourager le progrès des connaissances, créer des recommandations pour la pratique clinique et influencer les décisions de santé publiques de manières à ce quelles soient opérationnelles.

Une évolution dans l'enseignement et la formation des professionnels est donc essentielle. Comme le montre le carré de White (112), revu par Green en 2001 (113), la majorité des problèmes de santé de la population concernent les soins primaires. Pourtant, la formation universitaire actuelle repose essentiellement sur un modèle hospitalier et l'enseignement des soins de santé primaires dans les premiers cycles des études reste limité. Au cours du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale, les internes ne réalisent qu'un seul stage obligatoire en médecine générale ambulatoire. Les futurs médecins sont formés à des démarches diagnostiques et des stratégies thérapeutiques de soins tertiaires, qu'ils essayeront de transposer de façon inadaptée en soins primaires. La formation médicale universitaire doit être réorientée vers les soins de santé primaires ambulatoires, qui concerneront la moitié de chaque promotion d'étudiants (114).

Réorientation des services de santé - Conclusion :

Pour rendre effective les actions de promotion de la santé et tenter de réduire les ISS, le système de santé doit évoluer en même temps que la société avec ces difficultés actuelles économiques et sociales et intégrer une prise en charge de l'individu dans son ensemble, au sein de la collectivité.

Les acteurs de soins primaires ont besoin de s'appuyer sur des référentiels et des protocoles validés, régulièrement actualisés et facilement utilisable dans le cadre des consultations habituelles. Pour cela, la recherche en médecine générale et en soins primaires doit être développée, ainsi que la formation universitaire en soins de santé primaires.

CONCLUSION

Les inégalités sociales de santé demeurent un problème de santé publique majeur, qui s'accroît malgré les mesures existantes.

L'alimentation est le premier facteur sur lequel nous pouvons agir pour améliorer notre santé. Le problème de ce facteur est sa variabilité en fonction du niveau de vie des individus ce qui en fait un responsable majeur des inégalités sociales de santé.

La médecine préventive doit être développée et doit être rendue égalitaire afin que la majorité des personnes bénéficie des mêmes chances d'agir sur leur santé, en amont des maladies.

Les actions de prévention et de promotion de la santé visant la population générale au travers des plans de santé publique sont nombreuses mais insuffisantes car ne permettent pas de réduire les ISS. Ces actions doivent cibler en priorité des personnes qui en ont le plus besoin et doivent être complétées par une approche plus pragmatique centrée sur le patient, en tenant compte de ses besoins et en le rendant acteur de sa santé.

C'est tout d'abord la mission d'une dimension insuffisamment développée des politiques de santé, l'action de « santé communautaire », à laquelle le médecin traitant doit contribuer mais qui ne peut s'inscrire dans son travail quotidien. La santé communautaire peut améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients en situation de précarité, grâce à des interventions basées sur la participation et ayant lieu dans leur environnement direct.

Pour être efficace dans la réduction des ISS par le biais de la nutrition, le système de soins doit évoluer de manière à créer un véritable maillage des diverses actions médicales et paramédicales. Le travail en coordination apparaît comme la clé nécessaire à cette évolution car le partage des compétences entraîne une amélioration évidente des pratiques. Le médecin traitant agissant comme pivot du système de santé semble ainsi en position idéale pour effectuer cette coordination.

La lutte contre les ISS doit passer par le renforcement des soins de santé primaires, premier niveau de contact de la population avec le système de santé. Pour cela, la recherche et la formation des médecins généralistes en soins primaires doivent être favorisées.

Afin d'apporter des recommandations de bonne pratique en matière de nutrition en médecine générale et des mesures de santé publiques efficaces pour la réduction des inégalités sociales de santé, il semble nécessaire d'effectuer plus d'études d'intervention ciblant les populations défavorisées et sur de longues périodes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haut Conseil de la Santé Publique. Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité. Paris: HCSP ; 2009, 99 p.
2. Cambois E, Laborde C, Robine JM. La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2008 Oct ; 56 (suppl 6): S367.
3. WHO (2009). 2008-2013 : Action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases, Genève: World Health Organization.
4. Etude individuelle nationale sur les consommations alimentaires 2006-2007 (INCA 2). Rapport. Maisons-Alfort : AFSSA ; septembre 2009, 228p.
5. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
6. OMS (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : une Conférence internationale pour la promotion de la santé : vers une nouvelle santé publique, 17-21 novembre 1986, Ottawa (Ontario) Canada. Ottawa : Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association Canadienne de santé publique.
7. Toussaint JF. Stratégies nouvelles de prévention de la Commission d'orientation de la prévention. Rapport. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités ; 2006, 219 p.
8. OMS (1999). Glossaire de la promotion de la santé. WHO/HPR/HEP/98.1. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 1999.
9. Plan National d'Education pour la Santé. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Secrétariat d'Etat à la Santé et aux handicapés. Janvier 2001.
10. Schéma régional d'Education pour la Santé (SREPS) .CRES PACA, septembre 2003.
11. WHO-UNICEF. Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. [En ligne] http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf. Consulté le 12 janvier 2014.
12. National Research Council. Defining Primary Care: An Interim Report. Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies Press; 1994.
13. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde (2008). Les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais. [En ligne] http://www.who.int/whr/2008/08_overview_fr.pdf. Consulté le 12 janvier 2014.

14. Moquet MJ. Comment réduire les inégalités sociales de santé ? La Santé de l'homme. 2008 ; 397 :15-47.

15. Définition proposée par la Banque de données en santé publique pour l'entrée « inéquité (en santé) ». [En ligne] <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>
Consulté le 12 janvier 2014.

16. OMS (2008). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la Santé. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. 2008 ; p.36-38.

17. DREES (2011). L'état de santé de la population en France- Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011, Paris: Direction des études de l'évaluation et des statistiques (DRESS) - Collection Etudes et Statistiques.

18. Inserm, Kantar-Health, Roche. ObEpi 2012 : Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. [En ligne] http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/obepi_2012.pdf
Consulté le 28 janvier 2014.

19. Monteil C, Robert-Bobée I, 2005, «Les différences sociales de mortalité: en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes», Insee Première, INSEE, n° 1025, juin.

20. OMS (2008). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la Santé. Genève : Organisation Mondial de la Santé. 2008 ; p.29-33.

21. Programme National Nutrition Santé (PNNS 2011-2015). Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 20 juillet 2011, 66 pages. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
Consulté le 20 janvier 2014.

22. Nutrition clinique pratique. Schlienger J-L. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2011, 317p.

23. De Fillipis AP, Sperling LS. Understanding omega 3'S. Am Heart J 2006 ; 151 : 564-70.

24. AFSSA, Agence Française de Sécurité Sanitaires des Aliments. Risques et bénéfices pour la santé des acides gras trans apportés par les aliments, recommandations. Avril 2005. [En ligne] <http://www.afssa.fr/ftp/afssa/basedoc/rapportCLA.pdf>
Consulté le 10 avril 2014.

-
25. Wursch P, Pi-Sunyer FX. The role of viscoses soluble fiber in the metabolic control of diabetes : a review with special emphasis on cereals rich in beta glucan. *Diabetes Care* 1997 ; 20 : 1774–80.
26. Mayer-Davis E, Dhawan A, Liese AD, Teff K, Schulz M. Towards understanding of glycaemic index and glycaemic load in habitual diet : associations with measures of glycaemia in the Insulin Resistance Atherosclerosis Study. *Br J Nutr* 2006; 95 : 397–405.
27. Esterle L. La vitamine D : nouvelles données. *Cholé-doc, Cerin*. Janvier-février 2010 ; 117 : 5-6.
28. DRESS (2008) L'état de santé de la population en France - Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique - Rapport 2008, Paris: Direction des études de l'évaluation et des statistiques (DRESS) - Collection Etudes et Statistiques.
29. Analyse médicalisée des dépenses de santé – Assurance Maladie – 22 octobre 2013
30. Chevreul K, Prigent A, Bourmaud A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental disorders in France. *European Neuropsychopharmacology*. 2013 ; 23 : 879–886.
31. Keys A, Menotti A, Karvonen MJ et al. The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *Am. J. Epidemiol.* 1986 ; 124 : 903-915.
32. Trichopoulou A, Orfanos P, Norat T et al. Modified Mediterranean diet and survival: EPIC-elderly prospective cohort study. *Brit. Med. J.* 2005 ; 330 : 991-997.
33. Leron D, Vincent S, Defoort C. Alimentation méditerranéenne et maladies cardiovasculaires: analyse des études d'intervention. *Cahier de nutrition et de diététique*. Déc 2006 ; 41 : 335-40.
34. Vincent-Baudry S, Defoort C, Gerber M. The Medi-RIVAGE study: Reduction of cardiovascular risk factors after 3 month-intervention with a Mediterranean-type diet or a low-fat diet. *Am. J. Clin. Nutr.* 2005 ; 82 : 964–971
35. World Health Organisation. Reducing salt intake in populations. Report of a WHO forum and technical meeting. World Health Organisation, Genève 2007.
36. Ricci P, Chantry M, Detournay B, et al; comité scientifique d'Entred. Coûts des soins remboursés par l'Assurance maladie aux personnes traitées pour diabète : Études Entred 2001 et 2007. *Bull Epidémiol Hebd (BEH)* 2009; 42-43:464-9
37. Nutrition : facteurs de risques et facteurs de prévention du cancer. Rencontre du 16 septembre 2013. Marseille : Comité Régional d'Education pour la Santé – Provence-Alpes-Côte d'Azur, CRES PACA ; Septembre 2013, 80p.
38. CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladies des travailleurs salariés). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014. Juillet 2013.

-
39. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC ; 2007, 517 p.
40. Bergstrom A, Pisani P, Tenet V, et al. Overweight as an Avoidable Cause of Cancer in Europe. *Int J Cancer*. 2001 ; 91: 421-30.
41. Bagnardi V, Botteri E, Rota M, Pelucchi C, Corrao G, Rehm J, Boffetta P, La Vecchia C. Re: light drinking has positive public health consequences. *Ann Oncol*. 2013 May; 24(5):1421-2.
42. Curran D, Maravic M, Kiefer P, Tochon V, Fardellone F. Épidémiologie des fractures liées à l'ostéoporose en France : revue de la littérature. *Revue du Rhumatisme*. 2010 ; 77 : 579-585.
43. Warburton DE, Katzmarzyk PT, Rhodes RE, Shephard RJ. Evidence-informed physical activity guidelines for Canadian adults. *Can J Public Health*. 2007; 98 (Suppl 2):S16-68.
44. Warburton DE, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin SS et al. A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010 May 11; 7: 39.
45. Malon A, Deschamps V, Salanave B, et al. Compliance with French nutrition and health program recommendations is strongly associated with socioeconomic characteristics in the general adult population. *J Am Diet Assoc*. 2010; 110 : 848-56.
46. Anses. Apports alimentaires et nutritionnels des enfants et adolescents et inégalités sociales. Rapport de l'Anses, 2012.
47. Darmon N, Bocquier A, Vieux F, Caillavet F. L'insécurité alimentaire pour raisons financières en France. In: Les travaux de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale 2009-2010. La documentation Française Editeurs; 2010, p. 141-61.
48. Grange D, Castetbon K, Guibert G, Vernay M, Escalon H, Delannoy A, Féron V, Vincelet C. Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire . Etude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005. Observatoire régional de santé Île-de-France, Institut de veille sanitaire, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, mars 2013, 184 pages.
49. Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen). Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006) – Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, 2007. 74 p.
50. UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire). Enquête épidémiologique nationale de prévalence de la carie dentaire des enfants de 6 et 12 ans en 2006.

51.URCAM (Union régionale des caisses d'assurance maladie) d'île de France, 2000. Enquête sur la Santé bucco-dentaire des jeunes franciliens de moins de 20 ans.

52.Auvray L, Dumesnil S, Le Fur Ph. (2001).Santé, soins et protection sociale en 2000. Série résultats n° 1364, CREDES (devenu IRDES en juin 2004).

53. Caillavet F, Lecogne C, Nichèle V. La consommation alimentaire: des inégalités persistantes mais qui se réduisent. Cinquante ans de consommation en France, 2009, Insee, septembre 2009.

54. Casey R, Chaix B, Weber C, et al. Spatial accessibility to physical activity facilities and to food outlets and overweight in French youth. *Int J Obes (Lond)* 2012; 36 : 914-9.

55. Etiévant P, Bellisle F, Dallongeville J, et al. Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions pour quels effets? Expertise scientifique collective, rapport, Inra (France), 2010, p.277.

56. Hercberg S. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2001-2005 : un premier bilan. *Médecine des maladies Métaboliques* ; 2007; 1(1) :14-9.

57. Manger Bouger, Programme National Nutrition Santé. La Fabrique à menus. [En ligne] <http://www.mangerbouger.fr/bien-manger/la-fabrique-a-menus.html> Consulté le 24 février 2014.

58.Castetbon K, Lafay L, Volatier J-L, Escalon H, Delamaire C, Chauliac M, et al. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) : bilan des études et résultats observés. *Cah Nut Diét.* 2011 ; 46 : S11-S25

59. AFSSA. INPES. Comparaison de deux enquêtes nationales de consommation alimentaires auprès des adolescents et des adultes, baromètre santé nutrition (2002) et INCA (1998-99). Juin 2004. Paris, 1-67

60. Ruffieux B, Muller L. Etude sur l'influence de divers systèmes d'étiquetage nutritionnel sur la composition du panier d'achat alimentaire. Association Française d'Economie Expérimentale - Research paper. 2011 ; 01.

61. Hercberg S. Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé – 1ere partie : mesures concernant la prévention nutritionnelle. Ministère des affaires sociales et de la santé, novembre 2013.

62.Darmon N. L'expérimentation Opticourses. Comité de pilotage nutrition obésité, 23 mai 2013. Agence Régionale de Santé en PACA, Marseille. [En ligne] www.opticourses.fr Consulté le 14 mars 2014.

63. C. Dubois, M. S. Gaubart, N. Darmon. Identification des aliments de bon rapport qualité nutritionnelle-prix pour le projet de recherche interventionnelle OPTICOURSES. *Cah Nut Diet.* 2013 ; 48 : S57-S175

-
64. Saout C, Charbonnel B, Bertrand D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Rapport au Ministre de la Santé, 2008.
65. Quach A., Lemaire C, Van Bockstael V, Frere S, Lollieux L, Foulon C. Perception des effets de l'ETP chez les personnes diabétiques de type 2 en situation de précarité sociale au sein du réseau PREVALENS dans le Nord-Pas-de Calais. *Diabetes Metab* 2014 ; 40 : A31-A110.
66. Balcou-Debussche M, Rastami J, Ramlati A, Said M, Solet JL, Debussche X. Développer l'éducation thérapeutique du patient à Mayotte en tenant compte de l'hétérogénéité des personnes et du contexte social. Premiers enseignements à partir des données récoltées auprès de personnes diabétiques ou obèses. *Médecine des maladies Métaboliques*. Décembre 2012 ; 6 (6).
67. Nouet D. Education nutritionnelle destinée à des patients migrants dialysés. *Cah Nut Diét*. 2007 ; 42 (2) :103-9
68. Davidson MB. Effect of nurse-directed diabetes care in a minority population. *Diabetes Care* 2003; 26:2281-7.
69. The California Medi-Cal Type 2 Diabetes Study Group. Closing the gap: effect of diabetes case management on glycemic control among low-income ethnic minority populations: The California Medi-Cal Type 2 Diabetes Study. *Diabetes Care* 2004; 27:95-103.
70. Philis-Tsimikas A, Walker C, Rivard L, et al. Improvement in diabetes care of underinsured patients enrolled in Project Dulce: a community-based, culturally appropriate, nurse case management and peer education diabetes care model. *Diabetes Care* 2004; 27:110-5.
71. François P, Guyomard A, Baudet D, Dubois-Fabing D, Boussuges S, Perrine F, Seigneurin A. Evaluation d'un dispositif de prévention de l'obésité chez des enfants scolarisés dans des zones urbaines sensibles. *Archives de Pédiatrie*. 2014; 21:727-735.
72. Gruaz D, Fontaine D. Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes. Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes, février 2004.
73. Eicher-Miller H, Mason A, Abbott A, McCabe G, et al. The Effect of Food Stamp Nutrition Education on the Food Insecurity of Low-income Women Participants. *J Nutr Educ Behav*. 2009; 41:161-168.
74. Ritchie L, Whaley S, et al. Favorable Impact of Nutrition Education on California WIC Families. *J Nutr Educ Behav*. 2010; 42:S2-S10.
75. Kaushal N. Do food stamps cause obesity? Evidence from immigrant experience. *Journal of Health Economics* 26. 2007 ; 968-991

-
76. Andreyeva T, Luedicke J, Henderson K, Tripp A. Grocery store beverage choices by participants in Federal Food Assistance and Nutrition Programs. *American Journal of Preventive Medicine*. 2012; 43(4):411- 418
77. Bihan H, Péneau S, Méjean C, et al. Distribution de chèques fruits et légumes : faisabilité et impact. *La Santé de l'homme*. Juillet-août 2009 ; 402.
78. Hillier-Brown F, Bambra C, Cairns JM, Kasim A, Moore H, Summerbell C. A systematic review of the effectiveness of individual, community and societal level interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity amongst children. *BMC Public Health*. 2014; 14(1): 834
79. Abbott P; Davison JE, Moore LF, Rubinstein R. Effective Nutrition Education for Aboriginal Australians: Lessons from a Diabetes Cooking Course. *J Nutr Educ Behav*. 2012 ; 44 (1).
80. Projet « mamans bouillie », allier activité génératrice de revenus et prévention de la sous nutrition. Action contre la faim International, février 2014. [En ligne] http://www.actioncontrelafaim.org/sites/default/files/publications/fichiers/acf_guinea_aligning_case_study_fr_dec_2013_ld.pdf
Consulté le 6 mai 2014.
81. Aubela J, Toure I, Diagne M. Senegalese grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices: the guardians of tradition are not averse to change. *Social Science & Medicine* .2004 ; 59 : 945-959.
82. Demeulemeester R, Michaud C, Pérole G, Thibault H, Bonnefille P, Razanamahe L. Les actions régionales et locales en nutrition-santé. *Cah Nut Diet*. 2011; 46 : S39-47.
83. Programme Alimentation et Insertion 2013 (PAI). Ministère des Affaires sociales de la Santé et des droits des Femmes. [En ligne] <http://alimentation.gouv.fr/programme-alimentation-insertion-2014>.
Consulté le 16 juin 2014.
84. Van Cauwenberghe E, Maes L, Spittaels H, Van Lenthe F-J, Brug J et al. Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and 'grey' literature. *Br J Nutr*. 2010 ; 103 : 781-797
85. Définition proposée par la Banque de données en santé publique pour l'entrée « éducation par les pairs ». [En ligne] <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>
Consulté le 22 juin 2014.
86. Pérez-Escamilla R, Hromi-Fiedler A, Vega-López S, Bermúdez-Millán A, Segura-Pérez S. Impact of Peer Nutrition Education on Dietary Behaviors and Health Outcomes among Latinos: A Systematic Literature Review. *J Nutr Educ Behav*. 2008; (4): 40.

-
87. Scheiwe A, Hardy R, Watt RG. "Four-year follow-up of a randomized controlled trial of a social support intervention on infant feeding practices". *Maternal and Child Nutrition* 2010; 6(4): 328-37.
88. Le PRAPS Aquitaine (Programme d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis) 2012- 2016. Agence Régionale de Santé (ARS) Aquitaine. [En ligne] http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/05_Pol_reg_sante/501_Projet_regional_sant_e/07_PRAPS_ARS_Aquitaine_BD.pdf
Consulté le 25 Novembre 2014.
89. Ateliers Santé Ville « une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ». Saint-Denis La Plaine : Les éditions de la DIV; 2007.
90. Fédération Française des Maisons et Pôles de santé (FFMPS). Qu'est ce qu'une maison de santé ? [En ligne] <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante>
Consulté le 2 mai 2014.
91. Bureau A. Les centres de santé communautaires - La case de santé, une utopie en marche. *Lien social*. 2013 déc 19 ; 1131 : 10-16.
92. Rotily M, Delabre A. Des réseaux « de nutrition » : pourquoi et comment ? *Nutrition clinique et métabolisme*, 2004; 18: S114-S119.
93. Article L. 6321-1 du Code de la santé publique.
94. Accès aux Soins, aux Droits et Education à la santé (ASDES). La prise en charge globale de votre santé. [En ligne] www.asdes.fr
Consulté le 2 décembre 2014.
95. L'Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale (UNCCAS). Promouvoir la santé par la formation d'habitants relais. [En ligne] <https://www.unccas.org/banque/default.asp?id=1078&cle=habitantrelais>
Consulté le 14 mai 2014.
96. Keleher H, Parker R. Health promotion by primary care nurses in Australian general practice. *Collegian*. 2013 ; 20: 215-221.
97. Programme National Nutrition Santé. « La santé vient en mangeant ». Le guide alimentaire pour tous. INPES, 2002. Institut National de Prévention et d'Education à la Santé.
98. Favier JC, Ireland-Ripert J, Toque C, Feinberg M. Répertoire général des aliments. Table de Composition. 2e éd. Paris : Éditions Lavoisier- Tec & Doc ; 1995.
99. Souci SW, Fachmann W, Kraut H. La composition des aliments. Tableaux des valeurs nutritives. 7e éd. Stuttgart : MedPharm Scientific Publishers ; 2008.

100. Reigner F. La perception des messages de santé par les populations défavorisées. Cahiers de nutrition et de diététique. 2011; 46: 206-212.

101. Cowburn G, Stockley L. Consumer understanding and use of nutrition labelling: systematic review. Public Health Nutr. 2005; 8: 21-28.

102. Corporate Europe Observatory (CEO). A red light for consumer information. Juin 2010. [En ligne] <http://corporateeurope.org/news/red-light-consumer-information>
Consulté le 10 juin 2014.

103. Association Nationale des Industries Alimentaires (ANIA) – Rapport annuel 2013, p20. [En ligne] http://www.ania.net/sites/default/files/140527-maquette-entiere_finale.pdf
Consulté le 10 juin 2014.

104. Bourit O, Drahi E. Éducation thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. Médecine. Mai 2007 ; 3 (5) : 229-234.

105. Gay B, Demeaux JL, Marty ML. Education thérapeutique du patient en médecine générale. L'étude ETHICCAR : faisabilité et évaluation chez les patients à risque cardiovasculaires. Médecine. Janvier 2009 ; 5(1) : 42-46

106. Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bull Epidémiol Hebdo. 2006; 14:93-6.

107. Comité d'étude et d'information sur la drogue et les addictions (ceid). T.A.P.A.J. : Travail Alternatif Payé A la Journée. [En ligne] [www.ceid-addiction.com/trouver-service/pole--jeunes-en-errance\[9\]/tapaj\[36\]](http://www.ceid-addiction.com/trouver-service/pole--jeunes-en-errance[9]/tapaj[36])
Consulté le 20 septembre 2014.

108. ASCBE, La Place Santé. Travailler ensemble : Médecins-Médiatrices de santé. Un exemple original de coopération au service du patient dans un centre de santé associatif en Seine-Saint-Denis. [En ligne] <http://acsbe.asso.fr/wp-content/uploads/2011/11/Poster-Prescrire.pdf>
Consulté le 2 décembre 2014.

109. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'Economie de la Santé. Septembre 2010 ; 157: 6p.

110. Volovitch P. Quelle politique d'installation pour réduire les inégalités ? Revue Pratiques. 2008 ; 40 : 77.

111. De Pourville G. Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions. Rapport à Monsieur le ministre de la Santé et à Monsieur le ministre Délégué à la Recherche, 2006.

112.White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *New Engl J Med* 1961; 265: 885-92.

113.Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *New Engl J Med* 2001; 344: 2021-5.

114. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2013 ; 61 : 193-198.

ANNEXES

Annexe 1 : La Déclaration d'Alma Ata (11)

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata ce douze septembre mil neuf cent soixante-dix-huit, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde, déclare ce qui suit :

I

La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé.

II

Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.

III

Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement des pays développés. La promotion et la protection de la santé des peuples est la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.

IV

Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés.

V

Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale.

VI

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

Les soins de santé primaires :

VII

1. reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socio-culturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique ;
2. visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet ;
3. comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels ;
4. font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs ;
5. exigent et favorisent au maximum l'auto-responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au

fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer ;

6. doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis ;
7. font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé - médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels - tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

VIII

Tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. À cette fin, il sera nécessaire que s'affirme la volonté politique de mobiliser les ressources du pays et d'utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles.

IX

Tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque l'accession de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. Dans ce contexte, le rapport conjoint FISE/OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde entier.

X

L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

Annexe 2 : Quelques exemples d'inégalités sociales de santé en France

Type d'indicateur de santé	Indicateurs	Modalité de mesure des inégalités sociales de santé
Espérance de vie	Espérance de vie à 35 ans	À 35 ans, l'espérance de vie d'un ouvrier est inférieure de 5 ans à celle d'un ouvrier
	Espérance de vie en bonne santé perçue	À 35 ans, l'espérance de vie d'un ouvrier en bonne santé est inférieure de 9 ans à celle d'un cadre
Mortalité	Mortalité avant 65 ans	Les hommes sans diplôme ont 2,5 fois plus de risques de décéder avant 65 ans que les hommes ayant effectué des études supérieures (la différence est de 1,9 pour les femmes) ¹
	Mortalité par cancer	À âge égal, la mortalité par cancer du poumon des hommes sans diplôme est multipliée par 3,5 par rapport aux hommes dont le niveau d'étude est « bac et plus » (écart de 10 pour le cancer du pharynx) ²
	Mortalité par maladies cardiovasculaires	Entre 1982 et 1990, la mortalité par maladies coronariennes a baissé de 47% chez les cadres et professions libérales contre 14% chez les employés et ouvriers
Incidence et prévalence des pathologies	Hypertension artérielle	La prévalence de l'HTA varie de 25 à 38% entre le tiers de la population dont le niveau d'étude est le plus élevé et celui dont le niveau d'étude est le plus faible
	Episodes dépressifs	La fréquence d'épisodes dépressifs au cours de la semaine précédente est de 9% en population générale, mais de 16% chez les chômeurs et inactifs ³
Accès au système de santé	Dépistage du cancer du sein	56% des femmes de plus de 40 ans ayant un niveau d'étude secondaire ou supérieur ont fait une mammographie au cours des deux dernières années, contre 40% de celles ayant un niveau d'étude primaire
	Traitement des épisodes coronariens	La survie à 28 jours d'un événement coronarien est 2,5 fois plus élevée pour un cadre supérieur que pour une autre catégorie socioprofessionnelle

Source : Leclerc A, Kaminski M, Lang T. Inégaux face à la santé : du constat à l'action. Paris : La Découverte ; 2008, 300p.

¹ Période 1990-1996

² Période 1975-1990

³ INSEE, enquête santé 2003

Annexe 3 : Exemple d'affiche illustrant les repères nutritionnels du PNNS

Source : www.mangerbouger.fr

MANGER, BOUGER, C'EST LA SANTÉ



EAU
à volonté

BOUGEZ
AU MOINS
30 MINUTES
PAR JOUR

**LÉGUMES
FRUITS**

*au moins
5 par jour*



FÉCULENTS

*à chaque
repas*



**LAIT
FROMAGE
YAOURT**

3 par jour



**VIANDE OU
POISSON OU
OEUFS**

*1 à 2 fois
par jour*



**MATIÈRES GRASSES
PRODUITS SUCRÉS OU SALÉS**

à limiter



ATTENTION
AUX GRAISSES, SUCRES
ET SEL CACHÉS

Annexe 4 : Classification des interventions recensées dans la revue de la littérature selon les 3 axes issus de la définition de la promotion de la santé

Champ d'intervention	Nature des interventions	Résultats des actions ciblant les populations en situation de précarité sociale		Actions en projet ciblant les populations en situation de précarité sociale
		POSITIFS	NÉGATIFS	
1. Acquisition d'aptitudes individuelles	Mesure de santé publique à l'échelle nationale	Non Applicable (NA)	NA	<ul style="list-style-type: none"> • La lutte contre les ISS figure comme une priorité dans le PNNS 2011-2015 • Un étiquetage colorimétrique, simple et en face avant des aliments pourrait favoriser les bons choix alimentaires • Le marketing social à l'image du projet Opticourse pourrait influencer positivement les consommations alimentaires (en cours d'étude)
1. Acquisition d'aptitudes individuelles	Education thérapeutique (ETP)	<ul style="list-style-type: none"> • Impact positif de l'ETP réalisée au sein d'un réseau diabète dans le Nord-Pas de Calais et d'un groupe de patients diabétiques à Mayotte, sur les plans psychologique, physique et diététique 	<ul style="list-style-type: none"> • La prise en charge diététique des enfants en ZUS n'a pas eu d'effet sur l'IMC au bout de 2 ans de suivi 	NA

Champ d'intervention	Nature des interventions	Résultats des actions ciblant les populations en situation de précarité sociale		Actions en projet ciblant les populations en situation de précarité sociale
		POSITIFS	NÉGATIFS	
		<ul style="list-style-type: none"> •L'adaptation de l'ETP à la culture et à la langue d'origine est justifiée d'après l'étude effectuée chez des patients migrants dialysés •La prise en charge de patients diabétiques par des IDE spécifiquement formés a permis une diminution significative de l'Hba1c sur un suivi entre 6 mois et 2 ans, selon 3 études californiennes 		
1. Acquisition d'aptitudes individuelles	Education nutritionnelle (EN)	<ul style="list-style-type: none"> •Efficacité de l'EN associée à l'aide alimentaire dans 3 études (2 aux Etats-Unis, 1 en France) •Efficacité de l'EN seule dans l'augmentation de la consommation de fruits et légumes selon une étude française •Chez les enfants obèses, efficacité supérieure des interventions d'EN individuelle par rapport aux interventions communautaires selon une revue de littérature de 23 études européennes 	<ul style="list-style-type: none"> •L'aide alimentaire seule accentuerait l'obésité et la consommation de soda selon 2 études américaines 	NA

Champ d'intervention	Nature des interventions	Résultats des actions ciblant les populations en situation de précarité sociale		Actions en projet ciblant les populations en situation de précarité sociale
		POSITIFS	NÉGATIFS	
2. Renforcement de l'action communautaire	Actions communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité de l'EN de groupe dans une communauté aborigène, sur les consommations alimentaires et la santé ressentie • La production d'aliments pour enfants par les femmes en Guinée a entraîné l'amélioration des pratiques nutritionnelles et la transmission du savoir • La transmission des connaissances par les « grand-mères sénégalaises » a permis l'amélioration de la nutrition des femmes enceintes et des nourrissons • Les jardins de la Méditerranée : l'insertion professionnelle est associée à une plus grande consommation de fruits et légumes et à plus grande offre destinée à l'aide alimentaire • Le Plan Alimentation et Insertion offre des outils pédagogiques au sein des associations d'aide alimentaire en faisant intervenir les bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Chez les enfants, pas d'efficacité démontrée des actions communautaires à l'école sur la perte de poids, efficacité seulement sur les comportements alimentaires, selon une revue de littérature de 8 études européennes 	NA

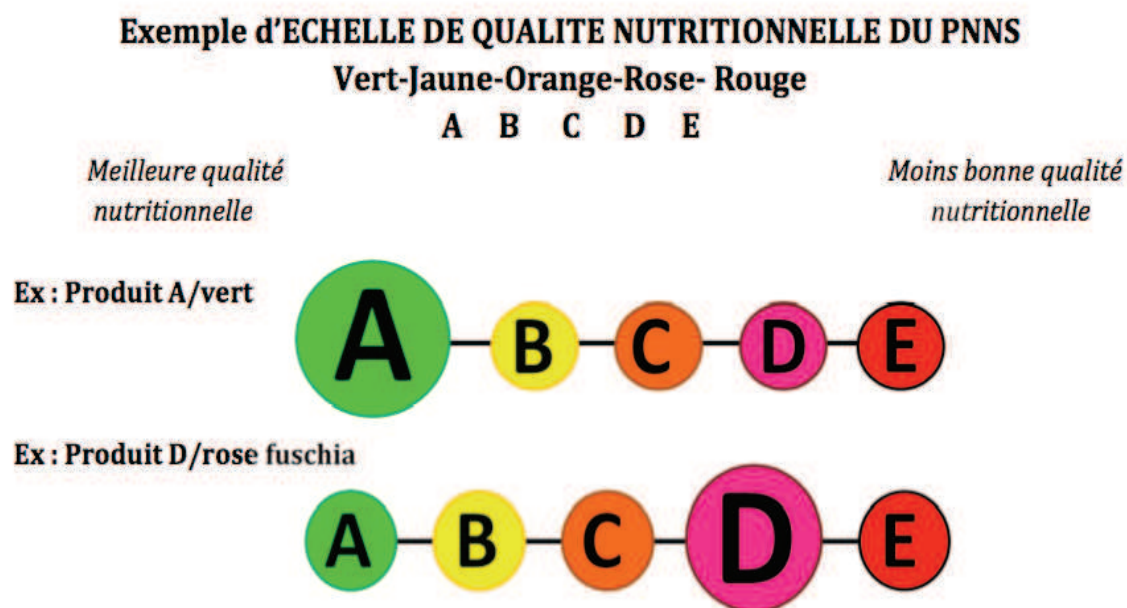
Champ d'intervention	Nature des interventions	Résultats des actions ciblant les populations en situation de précarité sociale		Actions en projet ciblant les populations en situation de précarité sociale
		POSITIFS	NÉGATIFS	
2. Renforcement de l'action communautaire	Education par les pairs	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité démontrée sur l'amélioration des comportements nutritionnels dans les communautés latino-américaine selon une revue de littérature de 22 articles • Possible amélioration à long terme de l'alimentation des enfants lorsque les mères ont reçu une éducation par les pairs, dans un quartier défavorisé de Londres 	NA	NA
3. Réorientation des services de santé	Favoriser l'accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> • Les Ateliers Santé-Ville : exemple du Village Santé à Nanterre, proposant information nutritionnelle, dépistage puis orientation dans le système de soins, le tout dans un cadre ludique et festif • La MSP « la Case de Santé » à Toulouse permet l'accès aux droits et aux soins, grâce à la prise en charge sociale systématique de tous les patients • Le réseau de santé ASDES effectue une prise en charge globale des patients avec accompagnement social si besoin 	NA	<ul style="list-style-type: none"> • Les PRAPS : recherche-action en cours sur le dépistage et la prévention de l'obésité des usagers de l'aide alimentaire et souhait de partenariat avec les CES, les réseaux de santé, les PASS

Champ d'intervention	Nature des interventions	Résultats des actions ciblant les populations en situation de précarité sociale		Actions en projet ciblant les populations en situation de précarité sociale
		POSITIFS	NÉGATIFS	
3. Réorientation des services de santé	Travail en coopération	<ul style="list-style-type: none"> • La « Case de Santé » à Toulouse permet la prévention et la promotion de la santé en faisant intervenir médecins, infirmiers, psychologue, médiateur santé, assistante sociale • Le réseau de santé ASDES effectue des actions de prévention et de dépistage sur les lieux de vie des personnes ainsi que l'ETP, grâce au travail en coordination des médecins, infirmiers, diététiciens, animateurs spécialement formés, psychologues, assistants sociaux • Les infirmières de soins primaires peuvent avoir une place plus importante dans la promotion de la santé, en travaillant en coordination avec les médecins traitants, selon une étude d'opinion australienne 	NA	NA
3. Réorientation des services de santé	Participation des individus au système de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Des actions de promotion de la santé réalisées par les habitants relais/santé dans une ZUS de Quimper ont permis une meilleure implication des citoyens aux questions de santé 	NA	NA

Annexe 5 : Exemple d'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS (61)

Ce système d'information nutritionnel représente les 5 classes de qualité nutritionnelle, symbolisée par un code couleur. Il serait apposé sur la face avant des emballages des produits alimentaires, des plats de restauration collective, des chaînes de fast-food ou sur les rayons de la grande distribution pour certains aliments bruts.

Dans cet exemple, le principe du système d'information nutritionnelle est celui d'une chaîne de 5 disques de taille et de couleur différente gradée sur une échelle allant du vert au rouge, le vert représentant la meilleure qualité nutritionnelle et le rouge, la plus mauvaise. Le disque de grande taille représente le score atteint par le produit considéré. La clarté et la compréhension de l'information pourrait être renforcée en couplant à chaque couleur une lettre correspondante sur l'échelle des « notes d'école » de A à E.



Annexe 6 : Projet Opticourse : exemple d'affiche placée dans les linéaires et de dépliant distribué à l'entrée du magasin



Source : www.opticourse.fr

Annexe 7 : Le score EPICES, l'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé financés par l'Assurance Maladie

Les méthodes statistiques d'analyse factorielle des correspondances et de régression multiple ont permis de sélectionner, parmi les 42 questions, 11 questions qui résument à 90% la situation de précarité d'un sujet. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité). Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES.

Calcul du score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	constante	75,14	

Calcul du score : Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées
Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions
 $EPICES = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09$

Source : Précarité et Inégalités de santé- octobre 2005

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

RÉSUMÉ

Introduction : Les inégalités sociales de santé représentent un problème majeur de santé publique qui ne cesse de s'accroître malgré les campagnes nationales de prévention. L'alimentation est un facteur indissociable de la santé et est responsable de 1/4 des maladies dans le monde. Il existe une forte corrélation entre la qualité nutritionnelle de l'alimentation et le niveau socio-économique du foyer. L'objectif de ce travail était de recenser et d'analyser les interventions axées sur la nutrition permettant de réduire les inégalités sociales de santé dans le cadre des soins primaires, afin d'en extraire des propositions d'actions opérationnelles en médecine générale.

Méthode : Revue de littérature à partir des bases de données Pubmed, Science Direct, Sudoc, Cismef, Cochrane et de la littérature grise, selon 3 champs d'interventions appartenant à la définition de la promotion de la santé : acquisition d'aptitudes individuelles, actions communautaires, réorientation des systèmes de santé.

Résultats : Parmi les 150 articles identifiés, 33 ont été analysés pour leur pertinence et leur originalité. Les études qualitatives et descriptives n'ont permis d'apporter que des hypothèses. Parmi les 14 études d'intervention, seules 3 étaient des essais contrôlés randomisés. La plupart des études étaient réalisées sur une trop courte période. L'hétérogénéité et la qualité des études n'ont pas permis de réaliser une méta-analyse. Les interventions nutritionnelles recensées agissent à plusieurs niveaux : de manière individuelle en ciblant les populations défavorisées, par des actions communautaires offrant une démarche participative, par un travail coopératif des professionnelles de santé et par une formation spécifique des médecins généralistes à la nutrition des personnes en situation de précarité.

Conclusion : L'analyse de la littérature apporte de nombreuses pistes d'intervention en nutrition qui nécessitent d'être étudiées sur des périodes suffisamment longues, en ciblant les populations défavorisées, afin d'apporter des recommandations de bonne pratique en médecine générale et des mesures de santé publiques efficaces pour la réduction des inégalités sociales de santé.

DISCIPLINE : MÉDECINE GÉNÉRALE

MOTS-CLÉS : Inégalités sociales de santé, nutrition, promotion de la santé, soins de santé primaires, médecine générale

UFR de Sciences médicales
Université Bordeaux 2 –Victor Segalen
146 rue Léo Saignat
33076 BORDEAUX CEDEX