Alimentation et Précarité

N° 32 janvier 2006

Bulletin de liaison trimestriel destiné aux professionnels et bénévoles impliqués dans la prise en charge et l'aide aux populations démunies.

Dossier
Sida : une alimentation équilibrée peut aider

Congrès
Alimentation et santé chez les jeunes issus de l'immigration : entre « tradition » et « occidentalisation »

Enquête
Les repas et la préparation des aliments

Action de terrain
Information nutritionnelle auprès des utilisateurs des produits fournis par l'association ReVivre

CERIN

APPEL À PROJETS ET ANIMATIONS

Valorisons vos expériences de terrain sur les thèmes : épices, légumes secs, fruits et légumes

En vue de la réalisation d'un dossier dans un prochain numéro de ce bulletin et dans le cadre de la remise à jour du classeur Alimentation - Atout Prix, nous recherchons des expériences de terrains sur des thèmes que vous auriez déjà abordés dans le cadre de groupes d'échanges, ateliers culinaires ou animations avec ou pour les publics en difficultés sur les thèmes épices, légumes secs, fruits et légumes.

Toutes les expériences sont intéressantes, même si elles sont encore au stade de projets, dans la mesure où elles s'inscrivent dans une dynamique d'éducation nutritionnelle, de maintien du lien familial et social, d'insertion et de partage entre les cultures et les générations.

Pour simplifier votre démarche, nous vous proposons soit de nous adresser un petit texte – même imparfait – par courrier ou mail soit de nous indiquer vos coordonnées, afin que nous puissions vous rappeler pour recueillir vos données et les mettre en forme avec vous.

CONTACTS :

Dominique Poisson, Cerin, 45 rue saint-Lazare 75314 Paris cedex 09, fax 01 42 83 64 13 ou dpoisson@cerin.org

Annie Moissette, Cesf – France ESF- co-auteur Classeur Atout Prix tél 03 87 52 52 73

Alimentation et précarité, bulletin édité par le CERIN
(Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles)

Rédacteur en chef : Dominique Poisson

Dossier coordonné par : Chantal Lalau - Keraly (Tabloïd Communication)

Maquette et mise en page : MPRA biocommunication

Couverture : Aurore de Boncourt et iow2.10

ISSN 1629 1212

Abonnement gratuit sur demande écrite adressée au
CERIN – 45 rue Saint Lazare – 75314 PARIS CEDEX 09
www.cerin.org

Dossier 2

Sida : une alimentation équilibrée peut aider

L'alimentation revêt une importance particulière au cours du sida, en raison des interactions entre l'infection par le VIH et la nutrition, mais aussi parce que cette maladie touche souvent des personnes en situation de précarité, qui éprouvent plus de difficultés que d'autres à garder une alimentation équilibrée.

Si aucun régime ne permet de prévenir ni de guérir le sida, maintenir un bon état nutritionnel peut contribuer à préserver l'état général des patients, améliorer leur qualité de vie et éviter des complications.

Congrès 6

Alimentation et santé chez les jeunes issus de l'immigration : entre « tradition » et « occidentalisation »

L'association Migrations Santé a réuni des experts à l'occasion d'une journée d'étude sur les comportements alimentaires des populations migrantes, l'influence des pratiques culturelles, de la religion et des pays d'origines… et leurs conséquences sur la santé.

Enquête 9

Les repas et la préparation des aliments

Une enquête a été réalisée par la DDASS de Loire-Atlantique auprès de populations en difficultés sociales et de professionnels les accompagnant. Objectif : connaître les caractéristiques des prises de repas, les habitudes de consommation et de préparation des aliments. Le volet « usagers » a été conduit par des salariés d'associations d'aide à domicile, des conseillères en économie sociale et familiale de la CAF, des animateurs des épiceries sociales. L'autre volet a été conduit auprès de professionnels de terrain pour connaître leur perception des freins à une bonne alimentation chez ce public en précarité, leurs idées éventuelles de solutions à apporter et leurs représentations du potentiel d'implication de ces personnes dans des actions d'éducation nutritionnelle.

Action de terrain 11

Information nutritionnelle auprès des utilisateurs des produits fournis par l'association ReVivre

L'association ReVivre a lancé un programme d'information au sein des structures associatives qui utilisent ses produits pour l'aide alimentaire : une fiche, conçue par une diététicienne, est faxée tous les mois aux associations d'aide alimentaire. On y trouve des astuces et conseils sur des thèmes comme l'hygiène, les achats alimentaires, la composition des repas, l'équilibre alimentaire avec des recettes pratiques, simples et économiques.

Sida : une alimentation équilibrée peut aider

L'alimentation exerce une influence, aujourd'hui bien démontrée, sur différents aspects de la santé. Mais elle revêt une importance particulière au cours du sida, en raison des interactions entre l'infection par le VIH et la nutrition, mais aussi parce que cette maladie touche souvent des personnes en situation de précarité, qui éprouvent plus de difficultés que d'autres à garder une alimentation équilibrée. Bien entendu, aucun régime ne permet de prévenir ni de guérir le sida. En revanche, il est important de vérifier que l'alimentation des personnes atteintes est adaptée à leurs besoins qui sont accrus par la maladie. La composition des repas mérite également une attention particulière pour éviter des erreurs diététiques qui pourraient amplifier les effets secondaires des traitements. Maintenir un bon état nutritionnel peut contribuer à préserver l'état général des patients, améliorer leur qualité de vie et éviter des complications.

Le risque de malnutrition est présent dès le début de l'infection, mais il augmente lorsque la maladie évolue. Plusieurs mécanismes concourent à l'installation d'un état de dénutrition, caractérisé par un amaigrissement et une fonte musculaire. Ainsi, l'infection sollicite l'organisme, qui brûle davantage de calories. *« Le sida est une maladie chronique et, comme toute maladie chronique, elle favorise la dénutrition,* explique le Pr Jean-Claude Melchior, spécialiste de la nutrition et du sida dans le service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Raymond-Poincaré (Garches). *La présence du VIH augmente les dépenses énergétiques dès le premier jour de la séropositivité, et les infections aiguës qui peuvent survenir au cours de l'évolution accroissent encore ces dépenses et accélèrent la perte de poids. Si une hépatite est associée au sida, cas très fréquent, cela aggrave aussi la dénutrition. »* Pour compenser cette perte énergétique, les personnes séropositives devraient avoir une alimentation plus riche que celle recommandée habituellement pour une personne en bonne santé. Malheureusement, différents facteurs font qu'elles ont souvent des difficultés alimentaires et un régime inadapté. La présence de champignons dans la bouche ou l'œsophage, d'aphtes, la survenue de troubles digestifs, qui peuvent être liés à la maladie elle-même ou aux traitements, comme les diarrhées, les ballonnements, les nausées ou les vomissements, la perte d'appétit, contribuent à limiter les quantités absorbées.
Le régime alimentaire peut également être profondément influencé par les conditions de vie des personnes séropositives. *« Souvent, ces patients n'ont pas d'appétit et se nourrissent mal parce qu'ils sont déprimés, isolés, vivant dans des conditions psychosociales déplorables,* confirme le Pr Melchior. *C'est un facteur qui a été très longtemps négligé et qui est pourtant très important. C'est encore plus vrai pour les toxicomanes, qui s'alimentent souvent très mal, pas uniquement pour des raisons d'argent. Ces personnes en situation de précarité auraient besoin de manger plus, davantage de protéines et surtout davantage de protéines d'origine animale, qui coûtent plus cher. C'est ce qu'elles achètent le moins. Elles auraient besoin de diversifier leur alimentation, de manger plus de vitamines, plus de fruits, plus de légumes. Quand on est en situation précaire, ce n'est pas cela qu'on mange. Chez ces populations, tout concourt à ce qu'une dénutrition s'installe de façon chronique. Cela va les déprimer, altérer leur qualité de vie, les rendre plus fatigables et moins aptes à effectuer les démarches nécessaires pour essayer de s'en sortir. »*

La spirale de l'exclusion

La précarité est un problème auquel sont confrontés constamment le personnel soignant et les travailleurs sociaux qui prennent en charge les personnes séropositives, car l'épidémie touche davantage des populations fragiles (migrants, toxicomanes), mais aussi parce que la découverte de la séropositivité marque une rupture brutale dans la vie de la personne et affecte souvent son insertion socioprofessionnelle et sa vie privée.
Selon l'enquête ANRS-Vespa, menée en 2003 auprès de patients suivis à l'hôpital, les étrangers représentaient, à l'époque, 18 % des séropositivités, alors qu'ils ne constituaient

que 6 % de la population générale. Parmi eux, 55 % étaient originaires d'Afrique subsaharienne, et les femmes étaient majoritaires. Les migrants, les toxicomanes et les femmes isolées cumulent des facteurs de précarité et de désinsertion sociale. Mais nul n'est à l'abri des effets stigmatisant de l'infection, comme le souligne le Dr Patrick Gelas, médecin nutritionniste à l'Hôtel-Dieu de Lyon : *« Il y a des Européens, bien insérés, qui ont tout perdu avec le VIH – leurs amis, leur conjoint, leur travail –, et qui se retrouvent isolés, n'ont pas de quoi manger. La prise en charge de ces personnes est insuffisante à l'heure actuelle. Ils ont une certaine fierté, donc ne veulent pas demander de l'aide. »*

Selon les données de la cohorte ANRS-Primo*, 70 % des personnes ont perdu leur emploi dans les quatre années qui ont suivi le diagnostic de séropositivité. La plupart estiment que la maladie a contribué à leur départ. L'enquête ANRS-VESPA** [1] indique que seul un patient séropositif sur deux est actif (à peine plus d'un tiers parmi les usagers de drogues). Ce taux d'inactivité est cinq fois plus élevé que dans la population générale.

Aux difficultés financières s'ajoutent des conditions de vie précaires et un isolement social, qui préexistaient parfois à la maladie mais sont amplifiés par la stigmatisation de la séropositivité : 8 % de l'ensemble des séropositifs et 20 % des séropositifs migrants sont hébergés ou vivent sans domicile fixe ; 25 % des personnes cachent leur séropositivité à la majorité de leur entourage, et 5 % la taisent totalement ; 24 % des hommes et 12 % des femmes originaires d'Afrique subsaharienne maintiennent un secret strict.

« Dans un certain nombre de pays africains, les femmes ne veulent pas se faire dépister parce qu'elles craignent que leur mari ne les mette à la porte si elles sont séropositives, observe le Pr Melchior. *Elles préfèrent ne pas savoir pour ne pas perdre leur statut social. »*

Près d'un homme séropositif sur deux et une femme sur quatre vivent seuls. Et parfois, en effet, la rupture est violente. *« Beaucoup de personnes ont été chassées de leur hébergement par leur famille ou leur conjoint à la découverte de la maladie,* confirme Delphine Trufflet, conseillère en ESF dans l'association SOS Habitat et Soins. *Nous sommes très souvent face à ces personnes qui se retrouvent seules et démunies confrontées à la maladie. »*

Le VIH entraîne ainsi les patients dans un nouveau parcours de vie, souvent fait de ruptures successives qui menacent leur équilibre psychique déjà malmené par la maladie : 22 % des séropositifs interrogés au cours de l'enquête ANRS-Vespa ont fait une tentative de suicide ; 6 % des femmes migrantes en ont fait une dans les douze derniers mois.

Prendre en charge les personnes infectées par le VIH implique de tenir compte aussi de cette dimension psychique et sociale. Les soins sont en effet illusoires si les besoins fondamentaux, le logement, bien sûr, mais aussi l'alimentation, ne sont pas garantis. *« L'aide à une alimentation équilibrée doit faire partie de la prise en charge,* insiste le Pr Melchior. *Cela ne sert à rien de prescrire une trithérapie si ces personnes n'ont pas d'argent pour manger. »*

La dénutrition altère la qualité de vie mais pourrait aussi aggraver le pronostic de la maladie, en affaiblissant les mécanismes naturels de lutte contre l'infection. *« Lorsque la nutrition est moins bonne, les défenses immunitaires sont moins bonnes »,* précise le Pr Melchior. Maintenir un état nutritionnel correct permet également de mieux tolérer les traitements, et des repas réguliers aident à respecter les prises de médicaments, ce qui est essentiel pour préserver leur efficacité contre le VIH.

Une alimentation plus variée

Pour éviter la dénutrition deux points sont à privilégier, résume le Dr Gelas : *« Un apport de protéines supérieur aux recommandations habituelles, avec de la viande ou du poisson midi et soir, et un apport suffisant de vitamines et d'oligoéléments, ce qui implique une alimentation assez variée en légumes et en fruits. »* La précarité complique évidemment le respect de ces règles, en obligeant les personnes démunies à privilégier les denrées les moins chères, au détriment de leurs qualités nutritives. *« Par exemple, plutôt que des jus de fruits, elles achètent des sodas,* note Delphine Trufflet. *En fin de mois, elles ne consomment plus que des féculents. Nous essayons de leur montrer que, même avec un budget réduit, on peut faire de bons achats. »*

La solitude, la lassitude, les troubles dépressifs, les infections, fréquentes chez ces malades, peuvent les conduire à négliger, par moments, leur alimentation. Constituer des ré-

serves de conserves ou de surgelés faciles à préparer les aide à ne pas sauter de repas. Pour les personnes qui ont du mal à manger, il peut être utile aussi de prendre plusieurs collations dans la journée, en plus des repas, *« par exemple, une poignée de cacahuètes, une portion de fromage, aliment riche en protéines »*, conseille le Dr Gelas. Pour les personnes en grande détresse, les compléments nutritionnels, sous forme de poudres, potages, crèmes ou boissons, vendus en pharmacie et pris en charge par la Sécurité sociale dans le cadre de l'infection par le VIH, permettent d'augmenter les apports en protéines, en calories et en vitamines et de surmonter des périodes difficiles. Ces compléments sont particulièrement utiles pour les toxicomanes, qui se sentent souvent peu concernés par les discours sur l'alimentation et sur la santé.

Objectif prioritaire : reprendre du poids

Le développement de nouveaux médicaments antiviraux permettant des trithérapies a transformé le pronostic de l'infection par le VIH. Désormais, de nombreux patients vivent avec le virus en gardant un bon état général. Cependant, même s'ils ne sont pas amaigris, ils gardent des besoins importants en protéines, et il est nécessaire qu'ils aient des repas réguliers et équilibrés pour mieux tolérer leur traitement. Par ailleurs, les médicaments utilisés ont tendance à augmenter le cholestérol et, de ce fait, peuvent favoriser la survenue de maladies cardiovasculaires après plusieurs années. Si la préoccupation essentielle, lorsqu'il y a un risque de dénutrition, est d'enrichir l'alimentation, il peut être nécessaire de conseiller aux personnes en bon état général de modifier leur consommation de graisses, en évitant les viandes trop grasses, en choisissant du lait demi-écrémé et en privilégiant certains produits apportant des omégas 3. *« On va leur recommander de manger du poisson au moins trois fois par semaine et de privilégier l'huile de colza ou d'olive,* déclare le Dr Gelas. *J'insiste toujours sur la qualité de certains aliments peu onéreux. Les conserves de thon ou de sardines, l'huile de colza ne sont pas chers et sont riches en oméga 3. »*
Bien entendu, il ne faut surtout pas imposer de restriction alimentaire à des patients ayant du mal à s'alimenter. *« Quand on s'adresse à une population extrêmement précaire, la première chose à faire est de veiller à ce que le traitement soit efficace, rappelle le Pr Melchior. A partir du moment où le traitement est bien pris, efficace, et que les personnes ont repris du poids, il est toujours temps de s'intéresser au cholestérol. »*

Un peu de tout chaque jour :

Viande, poisson, œufs : 2 portions (une portion = 100 g de viande, 120 g de poisson ou 2 œufs).

Légumes et fruits : 5 portions (une portion = une assiette de légumes cuits ou de crudités, un fruit, une compote, un jus de fruit).

Produits laitiers : 3 portions (une portion = un verre de lait, une part de fromage, un yaourt ou fromage frais).

Céréales : 4 portions (une portion = 1/3 de baguette, une assiette de pâtes, de riz, de pommes de terre ou de légumes secs, 6 biscottes).

La prise en charge diététique sera donc très différente selon l'état nutritionnel et les habitudes alimentaires de la personne. Les populations africaines ont souvent une alimentation assez riche et des problèmes d'excès de poids plutôt que de dénutrition. Delphine Trufflet participe à un projet avec des femmes originaires d'Afrique subsaharienne hébergées dans des appartements thérapeutiques. L'objectif est de leur donner les bases d'une alimentation équilibrée. *« Elles ont des repas décalés, avec beaucoup de graisses, de féculents, très peu de légumes. Souvent, elles ne prennent pas de petit déjeuner ou alors des chips, des aliments frits, salés, pas de produits laitiers. Il n'y a pas toujours les trois repas qui seraient nécessaires à la prise des médicaments, mais des grignotages toute la journée. Les menus tournent souvent autour de la banane plantin, des poissons frits. On essaie de les faire manger moins calorique, moins*

gras et de rééquilibrer les menus en réintroduisant les produits laitiers, qui sont très peu représentés, ainsi que les fruits et les légumes. »

Le travail commence par une première rencontre avec les femmes pour connaître leurs habitudes alimentaires. Puis une diététicienne intervient pour leur apprendre à repérer les groupes d'aliments et à consommer tous ces groupes dans une journée, en pondérant les quantités. *« On reste très simple. Ensuite, on ira faire le marché avec ces femmes en incluant dans les achats les aliments qu'elles ont l'habitude de manger. On leur montrera peut-être des méthodes de cuisson un peu moins grasse et les aliments qu'elles pourraient prendre l'habitude de consommer. Il faut jongler avec leurs habitudes culturelles pour que les repas soient équilibrés. Il ne servirait à rien de leur fournir des données théoriques sans tenir compte de leurs traditions. Il m'est arrivé de voir des familles recevoir des colis alimentaires avec des aliments qu'elles ne savaient pas cuisiner, comme des lentilles. »*

Développer le travail en réseau

Aider ces personnes implique avant tout d'accepter leur culture, de savoir les écouter et de comprendre leurs difficultés psychologiques et matérielles, souvent beaucoup plus cruciales pour elles que la prise du traitement ou l'alimentation. *« S'ils n'ont pas de quoi faire le marché, cela ne changera rien de leur conseiller de manger plus de viande et de produits frais,* insiste le Pr Melchior. *C'est presque ridicule de le dire. Il vaut mieux monter une bonne consultation avec des travailleurs sociaux qui leur permettent d'avoir des aides. »* Ce travail de réinsertion commence par un travail d'information parfois rendu difficile en raison de la barrière de la langue. Des interprètes et des médiateurs de santé, qui interviennent dans certains hôpitaux pour expliquer la maladie et le traitement avec des mots différents de ceux des médecins, peuvent être très utiles. Mais ce temps d'échange ne peut se limiter à la sphère hospitalière, car il suppose une action sur le terrain et le développement de foyers, d'appartements thérapeutiques et de lieux de vie associatifs où les personnes marginalisées puissent retisser des liens sociaux. *« Si l'on veut aider les populations migrantes, il faut aller dans les foyers,* ajoute le Pr Mechior, *leur apporter des denrées, de l'argent, les aider à faire la cuisine, en respectant au maximum le fondement de leur culture. C'est autre chose que de donner un bout de papier avec des conseils. »* Malheureusement, les structures d'accueil sont encore insuffisantes. SOS Habitat et soins, qui accueille des mères seules avec leurs enfants, reçoit une quarantaine de demandes par semaine sur Paris, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne. *« Mais nous ne pouvons répondre qu'à une demande sur dix »,* regrette Delphine Trufflet.

Le travail en réseau est également indispensable à la prise en charge d'une maladie aux conséquences aussi diverses que le sida. Des troubles digestifs, une dépression, un mauvais état dentaire doivent être traités au plus vite pour éviter une dénutrition et une dégradation de l'état général. *« Il faut que le travailleur social ait des référents, pas seulement l'infectiologue, qui a un langage trop technique, mais également des infirmières, des psychologues, pour qu'au moindre souci, il ne craigne pas de les appeler »,* estime le Dr Gelas. Lui-même avait élaboré un questionnaire avec des associations pour dépister des troubles digestifs et s'assurer que les personnes aient au moins un plat principal, un fromage et un dessert dans leurs menus et ne sautent pas de repas. *« En cas de trouble ou d'amaigrissement, ils m'adressaient tout de suite le patient. Maintenant ils le font spontanément. Cet abord nutritionnel est encore trop souvent négligé. »*

Pourtant, les personnes séropositives se révèlent finalement très attentives aux questions concernant l'alimentation et aux conseils qu'on leur donne : *« Je trouve qu'ils font beaucoup d'efforts,* confie-t-il. *Il m'est arrivé de revoir des personnes après quatre ou cinq ans, qui continuent de suivre mes recommandations. »*

Françoise Martin

**Cohorte ANRS Primo : Une des plus grandes cohortes prospectives de patients primo-infectés. Les objectifs d'étude sont d'ordre épidémiologique, physiopathologique et thérapeutique.*

*** Enquête ANRS -VESPA : Enquête réalisée entre décembre 2002 et octobre 2003 dont l'objectif est de décrire de façon précise la vie des personnes séropositives en France métropolitaine, aux Antilles et en Guyane depuis l'avènement des traitements efficaces contre l'infection VIH.*
Premiers résultats : ANRS Actualités en santé publique. Novembre 2004.

**** Étude ANRS-Coquelicot : Étude des prévalences et des pratiques à risques vis-à-vis du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues.*

Alimentation et santé chez les jeunes issus de l'immigration : entre « tradition » et « occidentalisation »

L'association Migrations Santé a réuni des experts à l'occasion d'une journée d'étude sur les comportements alimentaires des populations migrantes, l'influence des pratiques culturelles, de la religion et des pays d'origines… et leurs conséquences sur la santé.

L'alimentation halal est valorisée chez les jeunes

Florence Bergaud-Blackler, sociologue à Marseille, a réalisé une étude sur les pratiques halal des populations musulmanes maghrébines en France. Cette enquête menée auprès de 576 visiteurs d'un camp de l'UOIF* tente d'expliquer les comportements d'achats et de consommation halal. 86 % des sondés déclarent que leur consommation de viandes, charcuteries et plats cuisinés suit exclusivement les règles halal, et 14 % qu'elle les respecte en partie. Mais il semble que manger halal n'est pas forcément associé à un investissement religieux. Les justifications les plus couramment avancées sont aussi liées à l'éthique (moins de souffrance pour l'animal), au goût et aux questions sanitaires (moins de sang), même si les commentaires renvoient indirectement au rattachement religieux : une viande halal est avant tout une garantie de viande sans porc. On constate aussi que la consommation halal est plus valorisée chez les jeunes que chez les plus vieux, peut être par souci de se conformer à la norme. Manger halal, c'est choisir certains aliments, c'est aussi un comportement global, au-delà de l'alimentation.

Les comportements et pratiques culturelles conditionnent notre alimentation : M. Thiedel-Camara (socio-économiste et anthropologue) tente d'en comprendre les mécanismes en prenant l'exemple du Sénégal. Un pays que l'on peut découper en quatre zones distinctes en fonction du climat : aride au Nord, forestière au Sud, semi-aride à l'Est et marin à l'Ouest. Dans ces quatre zones, les produits de base de l'alimentation traditionnelle diffèrent. Par exemple, huile d'arachide au Nord (où la population est plus grande qu'au Sud), huile de palme au Sud (avec un taux de cécité moins élevé qu'au Nord), ces différences n'étant pas des choix spontanés mais reflétant une capacité d'adaptation des populations locales face à leurs éco-systèmes et leurs zones biologiques d'origines.
De son coté Hélène Pagezy (directrice de recherche au CNRS) a étudié l'environnement de jeunes Sénégalais, non pas dans leur milieu d'origine, mais dans leur ville d'accueil à Marseille. Elle met ainsi en avant le stress psychosocial directement lié à l'environnement des jeunes migrants. La structure familiale, l'ancienneté de la date de migration jouent sur le comportement scolaire et social. L'étude montre que les enfants de foyers non nucléaires, arrivés récemment dans le pays de migration, sont plus touchés par ce stress psychosocial.

L'alimentation occidentale est synonyme de frites, sodas et pizza

Les rapports avec l'alimentation sont plus souvent l'affaire des mères de familles et ces dernières jouent un rôle prépondérant dans la mise en place des comportements alimentaires de leurs enfants. Françoise Rovillé Sausse, maître de conférence au

** Union des organisations islamiques de France*

Muséum national d'histoire naturelle, observe les différents types d'allaitement au sein de différentes communautés de migrants : subsahariens, maghrébins, vietnamiens et chinois. A part les mères maghrébines qui allaitent peu mais presque aussi longtemps qu'au pays (3 mois au lieu de 4), les autres communautés réduisent considérablement la période d'allaitement : 6 mois contre 18 à 24 pour les mères subsahariennes. Une pratique regrettable, sachant qu'il est établi que le lait maternel joue un rôle bénéfique pour l'enfant comme la mère. L'auteur constate également que l'âge de la diversification alimentaire varie beaucoup en fonction des communautés, avec diverses conséquences : chez les jeunes originaires du Maghreb, dont 75 % prennent 5 repas par jour, près de la moitié présentent une adiposité précoce (- 6 ans) et le diabète de type II augmente. Les enfants subsahariens présentent deux pathologies récurrentes : anémie et carence en fer d'une part, et caries causées par l'ingestion précoce de sucre d'autre part. Car, si on peut noter une occidentalisation des comportements alimentaires dans ces communautés, celle-ci se manifeste surtout au par la consommation de sodas et confiseries. Conjuguée à une sous consommation de fruits, l'excès de sucreries se traduit par une augmentation des cas d'obésité précoce.

Chantal Crenn, Chercheur associée au CRNS a étudié les pratiques alimentaires des femmes maghrébines et les liens éventuels avec l'obésité et le diabète. Cette étude est menée auprès de 30 familles d'ouvriers agricoles du Grand Libournais.

Il en ressort une réelle évolution du comportement social et alimentaire. Si, en 1970, date d'arrivée des pères, la priorité était de trouver un travail, le contexte est aujourd'hui différent. La hausse du chômage a modifié la valorisation sociale qui était associée au travail et un transfert vers l'alimentation semble s'être opéré. Ces personnes doivent jongler entre l'occidentalisation du comportement et ses impératifs diététiques, et l'acquis traditionnel. Des femmes avouent avoir tenté d'introduire plus de légumes dans l'alimentation de leurs foyers au grand dam des époux qui jugent cette nourriture fade et trop occidentalisée. En voulant lutter contre les conséquences d'une alimentation déséquilibrée, les femmes, se trouvent elles aussi confrontées aux souvenirs du manque alimentaire, et au sentiment de revanche sociale que symbolise un léger embonpoint. Les enfants, eux, ont parfois tendance à adopter le processus inverse de leurs pères en abandonnant les repas du pays au profit du comportement « fast-food » : frites, pizzas et repas pré-cuisinés.

Ces changements de modes alimentaires peuvent expliquer la progression du surpoids et de l'obésité surtout chez les femmes et les enfants. Chantal Malenfant, chercheur au CNRS, a mené une étude dans la communauté tamoul. Elle note un équilibre fragile entre le maintien de l'alimentation traditionnelle et une tendance à

De plus en plus de sodas, viennoiseries, fast-food : la malbouffe attaque

La plupart des intervenants ont évoqué la hausse de la consommation des sodas, viennoiseries, fast-food et plats pré-cuisinés. Quelque soit la communauté observée, l'occidentalisation du comportement alimentaire se traduit par l'intégration de ces nouveaux aliments, « énergétiques et médiatiques », avec les conséquences que tous les professionnels de la nutrition connaissent et dénoncent : obésité chez les jeunes, puis maladies diverses chez les adultes.
Ces dernières années, on a pu constater que les enfants issus de l'immigration sont ciblés par l'industrie du fast-food. Dernier exemple en date, une grande marque américaine proposait un menu ramadan (avec un sandwich au poisson) dans ses enseignes marseillaises. Avec un certain succès…

l'occidentalisation qui là encore se traduit par l'introduction de sodas et de repas types frites et pizzas. Avec des conséquences : les filles présentent une adiposité prononcée dès l'âge d'un an. A l'inverse, les garçons sont minces. Explication : une préférence millénaire pour les enfants de sexe masculin qui ont le droit de jouer dehors, de pratiquer du sport, les filles restant cantonnées à la maison.

Autre exemple, celui des Laotiens, présenté par Florence Strigler, Secrétaire Générale de l'Institut français pour la nutrition. Cette communauté, très attachée aux traditions culinaires d'origines (riz gluant + légumes + protéines animales), bouillis ou grillés mais peu sautés et frits, est consciemment ou non réceptive aux recommandations nutritionnelles. La consommation de fruits et de produits laitiers y est développée. Mais comme dans toutes les communautés on retrouve le même schéma : en s'adaptant au rythme de vie occidental, les parents ont moins de temps pour préparer le repas, d'où introduction du comportement alimentation rapide. Les heures de télévision quotidiennes ingérées par les enfants (selon Chantal Bardot, Diététicienne, 41 % des enfants prennent leur repas devant leur écran) sont autant de spots publicitaires vantant les mérites et les saveurs des viennoiseries, bonbons et sodas. Un espoir cependant, les jeunes adultes Laotiens confessent revenir aux repas traditionnels en sortant de l'adolescence.

Combattre les préjugés

Le Dr Séménaud, Médecin de Santé public a présenté le Programme National Nutrition Santé, et les campagnes d'information sur les bienfaits des légumes, des produits laitiers et de la pratique du sport. Elle a aussi évoqué la nouvelle loi qui contraindrait les entreprises agroalimentaires à introduire un message nutritionnel dans les spots publicitaires…ou à payer une amende compensatoire. Une bonne volonté évidente de la part du gouvernement qui lance des campagnes dont l'efficacité, selon Chantal Bardot, est limitée par l'existence de préjugés (les féculents font grossir, le poisson est trop cher), d'ignorance (on ne sait pas que les produits laitiers sont riches en calcium) ou de confusions (le public croit que l'huile d'olive est moins grasse que le beurre), auxquelles s'ajoutent les réalités économiques (fruits et légumes de qualité onéreux et peu pratiques à conserver et préparer). Les messages des politiques sont brouillés par la publicité et le marketing, créant une grande confusion chez le consommateur. Clarifier la situation est un travail de longue haleine, qui ne se fera qu'avec la participation de tous les acteurs : parents, écoles, gouvernement, mais aussi média et entreprises agroalimentaires…

Camille Delourme

Migrations Santé, 23 rue du Louvre, 75001 Paris www.migrations-sante.org

Les repas et la préparation des aliments

À l'initiative de la DDAS de Loire-Atlantique, le groupe de travail « Alimentation et précarité » mis en place dans le cadre du PRAPS a réalisé une enquête auprès de populations en difficultés sociales et de professionnels les accompagnant. Objectif : connaître les caractéristiques des prises de repas, les habitudes de consommation et de préparation des aliments. Quelques questions plus libres ont permis de mieux définir ce que l'on entend par « repas agréable ».
L'enquête « usagers » a été réalisée par des salariés d'associations d'aide à domicile, des conseillères en économie sociale et familiale de la CAF, des animateurs des épiceries sociales. Chaque personne intervenait dans une seule famille et aidait tous les membres présents de cette famille à remplir le questionnaire.
L'autre enquête a été réalisée auprès de professionnels de terrain pour essayer de connaître leur perception des freins à une bonne alimentation chez ce public en précarité, leurs idées éventuelles de solutions à apporter et leurs représentations du potentiel d'implication de ces personnes dans des actions d'éducation nutritionnelle.

Pas de légumes ni de fruits pour les trois-quarts des enquêtés

La majorité utilise les commerces de proximité (les femmes s'y déplacent plutôt à pied et les 16-25 ans utilisent les transports en commun).
Plus de 60 % y compris les adolescents déclarent prendre un petit-déjeuner, souvent seuls (majoritairement chez les adolescents et les plus de 45 ans).
Plus des trois quarts des personnes ne mangent ni légumes verts ni crudités ni fruits. Ce sont les plus de 45 ans qui en consomment le plus. Les plats cuisinés sont souvent utilisés, malgré leur surcoût, pour 40 % à 50 % des personnes et majoritairement chez les adolescents.
A table, la consommation de boissons sucrées est très importante chez les adolescents et les jeunes adultes de moins de 35 ans. Les boissons alcoolisées semblent réservées aux hommes surtout de plus de 45 ans.
Quelque soit l'âge et le sexe, une majorité de personnes déclarent prendre petit-déjeuner et dîner devant la télévision.
La majorité des adultes de 25 à 45 ans déclarent inviter volontiers des amis à prendre un repas en commun chez eux, et avoir plaisir à cuisiner, en particulier des plats traditionnels français.

Un repas agréable, c'est d'être en famille

92,2 % des personnes interrogées disent ce qu'est à leurs yeux un repas agréable. Elle varie selon le sexe. Pour 44 % des personnes et plus particulièrement les femmes évoquent le repas en famille « C'est un moment où la famille est réunie, le dîner est l'instant où chacun raconte sa journée » (f. 46 ans, 2 enfants monoparentale). « C'est quand toute la famille est présente au repas » (f. 38 ans, 5 enfants).
Les hommes mettent quasiment au même niveau la notion de repas en famille et la notion de convivialité entre amis.

Cette définition varie également en fonction de l'âge puisque les jeunes entre 16 et 25 ans sont sensibles au partage des repas entre amis contrairement aux 30/35 ans qui placent le repas en famille en première position.

Le désir de modifier l'alimentation

31 % des hommes et 44 % des femmes principalement les personnes âgées de 16 à 35 ans aimeraient voir se produire des changements dans leur alimentation concernant l'équi-

libre des repas (tous âges confondus), la consommation des fruits et légumes (plus de 35 ans), le savoir faire. Les hommes citent en plus l'envie d'un « repas pris avec plaisir »
Les freins au changement sont : le prix (coût des produits, manque d'argent), le manque de savoir faire (20 % a du mal à déchiffrer les recettes, manque de connaissances), le temps, le manque d'envie du fait de la solitude, les habitudes.
Le désir de s'impliquer dans des actions sur l'alimentation est maximal chez les 25-35 ans et les adolescents. Il est minoritaire chez les plus de 45 ans. Cette envie est très forte chez les femmes quelque soit leur âge.

L'avis des professionnels

Les freins identifiés

• Les difficultés sont d'abord d'ordre financier (alors que ce facteur est moins évoqué par les bénéficiaires) liées à une mauvaise gestion du budget familial. Les familles mettent en avant l'isolement et les difficultés d'insertion sociale et professionnelles au quotidien.
• L'alimentation des enfants (jusqu'à 3 ans) est prioritaire. Les parents passent souvent après.
• L'alimentation peut être un refuge pour compenser les difficultés
• Les personnes n'expriment pas de demande au sujet de l'alimentation, alors comment les aider ?
• La plupart des bénéficiaires ne savent pas cuisiner, ils n'ont pas appris chez leurs parents.
• Les problèmes remontent souvent à la période de l'enfance.

Des solutions proposées

• Gérer les distributions alimentaires dans des locaux corrects et similaires à un petit supermarché rendrait leur accès plus libre et plus anonyme
• Accompagner les personnes dans la préparation des repas de tous les jours. Les aider à acheter les ingrédients nécessaires à la réalisation des repas
• Revoir les habitudes alimentaires de manière individuelle car les ateliers de groupe ne les intéressent pas beaucoup en général
• Une des solutions serait l'apprentissage à l'école dès la petite enfance

Cependant, les professionnels pensent que ces mesures doivent s'intégrer dans une approche plus « globale » des personnes et des situations « S'intéresser à la famille dans son ensemble permettrait de travailler aussi la question de l'isolement »
Ils évoquent aussi la difficulté d'aborder l'alimentation et la nécessité d'être aidés dans ce domaine :
• Le désir potentiel existe mais ces personnes ont besoin d'être motivées, encadrées et soutenues pour participer à ces rencontres
• L'alimentation touche la sensibilité et l'histoire de chacun
• Aborder le champ des comportements alimentaires sans l'aide d'un psychologue est difficile
• C'est un domaine délicat, celui que nous pouvons le moins changer car il fait partie de la culture familiale, d'un héritage, d'une tradition

Méthodologie

L'enquête a été menée auprès de 108 familles. Dans chaque famille, une ou plusieurs personnes ont été interrogées, soit un total de 154 personnes, dont 50 hommes et 104 femmes. Près d'un tiers des familles était composée de deux enfants, un quart de trois enfants et 30 % de 4 à 8 enfants. Parmi elles on dénombrait 27 % de familles monoparentales.
75 % à 80 % des personnes interrogées ne travaillaient pas (90 % dans le groupe des femmes).

Contact : Marie-Thérèse Dupé, DDASS de Loire Atlantique,
22 bis Rue Paul Ramadier, 44200 NANTES. Tél. 02 40 99 86 03
marie-therese.dupe@sante.gouv.fr

Information nutritionnelle auprès des utilisateurs des produits fournis par l'association ReVivre

ReVivre est une association avec deux objectifs complémentaires : réinsertion de personnes en difficulté (magasiniers, chauffeurs-livreurs, secrétaires) et distribution dans le circuit social de produits alimentaires et d'hygiène de l'industrie ou du commerce de gros. Dans le cadre du PNNS (Programme National de Nutrition et Santé), ReVivre a lancé un projet d'information au sein des 148 structures associatives qui utilisent ses produits pour l'aide alimentaire.

Une fiche, conçue par une diététicienne, est adressée tous les mois aux associations d'aide alimentaire. On y trouve des astuces et conseils sur des thèmes comme l'hygiène, les achats alimentaires, la composition des repas, l'équilibre alimentaire et proposent des recettes pratiques, simples et économiques.

Les populations en situations précaires destinatrices de ces informations ont des situations familiale, culturelle, matérielle extrêmement différentes. Ces fiches se doivent d'être facilement utilisables par les bénévoles des associations pour pouvoir les adapter à chaque public. Par exemple :

- elles peuvent être affichées dans la salle d'attente et devenir l'occasion d'un échange entre bénévoles et bénéficiaires
- la recette peut être réalisée et goûtée par les bénéficiaires dans le cadre d'un atelier cuisine
- la fiche, ou uniquement la recette, peut être donnée aux bénéficiaires lors de la distribution alimentaire.

Ce projet a vu le jour en mai 2004. Le bilan met en évidence :

- un réel intérêt pour ces fiches d'information de la part des structures de type épicerie sociale plutôt que des structures d'urgence
- la difficulté pour les bénévoles de trouver le temps et la manière de transmettre l'information à leurs bénéficiaires
- une préférence pour les recettes qui permettent un échange concret avec les bénéficiaires
- le souhait de formation des bénévoles sur des thèmes de l'équilibre nutritionnel, de la composition des repas, de l'hygiène, d'alimentations spécifiques comme pour des personnes diabétiques ou végétariennes, etc.

Pourquoi une information dans les structures d'aide alimentaire ?

L'influence des médias, la publicité en particulier, est très forte dans les populations en contact avec ces structures. Ces « informations » pas toujours fiables ne sont surtout pas adaptées à ce public. Il est donc important de les informer de façon professionnelle, régulière, simple et pratique pour les aider à faire évoluer leurs habitudes dans le domaine de l'alimentation en tenant compte de leur quotidien souvent lourd.

Les recettes ont pour objectif de redonner aux bénéficiaires l'envie de cuisiner des plats au lieu de les acheter « tout faits » et donc plus chers. Cuisiner est un moyen d'économiser et permet à la femme de retrouver son rôle, essentiel, dans le foyer.

Exemple de fiche

FICHE D'INFORMATION - SEPTEMBRE 2005

Astuce alimentaire
Le pain à tous les repas

Le pain ne fait pas grossir ! Il contribue à votre équilibre alimentaire quotidien.

Soyez vigilant quant aux aliments que vous mettez dessus car c'est eux qui peuvent vous apporter des excès en matières grasses et sucres.

Pain blanc, baguette, pain de campagne, pain complet, pain aux céréales ... une telle diversité pour égayer vos repas.

Remarque : Emballer votre pain dans un torchon propre et sec, cela permettra de mieux le conserver.

0,75 Euro / pers

RECETTE DU MOIS
Le flan aux courgettes d'Annick (pour 4 personnes)

Ingrédients : 2 courgettes, 2 petits verres de riz cru, 4 œufs, 3 verres de lait, 4 portions de fromage fondu, de la matière grasse, du sel, du poivre, herbes de Provence, persil, curry... si possible.

1. Beurrer ou huiler un plat allant au four.
2. Mettre les 2 petits verres de riz **cru** dans le plat.
3. Laver les courgettes et les couper en rondelles sur le riz.
4. Prendre 1 saladier. Y casser les 4 œufs puis y ajouter le sel, le poivre, les herbes de Provence, le persil, le curry, ... Mélanger bien.
5. Ajouter dans le saladier les 3 verres de lait et mélanger.
6. Verser le mélange œufs - lait dans le plat sur les courgettes et riz.
7. Mettre le fromage fondu sur la préparation.
8. Mettre le plat au four (200°C) en vérifiant la cuisson (environ 45 minutes). Ajouter de l'eau si nécessaire.

Remarque : vous pouvez modifier ce plat en fonction des ingrédients que vous avez à la maison ou selon vos envies ! Ajoutez des tomates, remplacez le riz par des pâtes, remplacez le fromage fondu par du camembert, ... !

Conseil : Accompagnez ce flan par un morceau de viande et complétez par un fruit et vous aurez un repas complet et économique ! Bon appétit !

Katia MEYER

ReVivre, 41 rue Aristide Briand, 91400 Orsay - téléphone : 01 69 31 19 05

CERIN

Prix CERIN de Nutrition 2006

pour les conseiller(ère)s en ESF et les diététicien(ne)s

Montant du prix : 2 000 €

Qui peut concourir ?

Les prix CERIN de Nutrition
pour les Conseiller(ère)s en ESF (Économie Sociale et Familiale) et les Diététicien(ne)s
d'un montant de 2 000 € chacun, sont réservés
aux équipes de professionnels coordonnées par un(e) conseiller(ère) en ESF,
et aux diététicien(ne)s après retrait d'un dossier de candidature auprès du CERIN.

Sur quel sujet ?

Il récompensera un travail original non publié
(ou publié dans l'année qui précède la date limite de dépôt des candidatures)
dans le domaine de la nutrition et/ou de l'alimentation.

Date limite de dépôt des dossiers :

Avril 2006

Remise du prix :

Juin 2006

Règlement disponible auprès du :

CERIN
45, rue Saint Lazare
75314 PARIS CEDEX 09
Fax : 01 42 80 64 13
nutrition-fr@cerin.org

Le CERIN,
au service de la nutrition

Toute l'actualité nutritionnelle en ligne :

www.cerin.org

CERIN

CENTRE DE RECHERCHE ET D'INFORMATION NUTRITIONNELLES
45, rue Saint-Lazare 75314 PARIS CEDEX 09 • Tél. : 01 49 70 72 20 • fax : 01 42 80 64 13 • email : nutrition-fr@cerin.org