
PROJET ALIMENTATION ET SANTE

Viser les populations précarisées à Genève

Projet de l'Etat de Genève, Département de l'action sociale et de la santé.

Coordination d'equiterre – Partenaire pour le développement durable

RAPPORT 2003

Genève – Février 2004

Table des matières

1. Introduction	3
1.1. Alimentation et précarité.....	3
1.1.1. Une relation complexe.....	3
1.1.2. Alimentation, santé et accessibilité	4
1.2. Populations précarisées et nutrition	5
1.2.1. Diversité des situations sociales et nutritionnelles	5
1.2.2. Tendances générales.....	7
2. Populations cible.....	8
2.1. Groupes sociaux.....	8
2.1.1. Groupes socioéconomiques.....	9
2.1.2. Variables sociodémographiques	10
2.2. Acteurs-relais.....	12
3. Identification des facteurs limitants	15
3.1. Facteur financier.....	16
3.2. Facteurs sociaux	16
3.3. Facteurs comportementaux.....	17
3.4. Facteurs économiques et agroalimentaires	18
4. Methodologie	19
4.1. Collaboration avec les professionnels du social et de la santé	19
4.2. Facteurs limitants et facilitateurs : favoriser l'accessibilité.....	20
5. Identification des solutions	20
5.1. Thèmes et pistes d'action.....	20
5.1.1. Thèmes	20
5.1.2. Pistes d'action	21
5.2. Outils pédagogiques et personnes ressources	23
5.2.1. Utilisation du matériel de la PSQ.....	23
5.2.2. Dossier pédagogique du CFES et du CERIN.....	24
5.2.3. Collaboration avec le réseau des diététiciens genevois.....	24
6. Conclusion.....	25

1. INTRODUCTION

1.1. Alimentation et précarité

1.1.1. Une relation complexe

A ce stade du projet, on peut assurément émettre l'idée que la relation entre le domaine de l'alimentation et le phénomène de la précarité - qui comprend divers types de populations - est complexe. L'alimentation concentre une grande richesse et infinie diversité de produits, induisant aussi beaucoup de mythes et de croyances véhiculées par les individus. Selon leur propre perception et leur situation économique et sociale, ceux-ci appréhenderont le "fait alimentaire" de manière très différente.

En effet, les premiers échanges effectués avec les professionnels de l'alimentation et du secteur social ainsi que les observations qui en ont été tirées ont abouti au constat suivant:

Constat No1

*Un nombre important de **déterminants** de la santé - économiques, sociaux, culturels, psychologiques, etc. - sont concernés et imbriqués lorsque l'on appréhende la question de l'alimentation, de la santé et de la précarité.*

L'accès des populations défavorisées à une alimentation saine est limité par différents types d'obstacles (facteurs limitants) d'ordre financier, social, cognitif, etc. Il est a priori nécessaire de les prendre en compte dans la formulation des projets ou interventions (Cf. partie 3) . Il s'agira donc d'adopter une approche qui intègre les diverses situations rencontrées et qui ne délivre pas de messages strictement nutritionnels, autrement dit qui ne se réduise pas seulement à diffuser une "prescription quantitative prédéfinie de nutriments".

1.1.2. Alimentation, santé et accessibilité

Le champ de l'alimentation est vaste, si l'on pense simplement au fait que l'acte de manger est précédé de nombreuses phases, liées tout d'abord au secteur économique : la production agricole et ses différents modes liés à la protection de l'environnement, la recherche agroalimentaire, la transformation industrielle et la fabrication de produits alimentaires, le transport des biens, la fixation des prix, la vente en différents lieux et, enfin, la promotion et le marketing. Puis, liée au consommateur, d'autres étapes interviennent : la planification des achats et le choix des produits, la conservation des aliments, la préparation culinaire et la structure quotidienne de prise des repas.

Toutes ces phases touchent directement ou indirectement les populations précarisées en influençant leurs modes de consommation; avant tout, parce qu'elles déterminent le prix des denrées et le budget alimentaire du consommateur. Au regard du petit budget des personnes concernées par la précarité, il sera donc nécessaire de **repérer les groupes de produits ainsi que les comportements alimentaires qui ont un coût économique élevé** et qui devraient être évités, et de repérer et promouvoir ceux qui sont le moins onéreux.

Cela conduit logiquement au constat suivant :

Constat No 2

La promotion de la santé des populations précarisées par l'alimentation doit viser la facilitation de l'accès de ces personnes à une nourriture saine et en suffisance.

L'accessibilité implique donc que le consommateur se tourne vers des aliments bon marché, ce qui peut parfois rentrer en contradiction avec le principe selon lequel on devrait *varier son alimentation*, autrement dit avoir une alimentation saine. En effet, certains produits sont difficilement accessibles pour les populations à faible revenu qui, de plus, doivent souvent compresser leur budget alimentaire afin de pouvoir régler leurs charges.

On peut néanmoins défendre le fait que les aliments à consommer en plus grande quantité, selon les exigences de l'équilibre alimentaire, ne sont pas forcément les plus chers, tel que souhaitait le montrer le projet "Alimentation et Prévention du Cancer" de la PSQ (2002). Il s'agissait en effet de transmettre le message, entre autres, que les groupes d'aliments comme les céréales et ses dérivés et les fruits et les légumes sont plus abordables que les viandes ou les produits laitiers.

A ceci on peut encore rétorquer qu'il est possible, au sein de chaque groupe de la pyramide alimentaire, de placer les aliments sur une échelle de prix qui va progressivement du très bon marché au très cher, et d'allier ainsi variété des aliments et coût abordable. Dans le groupe des protéines par exemple, les œufs et le poulet surgelé sont meilleur marché que la charcuterie et les viandes rouges.

L'accès à une alimentation saine et, qui plus est, à bon marché est une question qui évolue et se prête facilement au débat quant à l'approche scientifique et normative à adopter. Du reste, les visions des professionnels de l'alimentation peuvent grandement diverger, dès lors qu'il s'agit de concilier qualité, quantité et prix et d'adapter leurs connaissances au terrain de la pauvreté.

On doit donc garder en tête le principe, selon lequel :

Constat No 3

*Le champ de l'alimentation saine et de la précarité contient un degré important de tensions et de **contradictions**, notamment entre besoin qualitatif et besoin quantitatif, variété et accessibilité, aliments sains et budget réduit, nutrition et habitudes alimentaires, etc.*

1.2. Populations précarisées et nutrition

1.2.1. Diversité des situations sociales et nutritionnelles

Outre le paramètre économique, le facteur social devrait être pris en compte dans la réflexion. D'après les récentes études qualitatives sur la pauvreté et les interviews opérées dans les structures sociales, il est en effet intéressant de noter qu'il y a une diversité de groupes sociaux en situation de précarité, en fonction du statut d'activité, de caractéristiques socioéconomiques, sociodémographiques, culturelles ou même psychologiques. Cela peut contribuer grandement à une différenciation des choix de consommation et des habitudes alimentaires, induisant des problématiques de santé propres aux différents groupes sociaux.

En effet, une famille monoparentale étrangère appartenant à la catégorie des working poor n'aura pas forcément les mêmes problèmes nutritionnels qu'un jeune chômeur dépendant de l'alcool et des cigarettes.... Dans le premier cas, le manque de temps mais aussi de

connaissances, orientera la mère de famille vers les surgelés et les plats préparés, avec le risque de surcharge pondérale que le stress et de mauvaises habitudes alimentaires peuvent occasionner. Dans le second cas, les calories alcoolisées et la nicotine étant essentiellement les "nutriments" de la journée, on se trouvera plutôt face à un cas de **dénutrition**.

Si justement, on prend comme angle d'attaque le problème du poids, des populations cible précises doivent être identifiées: globalement, certaines études montrent que le BMI augmente linéairement par rapport au degré de précarité¹, puis redescend lorsqu'on atteint les populations fortement précarisées (sans domicile), spécialement pour les buveurs d'alcool.² D'autres études indiquent une corrélation encore plus grande de la **prévalence de l'obésité** avec la faiblesse du niveau d'études.³

On peut ainsi avancer qu'une intervention préventive contre la surcharge pondérale ou l'obésité devrait viser, notamment, les femmes à bas revenu ou les migrantes, souvent identifiées comme population à risque et ayant une alimentation riche en sucre et en graisse. Par contre, les problèmes nutritionnels seront d'un autre ordre pour les hommes seuls en grande précarité qui fréquentent les lieux de distribution de repas, puisqu'ils sont contraints à la consommation importante de féculents (riz, pâtes, etc.) et sont en déficit de calcium (sous-consommation de produits laitiers) et de vitamines (sous-consommation de fruits et de légumes).

Partant, on doit tenir compte du fait que:

Constat No 4

*La santé nutritionnelle et le facteur social nourrissent des relations étroites qui produisent des **problématiques diverses**. La condition de pauvreté n'implique pas une situation alimentaire unique et clairement identifiée.*

¹ Enquête SOFRES, étude SU-VI-MAX, Baromètre CFES/CERIN

² Etude conjointe CREDES/INED et d'autres enquêtes aux Etats-Unis, en Angleterre et en Australie.

³ Etude Fleurbaix-Laventie, projet européen MONICA.

1.2.2. Tendances générales

Malgré la spécificité des problèmes découlant des situations personnelles et sociales, on peut relever quelques tendances globales dans le comportement alimentaire des populations défavorisées, à considérer toutefois avec prudence et sans degré élevé de généralisation.

Outre les nombreuses études américaines sur le sujet, quelques études et enquêtes françaises⁴ ont été réalisées afin de rechercher les caractéristiques générales de l'alimentation des populations précarisées. Ces enquêtes portaient sur des personnes à revenus limités ou fréquentant des centres de distribution alimentaire, sans une catégorisation plus précise de groupes sociaux (sauf pour l'obésité).

Elles fournissent quelques données permettant globalement de constater :

- Une alimentation déséquilibrée et monotone;
- Une surconsommation de produits gras et sucrés - snacks, gâteaux et boissons sucrées;
- Une sous-consommation de fruits et légumes (carences en vitamines);
- Une sous-consommation de produits laitiers (carences en calcium);
- Un apport faible en protéines et en fer;
- Une forte prévalence de l'obésité, corrélée avec le niveau de revenus et surtout le niveau d'études.

Selon certaines études - venant surtout des USA -, on constate que ces déséquilibres nutritionnels observés augmentent potentiellement les risques de maladies cardiovasculaires, de cancers, d'obésité, de diabète, d'hypertension artérielle et de maladies infectieuses ainsi que d'anémie et d'ostéoporose.

⁴ Direction générale de l'Alimentation, "Alimentation et populations défavorisées"; baromètre CFES/CERIN; enquêtes à Lyon, Lille et Marseille.

2. POPULATIONS CIBLE

2.1. Groupes sociaux

Premièrement, une série d'études quantitatives et qualitatives récentes sur la pauvreté en Suisse⁵ ont permis de mieux cerner ce qu'on entend par « populations précarisées » ou ce que l'on désigne en Suisse avec les termes de « précarité », « pauvreté », « ménages à bas revenus » ou « milieux défavorisés » selon des critères socioéconomiques et démographiques. Il en ressort notamment que les familles monoparentales parmi les working poor sont en très nette augmentation.

Deuxièmement, une revue de la littérature suisse sur l'alimentation et les problèmes de poids a permis de connaître les populations à risque liées à la surcharge pondérale et à l'obésité⁶. On désigne notamment les ménages et les femmes à bas revenus - sans préciser le niveau socioéconomique - et les populations migrantes.

Troisièmement, il a été effectué une revue des - rares - études françaises⁷ qui associent plus précisément les paramètres socioéconomiques et démographiques avec des problématiques nutritionnelles (Cf. § 1.2.1).

Finalement, les interviews de professionnels du social et de la santé effectuées sur le terrain ont permis de confirmer ou d'écarter les populations à risque décrites dans les études, de préciser certains groupes sociaux particuliers et d'en esquisser les problèmes nutritionnels perçus par les professionnels. L'identification des populations en situation de pauvreté et des populations à risques du point de vue de la santé alimentaire ont donc permis de déterminer les groupes socioéconomiques et sociodémographiques cible nous intéressant pour le projet.

⁵ Robert E. Leu, Stefan Burri, Tom Priester ; avec la collab. de Peter Aregger, *Qualité de vie et pauvreté en Suisse : aperçu des principaux résultats*, FNS, 1997; Stéphane Rossini, *Les pauvretés cachées en Suisse. Analyse qualitative des processus de précarisation et perspectives d'action sociale*, PNR 45, 2002; Streuli et Bauer, *Les "working poor" en Suisse : étude de la problématique, de l'ampleur du phénomène, et de ses causes*, OFS, 2001; *Travailler et être pauvre Les working poor en Suisse, Ampleur du phénomène et groupes à risque*, d'après l'Enquête suisse sur la population active 2002 (ESPA), OFS 2003.

⁶ Nestlé Suisse S.A. (en collaboration avec l'OFSP), *Etude Nutri-Trend 2000, Habitudes alimentaires en Suisse*, Nestlé, 2000; Office fédéral de la santé publique et Promotion Santé Suisse, in *SUISSE BALANCE, Poids corporel en Suisse – Revue de la littérature récente*, 2003;.

⁷ Haut Comité de la Santé Publique, Rapport , *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France*, 2002 et les enquêtes citées aux notes de bas de page 1,2 et 3.

2.1.1. Groupes socioéconomiques

Quatre groupes socioéconomiques à "risque alimentaire" ont été retenus. Il s'agit des :

- **Working poor**

En Suisse, le taux de pauvreté est d'environ 9%. Les working poor - personnes actives occupées mais indigentes - , en forte augmentation ces dernières années, forment la plus grande partie de la pauvreté, correspondant à environ 6%.⁸

Le phénomène touche des personnes peu qualifiées, les travailleurs de branches à bas salaires (agriculture, textiles et cuir, nettoyage et conciergerie., hôtellerie et restauration, ménages privés), les employés à temps partiel et à conditions flexibles, les travailleurs dont la carrière est discontinuée ou qui débutent dans un emploi, et, enfin, les indépendants sans employés⁹.

De manière générale, ces gens n'ont pas le temps de se soucier d'équilibre alimentaire.

- **Personnes assistées** (chômeurs, bénéficiaires du RMCAS, rentiers AI, requérants d'asile)

Par leur statut, ces personnes forment logiquement un groupe socioéconomique important, ayant un faible revenu, étant peu qualifiés et ne se préoccupant pratiquement pas de leur alimentation.

- **Personnes en grande précarité** (personnes à faible/très faible revenu, sans abri)

Ces personnes, faisant partie des plus pauvres, fréquentent les lieux d'accueil de jour, de distribution alimentaire et d'hébergement. Elles sont ainsi dépendantes des contenus de repas et des aliments distribués - souvent des féculents - dans les structures, sauf dans les cas où il y a un espace autogéré, où l'autonomie des gens est valorisée mais l'accessibilité des cuisines pas très facile (ex: les foyers).

Par conséquent, l'approvisionnement et l'aide alimentaire pouvant être très différents selon les structures, il est important d'observer leur fonctionnement, ayant un impact plus ou moins grand sur l'équilibre nutritionnel des repas servis aux bénéficiaires.

⁸ Office fédéral de la statistique (OFS), Enquête suisse sur la population active (ESPA) 1992-2002.

2.1.2. Variables sociodémographiques

Au sein des groupes socioéconomiques, des variables sociodémographiques plus à risque sont également à prendre en compte, en fonction du sexe, du type de ménages, de l'âge et de l'origine ethnique :

Sexe

- **Femmes**

Il y a une majorité de femmes parmi les working poor. Celles à bas revenu sont identifiées comme un groupe à risque du point de vue de l'équilibre nutritionnel.

- **Hommes (seuls)**

Les hommes seuls sont très souvent reconnus comme un "groupe à risque alimentaire", ayant un faible niveau de pratique culinaire ou étant peu enclins à cuisiner.

Origine

- **Population suisse**

et

1. **Population étrangère**

Le taux de pauvreté parmi la population suisse est d'environ 7%, ce qui correspond, en extrapolant, à environ 4,3 % de la population dans le Canton de Genève, c'est-à-dire environ 18'000 personnes¹⁰.

Le taux de pauvreté parmi la population étrangère de Suisse est d'environ 13%, correspondant, en extrapolant, à 5% de la population résidant à Genève, c'est-à-dire environ 20'000 personnes.

⁹ ESPA 1999 et 2002.

¹⁰ Ce chiffre est à prendre avec prudence, vu l'extrapolation effectuée du niveau suisse au niveau genevois (idem pour le nombre de pauvres d'origine étrangère).

Il y a une forte proportion de migrants venant d'Afrique (50%) du Kosovo (15-20%) et de Bosnie (10%), le reste d'Europe de l'est, d'Asie et d'Amérique latine. Les populations migrantes sont un groupe cible particulièrement sensible, car elles doivent subir un changement radical de leurs habitudes alimentaires et manquent de connaissances par rapport aux aliments occidentaux, ce qui peut occasionner des risques importants de surcharge pondérale ou d'obésité. Elles peuvent également "véhiculer" des habitudes alimentaires qui favorisent l'utilisation de matières grasses.

Types de ménages

- **Familles monoparentales (femmes avec enfants)**

et

- **Familles nombreuses (3 enfants ou plus)**

Pour des raisons liées à la charge des enfants, ces deux types de ménages possèdent les taux de working poor les plus élevés. En outre, les enfants doivent être privilégiés dans la promotion de l'alimentation saine (et de l'activité physique), en tant que population cible et vecteur pédagogique auprès des parents.

Age:

- **Jeunes entre 18 et 40 ans**

La précarité touche le plus souvent cette tranche d'âges¹¹. Elle recouvre aussi le groupe cible des personnes de 25 à 35 ans considéré, avec les enfants et les adolescents, comme stratégique du point de vue de la promotion de la santé alimentaire par l'OFSP et la PSS.

¹¹ L'analyse sociodémographique de la précarité en Suisse tend à minoriser aujourd'hui les **personnes âgées**, du fait de l'obtention des prestations complémentaires à l'AVS. On doit cependant noter que les femmes âgées faiblement formées peuvent constituer un groupe à risque du point de vue de l'alimentation.

2.2. Acteurs-relais

Plusieurs institutions du secteur social et de la santé ont été approchées, étant donné le contact direct qu'elles ont avec les divers groupes sociaux qui composent notre public cible. Il s'agit d'institutions dont les prestations fournies auprès des populations sont différentes les unes des autres mais complémentaires. La visite de ces structures a permis d'identifier une série de problèmes alimentaires clé, inhérents à la situation des diverses populations, et de chercher des pistes de solutions (Cf. parties 3. et 5.).

Elles représentent également des *acteurs-relais potentiels* du projet, autrement dit des organismes intéressés par le projet Alimentation et Santé et avec lesquels des collaborations et la greffe d'activités sont possibles ou à développer. On doit les considérer comme une première liste d'acteurs, pouvant être modifiée, selon l'évolution du projet.

La liste d'acteurs-relais est présentée en page suivante.

Acteurs relais:

Institutions	Prestations
Association des familles monoparentales	Prestations sociales et juridiques
Le C.A.R.E (Caritas)	Offre de repas gratuits pour working poor, personnes assistées et en grande précarité.
Carrefour-Rue	Offre d'hébergement et de repas gratuits pour working poor, personnes assistées et en grande précarité
Centre Espoir (Armée du Salut)	Pension pour rentiers AI Hébergement et repas Groupe d'inspiration des menus (observé)
Centre de Santé Migrants	Informations et consultations médicales pour migrants
Camarada	Accompagnement et formation de femmes migrantes
Université ouvrière de Genève	Cours de français aux personnes à faible revenu, au personnel du bâtiment, de l'hôtellerie, des EMS, du nettoyage, etc. et aux chômeurs, en majorité de nationalité étrangère
Groupe Sida	Prévention et aide aux personnes atteintes par le VIH, en situation de précarité
Banque alimentaire genevoise	Distribution alimentaire (Lancy, Onex) bénéficiant aux personnes assistées, familles nombreuses et réfugiés.
Au cœur des grottes (Armée du Salut)	Hébergement, repas et aide sociale aux femmes avec ou sans enfants
Le Trait d'Union	Accueil et repas bon marché pour personnes toxicodépendantes avec enfants
Foyer l'Etape	Pension pour enfants et jeunes
Le Racard	Pension pour personnes souffrant de troubles psychiatriques, de violences et de toxicodépendances
Paroles	Accueil et repas bon marché pour rentiers AI, nécessitant un appui psychologique

D'autres acteurs ont été contactés. Ceux-là ont soit manifesté récemment leur intérêt, soit montré peu ou pas d'intérêt pour le projet :

Institutions intéressées	Prestations
Centre social protestant (CSP) <i>Le CSP est ouvert à disposer tous documents pratiques</i>	Prestations sociales et juridiques Gestion du budget familial
Unités d'action communautaire – Rive gauche et droite (SSVG) <i>Une présentation de projet, qui souligne sa dimension participative, a été communiquée. Une première rencontre a eu lieu en novembre 2003.</i>	Réponses aux besoins socio-sanitaires et prévention
Pluriels <i>Une présentation du projet, qui souligne sa dimension participative, a été communiquée.</i>	Centre de consultations et d'études ethnopsychologiques pour migrants
Caritas <i>L'intérêt s'est manifesté mais il n'y a pas de rencontres prévues pour l'instant.</i>	Prestations sociales et juridiques Groupe de désendettement (planification du budget), groupe « migrants » et épicerie sociale
Institutions non intéressées	Prestations
ATD Quart-Monde <i>ATD Quart-Monde ne voit pas d'articulation ou de collaboration possible dans le projet "Alimentation" pour l'instant.</i>	Les projets menés se concentrent essentiellement sur l'échange culturel de familles en grande précarité
Les Colis du Coeur <i>Intérêt non manifesté</i>	Distribution de 300 colis alimentaires par semaine
Le Bateau <i>Les bénéficiaires discutent de l'aspect nutritionnel, ne sont pas intéressés par des conseils externes et les "cuisiniers-bénéficiaires" changent régulièrement.</i>	Offre de repas bon marché et préparation par un "cuisiner-bénéficiaire".
Foyer Urgens <i>Il serait difficile de les réunir pour un atelier culinaire étant donné qu'ils sont libres de leurs allées et venues</i>	Pension pour personnes en grande précarité et autonomie de préparation des repas (Les bénéficiaires sont un peu conseillés par les assistants sociaux pour éviter la préparation de féculents uniquement)
Communauté d'Emmaüs <i>Les bénéficiaires souhaitent avoir assez à manger et "n'ont rien à faire de la nutrition, qui reste un mythe".</i>	Offre de repas gratuits aux personnes sans domicile

Enfin, le **Mouvement Populaire des Familles (MPF)** a également été sollicité. Il nous a donné son point de vue sur la question de l'alimentation des familles à faible revenu, soulignant leur manque d'argent et d'éducation comme problèmes principaux. Comme mesures à prendre, le MPF défend le concept d'ateliers qui soient basés sur l'échange d'information et qui tiennent compte des différences culturelles. Le MPF est très intéressé par le projet et pourra promouvoir les activités mises en place.

3. IDENTIFICATION DES FACTEURS LIMITANTS

Les rencontres et les discussions qui se sont installées avec les professionnels, que ce soit de la santé ou du secteur social, ont pu rassembler une grande richesse de points de vue, souvent convergents mais parfois aussi fortement contradictoires, à propos des facteurs qui empêchent les populations d'accéder à une alimentation saine.

Ces contradictions découlent souvent de la double identité "sociale-santé" des structures. En effet, il existe une certaine tension entre, d'une part, la dimension "soins-prévention de la santé", monothématique, et la dimension "aide sociale", qui tente de prendre en compte la globalité des problèmes, des situations, des cultures, etc...

Dans une perspective de promotion de la santé, le projet Alimentation et Santé doit donc s'intercaler entre ces deux approches. Il s'agit en effet de combiner celles-ci, puisque d'une part, nous sommes concernés par **un seul thème** de la santé (l'alimentation et ses recommandations de base), mais que, d'autre part, les **"problèmes nutritionnels" sont multifactoriels**, connectés au parcours et au milieu de vie des personnes auxquelles on souhaite s'adresser. Partant, les **besoins éventuels en matière alimentaire sont divers** et le projet Alimentation et Santé devra en tenir compte dans la mesure du possible.

On peut lire ci-dessous une synthèse des entretiens menés auprès des professionnels, à propos des problèmes les plus récurrents rencontrés par les personnes précarisées à Genève "en matière alimentaire".

3.1. Facteur financier

Comme on l'a vu au §1.1.2, le manque financier constitue une très grande barrière à l'équilibre nutritionnel de toutes les populations précarisées. Le coût des fruits et des légumes, notamment, est souvent trop élevé pour ces populations, à moins que l'on privilégie certains produits de saison... C'est souvent par **manque de connaissances du marché alimentaire** justement, ou par l'influence publicitaire, que les populations pauvres sont amenées à opter pour certains comportements ou habitudes alimentaires qui ne sont pas forcément les moins chers.

Le manque de connaissances pratiques par rapport à l'organisation, la planification des achats et la gestion du budget du ménage, peuvent encore augmenter les coûts économiques et sociaux. Un exemple: l'achat par petites quantités peut avoir un impact négatif tel que le surcoût de l'emballage, une perte de temps, du stress, etc.

A ce sujet, les requérants d'asile figurent comme l'un des groupes sociaux les plus sensibles. Ils ont 400 CHFs par mois pour vivre, correspondant à seulement 10 CHFs par jour pour les achats alimentaires. De plus, les populations migrantes ne se rendent pas toujours compte du coût de la vie.

3.2. Facteurs sociaux

Les working poor, en particulier les familles monoparentales, sont dans une situation de **grand stress** et ont peu de temps pour se faire à manger. Les repas doivent donc pouvoir être **préparés rapidement**. Les personnes manquent aussi de **temps pour s'informer**. Chez les femmes, le risque d'obésité provient de ce stress, du déséquilibre nutritionnel, de phénomènes hormonaux (femmes périménopausées), mais pas forcément de la sédentarité, car elles pratiquent la marche quotidiennement.

Pour les gens en grande précarité, se nourrir en suffisance est le problème principal. L'équilibre nutritionnel importe peu. Ils sont résignés, passifs et souvent trop liés à une dépendance. En effet, les toxicodépendants à l'alcool et au tabac, qui se "nourrissent" aussi de la boisson, doivent couvrir ce besoin à raison de environ 30 CHFs par jour.

Il est prioritaire pour les toxicomanes d'obtenir leur produit (100 ou 200 CHFs par jour). Ils ont tendance à se distancer des règles communes et n'arrivent souvent pas à l'heure dans

les structures d'aide alimentaire. Ils perdent la sensation de faim mais éprouvent un très grand besoin de sucré.

Quant aux populations migrantes, elles sont contraintes, à leur arrivée, à un **changement radical de leur style de vie** et sont directement confrontées à l'économie de marché, la publicité, etc. Les problèmes se posent dès lors au niveau de l'adaptation à leur nouvelle situation et, tout simplement, de la question de savoir quoi et où acheter.

3.3. Facteurs comportementaux¹²

Ecrasées par leurs ennuis sociaux et psychoaffectifs, l'ensemble des personnes précarisées ne considèrent pas que l'alimentation saine est importante et manquent souvent d'envie de cuisiner. De plus, beaucoup de personnes sont **limitées dans leurs connaissances** et ne sauront pas faire la différence entre une alimentation saine et malsaine.. Enfin, les personnes en grande précarité ne font pas assez d'activité physique mais sont peu mobilisables car résignées et passives. Malgré tout, elles se déplacent beaucoup à pied.

Les populations migrantes manquent singulièrement de savoirs sur les produits agricoles et alimentaires que l'on trouve en Suisse. A cela s'ajoute le problème de leur perception de ce qui est bon et des **idées préconçues** sur les produits alimentaires et les manières de les préparer. Par exemple, le sucre est perçu très positivement, comme quelque chose "*qui donne de la force*". Les conserves sont par contre "*mauvaises pour la santé*"; surtout lorsque, pour chauffer leur contenu, elles sont posées directement sur la plaque électrique! Enfin, elles **ne connaissent pas les fruits et les légumes de saison** et ne savent pas forcément que ceux-ci sont à des prix plus avantageux.

Si l'on s'intéresse de plus près aux ethnies, les Bosniaques ont en général une alimentation assez grasse, due à l'utilisation fréquente d'huile dans la préparation de leurs repas. D'ailleurs, "*la friteuse est la première chose que les Yougoslaves et les Africains achètent quand ils arrivent.*"¹³ Les Africains ont cependant une nourriture plus équilibrée (pâtes et

¹² On parle ici de comportement alimentaire, et pas seulement nutritionnel, afin de tenir compte aussi des problèmes qui se situent en amont du "manger équilibré", c'est-à-dire les étapes aussi importantes de la planification des achats, du planning des repas et de la pratique culinaire.

¹³ Maaike Kruseman (diététicienne à la Policlinique de médecine, HUG), entretien du 14.10.2003 pour le projet Alimentation et Santé, 2003.

sauce, manioc, couscous), mais ils ne trouvent pas toujours "leurs matières premières"¹⁴ pour la préparation de leurs repas traditionnels et ne connaissent pas forcément les équivalents alimentaires.

Les populations migrantes subissent également le stress de leur nouvelle condition, leur **manque d'intégration et leur isolement**, lié en grande partie à la **barrière linguistique**. Les femmes immigrées, en particulier, souffrent d'ennui, de déprime et ont tendance à se gaver de télévision - subissant du même coup l'influence des messages promotionnels -, en mangeant des snacks entre les repas. Leur alimentation est tendanciellement plus riche en sucre et en graisses. Elles manquent d'activité physique et accusent une surcharge pondérale importante durant les deux premières années de leur vie en Suisse. Les hommes seuls ou célibataires représentent également un groupe à risque parmi les migrants: ils n'ont souvent aucune pratique culinaire, car ils n'ont jamais dû cuisiner avant leur arrivée.

Le nœud du problème vient donc du fait qu'il n'y a pas ou **peu de prise de conscience sur le fait que l'alimentation est un déterminant de la santé**. Les femmes en surpoids, par exemple, pensent qu'elles mangent sainement et ne font pas de lien entre quantité, équilibre alimentaire et prise de poids. Mais certaines cultures considèrent l'obésité comme un signe de bonne santé...

3.4. Facteurs économiques et agroalimentaires

Comme on l'a vu, l'offre économique - agricole et agro-industrielle - détermine grandement l'accessibilité des populations à une alimentation saine et en suffisance. Des facteurs importants comme les lieux d'achat, le degré de variété des produits et surtout leurs prix, ont une énorme influence sur les populations dans leur choix de consommation et **peuvent restreindre, ou au contraire favoriser, l'acquisition d'aliments qui influencent l'équilibre nutritionnel**.

Quant aux lieux de distribution alimentaire, ils acquièrent, en majorité par le "Samedi du Partage"¹⁵, des pâtes et du riz pour une année et beaucoup moins d'autres produits, comme les conserves, les produits laitiers et les fruits et légumes frais. Les bénéficiaires des lieux

¹⁴ Il s'agit du manioc, de l'igname, etc. qui, par ailleurs, coûtent cher.

¹⁵ Il s'agit de la récolte annuelle de dons alimentaires organisés par l'Hospice Général.

de distribution alimentaire (les working poor et personnes en grande précarité) sont donc contraints à **l'offre trop importante de féculents et au manque de produits frais**, encourageant ainsi le risque d'un **déficit de vitamines et de calcium**¹⁶. De manière générale, les jeunes et les enfants encourrent des risques de déficits au niveau quantitatif et qualitatif.

Il manque aussi aux bénéficiaires la qualité et la diversité sur le plan des protéines animales, même si ce problème concerne plutôt le côté du plaisir gustatif et de la variété des repas que celui de l'équilibre nutritionnel.

4. METHODOLOGIE

4.1. Collaboration avec les professionnels du social et de la santé

Pour toutes les raisons évoquées jusqu'à présent, particulièrement la diversité des problématiques, le projet doit prendre en compte les besoins et attentes des professionnels travaillant au sein des structures relais, afin d'adapter au mieux les interventions à mettre sur pied et le matériel pédagogique à concevoir ou à diffuser. Cela permettrait ainsi de greffer les actions du projet Alimentation et Santé sur les activités des structures (cours, ateliers, etc.) et de gagner en efficacité.

Lorsque c'est possible, des contacts directs avec les populations cible doivent aussi être prévus afin de répondre au mieux aux interrogations et aux problématiques rencontrées. De cette façon, les interventions tiendraient compte de la situation de départ: les habitudes alimentaires liées à la situation sociale et culturelle et le budget disponible des populations.

La prise en compte des situations alimentaires de départ, l'interactivité entre les personnes et les intervenants, et aussi l'échange d'information sur les manières de faire entre les populations elles-mêmes, permettraient d'aller dans le sens de l'empowerment et du renforcement des capacités. Comme le souligne ATD Quart-Monde, *"Le canal à exploiter est le lien social. Le fait de se retrouver avec d'autres peut avoir une influence positive sur l'alimentation et occasionner des changements. (...) L'apprentissage de choses nouvelles*

¹⁶ Au Centre Espoir de l'Armée du Salut, le problème ne se situe pas au niveau de l'offre des repas mais parce que les pensionnaires peuvent composer leur plat à leur guise, sont libres de manger de manière excessive et déséquilibrée. Par conséquent, beaucoup de pensionnaires prennent du poids.

*par la réciprocité et le partage de savoirs qui ne concernent que les populations visées sont à valoriser."*¹⁷

4.2. Facteurs limitants et facilitateurs : favoriser l'accessibilité

Une meilleure connaissance et un repérage des facteurs qui limitent et, a contrario, qui facilitent l'accessibilité des populations à une alimentation saine permettent alors de définir les thèmes à aborder, de décider des interventions, proposer des outils de communication et définir des messages qui répondront aux problèmes qui nous préoccupent.

5. IDENTIFICATION DES SOLUTIONS

5.1. Thèmes et pistes d'action

5.1.1. Thèmes

Suite à ces constats, et en tenant compte des facteurs limitants identifiés, la perspective du projet se doit d'être ouverte et d'aborder le "triptyque de l'acte alimentaire":

Acheter (quoi?) - Préparer (quoi, combien et comment?) - Manger (quoi et quand?).

En d'autres termes, la planification des achats, la pratique culinaire et les habitudes alimentaires. Un certain nombre de groupes thématiques peuvent donc être envisagés:

1. Equilibre nutritionnel: notions de base

Groupes d'aliments, adaptation économique des quantités recommandées, équivalences et complémentation calcium/protéines, mythes autour des groupes d'aliments (nouvelle pyramide alimentaire).

2. Alimentation et petit budget: stratégies

Stratégies d'approvisionnement (qui, quand, comment, où?), aliments à bon rapport "santé/prix" (lecture d'étiquettes), quantités de matières grasses et de sucre, produits locaux de saison.

¹⁷ Isabelle Perrin (ATD Quart-Monde), entretien du 24.09.2003 pour le projet Alimentation et Santé, 2003.

3. **Pratique culinaire simple et saine**

Utilisation de l'équipement, recettes pratiques, et techniques et astuces culinaires.

4. **Habitudes culturelles et santé**

Approvisionnement, aliments et équivalents nutritifs.

5.1.2. **Pistes d'action**

Les pistes d'action proposées sont:

Information et services aux professionnels du social et de la santé

- Positionner et faire fonctionner equiterre comme plate-forme d'information auprès des acteurs relais et communiquer sur le matériel existant, didactique et commercial¹⁸.

Les thèmes et le type de matériel comprendront l'information sur le marché agricole, notamment l'agriculture locale et respectueuse de l'environnement, et le marché agroalimentaire, les informations sur les stratégies commerciales avec une mini-évaluation (apport pédagogique, accessibilité, durabilité) et les outils pédagogiques sur la nutrition et la pratique culinaire.

- Compléter et améliorer l'existant par la réalisation de supports écrits, à utiliser par les professionnels, comme outils de travail pour leurs cours (fiches thématiques, pédagogiques et illustratives).

Dans la mesure du possible, il s'agira d'exploiter l'image ou la photo, pour les populations migrantes spécialement.

- Le cas échéant, intervenir dans le cadre des cours organisés par certains acteurs relais

Connaissance de l'alimentation du public cible et mise en place d'ateliers

- Effectuer des enquêtes nutritionnelles sur les habitudes alimentaires par ethnie ou dans d'autres groupes sociaux

¹⁸ Au sujet de l'information commerciale, on appréhendera le matériel avec la prudence qu'il convient et on l'évaluera selon des critères à définir, qui correspondent à notre principe directeur d'une alimentation saine, abordable et durable.

Ces enquêtes devraient permettre par la suite de pouvoir faire des recommandations à tel ou tel groupe cible à propos de leurs habitudes alimentaires et les diffuser via les consultations et les activités des professionnels de la santé et du social sur le terrain (infirmières, travailleurs sociaux, etc.).

- Organiser des ateliers nutritionnels d'échange par groupe social.

Il s'agirait de créer un dialogue entre une diététicienne, equiterre et une représentation de quelques personnes d'un groupe social cible spécifique.

L'objectif serait de mieux connaître leurs habitudes alimentaires, et transmettre directement des recommandations et des propositions d'alternatives nutritionnelles (complémentation, équivalences, etc.).

- Organiser des ateliers nutritionnels d'échange par groupe ethnique ou culturel.

Ce type d'atelier fonctionnerait selon le même principe que l'atelier nutritionnel décrit ci-dessus et favoriserait en plus l'échange direct entre les différentes générations de migrants, celles qui ont acquis de nouvelles manières de faire par leur vie passée en Suisse et les autres ayant immigré plus récemment.

- Mettre sur pied des ateliers de cuisine

Lorsqu'une cuisine peut être mise à disposition par l'acteur-relais, un atelier de pratique culinaire pourrait permettre de mettre en pratique les recommandations données dans les ateliers nutritionnels.

Informer sur l'approvisionnement et les lieux d'achat bon marché

- Créer une information simple sur l'approvisionnement alimentaire abordable.

Il s'agira de créer un support simple et pratique qui renseigne les professionnels ou les populations sur les stratégies d'approvisionnement à moindre coût et les marchés genevois à prix favorables.

Une information sur les fruits et légumes de saison et la *dimension environnementale* des choix alimentaires pourrait s'intégrer le mieux dans ce cadre-ci. Si besoin est, le contenu pourrait porter sur le marché bio, les OGM, les labels de consommation, etc.

Informer sur la pratique culinaire saine et rapide

- Créer une information écrite sur le thème des menus et des recettes simples.

Les formes de la communication doivent encore être précisées, étant donné la difficulté de toucher les populations précarisées par des documents écrits qui soient pratiques et utilisables.

Utilisation des médias existants dans les acteurs-relais

- Rédiger des articles pédagogiques et pratiques dans le journal existant des associations.

Il s'agira de condenser des messages clés et de construire et présenter les articles de façon à ce qu'ils puissent servir, en les affichant sur le frigo par exemple, à l'organisation quotidienne des ménages, aux familles "working poor" tout particulièrement.

Suivi des données et des interventions

- Continuer la veille documentaire sur l'état de la recherche dans le domaine de l'alimentation et de la précarité

L'exploration du champ de l'alimentation et de la pauvreté est relativement récente en Europe, mais il commence à foisonner de nouvelles études ou interventions auprès des différentes populations qui nous concernent. equiterre suivra l'évolution des dernières recherches et découvertes en la matière.

5.2. Outils pédagogiques et personnes ressources

5.2.1. Utilisation du matériel de la PSQ

Le matériel qui avait été conçu pour le projet alimentation et Cancer de la PSQ peut être tout à fait réutilisé, notamment dans le cadre d'ateliers nutritionnels, par une diététicienne ou directement par les professionnels des acteurs relais moyennant quelques explications.

Le matériel touche directement à l'un des thèmes que nous avons retenus. Il s'agit du "Marché de la consommation et des produits à bon rapport qualité/prix". En effet, le projet de

la PSQ souhaitait montrer que les aliments les plus recommandés ne sont pas forcément les plus chers. De plus, le matériel utilise énormément le visuel par le biais de photos, d'étiquettes ou d'emballages, très tangibles et parlant directement aux gens.

5.2.2. Dossier pédagogique du CFES et du CERIN

Ce dossier pédagogique, "Alimentation atout prix", réalisé par deux organismes français, le Centre de recherches et d'informations nutritionnelles (CERIN) et le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), porte sur la problématique de l'alimentation des personnes les plus en difficulté. Il est d'une grande qualité pédagogique et concentre une grande richesse de ressources matérielles à utiliser auprès des personnes démunies selon les thèmes que l'on souhaite aborder.

En résumé, il touche à tous les domaines liés au triptyque de l'alimentation: acheter - préparer - manger, en grande cohérence avec nos propres thèmes.

5.2.3. Collaboration avec le réseau des diététiciens genevois

L'Antenne des diététiciens genevois (Adige) est ouverte à la collaboration et à la participation à des actions ponctuelles (animation d'ateliers, par exemple) ou, sur le plus long terme, à la réalisation de contenus. Les modalités devront être précisées selon les actions retenues ultérieurement.

Les diététiciennes de la Polyclinique de médecine et du Service santé de la jeunesse (SSJ), pour leur expertise articulant diététique et populations en difficulté, figurent parmi les personnes ressources les plus intéressantes et utiles pour le projet Alimentation et Santé. Des contacts ont déjà été pris, pouvant être suivis par des conseils ponctuels et de l'échange d'information, de façon aussi à ne pas superposer des activités similaires entreprises par chacun auprès des mêmes structures, mais plutôt de les rendre complémentaires.

6. CONCLUSION

Au Canada, on constate de plus en plus que la pauvreté est reliée à la vulnérabilité nutritionnelle. Le nombre de personnes utilisant les banques alimentaires y a presque doublé depuis 1989¹⁹ et parmi les personnes dont le revenu est inférieur à 25'000\$, 20% disent qu'elles ne peuvent pas se permettre un régime alimentaire sain.²⁰

De plus, les personnes dont le revenu familial est plus bas ont tendance à estimer que leurs connaissances de la nutrition sont plus faibles que celles des personnes à revenu plus élevé. Or, une étude a révélé que la connaissance perçue de celle-ci était corrélée à l'importance globale attribuée à la nutrition.²¹ Par conséquent, la transmission des attitudes et des connaissances en matière de nutrition sont d'importants moteurs de changement.

Si, intuitivement, on ose tracer quelques parallèles avec la situation existant sur le Canton de Genève en matière d'inégalités sociales, le projet Alimentation et Santé doit bien viser à augmenter les connaissances et à valoriser les comportements alimentaires favorisant la santé des populations précarisées, par le développement d'apports éducationnels adaptés.

¹⁹ Association canadienne des banques alimentaires : Bilan-Faim 2002 : un sondage national sur le recours aux banques alimentaires au Canada, ACBA, Toronto, octobre 2002.

²⁰ Institut national de la nutrition : Tracking Nutrition Trends 1989-1984-1997. An Update on Canadians' Attitudes, Knowledge and Reported Actions, INN, Ottawa, 1997

²¹ Institut national de la nutrition : Tracking Nutrition Trends IV : An Update on Canadians' Nutrition-Related Attitudes, Knowledge and Actions, INN, Ottawa 2002