Master 2
Promotion de la santé et prévention
Promotion : **2019-2020**

Alimentation et santé : qu'en est-il des résidents âgés immigrés vivant en Foyer de Travailleurs Migrants ?

BASSA CISSE
Septembre 2020
Sous la direction de
M. LE BODO Yann

Remerciements

Je tiens à remercier mon enseignant référent de l'Ecole, Monsieur LE BODO Yann d'avoir accepté de me suivre tout le long du stage mais aussi pour son encadrement, sa rigueur, sa disponibilité, son écoute, sa patience, sa réactivité, son respect et son honnêteté envers ma personne.

Je tiens aussi à remercier ma tutrice de stage, Madame SAFWATE Meryem et ses collègues de l'Association Migrations Santé (Mesdames EMAM, PACAUD et SAFWATE) pour leur accueil, leur encadrement, leur disponibilité, leur écoute et leur transmission de savoirs.

Un remerciement spécial à ma famille, sans qui ce projet de reprise d'études n'aurait pas eu lieu et aussi à mes collègues devenus des amis très proches pour le soutien et leur aide (Mesdames COULIBALY, DIALLO et DIAWARA et Monsieur WAGUE).

Je serais ingrate si j'oublie de remercier tous les résidents des deux Foyers de Travailleurs Migrants et les professionnels qui y travaillent pour leur accueil et leur participation à ce travail car sans eux, je ne pourrais pas avancer. Comme le disaient les résidents en langue soninké : « O ni banné » (on ne forme qu'un).

Une pensée aussi au Docteur TESSIER Stéphane qui a pu m'apporter son aide dans la recherche du lieu de stage et sa disponibilité.

S o m m a i r e

AVANT-PROPOS……8
INTRODUCTION……9 à 17
I) Présentation générale du lieu de stage**……9**
A) Objectifs de l'Association Migrations Santé
B) Missions de l'Association Migrations Santé
C) Organigramme de l'Association Migrations Santé
II) Missions attribuées durant le stage**……12**
III) Justification de la thématique du mémoire**……13**
PREMIERE PARTIE : CONTEXTUALISATION ET MISE EN PERSPECTIVE DE LA PROBLEMATIQUE ……18 à 38
I) Alimentation et Santé : une préoccupation croissante chez Migrations Santé**...18**
II) Alimentation, Santé et Migration : Questionnement de départ**……21**
III) Problématisation du sujet**……24**
A) Revue de littérature
B) Explicitation des axes clefs
C) Problématique
DEUXIEME PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE……39 à 49
I) Cadre conceptuel**……39**
II) Méthodologie**……40**
A) Recueil de données
B) Traitement des données
C) Déroulement effectif de l'étude
TROISIEME PARTIE : ANALYSE DU MATERIEL RECUEILLI ET RESULTATS ……50 à 58
I) Caractéristiques du foyer de travailleurs migrants (FTM 1) étudié**……50**
II) Données issues des focus groups, des entretiens individuels et de l'observation.**50**
A) Caractéristiques sociodémographiques des participants
B) Analyse du contenu issu des focus groups
C) Analyse du contenu issu des entretiens
D) Données issues de l'observation de l'environnement alimentaire
QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION ET RETOUR REFLEXIF SUR LA MISSION DE STAGE……66 à 73
I) Discussion**……66**
A) Synthèse de l'analyse des résultats obtenus
B) Fort attachement aux pratiques et habitudes alimentaires prémigratoires
C) Alimentation et sante : regards croisés entre résidents et professionnels

D) Développer et consolider la littératie alimentaire des résidents âges immigres en FTM : une intervention socio-écologique plus adaptée à ce public ?

II) Retour réflexif sur la mission de stage**.....69**

A) Limites de l'étude exploratoire

B) Réflexion personnelle à l'issue du stage

CONCLUSION.....**71 à 72**

BIBLIOGRAPHIE..... **73 à 77**

LISTE DES ANNEXES.....**78 à 114**

Liste des sigles utilisés

AIDES : Association de Lutte contre le Sida et les Hépatites en France

ALJT : Association pour le Logement des Jeunes Travailleurs

ANAEM : Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrants

AOI-RSD 94 : Aide Odontologie Internationale- Réseau Social Dentaire du Val de Marne (94)

ARS : Agence Régionale de Santé

BPI : Bibliothèque Publique d'Informations

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence

CMS : Centre Municipale de Santé

CNA : Conseil National de l'Alimentation

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CNS : Conférence Nationale de Santé

COVID-19 : COronaVIrus Disease 2019

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPH : Centre Provisoire d'Hébergement

DGS : Direction Générale de la Santé

DG Trésor : Direction Générale du Trésor

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

EDI : Espace Dynamique d'Insertion

EDS : Enquête Décennale Santé

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

ENTRED : Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques

ESA : Espace Social Alimentaire

FAO : Organisation des Nations unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

FIDE : Centre de Formation Insertion pour le Développement et l'Emploi

FTM : Foyer de Travailleurs Migrants

GRDR : Groupe de Recherches de Réalisations pour le Développement Rural (Association)

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INRA : Institut National de la Recherche Agronomique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

INVS : INstitut de Veille Sanitaire

LHSS : Lit Halte Soins Santé

MNT : Maladie Non Transmissible

MR : Maison de Retraite

OBEPI : Enquête Epidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Perception d'Efficacité Collective

PEP : Perception d'Efficacité Personnelle

PO : Plan Obésité

PNA : Plan National pour l'Alimentation

PNAN : Programme National de l'Alimentation et de la Nutrition

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRI : Passage à la Retraite des Immigrés (Enquête)

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

RA : Résidence d'Accueil

RENIF : REseau de Néphrologie d'Ile de France

RJAM : Résidence Jeunes Actifs en Mobilités

RJT : Résidence Jeunes Travailleurs

RS : Résidence Sociale

SHARE : Santé Vieillissement et la Retraite en Europe (Enquête)

SRS : Schéma Régional de Santé

Liste des figures, graphiques et tableaux

FIGURES

FIGURE N°1 : Différents types d'hébergement et de logements sociaux**.....14**

FIGURE N°2 : Multiples déterminants de l'alimentation**.....29**

GRAPHIQUES

GRAPHIQUE N°1 : Organigramme de l'Association Migrations Santé**.....11**

GRAPHIQUE N°2 : Pistes de réflexion soulevées par les résidents pour développer et consolider leurs capacités en matière d'alimentation**.....61**

TABLEAUX

TABLEAU N°1 : Eléments théoriques retenus pour le cadrage conceptuel de l'étude**.....40**

TABLEAU N°2 : Données en lien avec le déroulement des séances de Focus Groups**.....47**

TABLEAU N°3 : Données en lien avec la réalisation des entretiens individuels**.....58**

TABLEAU N°4 : Caractéristiques sociodémographiques des résidents participant aux Focus Groups**.....50**

TABLEAU N°5 : Appréciation par les résidents du rôle de l'alimentation sur la santé et certaines pathologies**.....55**

Avant-propos

Dans le cadre du Master 2 en Santé Publique, Parcours « Promotion de la Santé et Prévention », j'ai été accueillie pour le stage de fin d'études par la structure Migrations Santé, association à but non-lucratif située en région parisienne, plus précisément dans le département de la Seine Saint Denis (93). Cet accueil a eu lieu du Lundi 25 mai au Vendredi 7 août 2020, soit une durée de deux mois et demi.

Initialement, le stage devait durer quatre mois (avril à juillet 2020), mais cela n'a pas été possible du fait du contexte sanitaire (épidémie de COVID-19). De plus, mes impératifs professionnels (période prédéterminée de mise en congé de formation professionnelle durant l'année de Master 2) ne m'ont pas permis d'étendre la période de stage jusqu'à l'automne 2020.

Néanmoins, ce stage m'a permis de découvrir le monde associatif, inconnu jusqu'à présent. Cela m'a aussi permis d'élargir un peu plus ma vision en termes d'interventions de santé, en passant d'une vision plutôt biomédicale (infirmière en milieu hospitalier) à une vision plus holistique en tant qu'infirmière en milieu scolaire (ma profession actuelle) puis stagiaire en charge de missions réalisées directement dans le milieu de vie des personnes.

Ce mémoire a été réalisé dans le cadre d'une mise en situation professionnelle. Le but de ce document est de mettre « en perspective le travail réalisé (…) en le replaçant dans [mon] parcours de formation » (EHESP, 2019). Son objectif est de « resituer la mission confiée au regard de l'état des savoirs et des enjeux du secteur, mais aussi de ses conditions de production » (EHESP, 2019).

Introduction

J'ai réalisé mon stage de Master 2 à **Migrations Santé**, association régie par la Loi 1901 qui agit, depuis sa création en Février 1970, pour la promotion de la santé des migrants, des réfugiés et de leurs familles. L'Association existe depuis cinquante ans à ce jour. La démarche de Migrations Santé se caractérise par sa capacité à aller vers les personnes en difficultés et les personnes éloignées du système de santé pour diverses raisons (barrière linguistique ou culturelle, précarité, méconnaissance des droits et complexité des démarches, etc.). Basée à Montreuil (située dans le département de la Seine-Saint Denis), son périmètre géographique d'intervention est l'Ile de France.

Dans cette introduction, je présenterai dans un premier temps la structure qui m'a accueillie durant ce stage. Dans un second temps, j'aborderai les missions qui m'ont été attribuées. Enfin, je justifierai le choix de la thématique de ce mémoire.

I) PRESENTATION GENERALE DU LIEU DE STAGE

A) OBJECTIFS DE L'ASSOCIATION MIGRATIONS SANTE

L'Association poursuit six objectifs visant à agir non seulement auprès du public migrant mais aussi auprès des professionnels en contact avec ce public. D'après le rapport d'activités de 2019 de l'Association, il s'agit de :

- Lutter contre les discriminations et les exclusions par l'accès aux systèmes de santé et aux droits communs.
- Favoriser l'éducation à la santé et participer ainsi à l'insertion des migrants dans la société française.
- Informer, sensibiliser, accompagner et mettre en place une prévention adaptée aux conditions de vie de cette population.
- Soutenir les professionnels dans leurs actions auprès des populations étrangères, de langues et de cultures différentes.
- Favoriser la communication de part et d'autre pour améliorer la qualité d'écoute, de conseil, d'accompagnement et de soins des personnes migrantes.
- Impulser la dynamique partenariale et mutualiser les compétences pour favoriser une approche globale de la personne.

B) MISSIONS DE L'ASSOCIATION

Pour atteindre ces objectifs, l'Association développe trois types de missions.

Le premier type de mission consiste à **faciliter l'accès à la santé et promouvoir les comportements favorables à la santé**. Pour cela, depuis 1993, plusieurs déclinaisons d'actions de terrain sont mises en place comme l'écoute, l'accompagnement et l'orientation socio-sanitaire vers l'accès aux droits et aux soins dans le cadre de permanences tenues dans les locaux de l'Association ou sur les lieux de résidence des personnes vulnérables ou éloignées du système de santé (par ex. : Foyers de Travailleurs Migrants (FTM), Résidences Sociales (RS), lieux culturels publics comme la Bibliothèque Publique d'Informations (BPI) ou la Cité des Sciences et de l'Industrie). L'Association assure également des visites à domicile auprès des personnes immigrées âgées vivant dans des Foyers de Travailleurs Migrants (FTM) et des résidences sociales (RS).

Par ailleurs, des actions collectives d'information, de sensibilisation et de dépistage sont organisées sur les thématiques suivantes : VIH-hépatites ; cancers (colorectal, du sein et du col de l'utérus) ; maladies rénales ; santé buccodentaire ; pratique du bilan de santé ; éducation nutritionnelle, diabète et maladies cardio-vasculaires ; droits à la retraite. A ce niveau, on parlera d'actions de prévention primaire et secondaire.

S'ajoute un volet de promotion de la santé globale envers les jeunes. Ce programme d'actions a été co-construit avec les jeunes en dispositif d'insertion (Espace Dynamique d'Insertion (EDI) et Association pour le Logements des Jeunes Travailleurs (ALJT), Résidences Jeunes Travailleurs (RJT), Résidences Jeunes Actifs en Mobilité (RJAM)) et avec les responsables de ces dispositifs. Ce volet est multithématique et s'inscrit dans le parcours d'insertion sociale et professionnelle. Celui-ci vise à renforcer la capacité des jeunes à exprimer des demandes, à entamer des démarches en rapport avec leur santé et à favoriser le rapprochement des jeunes du système de soins et de santé.

En dernier lieu, est incluse une action de prévention et de promotion de la santé en milieu carcéral, articulée autour d'un groupe de parole sur la santé et d'un soutien psychologique individuel.

En parallèle de ces actions de terrain, des actions de consolidation du réseau partenarial (développement et renforcement) sont développées au long de l'année, avec l'initiation et/ou la participation à diverses manifestations et initiatives locales.

Le deuxième type de mission est consacré à la **tenue d'un Centre de ressources** (documentation et information) qui s'est développé sur trois axes :

- Le développement du Centre de ressources autour du triptyque Santé / Migrations / Interculturalité.

- L'engagement de liens partenariaux avec d'autres associations et structures pour déployer le fonds documentaire et permettre sa plus large consultation *(*Centre de Formation Insertion pour le Développement et l'Emploi (FIDE), Cité de la Santé, Ville de Clichy-sous-Bois).
- La mise en place du secrétariat de rédaction de la revue Migrations Santé, la diffusion des outils pédagogiques et de la lettre, la réalisation des dossiers documentaires en bonne articulation avec les actions et le maintien du site internet.

Enfin, la troisième mission est la **mise en place de formations, de journées d'étude et de séminaires** afin de privilégier les contacts professionnels, de permettre le recul nécessaire par rapport au quotidien et d'offrir un espace d'échanges des pratiques et un enrichissement théorique.

C) ORGANIGRAMME

Pour la mise en place des diverses missions susmentionnées, l'Association est organisée en 4 pôles représentés sur le schéma ci-dessous : Administration et gestion financière ; Actions de terrain ; Formation ; Ressources Documentaires. Chaque pôle a à sa tête une responsable ou coordinatrice, à l'exception du pôle Ressources documentaires qui est géré par les responsables des trois autres pôles.

GRAPHIQUE N°1 : Organigramme de l'Association Migrations Santé

Source : Rapport d'Activités de l'Association de l'Année 2019

Chaque pôle est constitué d'une seule personne qui en est la responsable (salariée de l'association). Au final, l'Association s'appuie donc sur un effectif de quatre personnes salariées. Par contre, des bénévoles et des intervenants (rémunérés selon leurs prestations) sont sollicités de manière ponctuelle ou régulière sur les trois pôles pour la bonne marche de l'Association. Les personnels présents au quotidien durant toute la durée du stage étaient : la Responsable formation/ressources documentaires, la Responsable d'administration/gestion financière, la

Coordinatrice d'actions de terrain accompagnée d'une Chargée de Prévention Santé. Un autre chargé de prévention a été recruté et débutera le 1er Septembre 2020.

J'ai été accueillie dans le pôle Actions de terrains sous la responsabilité de la coordinatrice. J'ai aussi travaillé avec les responsables des deux autres pôles et la chargée de Prévention santé.

Des restrictions financières (baisse de subventions) ont impacté le fonctionnement de l'Association. Cela a amené à des licenciements et au gel de certaines actions. Entre 2006 et 2020, le nombre de salariés est passé de 12 à 5 personnes. Ces restrictions financières sont la conséquence de la mise en place de mesures politiques allant dans le sens d'une libéralisation du Tiers secteur[1] .

Notons par ailleurs qu'il y a un réseau national d'Associations Migrations Santé qui est moins actif à ce jour que par le passé. De 1970 à 1993, il s'agissait d'un travail en commun entre treize associations présentes en métropole uniquement. Depuis la mise en place des actions de terrains en 1993, une autonomisation des associations est à l'œuvre afin que chacune puisse mener des actions spécifiques adaptées aux réalités locales.

II) MISSIONS ATTRIBUEES DURANT LE STAGE

Les missions qui m'ont été attribuées étaient de deux types : des missions générales et spécifiques.

En ce qui concerne les missions générales, celles-ci devaient porter sur la participation à la vie quotidienne de la structure incluant les réunions d'équipe avec animation et rédaction du compte rendu, la rédaction des fiches-bilans des actions réalisées suite aux visites de terrains, des réflexions sur les opportunités de partenariat, des réflexions sur de futurs appels à projets, etc. Je devais également participer aux permanences socio-sanitaires sur le terrain (aide administrative, traduction/ interprétariat en langue soninké[2] auprès des usagers parlant cette langue, prise de contact avec des organismes partenaires, etc.), à l'animation des groupes de parole sur la santé en milieu carcéral et aux actions de prévention-santé dans les résidences sociales. Finalement, compte-tenu du contexte de crise sanitaire (Covid-19), certaines missions n'ont pas pu être réalisées, comme les groupes de parole en milieu carcéral et les actions de prévention-santé en

[1] Appelé également Economie solidaire ou Economie plurielle. Cela recouvre des activités socialement utiles mais non prises en charge par le secteur marchand parce que jugées non rentables. Le mouvement associatif participe à cette dynamique (BACHET, 2000).

2 C'est une Langue mandée (= branche de la famille de langues nigéro-congolaises) et parlée dans la bande sahélienne s'étendant de Bakel au Sénégal à Nara au Mali. Elle est aussi parlée dans le Guidimakha mauritanien et à l'est de la Gambie. On dénombre environ 1.5 millions de locuteurs. Par ailleurs, le soninké est la principale langue des immigrés d'origine africaine en France. Le soninké s'écrit à l'aide de l'alphabet latin depuis 1982. Toutefois, il reste une langue encore peu connue et faiblement développée en supports écrits (ATSÉ N'CHO, 2011).

résidence sociale. Cela s'explique par la difficulté de mise en place effective du protocole sanitaire et du respect des gestes barrières par les usagers.

La mission spécifique qui m'a été attribuée et qui fait l'objet de ce mémoire est une **étude exploratoire sur l'alimentation et la santé des résidents âgés immigrés vivant en Foyer de Travailleurs Migrants (FTM)**. Sur le terrain, elle a consisté à animer des Groupes de Paroles (GDP) auprès de personnes âgés immigrées sur la prévention en santé, l'hygiène alimentaire, la gestion du diabète et de l'hypertension artérielle, et à participer à la mise à jour de l'outil pédagogique de l'Association nommé « Un monde de saveurs ».

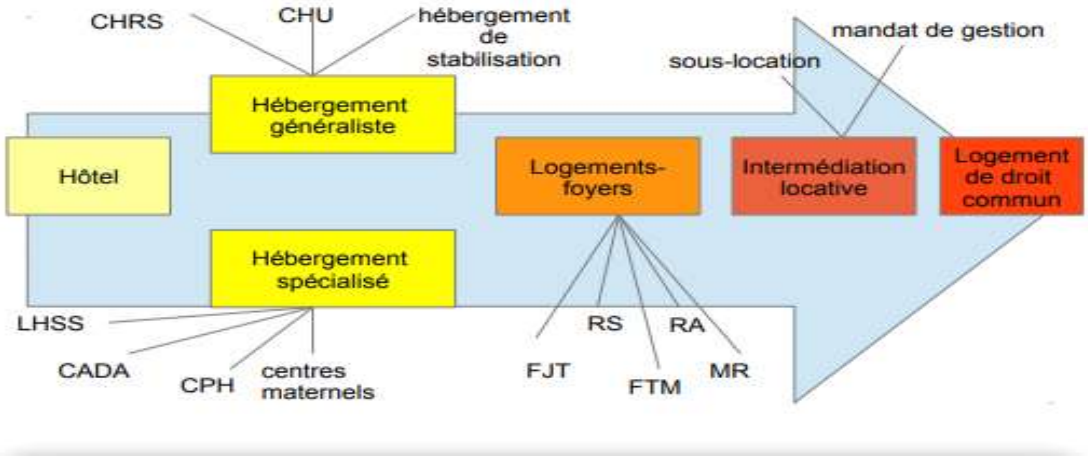
La section suivante revient sur les origines de cette mission, à la croisée d'un intérêt professionnel et personnel et des préoccupations de ma structure d'accueil.

III) JUSTIFICATION DE LA THEMATIQUE DE CE MEMOIRE

Durant mon parcours d'Infirmière de Soins généraux dans les services hospitaliers, j'ai été amenée à être en contact et à prendre en charge des patients issus de l'immigration vivant, pour certains, dans des Résidences Sociales (RS) et des Foyers de Travailleurs Migrants (FTM). Une interrogation me venait en tête : Comment se passe la suite de la prise de la charge à la sortie de l'hospitalisation compte-tenu du contexte dans lequel évolue ce public ? Cette interrogation n'est pas anodine puisque ce public résidait dans un « entre-deux » : entre l'hébergement et le logement.

Pour comprendre, la figure 1 ci-dessous reflète bien cette situation. Le FTM est un établissement qui héberge des travailleurs d'origine étrangère. Cet établissement propose des chambres individuelles ou collectives et des espaces communs. Ces foyers ont été conçus comme des logements provisoires, au même titre que les cités de transit accueillant les familles. Pour les bénéficiaires, le projet migratoire avait, au départ, essentiellement une finalité économique basée sur la promotion sociale et l'apport de revenus pour la famille dans le pays d'origine (SAUTREUIL, 2000). De ce fait, l'identité de l'immigré vivant en FTM, a toujours reposé aussi sur le caractère provisoire de leur résidence (SAUTREUIL, 2000).

FIGURE N°1[3] : Différents types d'hébergement et de logement sociaux



Source : Présentation sur les Résidences sociales, Fascicule de la formation d'Instructeur de Financement du Logement Social (IFLS) du 25 Juin 2018 au Centre de Valorisation des Ressources Humaines (CVRH) de Macon

Avec le temps, le FTM est devenu un milieu de vie « atypique », un espace d'entre soi, censé être provisoire mais qui s'est installé dans la durée, au fil d'un « va et vient » entre les deux rives : pas de retour définitif dans le pays d'origine et ni d'installation avec la famille dans le pays d'accueil.

J'ai tiré quelques constats de mon expérience professionnelle et des visites de terrain durant le stage : ce milieu de vie présente, depuis quelques années, des vulnérabilités sanitaires et sociales liées à l'usure précoce des personnes ayant eu des activités professionnelles éreintantes, aux faibles revenus de résidents - notamment au moment de la retraite - suite à un parcours professionnel haché, à la barrière de la langue et à l'isolement, pour certains. Ces vulnérabilités augmentent au fur et à mesure que le temps passe. Deux facteurs susceptibles d'accentuer ce phénomène sont le vieillissement de ce public et la vétusté de leur environnement : beaucoup de foyers de travailleurs migrants ont été conçus dans les années 50 à 70, ils sont devenus obsolètes et ne correspondent plus aujourd'hui aux besoins des résidents, notamment de ceux qui avancent en âge.

C'est pour ces raisons que l'Association Migrations Santé a fait de l'action auprès de ce public un point central de ses missions, dès sa création, en étant précurseur des interventions dans ce milieu de vie. Oser pousser la porte de cet espace d'entre soi, jusque-là « invisible » aux yeux de la société, a permis à divers acteurs d'amorcer la mise en place de plusieurs sujets d'études, de

[3] CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile / CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion sociale / CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence / CPH : Centre Provisoire d'Hébergement / FJT : Foyer de Jeunes Travailleurs / FTM : Foyer de Travailleurs Migrants / LHSS : Lit Halte Soins Santé / MR : Maison de Retraite / RA : Résidence d'Accueil / RS : Résidence sociale

recherches et de recherches-actions à plusieurs niveaux (sociologique, ethnographique, médico-social, psychologique, urbanistique, etc.) depuis la fin des années 1970. On peut citer :

- L'article *Le foyer des sans-familles* par Abdelmalek SAYAD en 1980.
- L'Enquête *Mobilité Géographique et Insertion Sociale* (MGIS) réalisée par l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) et par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) en 1992.
- L'article *La politique du logement des immigrés* (1945-1990) par Vincent VIET en 1999.
- L'enquête *Passage à la retraite des immigrés* (PRI) réalisée par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) entre 2002 et 2003.
- Le *Rapport sur les foyers de travailleurs migrants* réalisé par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 2004.
- L'enquête *Parcours et Profils des migrants récemment arrivés ou régularisés en France* de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) réalisée en 2006 et 2007.
- L'enquête *Trajectoires et Origines* (TEO), réalisée par l'INED et l'INSEE sur la diversité ethnique en France en 2008.
- L'étude *La santé perçue des immigrés en France*, une exploitation de l'Enquête décennale santé 2002-2003 par Paul DOURGNON, Florence JUSOT, Catherine SERMET et Jérôme SILVA en 2008.
- L'étude sur les inégalités de santé liées à l'immigration en France *Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ?* de Florence JUSOT, Jérôme SILVA, Paul DOURGNON et Catherine SERMET en 2009.
- Le rapport *État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français* par Caroline BERCHET et Florence JUSOT en 2012.
- Le Rapport du groupe Protection sociale *Refonder la politique d'intégration* par Bénédicte MADELIN, Dominique GENTIAL, Nathalie GOYAUX et Isabelle AMBROSINI en 2013.

Ces travaux contribueront à la mise en place d'orientations politiques (en termes de logement, de droits de séjour, de financements, d'accès et de recours aux soins, d'ouverture dans la cité, etc.) évoluant le plus souvent de façon graduelle et par petits pas. La plus récente des politiques pour la santé allant en ce sens fait partie de l'un des axes stratégiques du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), décliné du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) 2018 – 2022. Cette politique devrait permettre d'identifier les populations concernées, leurs

spécificités et leurs besoins dans le but d'impulser des actions dans le cadre des dispositifs de droit commun.

Parmi ces enjeux, je souhaitais plus particulièrement orienter ce travail sur l'équilibre alimentaire. Pourquoi ce thème ? Tout d'abord, il s'agit de l'un des principaux déterminants sociaux de la santé (OMS, 2004). Par ailleurs, l'éducation nutritionnelle est une démarche entamée par l'Association Migrations Santé depuis les années 80, par exemple via l'enquête réalisée auprès des familles maghrébines issues de l'immigration en 1981 ou la création d'une mallette pédagogique sur l'alimentation en 1990. L'Association souhaiterait aujourd'hui affiner son intervention auprès de ses bénéficiaires vivant en résidence sociale. De plus, l'alimentation ne concerne pas uniquement la fonction physiologique mais touche différentes sphères (sociale, culturelle, économique, cultuelle, écologique, sanitaire, etc.) qu'on ne peut négliger ou mettre de côté au moment de comprendre ou promouvoir certains comportements. En effet, Poulain (2002, p.16) indique que « l'acte alimentaire pour l'individu est beaucoup plus que le support de la fonction biologique de la nutrition. (…) C'est un acte humain total à travers lequel se retrouvent les questions sociales et culturelles les plus fondamentales ». Néanmoins, on constate peu de publications françaises sur la thématique de l'alimentation des personnes immigrées vivant en RS ou FTM, comme nous l'exposerons dans la première partie de ce mémoire (cf. revue de la littérature).

Ce choix est conforté par l'une des récentes recommandations du Conseil National de l'Alimentation (Avis 81 de Septembre 2018 : Alimentation favorable à la santé, recommandation n°5) considérant que « (…) Les politiques publiques ignorent la diversité socioculturelle des normes déterminant en partie les pratiques alimentaires de nombre de français y compris ceux issus de l'immigration, et notamment leur réception des messages de recommandations nutritionnelles. La manière dont les pratiques des pays d'origine peuvent s'hybrider avec celles du pays d'accueil est encore mal connue (…) Un effort de recherche important est nécessaire pour savoir si et comment il convient d'adapter les politiques alimentaires afin de mieux atteindre l'ensemble des français (…) ».

Par ailleurs, sur le plan pédagogique, la compréhension des phénomènes, afin d'apporter et mettre en place des réponses les plus pertinentes et adaptées en matière de prévention et de promotion de la santé, fait partie des objectifs de ce master. Enfin, c'est aussi un sujet avec peu voire pas de tabous, accessible à tous et suscitant souvent de l'intérêt de la part de la personne interrogée.

Pour conclure, un proverbe burkinabé dit : « Si dans un village étranger tu trouves des gens marchant la tête en bas, marche la tête en bas ! ». Cela sous-entend que l'adaptabilité à son environnement est une qualité essentielle. En ce qui concerne l'alimentation, cela est-il possible ? Et si oui, jusqu'où peut-on aller en termes d'adaptation lorsqu'on est présent « entre ici et là-bas » ?

Dans la première partie de ce mémoire, je m'attacherai à contextualiser ma mission de stage, à la mettre en perspective, à exposer la littérature disponible et la problématique de l'étude exploratoire. Une deuxième partie sera basée sur le(s) cadre(s) théorique(s) et la méthodologie utilisés pour répondre à la problématique posée. La troisième partie présentera les résultats et une dernière partie proposera une discussion et un retour réflexif sur la réalisation de ma mission.

PREMIERE PARTIE : Contextualisation et Mise en perspective de la problématique

I) ALIMENTATION ET SANTE : UNE PREOCCUPATION CROISSANTE CHEZ MIGRATIONS SANTE

La relation entre l'alimentation et la migration fait partie des préoccupations de l'Association Migrations Santé depuis plus de 50 ans, avec une qualification « d'urgence » dans ses objectifs dès la fin des années 1970. En effet, à cette époque, l'Association se rend compte du lien entre l'alimentation et diverses pathologies mais, en même temps, du manque de connaissances dans ce domaine. Le but est de pouvoir rassembler le peu de travaux existants, de mener des enquêtes nutritionnelles significatives pour « constituer des éléments d'une éducation nutritionnelle et fournir une information aux professionnels de santé sur l'alimentation des migrants qu'ils sont appelés à soigner » (MIGRATIONS SANTE, 1977). Un travail est alors initié et inclut :

- La création d'un groupe de travail dont l'objectif est d'analyser les situations, de recenser les besoins, de faire le point sur les travaux en cours ou déjà réalisés sur la nutrition et l'alimentation des immigrés en France (MIGRATIONS SANTE, 1977).
- La mise en place d'une pré-enquête exploratoire (« les Habitudes alimentaires de familles maghrébines en région parisienne ») dans le début des années 80. Ses objectifs étaient d'orienter une éducation nutritionnelle en milieu migrant, d'orienter une action propre des associations de migrants, de donner des informations aux responsables des organisations d'alimentation collective en lien avec les migrants, d'affiner la problématique de la prévention de la pathologie nutritionnelle des migrants et de fournir le point de départ d'un colloque national ou international (MIGRATIONS SANTE, 1981). A l'époque, peu d'études françaises étaient publiées sur la question et l'on ne pouvait retrouver de données à ce sujet que dans les études relatives aux aspects généraux de l'immigration.

Le début des années 1990 marque la création d'une mallette d'éducation nutritionnelle intitulée « Un monde de saveurs » composée de 104 diapositives et de 2 fascicules explicatifs (Alimentation et Santé / Alimentation et Cultures) (Cf. Annexe n°1). Elle fait suite à une pré-enquête auprès des professionnels de santé de la région parisienne et d'un sondage réalisé auprès du public étranger. Les professionnels avaient fait remonter la nécessité d'aborder la thématique alimentation avec ce public et le constat d'absence de matériel pédagogique tenant compte des origines géographiques des populations. Ainsi, cette création répondait à une demande des professionnels de santé d'avoir un matériel adapté. Nous n'avons pas retrouvé trace d'un

retour d'expérience sur l'utilisation de cette mallette auprès du public. Elle ne sera plus mise à disposition (en vente) des professionnels à partir de 1998 pour cause de manque de financement.

Depuis les années 1990, un élément central de vigilance émerge pour l'Association : la prévention auprès des populations migrantes ne peut être dissociée de l'accès aux soins et de l'accès aux droits (MIGRATIONS SANTE, 1993). En effet, l'association constate trois éléments importants (perception) :

- Une meilleure reconnaissance de l'aspect nosographique des pathologies chez les migrants (MIGRATIONS SANTE, 1993).
- La nécessité de former les professionnels qui reçoivent les migrants (MIGRATIONS SANTE, 1993).
- L'importance de collecter des données sur la prise en charge médico-sociale de ce public pour la recherche, l'évaluation et l'étude épidémiologique (MIGRATIONS SANTE, 1993).

Pour l'association, il s'agit du meilleur moment pour « passer de la pathologie au concept de santé ». Cela passera par la décision de faire intervenir des partenaires d'origine migrante afin de susciter des rôles de médiateurs dans les communautés et mettre à disposition des migrants eux-mêmes un maximum de savoir et de savoir-faire pour se rapprocher au mieux d'une utilisation cohérente du système de soins.

En 1993, c'est le début des actions de terrain en Education et Promotion de la Santé réalisées par l'Association envers le public. En effet, de 1970 à 1993, l'association travaillait essentiellement sur la production de supports pédagogiques, la formation de professionnels et la constitution d'un réseau partenarial solide. Ces nouvelles actions de terrains seront dirigées en priorité sur certaines thématiques comme le VIH, le saturnisme (en lien avec les financeurs et leurs objectifs). En ce qui concerne l'alimentation, il faudra attendre les années 2003-2004 pour la mise en place d'actions collectives (prévention primaire sous la forme d'information, de sensibilisation) et individuelles (prévention secondaire sous la forme de dépistage). De manière globale, les actions sont en lien avec le Plan National Nutrition Santé (PNNS 1, sorti en 2001) et la méthode utilisée jusqu'à présent lors de ces actions est le groupe de paroles dans une ambiance conviviale.

En 2007, avec l'évolution du PNNS (PNNS 2) incluant un volet envers les personnes défavorisées, la mallette « Un monde de saveurs » est mise à jour sous la forme d'une plaquette de quatre pages (format flyer) : « Bien manger et pas cher pour rester en bonne santé, mauvais équilibre alimentaire = mauvaise santé ». Ce document sera traduit en cinq langues en 2008, à destination d'un public migrant peu alphabétisé (Cf Annexe n°2). La dimension culturelle de l'alimentation n'apparait plus sur ce flyer. Est-ce un choix délibéré de l'Association ou une

orientation du financeur ? Tout comme pour la mallette, nous n'avons pas retrouvé trace d'un retour d'expérience de la part des usagers et des professionnels utilisant le flyer.

En 2015, suite à la crise migratoire, l'association distingue l'émergence de trois publics en situation de vulnérabilité nutritionnelle parmi ses usagers :

- Les jeunes actifs (environ 18 à 25 ans) vivant dans les Résidences pour Jeunes travailleurs (RJT) et les Résidences pour jeunes Actifs en Mobilité (RJAM) : ils ne possèdent pas ou peu de savoir-culinaire, rencontrent de la fatigue mais aussi un manque de temps et un budget consacré aux repas qui est serré.
- Les mères isolées avec des enfants dans les Centres d'Accueil pour les Demandeurs d'Asile (CADA) : arrivées en France, ces femmes se trouvent face à la difficulté de s'adapter à la nourriture du pays d'accueil et à celle de se ravitailler en aliments du pays d'origine. Certaines d'entre elles bénéficient aussi d'aide alimentaire et de produits de base (conserves, lait et autre) mais ne savent pas les cuisiner ou les accommoder de façon équilibrée avec ce qu'elles ont dans leurs réfrigérateurs et placards.
- Les personnes immigrées âgées vivant dans les Foyers de Travailleurs Migrants (FTM) et dans les Résidences sociales (RS).

En concertation avec ma tutrice, l'objet de mon mémoire s'est concentré sur le troisième public puisqu'il fait l'objet d'une attention particulière en matière d'alimentation et de santé depuis quelques années. En effet, suite au rapport de l'Association intitulé « Etat socio-sanitaire des personnes âgées immigrées » publié en 2016 sur la base d'un diagnostic fait en 2013, un constat est mis en évidence :

> « (…) au vu du nombre croissant de personnes âgées immigrées, les résidences sociales sont plus encore confrontées aux problématiques de vieillissement de ses résidents. La tranche d'âge des 50-64 ans représente 39 %, et 26 % pour celle qui va de 65 à + 70 ans. Parmi ces personnes, certaines présentent un état de santé critique. On dénombre des situations de handicap (accidents de travail) et de nombreuses pathologies : insuffisance rénale, diabète, hypertension, malnutrition, problèmes buccodentaires…etc. (…). Ce public ne maîtrise pas la langue française ni les codes culturels et encore moins le numérique aujourd'hui ».

Ce même rapport fait également le lien entre les habitudes alimentaires de ce public et leurs problèmes de santé, associés à une diversité de facteurs :

> « Comme ils ne possèdent pas de savoir-faire culinaire et ont un budget très restreint, ils se contentent des plats cuisinés (présence de cuisine collective d'insertion sociale) sur place sans les agrémenter avec d'autres produits frais (fruits, légumes, yaourts...).

Les personnes âgées ne souffrent pas de dénutrition mais gardent leurs habitudes alimentaires qui ne sont pas forcément en accord avec la gestion des pathologies dont elles souffrent ».

Il s'agit là d'une précision de la part du Dr Stéphane Tessier, ancien chef du service promotion de la santé de la ville de Vitry sur Seine et membre du Conseil d'Administration de Migrations Santé.

En tenant compte des différents éléments cités ci-dessus, l'Association a récemment décidé de fixer des objectifs généraux pour l'éducation nutritionnelle :

- Amener les résidents vieillissants à être acteurs autour d'une dynamique de prévention et d'éducation pour la santé.
- Améliorer l'accès aux droits, aux soins et aux dispositifs de prévention.

En ce qui concerne les objectifs opérationnels, ils sont au nombre de six, littéralement :

- Sensibiliser sur l'hygiène buccodentaire et promouvoir l'accès aux soins dentaires.
- Aider à reconstruire l'auto estime pour mieux s'occuper de soi.
- Faciliter l'appropriation des informations sur l'alimentation, l'hygiène alimentaire.
- Faciliter l'appropriation des informations sur l'alimentation, l'hygiène alimentaire, la gestion des pathologies nutritionnelles telles que le diabète, l'hypertension artérielle, l'insuffisance rénale, etc.
- Informer sur la sécurité alimentaire (propreté de la cuisine et des ustensiles, conservation des aliments, de la chaîne du froid...).
- Sensibiliser sur le rôle prépondérant que joue l'alimentation dans l'évolution des pathologies nutritionnelles et la prévention des risques métaboliques.

Ces objectifs soulèvent toutefois une question récurrente pour l'Association : Comment faire pour mobiliser les personnes concernées pour qu'elles puissent se saisir au mieux des informations nutritionnelles qui les aideront à adopter des comportements favorables à leur santé ?

Dans la section suivante, nous mettons en perspective cette question de départ.

II) ALIMENTATION, SANTE ET MIGRATION : QUESTIONNEMENT DE DEPART

Les comportements alimentaires ont fait l'objet d'études scientifiques nombreuses qui font appel à diverses disciplines : histoire, biologie, sociologie, économie et anthropologie (INRA, 2012). Ils se situent en effet à la croisée des besoins de l'organisme, de contraintes économiques et sociales (budget, catégorie sociale), de traditions identitaires et d'imaginaires collectifs ou individuels très présents dans ce que l'on mange (INRA, 2012). Ainsi, par exemple, les

comportements alimentaires ont connu depuis la fin de la Seconde guerre mondiale des évolutions importantes liées aux modifications des modes de vie et à un accès facilité à une alimentation diversifiée et abondante (HCSP, 2000). La généralisation de l'emploi féminin a entraîné une augmentation de la consommation alimentaire hors domicile et de l'achat de produits préparés. D'autres facteurs sont liés à cette évolution, comme l'augmentation des temps de transport entre le domicile et le lieu de travail, la diversité des horaires de travail, le nombre croissant de ménages célibataires. On note aussi une baisse relative de la part du budget consacré à l'alimentation (INRA, 2012). Par ailleurs, les techniques de marketing de l'industrie agroalimentaire influencent l'achat et la consommation des produits alimentaires (INSERM, 2017).

Ces évolutions ont eu une influence sur l'état de santé des populations. L'épidémie de maladies chroniques dont souffrent les pays développés et les pays en développement a été associée aux modifications du régime alimentaire et du mode de vie (OMS-FAO, 2002). En France, en 2000, le Haut Conseil de Santé Publique relevait déjà que l'alimentation et l'état nutritionnel participent de façon essentielle à l'initiation, au développement et à l'expression clinique des maladies qui sont les plus répandues dans les pays développés (cancers, maladies cardiovasculaires, obésité, ostéoporose,) (HCSP, 2000). Plus récemment, l'Institut de Veille Sanitaire (INVS, 2010) soulignait notamment que 3.5 millions de Français étaient touchés par le diabète et qu'un tiers des cancers (première cause de mortalité en France) seraient évitables par une alimentation plus équilibrée. Les maladies cardiovasculaires, deuxième cause de mortalité, pourraient également être liées à un déséquilibre alimentaire. L'enquête OBEPI de 2012 rapportait que 21 millions de Français sont en surpoids ou obèses, soit près d'un adulte sur deux. Par ailleurs, d'après cette même enquête, 17.6% des Français déclarent être traités pour l'hypertension artérielle. Ainsi, la Direction générale du Trésor a évalué le coût social de l'obésité et du surpoids (dépenses de santé, absentéisme, etc.) à 20,4 milliards d'euros en 2012 ou 56 millions d'euros/jour, soit un montant comparable à celui du tabac et de l'alcool.

Au vu de cette préoccupation complexe, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) est annoncé par le gouvernement fin 2000, sur la base de travaux de nombreux organismes et s'appuie sur un comité d'appui stratégique placé sous l'égide de la Direction générale de la santé pour sa mise en œuvre. Ce programme est accompagné d'autres plans tels le Plan Obésité (PO), le Plan National pour l'Alimentation (PNA) ou le Programme National de l'Alimentation et de la Nutrition (PNAN). Toujours d'actualité, la quatrième version du PNNS 2019-2023 est en cours d'exécution.

Ce plan est fondé sur de multiples études scientifiques et les recommandations émises évoluent avec l'acquisition de nouvelles connaissances (INSERM, 2018). Par conséquent, chaque PNNS a une spécificité dont les actions découlent. Le PNNS 2 (2006-2010) mettait l'accent sur le repérage des critères nutritionnels estampillés ''bons''. Le PNNS 3 (2011-2015), quant à lui, préconisait la mise en place d'interventions plutôt spécifiques et ciblées. Et le PNNS 4 (2019-2023)

se veut plus intégrateur, en favorisant une approche par milieu de vie. Sa finalité est le développement des interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation.

Récemment, il a été considéré que des stratégies de santé publique fondées essentiellement sur les déterminants individuels des comportements alimentaires étaient mises en place. Elles s'appuient principalement sur la communication nutritionnelle (HCSP, 2017). Aussi primordiale soit-elle, cette approche n'agit pas sur les inégalités sociales de santé en nutrition, voire est susceptible de les aggraver (HCSP, 2017). LANG et HERCBERG (2018, p.35) expliquent que l'approche individuelle met de côté l'impact de l'environnement et permet le maintien des inégalités sociales surtout dans le domaine de la nutrition :

> « Les innovations et les comportements sains sont adoptés en premier par les catégories les plus favorisées de la population. Elles disposent en effet de plus de ressources financières et culturelles pour être informées et adopter ces modifications de comportements. La santé et sa préservation sont des priorités que les personnes gèrent au sein de leurs difficultés de vie. Il faut avoir l'esprit libre pour prioriser la santé au milieu des embarras financiers, des difficultés à se loger ou à trouver un emploi tout en élevant seul des enfants etc. Il est plus facile de faire attention à sa santé quand ces problèmes de vie sont déjà résolus ».

Presque toutes les pathologies non transmissibles montrent des gradients sociaux d'incidence et de mortalité : pour les maladies cardio-vasculaires, la mortalité et les taux d'hospitalisation pour les cardiopathies ischémiques sont respectivement de + 50 % et + 16 % dans le quintile le plus défavorisé par rapport au quintile le plus favorisé de la population (DREES, 2017). De même, la prévalence du diabète est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, écart en relation avec le gradient social de l'obésité, facteur de risque du diabète, plus marqué chez les femmes que chez les hommes (DREES, 2017). En 2017, un rapport de l'IGAS insistait justement sur les inégalités sociales en nutrition, et évoquait la faible prise en compte du public migrant dans le développement des interventions :

> « En outre, le PNNS ignore largement la grande hétérogénéité de la population française. Certes, la déclinaison régionale du PNNS opérée par les ARS permet de tenir compte des disparités et des caractéristiques régionales. En revanche, l'adaptation des messages à la diversité des traditions culinaires et des cultures alimentaires (rythme, organisation, composition des repas, tabous alimentaires) de millions de personnes issues de l'immigration, dont une proportion non négligeable vit en situation de précarité, n'est pas abordée (IGAS, 2017) ».

En effet, les pathologies nutritionnelles concernent toute la population y compris celle venant de l'étranger. Pour exemple, l'analyse de l'Enquête Décennale Santé (EDS) 2002-2003 met

en évidence une prévalence du diabète plus élevée chez les personnes d'origine maghrébine vivant en France, par rapport à celles d'origine française. Par ailleurs, l'analyse des données de l'étude ENTRED (Échantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques) de 2007 a mis en évidence un moins bon contrôle glycémique chez les personnes d'origine maghrébine (hommes et femmes), qui peut être l'une des causes de la plus forte prévalence des complications ophtalmologiques dans cette population. Selon le rapport de l'Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations (ANAEM), réalisé à partir des résultats de 8 086 visites médicales obligatoires en Mai et Novembre 2005, l'obésité, les maladies cardio-vasculaires et le diabète sont les principaux pourvoyeurs de maladies chroniques des étrangers bénéficiaires d'une carte de résident.

De ce fait, les différents éléments présentés ci-dessus nous amènent à préciser notre questionnement de départ :

- Quels sont les facteurs associés aux habitudes, pratiques, achats et modes de consommations alimentaires d'une population issue de l'immigration ?
- Quels sont les leviers et les freins à la mise en pratique des recommandations nutritionnelles auprès d'une population migrante ?
- Dans quelle mesure peut-on concilier les politiques nutritionnelles standardisées ou à portée universelle et l'hétérogénéité de la population, y compris celle venant de l'étranger ?
- Comment adapter les pratiques cliniques ou interventions de terrain (positionnement de l'acteur de santé publique) en tenant compte du contexte culturel des populations allochtones, notamment l'acceptabilité et la recevabilité du message de prévention au sein de cette population ?

Dans la section suivante, nous allons faire le point sur les connaissances disponibles en la matière.

III) PROBLEMATISATION DU SUJET

A) REVUE DE LA LITTERATURE

L'objectif de notre recension des écrits était de faire le point sur les connaissances en matière d'alimentation et de migration, plus particulièrement en France. La recherche bibliographique a été réalisée par une interrogation systématique de l'archive de la Banque de données en santé publique (consultable via le service documentation de l'EHESP) et de CAIRN pour la période 1970-2020 (l'année 1970 correspondant à la Fin des Trente Glorieuses et à l'arrivée de nombreux migrants en provenance de l'extérieur de l'Union Européenne). Les articles ont été identifiés à l'aide de la combinaison de mots-clés suivants, en langue française : « immigré ou étranger ou migrant » ET « alimentation ou nutrition » ET « prévention ou éducation ou promotion

». Au total, cette recherche a permis d'identifier 1730 articles dont 72 ont été retenus. Cette sélection a été faite sur la base du titre, du résumé, des mots-clés et du support de publication. Au final, nous avons choisi ces documents car ils abordaient à la fois la migration et l'alimentation. Cela nous a permis d'avoir une vision large de mon objet de recherche, du point de vue des sciences humaines et sociales mais aussi de la physiopathologie nutritionnelle (état de santé). De plus, la majorité des documents parlent des immigrés hors Union européenne. Cette première sélection a été complétée par des articles et rapports non repérés par l'analyse systématique, comme des références conseillées par mon tuteur, des travaux effectués dans le cadre du Master et des documents de travail de l'Association. Cette recherche bibliographique a permis de dégager deux axes principaux dans l'état des connaissances :

1. Les enjeux de santé associés à la migration, notamment en lien avec l'alimentation (Etat de santé et migration / Pratiques alimentaires et migration).
2. Les enjeux des interventions visant à promouvoir une alimentation favorable à la santé, notamment dans un contexte multiculturel et migratoire.

Nous allons expliciter ces deux axes. Tout d'abord, nous aborderons les enjeux de santé en lien avec le parcours migratoire, avec un focus sur les personnes âgées immigrées et les pratiques alimentaires durant la migration. Puis nous évoquerons les interventions visant la promotion de l'alimentation favorable à la santé, de manière générale puis dans un contexte migratoire. Nous finirons par un regard plus spécifique sur la littératie alimentaire.

B) EXPLICITATION DES AXES CLEFS

1- Enjeux de santé associés à l'alimentation et à la migration

a- Etat de santé et migration

- *Population immigrée en France*

Avant de poser un regard sur l'état sanitaire des immigrés en France, définissons ce que nous entendons par le terme « immigré », public concerné par notre étude. D'après l'INSEE, un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Les personnes nées françaises à l'étranger et vivant en France ne sont donc pas comptabilisées. À l'inverse, certains immigrés ont pu devenir français, les autres restant étrangers (définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration). Les populations étrangères et immigrées ne se confondent pas totalement : un immigré n'est pas nécessairement étranger et réciproquement, certains étrangers sont nés en France (essentiellement des mineurs). La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré (INSEE, 2016).

Ainsi, toujours selon l'INSEE (2019), en 2018, 6,5 millions d'immigrés vivent en France, soit 9,7 % de la population totale. Parmi eux, 37 % ont acquis la nationalité française. 46,1 % des immigrés vivant en France sont nés en Afrique, 33,5 % sont nés en Europe. Les pays de naissance les plus fréquents des immigrés sont l'Algérie (13,0 %), le Maroc (11,9 %), le Portugal (9,2 %), la Tunisie (4,4 %), l'Italie (4,3 %), la Turquie (3,8 %) et l'Espagne (3,7 %). La moitié des immigrés sont originaires d'un de ces sept pays (50,3 %). La population immigrée en France progresse en effectif et en pourcentage de la population totale depuis 1946. Elle correspondait à 5 % de la population vivant en France en 1946, contre 7,4 % en 1975 et 9,7 % en 2018. Jusqu'au milieu des années 1970, les flux d'immigration étaient majoritairement masculins, comblant les besoins de main-d'œuvre nés de la reconstruction d'après-guerre, puis de la période des Trente Glorieuses. Comme nous le verrons, cela explique que la plupart des personnes âgées visant encore aujourd'hui en FTM et rencontrés dans le cadre de notre étude soient des hommes. En 1974, dans un contexte économique dégradé, un frein est mis à l'immigration de travail et l'immigration familiale se développe. Depuis cette date, la part des femmes dans les flux d'immigration est croissante, qu'il s'agisse de regroupement familial ou non. En 2018, 52 % des immigrés sont des femmes, contre 44 % en 1975 et 45 % en 1946.

- *Problématiques de santé des immigrés*

Après ce cadrage, nous allons porter un regard sur l'état de santé en général de cette population immigrée en France. En exploitant l'enquête SHARE sur la Santé, le Vieillissement et la Retraite en Europe (Vague 1, 2004-2005), BRECHET et JUSOT (2012) observent que l'état de santé des immigrés est moins bon que celui des autochtones des pays concernées par l'enquête SHARE, et que le taux de mortalité de différents groupes d'étrangers est plus élevé que celui de la population native des pays mentionnés. Ainsi, elles considèrent que « de meilleur, l'état de santé des immigrés est devenu en 30 ans (1980) plus mauvais que celui des Français » (BERCHET et JUSOT, 2012). Des disparités selon le pays d'origine ont été aussi relevées notamment avec les résultats de l'enquête « Passage à la Retraite des Immigrés ou PRI » initiée en 2005 par la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse) et réalisée en collaboration avec l'INSEE, sous la direction de Claudine ATTIAS-DONFUT. Cette enquête indique que les individus originaires d'Europe du Nord et d'Afrique subsaharienne bénéficient d'un meilleur état de santé que les personnes originaires d'Europe du Sud et d'Afrique du Nord. A ce jour, il n'y a pas eu d'autre version de cette enquête PRI.

Cet état de santé est en lien avec l'accès et le recours aux soins. Notons également que la situation sociale particulièrement précaire des immigrés et leurs difficultés d'intégration en France sont également à l'origine de la détérioration de leur état de santé. Enfin, l'état de santé des immigrés peut être expliqué par des différences dans les habitudes de vie entre le pays

d'origine et le pays d'accueil et de l'impact à long terme de la situation sociale et sanitaire de ces immigrés dans le pays d'accueil (JUSOT et AL, 2009). En effet, HOYEZ (2012) constate des disparités dans le recours aux soins des migrants en France ainsi que son caractère très désorganisé et hétérogène qu'il s'agisse de non-recours, de sous-consommation ou parfois de surconsommation. Ce constat était déjà relevé par FASSIN (2000) et COGNET et Al (2009). Ces derniers remarquent qu'en France, l'accès aux soins des migrants est conditionné par les politiques migratoires (critères de nationalité, de régularité et de durée du séjour). Le statut migratoire impose la mise en place de processus de différenciation qui détermine l'accès aux soins et donc joue également sur l'état de santé. On notera donc la présence de multiples facteurs des inégalités sociales de santé en dehors du domaine médical et des politiques de santé publique. Il s'agit d'un ensemble de facteurs sociaux et économiques (RODE, 2009).

En somme, ces constats nous rappellent que la santé des migrants est particulièrement reliée à des facteurs non seulement reliés à l'accessibilité aux services de santé, à la volonté du prestataire de soins de s'adapter à une patientèle spécifique mais aussi à divers facteurs individuels et environnementaux (attitudes individuelles envers les services de santé ; facteurs reliés à la menace représentée par la maladie ; facteurs reliés aux connaissances relatives à la maladie ; facteurs reliés au réseau social et facteurs sociodémographiques) (BECKER et MAIMAN, 1983). Ces accès et recours aux soins ont un impact sur la santé, à différents niveaux, y compris sur la santé nutritionnelle.

- *Focus sur les personnes âgées immigrées*

Après ce regard général sur l'état de santé des immigrés, abordons succinctement celui des personnes âgées immigrées, public ciblé par ce travail. MARTINEAU et PLARD (2018) résument ainsi l'état de santé des immigrés vieillissants **:** « Les trajectoires professionnelles des immigrés vieillissants ont été corrélées aux conditions de vie plus souvent précaires qu'ils ont connues ». Cela sous-entend la présence du phénomène *«* Effet du migrant épuisé », correspondant à l'effet délétère des conditions de vie dans le pays d'accueil impactant sur la santé des immigrés pour aboutir au constat d'un moins bon état de santé des immigrés comparé aux non-immigrés (HAMEL et MOISY, 2013). Est notamment fait le lien entre l'état de santé et les éléments ayant un impact sur celui-ci en termes de consommation de soins, puisque celle-ci est plus faible chez les immigrés âgés que dans le reste de la population (ATTIAS-DONFUT et TESSIER, 2005). De plus, une partie d'entre eux a *«* un faible recours aux pratiques médicales préventives et un recours aux soins souvent tardif » (SOUMEUR-MEREAU, 2014). Ce faible recours est lié à des phénomènes de renoncement d'accès aux soins principalement pour des raisons financières (majoritairement visible chez les migrants âgés originaires d'Afrique) (CROGUENNEC, 2012). Différents facteurs

compliquent encore l'accès aux soins et à la santé d'une partie des personnes âgées immigrées (non-recours par méconnaissance), ce qui favorise le vieillissement prématuré de ce public.

- *Santé nutritionnelle des immigrés*

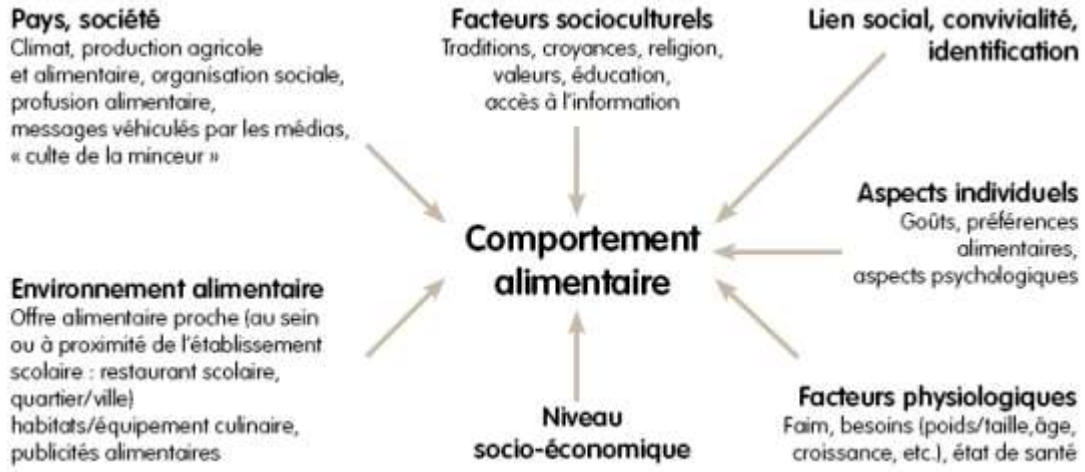
Les habitudes de vie, telles que le tabagisme, la nutrition ou la consommation d'alcool, ont un impact majeur sur l'état de santé. Ces facteurs ont un rôle connu sur l'incidence de nombreux cancers et maladies coronariennes (OMS, 2017). Mais peut-on parler d'une santé nutritionnelle spécifique aux immigrés ? Est-elle différente de celle des individus originaires du pays d'accueil ?

CRENN, HASSOUN et MEDINA (2010) font par exemple référence à de fréquentes « pathologies d'adaptation » (maladies cardio-vasculaires ou surcharge pondérale liées à l'alimentation) traduites comme étant le résultat des difficultés rencontrées par les « migrants » dans leur confrontation aux pratiques alimentaires de la société d'immigration. Mais les situations peuvent varier selon le contexte. Ainsi, les immigrés et notamment les individus originaires d'Europe du Sud et d'Afrique du Nord devraient, conformément à la littérature, être protégés par leur meilleure hygiène de vie basée sur une alimentation riche en légumes et une faible consommation de boissons alcoolisées (WANNER et AL, 1995 ; DARMON et KHLAT, 2001). Toutefois les immigrés de seconde génération, en adoptant les habitudes culturelles du pays d'accueil, peuvent perdre ces avantages (LERT, MELCHIOR et VILLE, 2007). Cela fait résonnance avec les phrases d'ETIEN et TIBERE (2013) : « En situation d'immigration ou d'exil, les nourritures servent la construction sociale et l'entretien de leur identité et de leur mémoire, devenant par là même une ressource pour se positionner entre pays d'origine et société d'accueil. (…) Il y a une tentative de conserver un continuum alimentaire aussi cohérent que possible ».

MASSE (1986) précisa que l'interprétation des évènements de santé est en lien avec l'acquisition des savoirs et connaissances acquis via différentes sources (amis, parents, entourage, médias, etc.). De fait, l'explication de l'apparition des signes de la maladie dépend du modèle explicatif collectif dominant dans la culture de l'individu. Tout comme l'évaluation de la gravité des symptômes et leurs effets sur les activités quotidiennes, cette évaluation est faite en fonction des normes sociales. Appliquées à la compréhension des comportements alimentaires, les normes sociales sont définies comme « des règles ou des modèles de conduite socialement partagés, fondés sur des valeurs communes et impliquant une pression en faveur de l'adoption d'une conduite donnée, sous peine de réprobation de la part de la société ou du groupe de référence » (BARIL, LAGUË et PAQUETTE, 2012). Ces auteurs précisent que les normes sociales ne représentent qu'une partie des facteurs de l'environnement socioculturel ayant une influence sur les habitudes alimentaires. Les normes sociales se distinguent toutefois des autres règles sociales par leur dynamique évolutive. Elles ne sont pas immobiles et participent à une redéfinition en continu de la structure sociale.

D'autres auteurs insistent sur la diversité d'influences environnementales sur le comportement alimentaire, avec l'influence simultanée de processus conscients et inconscients, à la fois indirects et directs (KREMERS, DE BRUIJN, VISSCHER, VAN MECHELEN, DE VRIES et BRUGJ, 2006). De fait, la consommation alimentaire en tant que phénomène individuel ou social est extrêmement complexe. Elle répond à une multitude de facteurs internes et externes en interaction notamment avec les disponibilités alimentaires, la diversité alimentaire, le mode de vie et le niveau socio-économique (FAO, 1997) (figure 2) :

FIGURE N°2 : Multiples déterminants de l'alimentation



Source : INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, actuel Santé Publique France), 2012

En somme, Les comportements alimentaires sont des phénomènes complexes et multifactoriels qui se jouent à la fois au niveau individuel (état physiologique, préférences alimentaires, connaissances en nutrition et déterminants sensoriels) et au niveau écologique ou externe (environnement physique, environnement économique, culture alimentaire nationale, statut social et milieu culturel). Ces deux niveaux interagissent en même temps et à différents degrés selon les personnes. Ainsi, parler d'une « santé nutritionnelle spécifique aux immigrés » serait une expression incorrecte. L'adoption des comportements alimentaires est étroitement liée aux normes sociales, aux facteurs individuels et à l'environnement entourant les personnes. On ne peut faire une généralité de ces comportements chez les immigrés, même si des ressemblances ou des similitudes peuvent être constatées.

b- Pratiques alimentaires et Migration

- *Les facteurs particuliers qui entrent en compte dans un contexte de migration*

S'alimenter, se nourrir ou plus simplement manger : quel est le lien entre l'être humain et le fait de manger ? POULAIN (2002) l'illustre avec le concept d'Espace Social alimentaire (ESA). Celui-ci correspond à la « zone de liberté laissée au mangeur humain par une double série de contraintes matérielles : d'une part les contraintes biologiques, liées à son statut d'omnivore, qui

s'imposent à lui de manière relativement souple et, d'autre part, les contraintes écologiques du biotope dans lequel il est installé qui se transforment en contraintes économiques dans les sociétés industrialisées (…) ». Poulain précise que cet espace est divisé en 6 sous-espaces : Espace du mangeable ; Espace du système alimentaire ; Espace du culinaire ; Espace des habitudes de consommation ; Espace de la temporalité alimentaire et Espace de différenciation. Selon lui, d'une combinaison particulière des dimensions de l'espace social alimentaire découle un modèle alimentaire, qui caractérise l'appartenance d'un mangeur à un milieu social. Cela permet notamment de mettre en évidence des changements dans la situation du mangeur, notamment chez les étrangers se trouvant confrontés tout à la fois à un nouvel espace du mangeable, un nouvel espace du culinaire, un nouvel espace des habitudes de consommation et à une nouvelle temporalité alimentaire.

En effet, les pratiques alimentaires des migrants sont affectées dans chacune de leurs dimensions : les formes d'approvisionnement, les modes de préparation et de cuisson des aliments, la répartition des tâches, les règles d'hospitalité (GIRAUD, 2006). La migration va impacter les habitudes et pratiques alimentaires (notions souvent indifférenciées dans la littérature) qui « font référence au caractère acquis de manière répétitive des pratiques dans un processus dynamique à la fois stable et prévisible, tout en subissant des changements constants » (FIELDHOUSE, 1986). Ces changements sont associés au fait que l'homme est un être omnivore (Fischler, 2001) : il peut subsister à partir d'une multitude d'aliments et de régimes différents, survivre à la disparition de certaines espèces, mais il a aussi besoin de variété. Dépendant de la variété, l'omnivore est donc poussé à la variation et à la diversification de ses pratiques mais il est, dans le même temps, contraint à la prudence. Il est pris entre une double contrainte : le connu et l'inconnu (GIRAUD, 2006). Cette situation caractérise notre population d'intérêt. Soumise à un changement de pays, elle est forcément contrainte à l'expérimentation de nouvelles saveurs, de nouveaux aliments. Cette double orientation possible entre acceptation de l'étranger et le refus de la nouveauté est particulièrement importante pour comprendre le lien entre alimentation et migration. Le mangeur étranger actualise au jour le jour sa condition d'omnivore (GIRAUD, 2006).

BAROU (2010) remarque ainsi que « l'évolution des pratiques alimentaires des migrants est aussi un reflet de la manière dont les migrants vivent les changements qui agitent la société au sein de laquelle ils se trouvent. Certains, pour résister à ces changements, s'accrochent à une habitude culinaire qui leur semble rassurante ». Cela peut aboutir à d'éventuelles répercussions en matière de santé en cas de pratiques alimentaires de moins en moins héritées et tendant de plus en plus vers la consommation de plats du pays hôte peu favorables à la santé (BAROU, 2010).

Ces va-et-vient identitaires exprimés par les changements dans les pratiques alimentaires (BAROU, 2010) représentent le processus d'acculturation alimentaire qui se mettra en route de manière spontanée. Ce processus fait référence au développement de nouvelles habitudes

alimentaires par le rejet de certains aliments ou principes alimentaires traditionnels et l'acceptation de nouvelles nourritures et habitudes alimentaires locales. Selon Renaud (2010), l'acculturation alimentaire constitue une des nombreuses conséquences de la migration. L'auteure met en avant le fait que l'acculturation alimentaire est un phénomène complexe, multidimensionnel, dynamique et non-linéaire. Tout comme pour l'acculturation générale, l'individu ne passe pas d'un extrême à l'autre du processus d'acculturation alimentaire, c'est-à-dire d'un régime alimentaire traditionnel à un régime alimentaire acculturé. SATIA-ABOUTA (2003) a explicité ce processus via un modèle dans lequel certaines habitudes alimentaires d'origine peuvent être maintenues, d'autres abandonnées au profit d'habitudes propres au pays d'accueil, et d'autres encore constituer une combinaison des deux. Les auteurs insistent sur le fait que l'acculturation alimentaire peut entraîner à la fois des changements alimentaires sains et moins sains. Par exemple, ils évoquent le cas des immigrants hispaniques aux Etats-Unis, pour lesquels la diminution de consommation de graisses comme le saindoux et les crèmes sont un changement favorable à la santé alors que la consommation des sodas au lieu des boissons à base de fruits traditionnels est un comportement moins favorable associé à leur arrivée. Autre exemple, chez les immigrés originaires d'Asie, la baisse de consommation de fruits de mer et l'augmentation de la consommation de viande rouge sont des changements défavorables à la santé résultant de l'acculturation alimentaire. Mais cela est contrebalancé par la consommation d'une plus grande variété de fruits. Les auteurs confirment que l'acculturation alimentaire est influencée par un certain nombre de facteurs pouvant entraîner des différences considérables dans les apports alimentaires des groupes d'immigrants selon leur origine, leurs habitudes de départ et leur nouvel environnement. Ce processus serait passif et non cognitif, guidé par les éléments de la vie quotidienne.

Cela sous-entend que des facteurs peuvent influencer ce processus (BENABDALLAH, 2011). Il s'agit notamment des facteurs sociodémographiques tels que le revenu, le niveau d'instruction et le statut social, la présence d'enfants en âge scolaire, le fait d'avoir une activité, l'âge ainsi que la durée de résidence. Pour l'âge et la durée de résidence, CRENN (2011) avance cependant que « ces migrants retraités n'ont plus à choisir entre la rupture totale et le retour définitif, et ce d'autant moins que leur lieu d'enracinement s'est ouvert depuis longtemps à l'espace économique international, comme le montrent les pratiques alimentaires à travers la création de l'emblématique Tiebou Dien[4], plat dont la consommation augmente à travers le monde à l'instar du Couscous du Maghreb ». D'autres facteurs ont une influence, à l'échelle individuelle (raisons à l'origine de l'immigration, personnalité, degré d'exposition à la culture d'accueil et nostalgie), de

[4] TIEBOU DIEN OU THIEBOUDIENE OU CEEBU JEN OU TIEB : Plat national sénégalais (qui se cuisine dans toute l'Afrique subsaharienne avec des variantes) qui est composé de riz, de poisson ou de viande, de sauce tomate, et de légumes comme du chou, des carottes, du manioc, etc.

l'environnement médiatique ou culturel d'accueil (politique d'immigration, cosmopolitisme etc.). BENABDALLAH (2011) tient à préciser que les travaux existants ne précisent pas si ces facteurs influencent directement le processus d'acculturation ou s'ils sont modérateurs/médiateurs d'autres relations causales.

- *Facteurs spécifiques pour un public âgé immigré*

L'âge affecte les comportements alimentaires mais une grande partie de ces derniers sont le fruit d'une vie entière d'habitudes. Ils ne résultent pas seulement des préférences individuelles mais sont aussi influencés par l'environnement du mangeur (tendances et modes alimentaires) (FLEURY, 2017). Les besoins des migrants âgés, leurs problèmes de santé et les soins liés à la vieillesse diffèrent peu, en soi, de ceux des autres personnes âgées du pays d'accueil. La manière de répondre à ces besoins peut cependant être différente. Il est important de prendre en considération à la fois les convergences et l'aspect universel de ces besoins, sans pour autant perdre de vue les différences (FONDATION BAUDOUIN, 2012). Les migrants âgés sont confrontés, du fait de leur origine ethnique et de leur position minoritaire, à une série de besoins spécifiques : par exemple, selon la FONDATION BAUDOUIN (2012), les attentes des personnes immigrées sur les éventuelles aides au moment de la vieillesse sont différentes que celle de la population âgée belge. Elles attendent que ces aides soient mises en place de manière automatique comme cela se ferait dans leur pays d'origine. Or ce n'est pas le cas en Belgique où la demande précède la mise en place. Elle insiste aussi sur la présence d'analphabétisme qui constitue un frein pour les démarches au quotidien.

Au niveau de la France, nous n'avons pas pu retrouver jusqu'ici d'études importantes se rapportant à des immigrés âgés vivant en foyer ou isolés, du point de vue de leur alimentation. Des études régionales (en Languedoc Roussillon, par exemple) indiquent que les immigrés âgés vivant seuls, particulièrement en milieu rural, sont en général plus à risque de maladies métaboliques (diabète), sont moins enclins à suivre le régime alimentaire qui leur est préconisé, et sont plus dépendants de l'aide extérieure pour différents services dont l'approvisionnement alimentaire (courses) ou la fourniture de plateaux repas (SIERRA ANTELO et AL, 2003).

2- Enjeux des interventions visant à promouvoir une alimentation favorable à la santé

a- Recommandations générales d'intervention

MASSE (1986) note « l'importance stratégique, pour la santé publique, d'élaborer des programmes culturellement sensibles aux savoirs populaires et aux modèles explicatifs de la maladie, tout en reconnaissant l'influence de la culture et des réseaux sociaux sur le processus de maintien de la santé ». BARIL, TRUDEL, LE MAY, MONGEAU et NOREAU (2014) précisent en effet qu'une intervention de promotion d'une alimentation favorable à la santé doit se faire en tenant

compte de l'entourage social du public cible. En effet, l'entourage social est étudié depuis longtemps en sciences sociales en tant que composante majeure de l'environnement socioculturel. En santé publique, il est admis que l'entourage social peut aussi bien contribuer à la diffusion de comportements délétères par contagion sociale qu'à la promotion de comportements sains. L'intervention dans un entourage social consiste essentiellement à étudier la nature des liens qui structurent l'entourage, pour ensuite investir cette structure et la mettre au service de la promotion d'une idée ou d'un comportement (BARIL, TRUDEL, LE MAY, MONGEAU et NOREAU, 2014). Les auteurs précisent que : « les interventions mises en œuvre doivent être menées conjointement par différents acteurs, avec toute l'ampleur requise et sur une période de temps se chiffrant davantage en années qu'en mois ou en semaines. Les stratégies à mettre en place doivent faire partie d'un plan bien défini, qui s'appuie sur une bonne analyse de la norme à transformer, des caractéristiques, perceptions et comportements actuels du groupe visé, des positions des leaders d'opinion, des conditions favorables ou défavorables à l'émergence de cette nouvelle norme, à sa cascade ou à son internalisation ».

En ce qui concerne les interventions menées par des professionnels, une expertise sur les comportements alimentaires conduite en 2010 par l'INRA a permis de recenser les interventions les plus efficaces et/ou prometteuses. Certains éléments sont à retenir pour la mise en place d'actions de prévention. Tout d'abord, les initiatives sont nombreuses mais peu d'évaluations sont disponibles pour permettre de juger de leur pertinence et de leur efficacité. Par ailleurs, les interventions et leurs chances de succès sont très liées au contexte. Par exemple, il semble y avoir peu d'impact des campagnes généralisées d'information et de prévention en nutrition sur les comportements lorsqu'elles sont utilisées seules, car elles s'adressent à l'ensemble de la population et atteignent surtout les catégories déjà sensibilisées. Par contre, une stratégie d'information combinant différents outils et ciblée sur des individus ou des groupes d'individus permet d'agir sur les comportements alimentaires. Ainsi, l'information nutritionnelle est plus efficace (à court terme) lorsqu'elle s'intègre dans une démarche spécifique et ciblée sur un individu (l'éducation thérapeutique) ou sur un groupe homogène (marketing social). Néanmoins, une stratégie ciblée (marketing social et éducation thérapeutique) est plus couteuse. Il ressort de cette expertise qu'une stratégie de "petits pas" (small steps) permet des modifications légères mais qui peuvent se cumuler et se maintenir dans le temps. Les interventions doivent alors être faites à la fois sur l'individu et sur l'environnement. Il convient de privilégier un travail en local, avec plusieurs partenaires, en concertation et en cohésion, connaissant le terrain afin de prendre en compte les spécificités économiques et culturelles. En ce sens, il convient aussi d'éviter de « plaquer » dans un espace culturel des programmes de santé publique élaborés dans un autre espace culturel sans être « traduits », au risque d'introduire « des situations de forte dissonance chez les destinataires des recommandations » (FOURNIER, 2017, citant POULAIN).

D'autres conditions favorables peuvent aider à la mise en place d'actions de prévention comme une connaissance fine du terrain, un esprit critique face aux observations constatées, des interventions pouvant être modulées en tenant compte des contextes de vie et un travail orienté sur le renforcement des compétences individuelles et collectives (GAUTHIER et al. 2018). En effet, la propension à changer largement repose, « en partie, dans les concepts développés par Albert Bandura, soit la perception d'efficacité personnelle (PEP) et la perception d'efficacité collective (PEC). Cette dernière repose sur la confiance partagée par les membres du groupe en sa capacité à organiser et à réaliser le changement souhaité. Selon Bandura, les membres du groupe ayant une PEP élevée seraient plus en mesure de saisir les occasions en faveur du changement souhaité et ils élimineraient plus aisément les contraintes environnementales » (GAUTHIER, HOULE, ROY et ST-PIERRE, 2014).

Pour résumé, on doit noter qu'il n'y a pas de solution miracle et ni universelle. Il faut tenir compte de la complexité des situations : il y aura donc des réponses au cas par cas. L'approche de l'alimentation doit se faire dans sa globalité, dans tout ce que cette thématique recouvre : les aspects sociaux et affectifs, psychologiques, identitaires, les aspects liés à l'environnement, aux ressources, etc. Elle doit être vue d'une manière positive et non stigmatisante. On ne doit pas oublier de valoriser les expériences de vie de chaque personne, de mobiliser les savoir-faire existants, de donner envie d'en acquérir de nouveaux. Lorsqu'il y a un apport de connaissances, celui-ci doit permettre de faire des choix plus éclairés.

b- Tenir compte des particularités dans un contexte de migration

Dans l'adoption de comportements alimentaires favorables à la santé et plus précisément dans le contexte migratoire, il y a un travail de recomposition de normes sociales alimentaires favorables à la santé à faire dans le pays d'accueil. Ce travail de recomposition favoriserait l'émergence de normes plus propices à la santé (BARIL et PAQUETTE, 2012). Il y aurait donc un l'équilibre à trouver entre la promotion d'un environnement favorable à l'émergence de normes propices à la santé tout en respectant et en partant du vécu des personnes arrivant sur un territoire. Un élément de vigilance est à observer car il peut y avoir un risque de stigmatisation ou de discrimination notamment dans le cadre de la présence de pathologies (BARIL et PAQUETTE, 2012).

Notre recension des écrits nous a permis de repérer quelques exemples tenant compte de cet équilibre à trouver et des recommandations générales précédemment énoncées. En Suisse, certains acteurs tentent d'améliorer les comportements de santé du public migrant grâce à des interventions nutritionnelles mobilisant des agents de santé communautaires étant eux-mêmes des pairs issus de l'immigration. Ils sont formés et accompagnés par des professionnels de la santé afin

d'adapter les interventions auprès des personnes des communautés vulnérables identifiées (Promotion Santé Suisse, 2019). Au Canada, nous avons repéré une démarche d'alphabétisation alimentaire (« Alimentation santé gorgée ») dans le cadre de l'alphabétisation populaire organisée par le Centre d'Organisation Mauricien de Services et d'Education Populaire (COMSEP). À travers des exercices de lecture, d'écriture et de calcul, les personnes participantes apprennent à améliorer leur alimentation à partir de leurs besoins et de leur capacité financière. De plus, l'aspect pratique de l'activité en cuisine leur permet d'expérimenter de nouvelles recettes et de nouveaux aliments, et de travailler en équipe (Site internet de l'association). Toujours au Canada, le service d'éducation nutritionnelle « Intégration nutrition » vise à aider les nouveaux arrivants et les personnes issues de communautés culturelles, d'immigration récente ou non, à s'intégrer à l'espace alimentaire québécois. Le but de l'organisme est de faciliter l'intégration par la nutrition afin d'aider les immigrants à se maintenir en santé et à se nourrir sainement au Canada. Intégration nutrition offre des services touchant à différentes problématiques spécifiques rencontrées par les immigrants sous forme de formations, de conférences, de démonstrations et d'ateliers culinaires, de visite guidée interactive, de services d'intégration personnalisés ainsi que des consultations individuelles équipe (Site internet de l'association). En France, dans son guide de Méthodologies d'interventions auprès des résidents âgés des foyers de travailleurs migrants paru en 2012, GRDR Migration-Citoyenneté-Développement (Groupe de Recherche et de Réalisation pour le Développement) a émis les recommandations telles que : Identifier les relais existant dans les lieux de vie comme le gestionnaire de la structure, le responsable d'hébergement, l'intervenant social et les délégués des résidents ; Partir des besoins des résidents et prendre en compte la situation globale des migrants ; Organiser les réunions au foyer et expliquer les objectifs de l'action ; Prendre conscience du poids des représentations et des habitudes culturelles et Tisser des partenariats et développer des actions avec les acteurs institutionnels et associatifs. Ce guide inclut un exemple de retour d'expérience de bonnes pratiques dans le cadre d'ateliers de nutrition avec les cuisinières d'un foyer pour susciter une évolution de leurs pratiques. Cette sensibilisation, faite par les infirmières d'un Centre Municipal de Santé (CMS), s'est déroulé en trois phases avec une réunion collective d'information, une période de diagnostic sous la forme d'observation des pratiques lors des services et la mise en place d'atelier nutrition avec la délivrance de conseils sur l'équilibre alimentaire, le respect du régime alimentaire (dans le cas du diabète) et des règles d'hygiène au niveau de la sécurité alimentaire (GRDR, 2012).

Finalement, ces exemples d'interventions suggèrent d'agir à la fois sur des facteurs individuels comme les connaissances alimentaires, nutritionnelles, culinaires mais aussi sur des facteurs externes comme le système alimentaire ou les influences socioculturelles et habitudes alimentaires. Ce constat d'une nécessaire approche globale de l'alimentation favorable à la santé nous a amené vers le concept intégrateur et émergent de littératie alimentaire car, comme le décrit

COUTANT (2017) :« (…) il ne suffit pas, par exemple, de posséder des connaissances sur les mécanismes biologiques ou physiologiques de l'alimentation pour mieux manger. Les pratiques alimentaires impliquent l'apprentissage d'un ensemble d'habiletés culinaires, socioculturelles, gastronomiques, commerciales, techniques, critiques et corporelles. Et encore faut-il être capable de les exploiter de manière utile dans la vie de tous les jours ». Les contours de ce concept, que nous mobiliserons dans notre étude, sont esquissés dans la section suivante.

c- Introduction a la littératie en santé

La « littératie en santé » est un concept assez nouveau et multidimensionnel dont la définition et les limites furent longuement controversées au sein de la communauté scientifique ainsi que parmi les instances politiques et sociales. Les définitions en sont nombreuses et plus ou moins larges. Elles renvoient notamment à la « capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie » (ROOTMAN, 2008). Le concept de littératie en santé s'inscrit dans le champ de la promotion de la santé, qui inclut lui-même celui de la prévention, de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique du patient (SORENSEN, 2012). Ces champs de pratique partagent des visées et des valeurs identiques. Le développement de la littératie en santé permet à la population de s'impliquer dans les actions et programmes de promotion de la santé. Réciproquement, ces actions et programmes favorisent l'augmentation du niveau de littératie en santé au sein de la population (SORENSEN, 2012).

Ainsi, la littératie en santé accroît les gains de santé en agissant positivement sur les valeurs et normes affectant la perception de la santé et de la maladie (ABEL, 2007).

En 2017, la Conférence Nationale de Santé (CNS) rappelait que plusieurs caractéristiques individuelles sont associées à un faible niveau de littératie en santé. On peut citer la diminution des facultés associée au vieillissement, le fait d'avoir un faible niveau d'instruction ou une langue maternelle autre que le français ou au fait d'être en situation de handicap (ROOTMAN, 2008). De même, cette instance consultative précise que l'existence de ces facteurs individuels ne doit pas faire oublier le poids considérable des déterminants politiques, sociaux et environnementaux.

Afin de contribuer à réduire le gradient social caractérisant la répartition de la littératie en santé dans la population, les mesures visant à développer la littératie en santé doivent s'appuyer sur un principe d'universalisme proportionné : les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelle au niveau de défavorisation sociale (RAPPORT MARMOT, 2010). Il est donc recommandé de combiner (CNS, 2017) des mesures s'appliquant à l'ensemble de la population sans différenciation en termes de besoins spécifiques permettant de créer un environnement favorable à la littératie en santé avec des mesures s'appliquant à des groupes de population identifiés comme présentant des besoins spécifiques en matière de littératie en santé.

Un modèle, proposé par SORENSEN et al. (2012), intègre les différentes dimensions (Soins de santé, Prevention des maladies et Promotion de la santé) qui composent le concept de littératie en santé. Les auteurs précisent que celui-ci est empreint de quatre compétences fondamentales (Accéder ou obtenir l'information de santé, Comprendre l'information de santé, Evaluer ou juger cette information et Appliquer ou utiliser l'information) nécessitant des aptitudes cognitives et sociales spécifiques (NUTBEAM, 2008 et VAN DEN BROUCKE, 2017).

Ainsi, selon le docteur Bente MIKKELSEN, directrice à la Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie à l'OMS/Europe, « la littératie en santé constitue l'un des moyens d'apporter des changements durables, et d'aider les personnes et les systèmes à tous les niveaux de la société (décideurs, organisations, communautés et individus) à faire des choix sains et à éviter les Maladies Non Transmissibles (MNT), et de leur permettre d'y parvenir ». Parmi les facteurs de risques ayant une influence dans le développement des maladies chroniques, rappelons que l'alimentation reste le facteur déterminant le plus pertinent et modifiable en santé (OMS, 2003). Il n'apparait donc pas surprenant que le concept de « littératie alimentaire » se soit spécifiquement développé ces dernières années.

d- Focus sur la littératie alimentaire

Le terme « littératie alimentaire » est apparu afin de décrire toute une série de compétences et de connaissances dont l'homme a besoin pour utiliser les aliments, se nourrir et ainsi maintenir un régime alimentaire sain (VIDGEN et GALLEGOS, 2011). Tout comme le concept de littératie en santé, la conceptualisation de la littératie alimentaire fait encore débat. De plus, la littératie alimentaire est bien souvent confondue avec la littératie en nutrition[5].

La définition de la littératie alimentaire prédominante dans la littérature est celle de VIDGEN et GALLEGOS (2014), qui la définissent comme « une série de connaissances, de compétences et de comportements interreliés nécessaires pour planifier, gérer, sélectionner, préparer et manger des aliments afin de répondre aux besoins et à un apport alimentaire suffisant ». On en déduit que la littératie alimentaire met en évidence les capacités à préparer ses aliments mais également les compétences nécessaires pour faire des choix sains en termes d'alimentation, comprendre les effets de ces choix sur sa santé, son environnement et son budget.

Selon la revue de littérature de PERRY et Al (2017) sur les attributs de la littératie alimentaire, les décisions alimentaires reflètent l'application des connaissances, des informations et

[5] KRAUSE, SOMMERHALDER, BEER-BORST et ABEL (2016) soulignent dans leur méta-analyse que ces deux concepts sont distincts mais complémentaires, et tous deux sous-jacents à la littératie en santé. Ils distinguent la littératie en nutrition de la littératie alimentaire par le fait qu'elle est se limite aux capacités individuelles nécessaires à l'obtention et la compréhension des informations nutritionnelles sans prendre en compte les compétences nécessaires à leur application.

des compétences pour faire des choix. Quinze attributs ont pu être identifiés et organisés en cinq catégories : Les connaissances sur l'alimentation et la nutrition éclairant les décisions concernant l'apport et la distinction entre les aliments « sains » et « malsains » ; Les connaissances culinaires se concentrant sur les techniques d'achat, de préparation, de manipulation et de stockage des aliments ; L'auto-efficacité et la confiance en soi reflétant la capacité à réussir dans des situations spécifiques en lien avec les choix en termes d'alimentation ; Les facteurs écologiques reflétant le poids de l'environnement socioculturel sur les décisions et les comportements alimentaires adoptés et Les décisions en matière d'alimentation en lien avec l'application des connaissances, des informations et des compétences pour faire des choix alimentaires sains.

L'alimentation étant l'un des facteurs déterminant et modifiable en termes de santé, avoir un bon niveau de littératie alimentaire apparait donc être un atout afin de naviguer dans le système alimentaire et faire des choix alimentaires qui auront un impact positif sur la santé (GAUTHIER, 2018). Ce concept a guidé la formulation de notre problématique.

C) PROBLEMATIQUE

Tenant compte des éléments dégagés lors des différents entretiens avec la structure d'accueil et issus de la revue de la littérature, à savoir : un état de santé des personnes âgées immigrées moins bon que celui de la population âgée du pays d'accueil du fait de leurs conditions de vie ; un recours et une consommation de soins plus faibles que celui de la population native ; une acculturation alimentaire entrainant des changements alimentaires pouvant être sains ou malsains en lien avec les normes sociales du pays d'accueil ; l'influence sur ces changements de nombreux facteurs individuels et écologiques ; et les recommandations d'interventions multifactorielles agissant à la fois sur l'individu et sur l'environnement, selon une approche globale de l'alimentation favorable à la santé, notamment afin de renforcer la littératie alimentaire du public ciblé, la problématique de notre étude exploratoire est la suivante :

« Quels types d'interventions peut-on envisager d'instaurer pour développer et consolider la littératie alimentaire de résidents âgés immigrés vivant en Foyer de Travailleurs Migrants (FTM) dans un contexte socioculturel varié ? »

Pour y répondre, le terrain d'étude sera un Foyer de Travailleurs Migrants (FTM) auprès duquel l'association Migrations Santé intervient. Elle consistera notamment à analyser les pratiques et les représentations du public immigré âgé de ce foyer ainsi que des professionnels intervenant auprès de ce public. La 2ème partie du mémoire est consacrée à la présentation du cadre conceptuel et méthodologique de cette étude.

DEUXIEME PARTIE : Cadre conceptuel et Méthodologie de l'étude

I) CADRE CONCEPTUEL

Pour répondre à la problématique de ce travail, je me suis appuyée sur une combinaison de trois cadres conceptuels qui ont guidé ma collecte de données et mes observations sur le terrain. L'objectif était que cette combinaison aide à traiter la problématique :

- En identifiant les barrières / leviers associés aux changements éventuels de pratiques alimentaires du public auquel je me suis intéressée.
- En identifiant comment les pratiques professionnelles actuelles abordent ces barrières / leviers et ce en quoi elles pourraient évoluer.

Cette combinaison est inspirée et adaptée de cadres complémentaires identifiés lors de la revue de littérature présentée préalablement, à savoir « L'espace social alimentaire : un outil pour l'étude des modèles alimentaires » selon POULAIN (2002), la définition, le processus et les implications des phénomènes d'acculturation alimentaire selon SATIA-ABOUTA (2003), et les attributs du concept de littératie alimentaire selon PERRY et Al. (2017).

L'espace social alimentaire (ESA) permet notamment de s'intéresser au lien entre alimentation et santé dans une perspective interdisciplinaire. L'auteur indique que l'ESA permet de « sortir de l'opposition artificielle entre déterminisme culturel et déterminisme matériel, qu'il soit géographique (le climat et les ressources du biotope), technologique (les modes de production) ou physiologique (le fonctionnement de la mécanique digestive) » et « qu'avec le sens large de la notion d'espace, c'est-à-dire incluant le temps, il permet le déploiement d'une perspective dynamique ». Quant au concept d'acculturation alimentaire, il permet notamment d'étudier les liens, retombées et conséquences des aspects sociaux et culturels de l'alimentation sur la nutrition et la santé. Enfin, le concept de littératie alimentaire permet de mettre en parallèle, les pratiques habitudes alimentaires des bénéficiaires avec les pratiques professionnelles actuelles en termes de connaissances, de perceptions et d'actions. Cela permet aussi d'avoir une évaluation plus globale du niveau de littératie du public ciblé et donc orienter d'éventuelles préconisations pour des interventions.

Le tableau suivant récapitule les éléments théoriques issus de ces trois cadres ayant servi d'appui au cadrage conceptuel de l'étude (Cf. Annexe n°3) :

TABLEAU N°1 : Eléments théoriques retenus pour le cadrage conceptuel de l'étude

POULAIN Jean-Pierre	SATIA-ABOUTA Jessie	PERRY AZEVEDO Elsie et Al
Référence : Poulain, J. (2013). Chapitre 6 - L'espace social alimentaire : un outil pour l'étude des modèles alimentaires. Dans : J. Poulain, *Sociologies de l'alimentation* (pp. 221-244). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France.	Référence: Satia-Abouta, Jessie. (2003). Dietary Acculturation : Definition, Process, Assessment, and Implications. International journal of human ecology.	Référence : PERRY AZEVEDO Elsie et Al, (2017). Identifying attributes of food literacy: A scoping review. Public Health Nutrition, 20(13), 2406-2415.
ESPACE SOCIAL ALIMENTAIRE (6 sous-espaces) ►Espace du mangeable ►Système alimentaire ►Espace du culinaire ►Espace des habitudes de consommation ►Temporalité alimentaire ►Espace de différenciation sociale	FACTEURS INFLUENCANT L'ACCULTURATION ALIMENTAIRE ►Facteurs socioéconomiques et démographiques ►Facteurs culturels ►Facteurs liés à l'exposition à la culture du pays hôte	ATTRIBUTS DE LA LITTERATIE ALIMENTAIRE (cinq catégories permettant de prendre des décisions en matière d'alimentation) ►Connaissances alimentaires et nutritionnelles ►Connaissances culinaires ►Auto-efficacité et confiance ►Facteurs écologiques ou externes ► Décisions alimentaires
IMPLICATIONS DE LA MIGRATION SUR LES SOUS-ENSEMBLES DE L'ESPACE ALIMENTAIRE SOCIAL POUR LE PUBLIC CIBLE ►Espace du mangeable ►Système alimentaire ►Temporalité alimentaire ►Espace du culinaire ►Espace des habitudes de consommation	TROIS TYPES DE MODELE ALIMENTAIRE RESULTANT DU CHOIX ALIMENTAIRE ET DES TECHNIQUES DE PREPARATION DES ALIMENTS ►Maintien des habitudes alimentaires traditionnelles ►Adoption des habitudes alimentaire du pays d'accueil ►Mise en place d'habitudes alimentaires mixtes	IMPACT SUR LES DECISIONS EN MATIERE D'ALIMENTATION AVEC ADOPTION DE COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES PERMETTANT DE CHOISIR DES ALIMENTS SAINS
CARACTERISATION DU PUBLIC ISSU DE L'IMMIGRATION AU NIVEAU ALIMENTAIRE ►Variation et diversification des pratiques ►Contrainte à la prudence, dans le même temps. ►Double contrainte entre le connu et l'inconnu	CONSEQUENCES EVENTUELLES SUR LA NUTRITION ET LA SANTE DE CES TYPES DE MODELE ALIMENTAIRE ►Effets favorables de l'acculturation alimentaire sur la santé ►Effets défavorables de l'acculturation alimentaire sur la santé	

L'application de ces éléments théoriques à la conception des outils de collecte de données sera exposée dans les sections suivantes.

II) METHODOLOGIE

A) RECUEIL DE DONNEES

Le mode de recueil de données qui a été privilégié est celui de l'enquête qualitative compte-tenu du caractère exploratoire de l'étude et de la nécessité primordiale « d'aller vers » le public ciblé. En effet, quelques enseignements issus du terrain ont émergé à la croisée des différents projets présentés dans l'état des lieux de la Fondation Baudouin (2012). La plupart des porteurs soulignent l'importance et la légitimité d'aller vers ce public pour les démarches de santé car la plupart du temps, il y a un besoin réel qui n'est pas exprimé de manière naturelle.

Pour ce faire, le recueil de données a été fait sous trois formes auprès de deux FTM pour avoir le maximum de données dans un court délai : La méthode du Focus Group pour le public ciblé (résidents du FTM 1) et la méthode des Entretiens semi-directifs pour les personnes internes et externes intervenant dans deux FTM (FTM 1, et FTM 2 uniquement pour le responsable d'hébergement, le délégué et le responsable de cuisine d'insertion).De plus, une observation de l'environnement alimentaire autour du FTM 1 a été faite.

Les résidents des FTM 1 et FTM 2 présentent des caractéristiques sociodémographiques sensiblement proches. La triangulation des méthodes et des sources devait permettre de contrôler le biais a minima (au niveau des erreurs présentes dans la méthodologie, aussi au niveau de la personne qui mène l'étude : état émotionnel, préjugés, croyances, formulation des questions, etc.) et d'avoir une connaissance plus complète du milieu et du phénomène étudiés (BERGER et Al., 2010).

1- Description et justification des méthodes

Le Focus group permet le recueil des perceptions, des attitudes, des croyances, des zones de résistances des groupes cibles (Centre de recherches Spiral de l'Université de Liège, 2018). La technique permet de répondre aux « pourquoi ? » et aux « comment ? ». Cette manière de procéder donne quatre résultats, cités littéralement :

1. Elle permet le recueil des perceptions des populations concernées, sans idées préconçues ni hypothèse à vérifier (la méthode est inductive).
2. Elle explique les comportements sociaux concernant les problèmes, leurs causes et les correctifs à y apporter.
3. Elle favorise l'implication du milieu en lui accordant la parole et le reconnaissant expert de son vécu personnel.
4. Elle donne aux autorités concernées la possibilité d'élaborer des politiques et des projets correspondant aux attentes exprimées par les populations ou les groupes concernés.

Les personnes concernées parmi les résidents du FTM ont été sélectionnées par des critères basés sur les directives de l'association, de la problématique et du choix de la méthode de recueil de données : Personne étant résident officiel du FTM (exclusion des personnes surnuméraires) et âgée de plus de 55 ans (soit né avant 1965), compte-tenu du souhait de la structure d'améliorer ses pratiques professionnelles auprès de ce public. Il y a une contrainte structurelle qui est le sexe, tous les résidents sont des hommes. Ils doivent présenter de bonnes conditions physiques, sensorielles et cognitives et comprendre le français (pouvoir comprendre et parler le français un peu). On notera deux biais dans cet échantillon de résidents : un biais linguistique avec l'utilisation possible d'une seule langue autre que le français et un biais communautaire car la mixité est difficile entre les communautés de différentes origines donc la formation des groupes s'est faite avec des caractéristiques sociologiques communes ou proches.

L'échantillonnage des résidents s'est fait selon une logique non probabiliste compte-tenu du caractère exploratoire de ce travail (peu de connaissances disponibles sur le sujet) mais aussi par choix raisonné et par convenance car l'étude a été réalisée auprès d'un seul profil de résidents, en concertation avec la structure sur le choix du public ciblé (cf. critères de sélection pour la constitution des groupes ci-dessus). De plus, l'étude a été faite sur un seul site fréquenté par l'Association au lieu de deux initialement pressentis, compte-tenu du contexte sanitaire dû au COVID-19. Deux groupes de quatre résidents ont été constitués du fait du temps imparti et du contexte sanitaire lié au COVID-19. Et le choix s'est porté sur un type de recueil de données (les focus groups) pour obtenir une richesse d'informations.

L'entretien semi-directif permet, quant à lui, d'amener un répondant à livrer des informations riches et détaillées concernant la thématique de recherche (MICHEL et AL., 2018) à l'aide d'un guide d'entretien servant de mémento ou de pense-bête (COMBESSIE, 2007). Pour ce faire, il convient de sélectionner les professionnels à interroger. Ces professionnels devaient intervenir auprès du public ciblé mais aussi avoir un lien direct ou indirect avec la thématique de l'alimentation et de la santé. Il s'agit de : Professionnels du terrain, tels que la Coordinatrice Actions de Terrain de l'Association Migrations Santé ; de Professionnels en contact avec le public ciblé (direct ou indirect) tels que le gestionnaire de FTM et l'intervenant social du FTM ayant une mission commune d'accompagnement social avec un volet de « Promotion sociale c'est-à-dire la mise en place d'actions de promotion sociale favorisant l'intégration des ressortissants des pays tiers par des actions de santé collectives d'information, de prévention et de dépistage et de permanences de médiation » (SITE INTERNET DE LA STRUCTURE D'HEBERGEMENT). On a aussi le

comité des Résidents via les délégués[6] du FTM. L'association GRDR Migration Citoyenneté Développement les définit ainsi : « Ces derniers sont élus pour une durée de deux ans reconductibles. Les délégués représentent les résidents dans les négociations directes avec le gestionnaire du foyer. Ils ont en charge les questions d'organisation et de régulation de la vie collective à l'intérieur du foyer et les relations avec les services de la municipalité, de la préfecture, du quartier ». On a pu interroger une Responsable de la cuisine collective (restaurant de chantier d'insertion) présente dans le FTM 2. Pour enrichir la collecte de données, un responsable de cuisine collective avec une gestion à l'ancienne a été également interrogé dans le FTM 1.

Enfin, l'observation de l'environnement alimentaire des résidents du FTM 1 a été faite. Dans notre cas, il s'agit d'une démarche plutôt inductive et faite en fonction des visites au sein du FTM mais aussi sur le trajet à pied (rayon d'1 km autour du FTM). Plusieurs trajets ont été réalisés pour saisir des éléments de cet environnement.

2- Liens entre les méthodes et le cadrage conceptuel

Le recueil de données a été basé sur la combinaison des cadres conceptuels présentés préalablement, soit l'espace social alimentaire de POULAIN, l'acculturation alimentaire de SATIA-ABOUTA (2003) et le concept de littératie alimentaire de PERRY et AL. (2017). Cela a permis de bâtir un canevas (Cf. Annexe n°4) pour les séances de Focus group abordant quatre thématiques :

- Récolte de données sociodémographiques : sexe, âge, âge au moment de la migration, type de migration : volontaire ou involontaire, type de zone de résidence dans le pays d'origine : urbain ou rural, durée de résidence dans le pays hôte, niveau d'instruction, parcours professionnel et composition familiale (statut marital, nombre d'enfants, etc.) et maitrise de la langue du pays hôte.
- Analyse des pratiques alimentaires effectives avant migration et actuelles et identification des causes de changement des pratiques depuis l'arrivée dans le pays hôte au niveau de la temporalité et de la composition des prises alimentaires, des stratégies d'approvisionnement, de la forme de consommation alimentaire, du contexte social autour de l'alimentation ou commensalité, et de la spatialité.
- Analyse des représentations autour de l'alimentation et de la santé avec une classification des groupes d'aliments essentiels/importants pour le public ciblé, les

[6] Missions des délégués : Organiser la vie collective et assurer la cohésion interne / Participer à la rédaction du règlement intérieur/ Discuter et négocier directement avec le gestionnaire sur la vie collective du foyer (Le comité est nécessairement informé avant toute augmentation des redevances, travaux d'aménagement et de réfection) / Faciliter le dialogue et la compréhension entre le gestionnaire et les résidents, notamment en cas de difficultés particulières pour ceux-ci / Participer aux réunions du comité de pilotage encadrant la restructuration des foyers / Siéger au conseil de concertation / Désigner ses représentants à une éventuelle coordination (GDRD, 2012).

représentations du « manger sain », le lien entre l'alimentation et la santé par le biais du rôle de l'alimentation dans certaines pathologies, la classification des groupes d'aliments meilleurs pour la santé et ceux dont il faut limiter la consommation, et les actions mises en place pour la préservation de la santé.

● Analyse de la réception et de l'acceptabilité des actions de prévention sur l'alimentation et la santé par les résidents avec une appréciation de leur recherche éventuelle d'information en lien avec l'alimentation, de leurs besoins en information et des besoins et freins pour l'amélioration de leur alimentation, une appréciation rapide de leur perception/consommation/ prise de conscience et changements éventuels en regard des recommandations nutritionnelles du PNNS 4 et des pistes de réflexions sur d'éventuelles interventions promouvant une alimentation favorable à la santé.

En s'appuyant sur les mêmes cadres conceptuels, une grille (Cf. Annexe n°5) pour la conduite des entretiens individuels a été construite et composée de cinq parties : Présentation générale de l'enquêté ; Description des activités professionnelles en cours ; Etat des lieux sur les actions de prévention antérieures et celles en lien avec l'alimentation ; Etat des lieux sur les caractéristiques du public ciblé en matière d'alimentation et Pistes de réflexion pour la mise en place d'une alimentation favorable à la santé.

Cette grille a été adaptée en tenant compte de la fonction et des missions de l'interviewé, dans un contexte de bienveillance. Un complément de grille sur le lien entre l'alimentation et la santé et sur la connaissance / perception des recommandations du PNNS 4 a été utilisé pour certains interviewés si le temps le permettait.

Il n'y a pas eu de grille de collecte d'information spécifique pour l'observation. A titre exploratoire, il s'agissait de décrire l'environnement alimentaire autour du FTM et d'émettre des constats généraux sur l'impact potentiel de cet environnement sur les pratiques du public ciblé.

B) TRAITEMENT DE DONNEES

Pour analyser les données recueillies au moyen des outils que nous venons de décrire, nous avons employé deux grilles d'analyse thématique : une pour les focus groups et l'autre pour les entretiens semi-directifs. Initialement, les grilles s'appuyaient sur les éléments de cadrage conceptuel mais n'étaient pas trop précises dans les thèmes / catégories listées afin de permettre l'émergence éventuelle de sous-thèmes de manière inductive à partir du matériel au moment de l'extraction et de l'analyse.

Pour les focus groups, les thèmes listés ont été définis en fonction de chaque séance (Cf. Annexe n°6). On y retrouve, pour la première séance des focus groups, l'identification des

changements au niveau alimentaire entre le pays d'origine et le pays hôte et les pratiques alimentaires effectives actuelles. Pour la deuxième séance des focus groups, la grille se repose sur les représentations des participants sur l'alimentation de manière générale, le lien entre alimentation et santé et le lien entre prévention et santé. Et pour la dernière séance, les thèmes sont : Focus sur la perception, la fréquence de consommation, la prise de conscience et le degré de changement sur les repères nutritionnels actuels (PNNS 4) ; État de lieux sur les caractéristiques individuelles et actuelles des résidents participants en matière d'alimentation et Pistes de réflexions pour développer et consolider les capacités nécessaires en matière d'alimentation.

En ce qui concerne les entretiens semi-directifs, les catégories utilisées pour l'analyse des données récoltées sont : Focus sur les activités de prévention pour la sante ; Etat des lieux des caractéristiques des résidents âgés en matière d'alimentation et Pistes de réflexions pour développer et consolider les capacités nécessaires du public cible en matière d'alimentation (Cf. Annexe n°7).

C) DEROULEMENT EFFECTIF DE L'ETUDE

1- Pour les focus groups auprès des résidents

a- Préparation des focus groups

- Période : les séances ont été planifiées les jeudis 02 / 09 / 16 et 23 Juillet 2020, en alternance le matin de 10h30 à 12h00 et l'après-midi de 15h00 à 16h30.
- Choix du FTM : il y avait initialement une possibilité pour enquêter dans deux FTM. Ils étaient accessibles suite au déconfinement avec autorisation du responsable d'hébergement pour faire des regroupements (accord pour cinq résidents maximum). Finalement, la tenue des ateliers n'a été possible que pour 1 seul FTM car un dépistage Covid-19 a été déclenché avant le début des focus groups dans l'autre FTM, amenant donc le responsable d'hébergement à revenir sur sa décision initiale.
- Recrutement des participants : un démarchage auprès de résidents a été fait en fonction de critères établis par l'Association lors des activités sur le terrain (permanences, visites à domicile, distribution de gâteaux marquant la fin du Ramadan et distribution de masques).
- Sélection des participants : une liste provisoire des résidents potentiellement intéressés a été établie : dix-neuf personnes ont alors été recensées. Cette liste a été faite en tenant compte du temps disponible en parallèle des autres missions générales du stage effectuées.
- Constitution des groupes : une liste de deux groupes de cinq résidents chacun a été créée, ainsi qu'une liste de réserve, en tenant compte des contraintes de temps.

- Logistique : un mail explicatif a été transmis au responsable d'hébergement pour la tenue des focus groups, sollicitant la mise à disposition d'une salle et la disposition d'une affiche à coller sur la porte de la salle.
- Préparation du terrain : une rencontre avec l'un des trois délégués du FTM (seul disponible à ce moment, les autres étant bloqués dans leurs pays d'origine suite à la crise sanitaire) a eu lieu pour expliquer le but de cette étude exploratoire et s'en faire le relais auprès des résidents sélectionnés. Finalement, le délégué n'a pas fait le relais auprès des résidents.

b- Déroulement des focus groups

- Préparation de la salle : celle-ci a été faite en tenant compte des consignes sanitaires, en fournissant des masques, du gel hydroalcoolique et en préservant une distance au moins d'un mètre entre chaque participant. Le gestionnaire avait disposé cinq grandes tables avant mon arrivée.
- Accueil des participants : celui-ci s'est déroulé autour d'une collation (café, thé, jus de fruits, biscuits, eau plate et fruits frais). Ils se sont vus expliquer les objectifs et les activités prévues.
- Lecture de la notice d'information pour le consentement à la participation au groupe de parole : une notice d'information en direction des résidents avait été faite pour expliquer le but de cette étude exploratoire et obtenir leur consentement oral à y participer (Cf. Annexe n°8). Elle a été traduite dans une langue couramment utilisé au FTM (Soninké) en plus du Français. L'utilisation de la notice d'information est la solution la plus adaptée car le fait d'utiliser un formulaire de consentement écrit constituerait un frein à la participation en termes de méfiance car la difficulté à lire, écrire et compter est présente au sein des résidents participants.
- Lecture des règles régissant le groupe de parole : respect, confidentialité, parole à tour de rôle, pas de « bonne ou de mauvaise réponse », éviter d'aborder les situations personnelles.
- Un accord a été obtenu pour les deux groupes pour l'enregistrement audio des séances car il n'y avait pas de possibilité d'avoir un secrétaire de séance maitrisant à la fois le Français et le Soninké. Il n'y a pas eu de photos prises ou de vidéo faite pour préserver l'anonymat des résidents participants.
- Introduction : chaque participant était invité à se présenter à tour de rôle, y compris l'animateur, au début de la séance. Les échanges étaient ensuite conduits par l'animateur, en ma personne.

c- Suivi des focus groups

- La séance se terminait par le remerciement des résidents participants et la distribution des fruits frais restants. La date et l'horaire de la séance suivante étaient rappelés (un appel était aussi effectué la veille pour rappel).
- Rangement de la salle et rédaction d'un compte rendu après chaque séance.

Le tableau ci-dessous résume l'organisation des différentes séances de Focus groups. On remarque que les séances ont duré en moyenne 56 minutes. Le taux de participation est de 80% pour le premier groupe et de 50% pour le second groupe.

TABLEAU N°2 : Données en lien avec le déroulement des séances de Focus Groups

	SEANCE	DATE	LIEU	HORAIRES	DUREE	NOMBRE DE PARTICIPANTS
GROUPE 1	1	02/07/2020	FTM	MATIN	35 MINUTES	4 SUR 5 PREVUS
	2	09/07/2020		APRES-MIDI	55 MINUTES	4 SUR 4 PREVUS
	3	16/07/2020		MATIN	62 MINUTES	4 SUR 4 PREVUS
GROUPE 2	1*	09/07/2020	FTM	MATIN	65 MINUTES	4 SUR 6 PREVUS
	2	16/07/2020		APRES-MIDI	55 MINUTES	2 SUR 4 PREVUS (départ volontaire d'un résident + Résident malade ce jour)
	3	23/07/2020		MATIN	62 MINUTES	3 SUR 3 PREVUS

Nota Bene : *Une première tentative de séance avait été effectuée le 02/07/2020 mais elle a été annulée car il n'y avait que trois résidents qui se sont présentés au lieu des cinq résidents initialement prévus.

2- Consultation des acteurs-clé par entretien individuel

Voici un bref descriptif des principales étapes de la préparation et du déroulement des entretiens semi-directifs réalisés auprès des professionnels identifiés :

- Repérage des personnes autour de la thématique alimentation et santé et connaissant le public ciblé, réalisé lors des activités de terrain sur les FTM concernés (permanences, visites à domicile, distribution de gâteaux marquant la fin du Ramadan et distribution de masques).

- Démarchage physique avec prise de rendez-vous en fonction des disponibilités des personnes concernées et des impératifs d'emploi du temps du stage.
- Entretiens ayant lieu sur le lieu d'exercice (bureau ou salle) et sur le temps de travail de l'interviewé.
- Remise d'une notice d'informations avant le début de l'entretien pour expliquer le but de cette étude exploratoire et obtenir leur consentement oral à y participer (Cf. Annexe n°9).
- Enregistrement audio fait des entretiens en complément d'une prise de notes, sauf pour une personne qui l'a refusé.

Le tableau ci-dessous reprend les éléments de la tenue des entretiens semi-directifs. On constate que les entretiens ont duré en moyenne 47 minutes. Ceux-ci ont eu lieu sur le lieu d'exercice du professionnel et pendant son temps de travail également à l'exception du délégué qui est un résident du FTM. L'ancienneté moyenne de ces professionnels (hors délégué) est de cinq ans et demi environ : on peut supposer qu'il s'agit de professionnels ayant une certaine maitrise du terrain.

TABLEAU N°3 : Données en lien avec la préparation des entretiens individuels

	EMPLOI OU FONCTION	NOMBRE D'ANNEES D'EXERCICE AU SEIN DU FTM	DATE ET LIEU DE L'ENTRETIEN	DUREE DE L'ENTRETIEN
INTERVIEWE EXTERIEUR DU FTM	COORDINATRICE ACTIONS DE TERRAIN	2013 (7 ans)	● 06/07/2020 ● Locaux de l'Association	65 MINUTES
INTERVIEWE INTERNE AU FTM	RESPONSABLE D'HEBERGEMENT (FTM 1)	2017 (3 ans)	● 23/07/2020 ● Bureau de l'interviewé au FTM	40 MINUTES
	RESPONSABLE D'HEBERGEMENT (FTM 2)	2017 (3 ans)	● 04/08/2020 ● Bureau de l'interviewé au FTM	43 MINUTES
	INTERVENANT SOCIAL (FTM 1)	Janvier 2020 (7 mois)	● 09/07/2020 ● Bureau de l'interviewé au FTM	45 MINUTES
	DELEGUE DES RESIDENTS (FTM 2)	1980 (40 ans)	● 21/07/2020 ● Local de l'association au FTM	35 MINUTES
	RESPONSABLE DE CUISINE COLLECTIVE GEREE A L'ANCIENNE[7] (FTM 1)	2014 (6 ans)	●16/07/2020 ● Bureau de l'interviewé au FTM	45 MINUTES + Visite de la cuisine (10 minutes)
	RESPONSABLE DE CUISINE COLLECTIVE D'INSERTION[8] (FTM 2)	2006 (14 ans)	● 21/07/2020 ● Bureau de l'interviewé au FTM	55 MINUTES + Visite de la cuisine (10 minutes)

[7] Fonctionnement où une convention est signée entre le Comité des Résidents et le gestionnaire, parfois depuis de longues années. Le responsable de cuisine paye une redevance auprès du Comité des Résidents et une participation au gestionnaire pour la consommation des fluides (eau et gaz) pour le fonctionnement de la cuisine. Le Comité des résidents choisit les cuisinières, passe un contrat oral avec elles et exerce un contrôle plus ou moins strict (prix, menus, horaires, etc.).

[8] Transformation de certaines anciennes cuisines des FTM en cuisines légalisées d'insertion avec l'emploi de salariés en contrat d'insertion, accompagnés individuellement dans un processus de formation et d'acquisition de nouvelles compétences.

c- Observation de l'environnement alimentaire des résidents

Il s'agissait d'une démarche plutôt inductive et faite en fonction des visites au sein du FTM mais aussi sur le trajet à pied (rayon d'1 km autour du FTM). Plusieurs trajets ont été réalisés pour saisir des éléments de cet environnement, au moyen de photos et de prise de notes.

TROISIEME PARTIE : Analyse du matériel recueilli et Résultats

I) CARACTERISTIQUES DU FOYER DE TRAVAILLEURS MIGRANTS (FTM 1) ETUDIE

Ce Foyer de Travailleurs Migrants a été construit dans le début des années 1970. Plusieurs réhabilitations ont été effectuées dont la dernière en 2008. La capacité d'accueil est d'environ 250 résidents. La population accueillie est majoritairement composée d'ouvriers immigrés travaillant dans les domaines du nettoyage, de la restauration, de la manœuvre et du BTP. L'âge moyen des résidents accueillis est de 57.5 ans. 55% de ces mêmes résidents sont âgés de plus de 55 ans. Notons qu'il y a exclusivement des hommes dans ce FTM. Dernier résultat : ¾ des résidents sont originaires de l'Afrique subsaharienne (Cf. Annexe n°10).

II) DONNEES ISSUES DES FOCUS GROUPS, DES ENTRETIENS INDIVIDUELS ET DE L'OBSERVATION

A) CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS

La composition des deux groupes de résidents est résumée dans le tableau ci-dessous. On constate que les deux groupes sont sensiblement proches au niveau sociodémographique. On remarque une immigration vers le pays hôte à l'âge de 32 ans environ avec une durée de résidence moyenne de 35 ans. La scolarisation n'est pas systématique à part chez deux résidents, et ce jusqu'à un niveau Collège. Ils sont tous retraités et ont exercé en tant qu'ouvrier. Tous sont mariés et ont des petits enfants voire des arrières petits-enfants. La maitrise de la langue française est le niveau « parlé » pour la majorité d'entre eux.

TABLEAU N°4 : Caractéristiques sociodémographiques des résidents participant aux Focus Groups

	GROUPE 1	GROUPE 2
SEXE	M	M
AGE MOYEN	66 ans	67 ans et 9 mois
AGE MOYEN AU MOMENT DE LA MIGRATION	28 ans et 3 mois	35 ans et 9 mois
TYPE DE MIGRATION	Volontaire	Volontaire
TYPE DE RESIDENCE DANS LE PAYS D'ORIGINE	Rural	¾ Rural et ¼ Urbain
DUREE MOYENNE DE RESIDENCE DANS LE PAYS HOTE	37 ans et 9 mois	32 ans
NIVEAU D'INSTRUCTION	● Pas de scolarisation ● Enseignement religieux durant l'enfance	● ½ non scolarisés ● ½ scolarisés jusqu'à la fin du Collège ●Enseignement religieux durant l'enfance pour tous
PARCOURS PROFESSIONNELLE	Ouvrier sans spécialité	Ouvrier sans spécialité

COMPOSITION FAMILIALE	●Marié ●Présence d'enfants, de petits-enfants	●Marié pour ¾ entre eux ●Présence d'enfants, de petits-enfants
MAITRISE DE LA LANGUE DU PAYS HOTE	● Parlé uniquement ● Suivi de cours d'alphabétisation dans le pays hôte inférieur à 3 mois	● ½ maitrisent la langue du pays hôte (parlé, lu et écrit) ● ½ parlent uniquement la langue du pays hôte avec +/- un suivi de cours d'alphabétisation

B) ANALYSE DU CONTENU ISSU DES FOCUS GROUPS

1- Pratiques alimentaires avant et après migration : quels changements ?

Un tableau descriptif (Cf. Annexe n°11) reprend les différents éléments mentionnés par les résidents participants. Vous trouverez un résumé de ce tableau dans la partie ci-dessous. Cette section est divisée en trois sous parties : Pratiques alimentaires avant la migration ; Changements observés après la migration et Pratiques alimentaire actuelles dans le pays hôte.

a- Pratiques alimentaires avant la migration

Les pratiques alimentaires décrites par les résidents participant se ressemblent, que l'on se situe en milieu rural ou en milieu urbain. Pour le milieu rural, les résidents précisent que les pratiques alimentaires sont influencées par des facteurs essentiels tels que la localisation du village, sa proximité d'une ville, la présence d'un fleuve pour les activités de pêche, la distribution en eau potable dans le village (ce qui évite de faire des kilomètres pour se ravitailler en eau et pour les activités de maraichage et de culture), les conditions climatiques pouvant impacter les récoltes, le degré d'enclavement pour les approvisionnements alimentaires qui seront plus ou moins facilités, et surtout les envois monétaires et les investissements réalisés par les habitants du village ayant immigré vers les pays du Nord, qui peuvent améliorer la qualité alimentaire en terme de disponibilité, d'accessibilité, de quantité et de variété des produits.

L'alimentation reste un domaine exclusivement féminin, sauf pour l'approvisionnement qui reste à la charge du chef de famille (société patriarcale). Pour l'approvisionnement, on y retrouve une combinaison de produits alimentaires issus des travaux agricoles et de produits achetés pour ce qui est des ingrédients, les viandes et poissons pour les sauces mais aussi pour les produits industriels comme l'huile, le thé, le café, le sucre et le bouillon-cube. En ville, en revanche, on doit tout acheter. L'alimentation quotidienne est composée des trois pratiques qui s'opposent mais qui se complètent :

→ Le « Fourouba[9]» : Classique avec la prise des trois repas par jour. Il est pratiqué surtout dans les grandes familles. Il se prend de manière collective avec une séparation des sexes et des âges (hommes / femmes / enfants). On retrouve une monotonie dans les plats qui sont préparés sauf en cas d'évènements festifs. Il est souvent basé d'une céréale utilisée en bouillie le matin et

[9] FOUROUBA : Plats communs où la nourriture est préparée en grande quantité avec peu d'ingrédients.

accompagnée d'une sauce pour les midis. Il y a présence de viandes ou de poisson en faible quantité « juste pour donner du gout à la sauce ».

→ Le « Guinalémé[10]» : Amélioration des plats du « Fourouba » (plus d'ingrédients et de protéines), en fonction des moyens financiers. Il peut être considéré comme un quatrième repas si présence du « Fourouba ».

→ Le « Dizeurni[11]» : Pratique de grignotage plutôt individuelle et répondant à des envies. C'est une pratique très dépendante des moyens financiers.

b- Changements observés après la migration

Suite à la migration, quelques changements ont été constatés par les résidents afin de s'adapter à leur nouvel environnement. En ce qui concerne les changements qui ont facilité cette adaptation, ils évoquent l'accessibilité physique et économique aux denrées alimentaires consommées dans le pays d'origine, notamment l'abondance des denrées alimentaires surtout pour ce qui concerne la viande (disponibilité plus fréquente, variété dans le choix des viandes, coût pouvant permettre l'achat régulier même si cela est en petite quantité) et la possibilité de varier les plats quand la personne est seule, de gérer les prises selon son envie.

Pour les difficultés rencontrées par les résidents, on peut citer l'absence des femmes pour la préparation des plats et le manque de savoir culinaire à leur arrivée. Ce manque est toutefois compensé par un encadrement et un apprentissage réalisés par un ancien (personne issue de la même communauté, fréquentant le même lieu de vie et ayant elle-même immigré quelques années auparavant). Puis le résident formé devient à son tour formateur auprès d'un nouvel arrivant. Les résidents ont remonté aussi le fait que les plats qu'ils cuisinent n'ont pas le même gout que ceux qui sont faits par leurs femmes malgré l'accès aux mêmes produits alimentaires (consommation de plats qui seraient moins savoureux selon eux). Ils notent aussi que certains aliments n'ont pas le même gout que ceux du pays avec comme conséquence l'arrêt ou la limitation de la consommation de ces aliments pour raison gustative. On note donc une certaine nostalgie des produits alimentaires et des plats du pays d'origine. Un élément essentiel sur lequel les résidents ont insisté est le contexte économique, qui semble difficile (petites retraites avec envoi de fonds monétaires à la famille qui est restée dans le pays d'origine) et qui impacte directement les pratiques alimentaires (au niveau de la quantité et de la fréquence). Ils soulèvent la possibilité d'avoir un ou deux repas maximums par jour surtout quand la personne ne fait pas partie d'un « Tuusé »[12].

[10] GUINALEME : Petite marmite
[11] DIZEURNI : Repas consommé entre le petit déjeuner et le déjeuner, soit aux alentours de 10h du matin.
[12] TUUSE : Repas préparés par les jeunes (enfants ou neveu ou cousin plus jeunes en âge des résidents et qui vivent avec eux) d'une communauté villageoise ou familiale pour tous les membres du groupe. Pratique propre au processus d'immigration. Intégration de manière systématique au Tuusé s'il est présent dans une

c- Pratiques alimentaire actuelles dans le pays hôte

Pour ce qui est des moments auxquels les résidents préparent et mangent, la prise alimentaire est de deux à trois fois par jour. On note une variation d'un répondant à un autre (M. D parle même de 4 fois par jour s'il a faim). La préparation est différente selon que l'on se trouve dans un Tuusé ou si on est seul. Si on est dans un groupe ou « Tuusé » (2/3 des répondants des Focus groups), celle-ci est faite le soir et le weekend (en fonction de la disponibilité) et par les jeunes. Par contre, si on est en individuel, la préparation se fait deux à trois fois par semaine et en grande quantité. La préparation a généralement lieu dans la cuisine collective du palier et la conservation des plats préparés se fait dans le réfrigérateur présent en chambre ou cuisine d'étage. Pour le choix des plats, dans le cas d'un Tuusé, c'est la personne qui prépare qui choisit le menu. Par contre, les ainés peuvent émettre des suggestions qui seront ou non prises en compte.

En ce qui concerne la composition alimentaire, on peut noter que la prise du matin est un repas typiquement français (pain, café ou thé, lait et beurre). Cette pratique est commune aux deux groupes. Pour les midis et soirs, les plats sont essentiellement subsahéliens c'est-à-dire composés de céréale (riz le plus souvent, de la farine de maïs) accompagnée d'une sauce et de viandes en faible quantité pour « donner du gout ». Il y a la possibilité d'acheter un repas à la cuisine collective ou de consommer les restes de la veille. Généralement, les résidents disent utiliser majoritairement des produits frais. L'emploi de boites de conserves ou de surgelés s'applique uniquement aux haricots verts, petits pois et maïs. Ils disent ne pas consommer de plats industriels ou « tout faits » car « ce ne sont pas des plats de chez nous », constat unanime dans les deux groupes. On note de la monotonie dans les plats préparés : « c'est toujours la même chose », mais varier les plats peut être possible s'il y a des moyens financiers ou pour satisfaire une envie.

La commensalité est variable selon le repas : pour le petit déjeuner et le midi, cela se fait souvent de manière individuelle et en chambre. Pour le « Tuusé » du soir et du weekend, la prise se fait à plusieurs autour d'un plat commun. L'utilisation de la main droite ou d'une cuillère est rapportée. Si la personne est absente, un plat sera mis de côté pour elle. La prise a lieu plutôt dans la cuisine collective du palier ou dans une chambre s'il y a peu de personnes. Dans le cas d'une personne qui n'est pas dans un Tuusé, le partage des plats avec d'autres résidents proches peut se faire de temps en temps et souvent à tour de rôle et en chambre. En général, il n'y a pas plus de trois personnes. Un autre élément a été relevé dans les focus groups : les résidents

communauté ou famille avec une obligation de cuisiner (période d'encadrement et d'apprentissage au début par un ancien). Le nombre de personnes dans un Tuusé est variable : cela se situe entre 5 à 10 personnes en moyenne.

participants peuvent s'isoler, de temps en temps, pour être au calme et pour laisser la possibilité aux jeunes de parler entre eux sans être gênés par leur présence.

Les stratégies d'approvisionnement alimentaire sont les suivantes : pour le Tuusé, la gestion des courses est faite par la personne qui prépare. Elle peut être aidée par un ainé ou une personne qui ne travaille pas pour gagner du temps. On note la présence d'une cotisation mensuelle payée par ceux qui travaillent uniquement. Le montant est variable selon les Tuusé : entre 30 et 50 euros par mois. Un stock alimentaire est constitué pour les produits secs et non périssables. On fait les achats en grande quantité pour les amylacés et des achats réguliers pour les produits frais en fonction du menu. Si la personne est seule, l'approvisionnement est fait en fonction du menu, du temps. On constate qu'il n'y a pas de lieux de préférence en particulier : les courses sont réalisées à proximité du FTM (« On a de la chance d'avoir tout à côté du foyer et même les produits de chez nous avec les Hindous »). Certains résidents peuvent s'éloigner du FTM pour certains produits ou pour la qualité des produits ou pour le prix des produits. On note une absence de prise en compte de la saisonnalité dans les choix des aliments frais : « c'est souvent les mêmes légumes ». Et pour les viandes, les résidents peuvent s'en procurer au sein du FTM car il y a la présence d'un vendeur d'un grand Marché tous les samedis (viande de mouton et poulets uniquement). Sinon les achats se feront en boucherie pour avoir plus de diversité ou pour avoir une viande moins dure ou moins grasse.

2- Palabres des résidents au sujet de l'alimentation et de la santé

Cette section va aborder les représentations des participants sur l'alimentation de manière générale, le lien entre alimentation et santé et le lien entre prévention et santé du point de vue des répondants.

a- Représentations des participants sur l'alimentation de manière générale

Lors des discussions de groupe, aux questions « Si je vous dis manger / se nourrir, à quoi cela vous fait penser ? » et « Quels sont les mots qui, pour vous, vont le mieux avec faire la cuisine ? », tous les témoignages renvoient aux termes tels que « pour vivre », « bonne santé », « prendre des forces », « plaisir », « argent », « famille », « occupation à part entière » et « maladie ». On note que ces deux questions sont liées pour les résidents : l'une va avec l'autre, sans qu'ils ne fassent trop de différences.

A la question « Quel genre de cuisine mange-t-on chez vous ?», les participants des deux groupes ont cité sans exception des exemples de plats comme « le Fouto », « le Mafé », « le Tieb », « Le Djabadji », « le Soupou Kandia », « le Yassa », « le Saka-saka[13] ». On note que la cuisine

[13] SAKA-SAKA : Plat à base de feuilles de manioc pilées. Il est préparé avec de l'huile de palme et consommé avec du riz.

quotidienne est, en premier lieu, une affaire culturelle voire identitaire (plats uniquement subsahariens). Il n'y a pas eu de termes culinaires, de notions nutritionnelles ou même de qualificatifs de produits alimentaires qui ont été évoqués.

Pour aller plus loin dans les représentations, la question « quels sont les aliments le plus essentiels / importants pour vous ? » a été posée afin de comprendre l'organisation des différentes catégories alimentaires mais aussi les représentations en lien avec les qualités, les vertus et les effets des aliments sur le corps humain. On retrouve les mêmes catégories pour les deux groupes avec quelques variations :

- 1er Groupe de répondants : Produits à base de céréales, pommes de terre et autres féculents / Poissons et produits de la mer / Viandes rouges, blanches et volailles / Produits laitiers / Matières grasses / Boisson sucrées et aliments sucrées, gras, salés et ultra-transformés.
- 2ème Groupe de répondants : Viandes rouges, blanches et volailles / Produits à base de céréales, pommes de terre et autres féculents / Poissons et produits de la mer / Fruits et légumes / Boisson sucrées et aliments sucrées, gras, salés et ultra-transformés / Matières grasses.

Dans les deux groupes, les trois premières catégories citées (féculents, viandes et poissons) sont justifiées par le lien avec le caractère supposé de ces trois catégories d'aliments : « nourrissant », « rassasiant », « reconstituant le corps », « plein de vitamines », « pour remplir ou caler le ventre » et « cela donne de la force ou de l'énergie ».

b- Lien entre alimentation et santé

La question suivante a été posée aux résidents participants : « Pouvez-vous me dire quel rôle joue l'alimentation par rapport à certaines maladies ? On obtient les résultats suivants reportés dans le tableau ci-dessous :

TABLEAU N°5 : Appréciation par les résidents du rôle de l'alimentation sur la santé et certaines pathologies

Légende : ① : Choix du groupe 1 ② : Choix du groupe 2

	TRES IMPORTANT	PLUTOT IMPORTANT	PLUTOT PAS IMPORTANT	PAS DU TOUT IMPORTANT	NE SAIT PAS
MALADIES CARDIOVASCULAIRES (AVC, HTA, ETC.)		① ②			
DIABETE		① ②			
OSTEOPOROSE			①	②	
CANCER		① ②			
MALADIE RENALE		②	①		

RHUMATISMES				①	②
PROBLEMES DENTAIRES			②	①	

On constate que le lien entre alimentation et santé est connu par les deux groupes pour les pathologies comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer, et un peu moins pour la maladie rénale. Mais ce lien est moins clair pour l'ostéoporose, les rhumatismes et les problèmes dentaires. Les deux groupes semblent percevoir les conséquences de l'alimentation sur le développement de certaines pathologies les plus fréquentes en termes d'épidémiologie dans la population générale. On a pu remarquer, lors des focus groups, que certains résidents participants sont concernés par ces pathologies (et parlent spontanément de leurs maladies).

De même, le lien entre la maladie et les habitudes alimentaires est aussi fait au sein des deux groupes. Les résidents font souvent remarquer que « quand tu es malade, tu ne peux pas manger comme d'habitude ». Ils vont plus loin en disant qu'il y a des plats spécifiques, notamment le « Suuré » (sorte de purée à base de farine de maïs ou de mil accompagnée d'une sauce liquide ou visqueuse due à la présence de gombos, de poisson séché et de viandes) considéré comme un plat léger, qui est facile à digérer et qui nécessite peu de mastication, donc peu d'efforts. Ils donnent aussi l'exemple de la femme venant d'accoucher, considérée comme « fragile », à qui on donne des plats riches en viandes pour « remplacer le sang qui a été perdu ». Des aliments ont aussi été cités pour leurs vertus médicinales comme le citron pour le rhume, l'eau de riz pour la diarrhée, « le sekhew (kinkéliba) » et « le sagoumé (fleurs d'hibiscus) » pour baisser la tension.

c- <u>Lien entre Prévention et Santé</u>

La compréhension du lien entre prévention et santé a été appréciée en demandant à chaque groupe les aliments qu'ils considéraient être les meilleurs pour la santé et ceux dont il faut limiter la consommation pour être en bonne santé. Il leur a aussi été demandé ce qu'ils faisaient pour préserver leur santé. On observe quasiment le même résultat pour les deux groupes :

- Les classes d'aliments cités comme « meilleurs pour la santé » ont été : Viandes rouges, blanches et volailles / Féculents / Poissons et produits de la mer.
- Les classes d'aliments dont il faut limiter la consommation ont été : Boissons sucrées et aliments gras, salés, sucrés et ultra-transformés / Matières grasses / viandes rouges, blanches et volailles (avec une réserve pour la volaille).

Dans ces deux groupes, on constate que les classes d'aliments perçues comme essentielles (Produits à base de céréales, pommes de terre et autres féculents / Poissons et produits de la mer / Viandes rouges, blanches et volailles) sont aussi considérés comme bons pour la santé mais aussi des aliments dont il faut limiter la consommation. La classification des

répondants, qui peut paraitre contradictoire, semble prendre en compte différents éléments comme le goût, les habitudes alimentaires, la valeur symbolique des aliments (vertu / qualité / effet sur le corps) et la dimension santé.

Des aliments sont automatiquement classés comme mauvais, dont il faut limiter la consommation et qui ne paraissent pas essentiels comme les matières grasses, les boissons sucrées et les aliments gras, salés, sucrés et ultra-transformés.

Pour la préservation de la santé, on note qu'il n'y a pas de pratiques particulières rapportées mais plutôt des précautions générales concernant la qualité des aliments (« On doit faire attention à ce qu'on mange »), aux quantités consommées (« à notre âge, on ne peut plus se permettre de manger trop »). La moitié des participants ont parlé de marche pour « dérouiller le corps surtout quand on a fait un travail physique ».

La préservation de la santé mentale est apparue par le biais de discussions ou de demande de conseils auprès d'autres personnes pour « oublier les soucis ». De manière générale, la consultation chez un médecin se fera s'il y a la présence de signes physiques empêchant les actes de la vie quotidienne. Cette pratique (consultation médicale) est répandue chez tous les participants.

3- Alimentation d'aujourd'hui et celle de demain

Cette partie évoquera l'évaluation faite auprès des résidents sur les repères nutritionnels du PNNS 4, l'état de lieux sur les caractéristiques individuelles et actuelles des répondants en matière d'alimentation et les pistes de réflexion pour développer et consolider las capacités en matière d'alimentation

a- Focus sur la perception, la fréquence de consommation, la prise de conscience et le degré de changement sur les repères nutritionnels actuels (PNNS 4)

Sans connaître l'existence d'un PNNS (Programme National Nutrition Santé) en France, les résidents disent, par contre, avoir déjà entendu les slogans suivants : « Pour votre santé, mangez au moins cinq fruits et légumes par jour » / « Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop salé, trop sucré » / « Pour votre santé, pratiquez une activité physique régulière ». Les résidents disent également qu'ils ont pris connaissance des recommandations du PNNS via les messages télévisés. Au-delà du simple fait d'en avoir entendu parler, ils déclarent aussi être en mesure de s'en rappeler. Les résidents ont du mal à expliciter / détailler ces recommandations. Par contre, ces recommandations sont considérées comme « véridiques » pour eux et importantes pour la santé.

Lorsqu'on évalue les recommandations nutritionnelles actuelles (PNNS 4) auprès des résidents participants, on constate plusieurs résultats. En ce qui concerne « les aliments dont il convient d'augmenter la consommation comme les fruits et légumes, les légumes secs », elle est

occasionnelle et ils la jugent déjà suffisante. Un éventuel changement aurait été possible s'il n'y avait pas la barrière économique, l'accessibilité aux produits et l'absence de savoir culinaire. Pour « les aliments vers lesquels il convient d'aller », il s'agit de produits alimentaires qui sont peu voire pas du tout consommés (poissons et produits laitiers). Cela peut s'expliquer en grande partie par la non connaissance de ces produits et leur non inclusion dans les habitudes alimentaires. Et pour « les aliments dont il convient de diminuer la consommation comme les féculents, la viande rouge, les produits sucrés et aliments gras, sucrés, sales et ultra transformés », celle-ci est très régulière et le changement est à prévoir compte-tenu de l'impact probable de ces produits sur l'état de santé des résidents. Un tableau en annexe reprend ces différents éléments en détail (Cf. Annexe 12).

b- Etat de lieux sur les caractéristiques individuelles et actuelles des répondants en matière d'alimentation

On constate que l'attention des répondants est plutôt occasionnelle en ce qui concerne les informations circulant par rapport à l'alimentation et la santé, sauf si celles-ci sont données par le corps médical lors d'une consultation. De même, à l'exception de deux résidents, aucun ne déclare être à la recherche de ce type d'informations. Ils disent qu'ils se renseignent « comme ils sont malades et qu'ils doivent faire attention à ce qu'ils mangent » (présence de pathologies nutritionnelles chez ces deux répondants).

Par ailleurs, les répondants disent qu'ils font le tri des informations circulant sur l'alimentation (« Il y a des pubs juste pour qu'on achète le produit », « Ça c'est juste pour du commerce ou de la vente », « On voit sur les panneaux de pubs d'aliments qui font grossir et d'autres qui font maigrir, tout ça là, c'est faux »).

Lorsque l'on approfondit ce point au regard des caractéristiques individuelles des répondants en matière d'alimentation, on peut remarquer que :

- Au niveau des connaissances alimentaires et nutritionnelles : la majorité des résidents pensent que leurs connaissances actuelles sont suffisantes même s'ils n'arrivent pas à lire, évaluer et interpréter l'information nutritionnelle présente sur les étiquettes des aliments. Les résidents font le lien avec le fait qu'ils n'ont pas suivi de scolarité en langue française.
- Au niveau des connaissances culinaires, ils maitrisent la connaissance des techniques de stockage, de préparation des aliments et l'adaptation des recettes du pays d'origine. Par contre, on a pu observer, lors des visites au FTM, que les règles d'hygiène, de conservation et de stockage ne sont pas toujours respectées.
- Au niveau de l'auto-efficacité et de la confiance en soi : les résidents les jugent « plutôt bonnes ». Au niveau de l'auto-efficacité culinaire, tous les résidents savent

cuisiner grâce à un système d'apprentissage auprès d'un ancien à leur arrivée en France. Au niveau de l'attitude face à la nourriture, on note un respect des traditions et cultures alimentaires, une sociabilité forte autour de l'alimentation, et une organisation sociale, comme les « Tuusé ». Au niveau de l'auto-efficacité alimentaire/nutritionnelle, elle est variable selon le contexte : « Je prépare les plats avec le peu dont je dispose, je m'adapte », « Il y a des jours ça sera bien agrémenté et d'autres où ça sera moins ». Néanmoins, on peut constater qu'un travail reste à faire au niveau de la littératie nutritionnelle sur la recherche de l'information nutritionnelle fiable et la compréhension de celle-ci.

On note également la présence de facteurs externes influençant ces caractéristiques individuelles. Ces facteurs sont essentiellement les déterminants sociaux de la santé, les influences socio-culturelles et les habitudes alimentaires. En effet, l'analphabétisme («On ne sait pas lire et écrire» / «Ici tout est écrit»), le soutien de la famille et des pairs («Ici, au foyer, on se regroupe en famille»), la disponibilité et l'accessibilité des ressources, notamment les moyens financiers (« on a des petites retraites et il faut envoyer de l'argent au pays aussi »), une cuisine fonctionnelle avec l'équipement de cuisine et les denrées alimentaires de base ((«Heureusement qu'il y a des cuisines d'étage»), les normes sociales, culturelles ou liées au genre («Normalement, ce sont les femmes qui cuisinent mais ici on n'a pas le choix ») impactent fortement les comportements alimentaires des résidents participants.

c- <u>Pistes de réflexion pour développer et consolider les capacités nécessaires en matière d'alimentation</u>

Pour approfondir ce point, les questions suivantes ont été posées : « Que pensez-vous des repères nutritionnels du PNNS 4 ? Dans quelle mesure souhaitez-vous les mettre en pratique ? Pourquoi ? Qu'est-ce qui pourrait-vous encourager, vous aider à les appliquer ? Qu'est-ce qui pourrait être bloquant ? ». Le but était de faire s'exprimer les résidents sur les éléments susceptibles de développer et consolider leurs capacités en matière d'alimentation. Malgré les relances et reformulation des questions, il n'y a pas eu de propositions de leur part. On note une certaine forme de résignation et un manque de motivation (« On est vieux maintenant, est-ce que ça peut changer quelque chose pour nous » / « On a pris l'habitude de manger comme ça avant même qu'on arrive en France »).

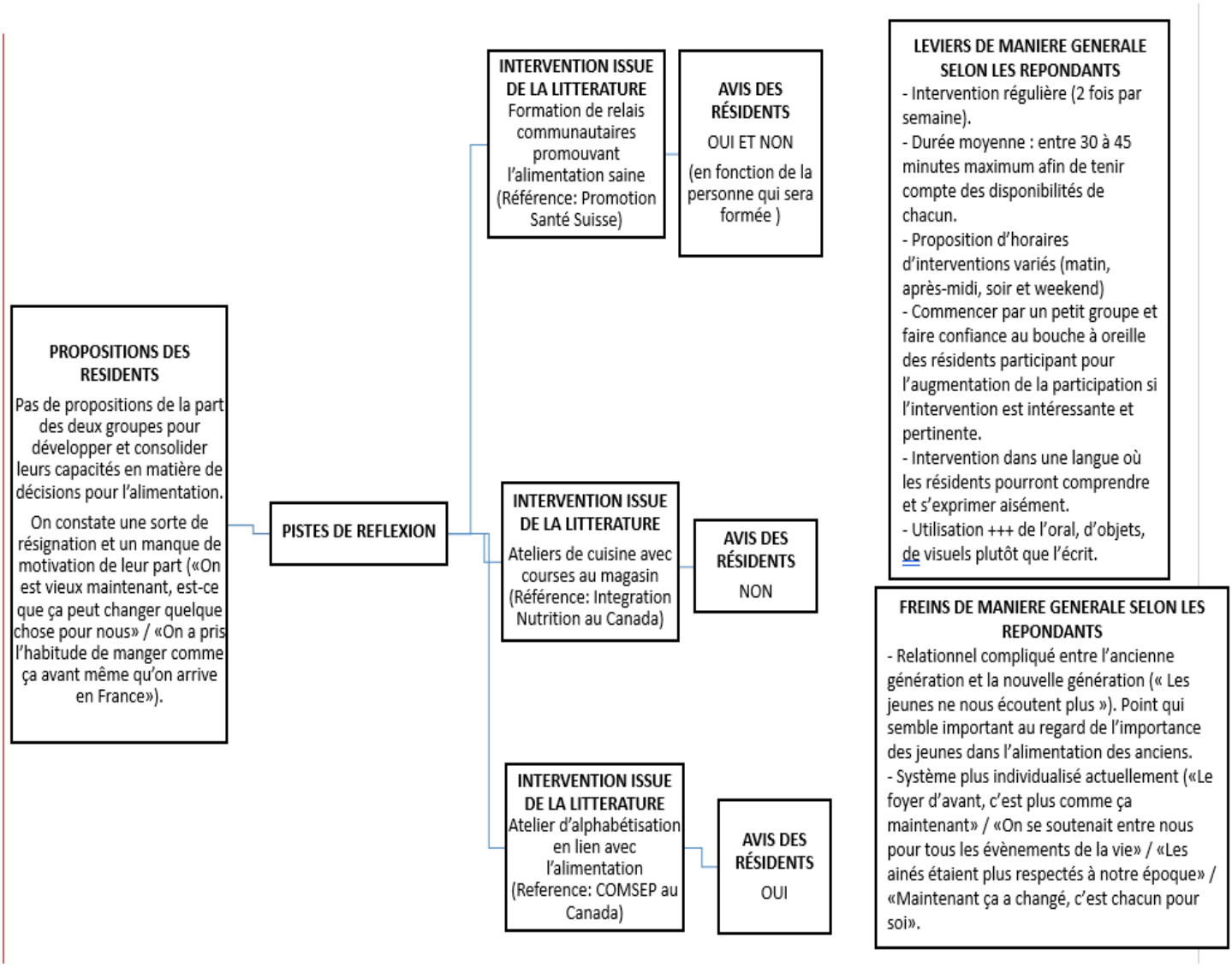
Une autre interrogation portait sur leurs avis quant à trois interventions potentielles repérées dans la littérature : la formation de relais communautaires promouvant une alimentation saine proposée par Promotion santé Suisse, les ateliers de cuisine avec visite d'un supermarché et achats de courses proposés par l'association Intégration Nutrition au Canada, et les ateliers d'alphabétisation relatifs à l'alimentation organisés par le Centre d'Organisation Mauricien de Services et d'Education Populaire (COMSEP) au Canada. Les résidents n'ont pas été

intéressés par les ateliers cuisine. On peut avancer les justifications suivantes : le fait qu'ils savent cuisiner et leur rapport aux normes sociales liées au genre (cuisine = domaine féminin). Leur avis est plutôt mitigé pour la formation de relais communautaires promouvant l'alimentation saine. Tout dépend de la personne qui sera le relais. Ils ne se projettent pas en tant que personne relais car ils disent de ne pas avoir les compétences nécessaires (en lien avec l'analphabétisme) pour mener à bien cette activité. Leur retour est plutôt positif pour les ateliers d'alphabétisation relatifs à l'alimentation car cela sera pour eux un moyen d'apprendre le Français, chose qui n'a pas pu être faite avant car leur priorité était de travailler coûte que coûte, et donc de gagner de l'argent pour la survie de leurs familles.

Pour la mise en place de ces trois interventions, les répondants ont émis des leviers et des freins pouvant impacter la bonne marche de ces dites interventions. Pour les leviers, ils ont souligné l'importance d'une activité à fréquence régulière, d'une durée d'intervention pas trop longue, d'alternance des créneaux horaires d'intervention pour toucher le maximum de personnes, d'un démarrage en groupe restreint qui s'augmentera au fur et à mesure du temps si l'intervention est jugée pertinente et intéressante, de l'utilisation d'une langue où les résidents pourront comprendre et s'exprimer aisément, et de l'utilisation de supports tels que l'oralité et le visuel plutôt que l'écrit. En ce qui concerne les freins, les résidents ont évoqué le relationnel compliqué entre l'ancienne génération et la nouvelle génération (« Les jeunes ne nous écoutent plus »), point qui semble important au regard de l'importance des jeunes dans l'alimentation des anciens. Ils ont aussi évoqué que le système est plus individualisé actuellement (« Le foyer d'avant, c'est plus comme ça maintenant » / « On se soutenait entre nous pour tous les évènements de la vie » / « Les ainés étaient plus respectés à notre époque » / « Maintenant ça a changé, c'est chacun pour soi »).

Le graphique ci-dessous résume les différents éléments qui viennent d'être présentés.

GRAPHIQUE N°2 : Pistes de réflexion pour développer et consolider les capacités en matière d'alimentation (avis résidents)



C) ANALYSE DU CONTENU ISSU DES ENTRETIENS

1- Etat des lieux des caractéristiques des résidents âgés en matière d'alimentation

De manière globale, tous les interviewés disent que les résidents âgés sont informés, connaissent et acceptent les repères nutritionnels actuels (PNNS 4) via l'information orale (spots télévisés, informations lors des séances de prévention et conseils donnés par le corps médical) mais que leur mise en pratique reste « difficile ».

Lorsque l'on interroge les professionnels sur les habitudes et pratiques alimentaires du public ciblé, leur regard reste plutôt superficiel malgré leur proximité forte avec les résidents en lien avec la fréquentation du restaurant collectif, la sollicitation du responsable d'hébergement en lien avec des démarches administratives, les permanences ou rdv avec l'intervenant social. On peut résumer leurs propos ainsi : les résidents « font la cuisine régulièrement surtout le soir et les weekends ». Ils consomment des plats africains majoritairement, leur alimentation est jugée

« déséquilibrée », « trop grasse » et « préoccupante par rapport à leur état de santé ». Ils notent qu'il y a peu de variété dans les plats cuisinés (monotonie). Par contre, un point important est que les résidents sont « toujours en groupe pour la préparation et la prise des repas » et que ce sont les jeunes qui sont en charge de la préparation. Les professionnels évoquent que « les résidents occupent et investissent pleinement les cuisines d'étages ». Au niveau des stratégies d'approvisionnement, les résidents font leurs courses aux alentours du FTM et fréquentent aussi le restaurant collectif.

En ce qui concerne les caractéristiques individuelles et actuelles du public ciblé en matière d'alimentation, les professionnels déclarent que les résidents ont des connaissances alimentaires mais que le tri des informations, la recherche des informations fiables et la lecture des étiquettes nutritionnelles restent difficiles compte-tenu de l'absence de scolarité. Par contre, ils sont tous d'accord sur le fait que les résidents possèdent des compétences et connaissances culinaires. De même, l'auto-efficacité[14] et la confiance sont évaluées comme « bonnes ». Un responsable d'hébergement avance que cela est d'autant plus vrai pour les résidents ayant travaillé dans le domaine de la restauration.

Les facteurs écologiques ou externes, relevés dans les différentes entrevues, sont les moyens financiers (« ils ont de faibles retraites »), l'absence de femmes autour de ces résidents (« venus sans leurs familles pour travailler »), les conditions de travail antérieures (« beaucoup ont travaillé dans le bâtiment, le nettoyage, etc., ce sont des métiers qui sollicitent le physique »), les habitudes culturelles et les croyances religieuses (« ce sont des plats qu'ils mangent avant même d'avoir quitté leur pays d'origine, je dirais même depuis l'enfance »), l'organisation autour de l'alimentation notamment la place dans un groupe («être ou ne pas être dans le groupe» pour ne pas être rejeté) et l'état de santé (« ils font attention quand ils savent que la maladie est présente définitivement »).

2- <u>Focus sur les activités de prévention pour la santé</u>

Les actions de prévention ont débuté en 2013 pour l'association Migrations Santé au sein du FTM. Ce sont des actions plutôt centrées sur de la prévention primaire (séance de sensibilisation et d'information) et de la prévention secondaire (dépistage). Le travail se fait en partenariat avec des partenaires locaux (ex. Aide Odontologique Internationale - Réseau social dentaire du Val de Marne ou AOI – RSD 94, Réseau de Néphrologie d'Ile de France ou RENIF),

[14] Le concept d'auto-efficacité et de confiance a été abordé par les deux questions suivantes lors des entretiens individuels : Si je vous dis : « Faire le tri dans les informations sur l'alimentation, trouver l'information fiable et la comprendre », que pensez-vous de cela par rapport au public ciblé ? et Pareillement, si je vous dis : « Croire en sa capacité de se servir de ses connaissances culinaires, préparer des aliments afin de faire des choix santé, avoir le désir d'apprendre comment préparer », que pensez-vous de cela par rapport au public ciblé ?

institutionnels (ex. Caisse Primaire D'assurance Maladie (CPAM), Ligue contre le Cancer, Association française pour la lutte contre le SIDA et les hépatites (AIDES)) et des partenaires privés comme des mutuelles.

L'organisation de ces actions se fait en plusieurs étapes :

- Information du responsable d'hébergement de la tenue d'une action de prévention trois semaines en amont.
- Envoi des affiches à coller dans le FTM deux semaines avant l'intervention par le responsable d'hébergement ou, si impossibilité de sa part, cela est fait lors d'une permanence de l'Association Migrations Santé.
- Distribution de flyers dans les boites aux lettres des résidents et informations auprès des résidents lors de leurs passages à l'occasion de la permanence ou lors des visites dans les étages du FTM
- Rencontre du délégué et de l'intervenant social (si présent) pour l'informer et faire le relais auprès des résidents.

On constate que la mobilisation et la participation des résidents sont plus fortes lorsqu'il s'agit d'actions spécifiques à la santé, comme le dépistage. Elles sont moins bonnes lorsqu'il s'agit d'actions plus généralistes (comme l'information sur l'accès aux droits de santé ou sur la retraite) ou des interventions considérées comme stigmatisantes d'après le délégué des résidents. Cette différence de participation a été relevée par les responsables d'hébergement et la coordinatrice d'actions de terrain. On remarque la présence d'anciennes affiches d'interventions sur les murs du FTM et de la salle d'attente attenante au bureau du responsable d'hébergement. Cela montre qu'elles ne sont pas restées sur le bureau du responsable d'hébergement et que la mise à disposition de l'information aux résidents a été faite. On peut supposer que cela a été oublié d'être retiré ou que cela sera enlevé lorsqu'il faudra mettre de nouvelles affiches.

En ce qui concerne les actions de prévention en lien avec l'alimentation, elles sont généralement d'ordre primaire et ont lieu soit lors des dépistages (du cancer colorectal, rénal et bucco-dentaire) avec une information apportée sur le rôle et l'impact de l'alimentation dans ces maladies, soit lors des groupes de parole autour d'un moment de convivialité. Les responsables de cuisine ne sont pas au courant de la tenue d'actions de prévention et n'y participent pas non plus. L'organisation est la même que celle citée plus haut. A ce jour, il n'y a pas eu d'action spécifique en lien avec l'alimentation et la santé.

Les leviers de réussite des interventions en termes de mobilisation et de participation des résidents, cités par les différents interviewés, sont le relationnel (lien de confiance et habitude d'interaction) avec les résidents mais aussi entre partenaires et personnels du FTM. Le « bouche à oreille », plus largement l'information verbale, est revenue plusieurs fois dans les entretiens

comme un moyen de transmission de la tenue des interventions. Par contre, des éléments peuvent constituer des freins à la bonne marche des actions de prévention : la barrière linguistique (interventions en langue française avec des supports écrits), les moyens matériels (disponibilité de la salle, nombre limite d'accueil de participants), le temps lorsqu'on n'est pas sur place quotidiennement (permanences bimensuelles de l'association Migrations santé donc rigueur sur les dates d'interventions et sollicitation des résidents plusieurs jours à l'avance), les horaires des actions (plutôt sur des tranches d'horaires classiques (09h00-16h00) ne permettant pas la participation des résidents qui travaillent à ce moment-là), et le relationnel éventuellement tendu avec les personnels du FTM (responsable d'hébergement, délégué et intervenant social) qui peut freiner le relais de l'information.

3- <u>Pistes de réflexion pour développer et consolider les capacités nécessaires du public ciblé en matière d'alimentation</u>

Les propositions des interviewés sont orientées vers une intervention à plusieurs niveaux, généralement en lien avec d'éventuelles évolutions des pratiques professionnelles.

Selon les responsables de cuisine, les actions devraient être proches ou s'appuyer sur les habitudes alimentaires des résidents. Un effort a été déjà entamé en la matière, notamment sur la qualité des produits cuisinés (le plus de frais possible, achat de viandes moins grasses), le mode de cuisson des aliments (utilisation du four, moins de fritures), la limitation de l'adjonction de sel et des exhausteurs de goût (bouillon-cube) et le volume d'huile. La responsable de la cuisine d'insertion parle de « cuisine aseptisée » suite aux retours de certains clients disant que « cela ressemble à du Mafé ou du Tieb mais ça n'a pas le même gout que d'habitude ». Ils envisagent l'intégration d'aliments sains comme les fruits et les légumes au fur et à mesure et avec l'accord du comité des résidents pour la cuisine gérée à l'ancienne. La responsable de la cuisine d'insertion est prête à travailler et à participer aux actions et peut prêter ses locaux si besoin.

Les gestionnaires sont plutôt concentrés sur des leviers organisationnels et sociaux comme les horaires (en soirée), les jours d'intervention à privilégier comme les weekends, l'inclusion des organes de représentations des résidents qui englobent tout le monde afin d'« éviter d'éventuelles tensions intercommunautaires» (idée également soulevée par le délégué) et la répétition des occasions (en termes de fréquence et dans la durée).

L'intervenant social a insisté sur la démarche « d'aller vers », l'aspect interculturel (« on ne peut pas intervenir comme ça sans un minimum de connaissances et de reconnaissance du milieu quand celui-ci est différent du nôtre ») et le travail en partenariat (« une seule personne ne peut pas faire ce travail seul »).

La coordinatrice a plutôt suggéré un travail progressif et centré à la fois sur les résidents mais aussi des communautés (« Tuusé ») auprès des jeunes qui font les préparations, le recours à

des traducteurs ou des interprètes pour faciliter la compréhension et la participation des résidents, l'intégration de l'alimentation dans un projet global.

L'avis des interviewés sur les interventions issues de la littérature (Formation de relais communautaires promouvant l'alimentation saine / Atelier de cuisine avec courses / Atelier d'alphabétisation en lien avec l'alimentation) sont plutôt positives mais avec plusieurs interrogations : Qui choisir ? Qui est disponible ? Qui est prêt à s'investir ? Qui a le temps d'être formé ? A quel moment ? Qui en a les capacités cognitives, physiques et une certaine aisance ? Qui peut intervenir ?

D) DONNEES ISSUES DE L'OBSERVATION DE L'ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE

Sur un rayon d'un kilomètre autour du FTM (soit environ 20 minutes à pieds), on note la présence de quatre commerces ethniques (Afrique / Asie / Caraïbes / Maghreb), deux boulangeries, un supermarché faisant de la vente de produits alimentaires (produits laitiers, boissons, pates, conserves, épices, etc.), des fruits-légumes, des produits surgelés, une boucherie ethnique et des produits non alimentaires, plusieurs cafés-brasseries, deux boucheries ethniques, deux grossistes alimentaires, une moyenne surface, dix restaurants dont six de cuisine française traditionnelle, deux de type Fast-Food, un de type asiatique et un de type africain et la présence d'un marché (alimentaire et non alimentaire) les Mercredis et les Samedis proposant des fruits et légumes (variés et de saison) à 99 centimes d'euros le kilo.

Par ailleurs, au sein même du FTM, on note la présence d'étals informels de produits alimentaires et non alimentaires. Ces étals sont tenus par les résidents ou par des personnes externes au FTM. La plupart sont âgés de 20 à 55 ans et ne travaillent pas (soit en recherche d'emploi/chômage ou soit en maladie). Cela leur permet d'avoir une entrée d'argent pour subvenir aux besoins de première nécessité.

Il y a aussi le restaurant collectif dans le FTM ouvert du Lundi au Dimanche, de 11h00 à 20h00 et proposant des plats subsahariens allant de 2 à 3,50 euros.

On peut déduire que cet environnement est porteur de leviers pour une alimentation favorable à la santé. Il est aussi source d'opportunité en vue de développer de nouvelles interventions. On n'est pas dans le cas d'un désert alimentaire ou *food desert*, désignant un espace où les habitants ne peuvent se procurer des aliments sains (fruits, légumes, viande et produits laitiers frais) à des prix abordables (GEOCONFLUENCES, 2016).

QUATRIEME PARTIE : Discussion et Retour réflexif sur la mission de stage

I) DISCUSSION

A) SYNTHESE DES RESULTATS OBTENUS

Ce que l'on peut retenir de la partie Analyse et Résultats est, tout d'abord, la présence d'un changement de certaines pratiques alimentaires mais aussi un maintien de nombreuses habitudes alimentaires après la migration et ce, même après plus de 30 ans de résidence dans le pays hôte. On note aussi l'importance des rôles physiologique et social de l'alimentation auprès des résidents (ex. Tuusé, rôle de jeunes). Le lien entre alimentation et santé est connu par les résidents mais leur intérêt pour la prévention est secondaire. On peut aussi avancer que les résidents sont informés et connaissent les repères nutritionnels du PNNS mais leur mise en pratique reste difficile. Les caractéristiques individuelles en matière d'alimentation (connaissances alimentaires et nutritionnelles ; connaissances culinaires et auto-efficacité et confiance) sont présentes de manière partielle chez les résidents participants. Jusque-là, les types d'interventions sur l'alimentation sont de l'ordre de la prévention primaire. Des leviers et des freins semblent toutefois exister pour favoriser la bonne marche des interventions en santé. Enfin, il y a un environnement alimentaire autour du FTM porteur de leviers pour une alimentation favorable et source d'opportunités pour la mise en place de nouvelles interventions.

A l'issue de l'analyse de contenus issus des focus groups, des entretiens individuels et des observations, trois axes de discussion ont pu être dégagés : Fort attachement aux pratiques et habitudes alimentaires prémigratoires ; Alimentation et Santé : Regards croisés entre résidents et professionnels ; et Développer et consolider la littératie alimentaire des résidents âgés immigrés en FTM : une intervention socio-écologique plus adaptée à ce public ?

B) FORT ATTACHEMENT AUX PRATIQUES ET HABITUDES ALIMENTAIRES PRE-MIGRATOIRES

Au regard du cadrage conceptuel de ce mémoire, on constate qu'il y a une réorganisation de l'Espace Social Alimentaire (ESA) et une acculturation alimentaire suite à la migration que l'on peut juger faible de manière globale. En ce qui concerne l'Espace social Alimentaire, cette réorganisation a lieu essentiellement sur cinq sous-espaces (Espace du mangeable, Espace du système alimentaire, Espace du culinaire, Espace des habitudes de consommation et Espace de la temporalité alimentaire) sur les six existants (le sixième sous-espace, l'espace de différenciation sociale, apparait moins concerné par cette réorganisation). On note un certain nombre de changements /recompositions dans ces différents sous-espaces mais qui restent minoritaires.

L'une des causes principales est l'absence de femmes autour de ces résidents car, avant la migration, il ne faut pas oublier que l'alimentation et son organisation est un domaine exclusivement féminin. Par conséquent, il en résulte des facteurs de transformation et des facteurs de maintien des pratiques / habitudes alimentaires. La plupart des facteurs relevés par l'analyse se retrouvent chez SATIA-ABOUTA (2003). Pour les facteurs de transformation ou d'acculturation, on peut citer des facteurs économiques, des facteurs temporels, le contact avec d'autres modèles alimentaires dans cet Espace Social Alimentaire dit « migratoire », des facteurs individuels (état de santé, préférences alimentaires, curiosité), des facteurs écologiques (accès physique à une abondance alimentaire dans le pays hôte, découverte de nouveaux aliments). A côté de cela, les facteurs de maintien des habitudes retrouvés sont l'apparition des Tuusé avec l'intégration des Jeunes des Tuusé dans tous les sous-espaces de cet ESA, l'encadrement par un ancien pour l'acquisition du savoir-culinaire, des facteurs individuels, des facteurs socio-culturels (aspect communautaire très important), des facteurs psycho-sociaux (croyances, religion, ressources, représentations, réactions émotionnelles) et des facteurs écologiques (cuisine de restauration collective de type africain au sien du FTM, accessibilité physique et économique aux produits du pays d'origine).

C) ALIMENTATION ET SANTE : REGARDS CROISES ENTRE RESIDENTS ET PROFESSIONNELS

On a pu relever que les résidents sont informés, connaissent et acceptent les repères nutritionnels du PNNS, mais que leur mise en pratique reste compliquée. Cela s'explique par le décalage entre l'acquisition des connaissances et la mise en pratique de ces recommandations nutritionnelles. En effet, lorsqu'on interroge les résidents sur ces repères, on a pu remarquer qu'ils ne se reconnaissent pas dans les aliments proposés par ces repères. Ces aliments sont éloignés dans leurs pratiques / habitudes alimentaires. Ce fait n'est pas propre aux personnes issues de l'immigration, on le retrouve également dans la population autochtone du pays hôte. Cela fait résonnance à l'avis du Conseil National de l'Alimentation (Avis 81 de Septembre 2018 : Alimentation favorable à la santé, recommandation n°5) considérant que « (…) Les politiques publiques ignorent la diversité socioculturelle des normes déterminant en partie les pratiques alimentaires de nombre de français y compris ceux issus de l'immigration, et notamment leur réception des messages de recommandations nutritionnelles ».

Lorsque l'on confronte les résultats obtenus des focus groups avec ceux des entretiens individuels, ceux-ci sont relativement en adéquation. Cette correspondance peut s'expliquer par la proximité importante entre les résidents et les professionnels qui les côtoient au quotidien. Mais cette correspondance n'est pas assez suffisante pour pouvoir corroborer les résultats obtenus. On peut supposer qu'on a atteint les limites des connaissances de ces professionnels dont le champ de compétences et d'actions est éloignée du domaine de la santé et de la

prévention. Donc on se retrouve avec une connaissance du terrain à approfondir avec l'aide de ces professionnels en tenant compte de leurs missions et de leur intérêt pour la question de l'alimentation chez les résidents. Actuellement, en tenant compte des différents éléments de l'analyse, on peut émettre l'hypothèse que l'on se trouve face à une situation d'absence de demande des résidents avec des besoins identifiés et des réponses proposées par les professionnels. Du point de vue de l'évaluation des besoins en santé, ce type de situation peut être considéré comme un échec de plan d'interventions car il y a une absence d'implication du public ciblé. Cela conforte l'importance d'une analyse fine et critique du terrain avant la mise en place de toute intervention. La mise en place d'un diagnostic socio-sanitaire peut être déjà une des premières étapes de cette analyse de terrain.

D) DEVELOPPER ET CONSOLIDER LA LITTERATIE ALIMENTAIRE DES RESIDENTS AGES IMMIGRES EN FTM : UNE INTERVENTION SOCIO-ECOLOGIQUE PLUS ADAPTEE A CE PUBLIC ?

Au regard de l'analyse du matériel recueilli, notamment l'avis des résidents et des professionnels sur le « comment développer et consolider les capacités en matière d'alimentation », aucune action ou intervention n'a pu être clairement identifiée. Les résidents et les professionnels se sont basés sur des « indispensables » en termes de leviers et de freins qu'on peut répartir en deux catégories : ceux centrés sur les résidents et ceux centrés sur l'environnement qui les entoure. En ce qui concerne les indispensables pour les résidents, les interventions agiront sur les facteurs liés à l'exposition à la culture du pays hôte comme les connaissances liées à l'alimentation et aux pathologies nutritionnelles, la prise en compte des préférences gustatives et le poids attribué aux habitudes alimentaires traditionnelles. Pour l'environnement, on pourra s'appuyer sur des actions agissant sur les facteurs écologiques pouvant entrainer des changements dans l'approvisionnement et dans la préparation alimentaire. Ces actions pourront avoir lieu auprès des jeunes se trouvant dans les Tuusé et auprès du personnel de la cuisine du restaurant collectif. Par contre, il sera difficile d'agir sur les facteurs sociodémographiques et culturels mais leurs connaissances est essentielle pour la compréhension du terrain. On voit bien qu'il n'y a pas d'intervention-type mais une combinaison de plusieurs interventions. On peut citer des actions auprès de résidents ne présentant pas de facteur de risque, des actions auprès de résidents ayant des risques individuels et des signes de la maladie mais étant stables et des actions sur l'environnement (jeunes dans les Tuusé et cuisine de restauration collective). Cette combinaison d'interventions (celles qui seront centrées sur les résidents avec la possibilité de sous-groupes en fonction de l'état de santé, des caractéristiques sociodémographiques etc ; celles sur l'environnement alimentaire et celles en lien avec les cinq catégories de la littératie alimentaire c'est-à-dire les connaissances alimentaires et

nutritionnelles, les connaissances culinaires, l'auto-efficacité et la confiance, les facteurs écologiques et les décisions en matière d'alimentation) sous-entend un travail partenarial au vu de la pluralité des interventions et si possible local pour se rapprocher de la réalité du terrain. Une intervention pouvant être proposée aux résidents peut être la mise à jour de la mallette nutritionnelle « Un monde de Saveurs » de l'Association Migrations santé qui sera adaptée aux conditions de vie des résidents.

II) RETOUR REFLEXIF SUR LA MISSION DE STAGE

A) LIMITES DE L'ETUDE EXPLORATOIRE

Nous reconnaissons des limites à certains des choix méthodologiques que nous avons fait pour cette étude exploratoire, notamment la taille de l'échantillon (groupe de huit résidents sur environ 150 résidents âgés de plus de 55 ans présents dans le FTM), les critères d'inclusion (homogénéité minimale des groupes pour le partage d'expériences, le langage commun et les capacités de communication) et le recrutement des résidents (participation sur une base volontaire) pour les focus groups. Cela influence la portée de nos résultats et impose donc une certaine prudence dans notre interprétation.

Par ailleurs, une étude plus vaste associant des approches qualitatives et quantitatives pourrait s'avérer utile pour approfondir les résultats obtenus, les réunir ensemble et accroitre leur validité. Cela pourrait être fait par le biais d'un questionnaire afin de confirmer et préciser les tendances dégagées dans cette étude

De plus, cette étude exploratoire est vue d'un angle de santé publique, et laisse donc de côté certains aspects de la question. Un travail en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire (nutrition, communication en santé, physiologie, ethnologie, travailleur social, etc.) serait la bienvenue pour tenir compte de la complexité du phénomène.

Enfin, je note aussi que le contexte sanitaire actuel (COVID-19) a impacté la mission de stage (durée de stage, accès au terrain, tenue des Focus groups, etc.) mais cela a pu être contrebalancé avec l'aide de l'Association Migrations Santé.

B) REFLEXION PERSONNELLE A L'ISSUE DU STAGE

Les moyens, mis à disposition par l'Association Migrations Santé pour la réalisation de la mission de stage, étaient suffisants tenant compte du contexte dans lequel nous étions. Le développement et la mise en œuvre de l'action pourront être possibles pour l'Association si celle-ci s'appuie sur son réseau partenarial actuel et sur les intervenants qu'elle sollicite au quotidien. Nous notons la présence de différents enjeux comme l'adaptation d'un programme de prévention auprès d'un public vulnérable, la remise à jour des pratiques professionnelles, un renforcement de la légitimité d'action auprès de la population cible, un partage d'expériences et un renforcement des collaborations entre les secteurs sanitaire, social et associatif et la participation

possible des personnes ressources proches de la population cible (entourage social, communauté). Pour les usagers impliqués, nous pouvons prévoir une amélioration de l'état de santé et un développement ou renforcement de leur capacité d'agir sur leur santé (empowerment). Nous pouvons supposer un changement de regard sur leur statut c'est-à-dire un passage d'un statut de « main d'œuvre » vers un statut de personne faisant partie de la vie de la cité et concernée par les mêmes problématiques de santé que tout le monde.

Le fait d'avoir mené cette étude exploratoire m'a permis de m'interroger sur ma propre pratique et de m'approprier une expérience sur le terrain qui diffère de celles que j'ai pu connaitre dans le passé. Cette mission a aussi permis de mettre de la distance sur ce qui arrive pour mieux comprendre la situation. J'ai pu prendre conscience de ma manière d'agir dans le domaine de la santé publique et élargir la réflexion dans l'action, c'est-à-dire être dans l'évaluation en continu et donc l'analyse des situations, en m'interrogeant sur le Comment, le Pourquoi, le Quand, le Où et le Qui et le Par qui. J'ai pu prendre appui sur mon passé en étant mieux outillé et aussi prendre appui sur des nouvelles connaissances acquises durant l'année de Master 2 et sur le stage. J'ai pu continuer à développer mon identité professionnelle de manière évolutive et être autonome dans mes activités. Enfin, j'ai pu commencer à construire de la connaissance, au-delà des théories existantes, même si cela reste encore modeste.

CONCLUSION

Le but de cette étude exploratoire était de déterminer le type d'interventions qu'on pourrait envisager d'instaurer pour développer et consolider la littératie alimentaire de résidents âgés immigrés vivant en Foyer de Travailleurs Migrants (FTM) dans un contexte socioculturel varié.

Pour y arriver, une stratégie de recherche qualitative à caractère descriptif et exploratoire a été adoptée. Nous avons procédé à la réalisation de focus groups auprès des résidents au sujet de trois thématiques : Pratiques alimentaires effectives avant migration et actuelles et identification des causes de changement de pratiques depuis l'arrivée dans le pays hôte ; Représentations autour de l'alimentation et de la santé et Perception et acceptabilité des actions de prévention sur l'alimentation et la santé. Il y a eu aussi une sollicitation des professionnels intervenant auprès de ces résidents par un entretien individuel semi-directif abordant la description des activités professionnelles en cours, un état des lieux des actions de prévention antérieure et celles en lien avec l'alimentation, un état des lieux des caractéristiques du public ciblé en matière d'alimentation et des pistes de réflexion pour la mise en place d'une alimentation favorable à la santé. Par ailleurs, une observation de l'environnement alimentaire autour du FTM a pu être réalisée en complément des focus groups et des entretiens individuels.

Les résultats obtenus révèlent que les résidents sont faiblement acculturés. Cela implique la préservation de leurs habitudes alimentaires d'origine en grande partie. Les principaux facteurs d'acculturation que nous avons décelés sont l'absence des femmes autour de ces résidents, leur état de santé, la curiosité et la découverte de nouveaux aliments. Par ailleurs, les principaux facteurs qui incitent au maintien des habitudes alimentaires d'origine sont la grande disponibilité des aliments du pays d'origine, l'organisation en Tuusé avec inclusion des jeunes, le savoir-faire culinaire et l'attachement à la culture d'origine.

Nous avons aussi constaté que les résidents sont informés et connaissent les principaux slogans du PNNS mais leur mise en pratique est difficile du fait de ce décalage entre les repères nutritionnels et les habitudes alimentaires. De même, leurs capacités individuelles en matière d'alimentation (connaissances alimentaires et nutritionnelles ; connaissances culinaires et auto-efficacité et confiance) restent limitées.

A ce jour, les interventions développées sur l'alimentation et la santé sont de l'ordre de la prévention primaire. Aucune action ou intervention n'a pu être clairement identifiée pour développer et consolider la littératie alimentaire des résidents. Des freins et des leviers ont pu

être relevés et classées en deux catégories : ceux pour les résidents et ceux pour l'environnement qui les entoure.

Ces constats suggèrent la pertinence de mener une analyse du terrain fine, poussée et critique en équipe pluridisciplinaire avant la mise en place d'interventions. Il pourrait en découler une stratégie d'interventions multifactorielles selon une approche socio-écologique. On peut proposer la mise en place d'une Recherche-action ou Recherche interventionnelle afin de mener en parallèle et de manière intriquée l'acquisition de connaissances scientifiques et des actions concrètes et transformatrices sur le terrain.

B i b l i o g r a p h i e

Alkayyali, R., & Silhouette-Dercourt, V. (2018). Générations de femmes franco-maghrébines. *Hommes Migrations*, *n° 1320*(1), 21-28.

Amouzandeh, C., Fingland, D., & Vidgen, H. A. (2019). A Scoping Review of the Validity, Reliability and Conceptual Alignment of Food Literacy Measures for Adults. *Nutrients*, *11*(4). https://doi.org/10.3390/nu11040801

Association Migrations Santé, Rapports d'activités de 1975 à 2019.

Attias-Donfut, C. (2006). *L'enracinement : Enquête sur le vieillissement des immigrés en France*. Armand Colin.

Attias-Donfut, C., Wolff, F.-C., & Tessier, P. (2005). Les transferts intergénérationnels des migrants âgés. *Economie et Statistique*, *390*(1), 3-23. https://doi.org/10.3406/estat.2005.7161

Azevedo Perry, E., Thomas, H., Samra, H. R., Edmonstone, S., Davidson, L., Faulkner, A., Petermann, L., Manafò, E., & Kirkpatrick, S. I. (2017). Identifying attributes of food literacy : A scoping review. *Public Health Nutrition*, *20*(13), 2406-2415. https://doi.org/10.1017/S1368980017001276

Bachet, D. (2000). Le « tiers secteur » : Le retour de la troisième voie. *L'Homme et la société*, *135*(1), 139-155. https://doi.org/10.3406/homso.2000.3029

Baril, G., Paquette, M.-C., Laguë, J., Institut national de santé publique du Québec, & Direction du développement des individus et des communautés. (2012). *Les normes sociales et l'alimentation : Analyse des écrits scientifiques*. Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique Québec.

Barou, J. (2010). Alimentation et migration : Une relation révélatrice. *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, *1283*, 6-11. https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.980

Benabdallah, M. (s. d.). *L'influence de l'acculturation sur le comportement du consommateur en fonction des sous-cultures d'origine : Une application aux immigrés algériens*. 362.

Berchet, C., & Jusot, F. (2012). *État de santé et recours aux soins des immigrés : Une synthèse des travaux français*. 8.

Bolzman C. et Vagni G., « Égalité de chances ? Une comparaison des conditions de vie des personnes âgées immigrées et "nationales" », *Hommes & migrations*, 1309 | 2015, 19-28.

Calvo, M. (1982). Migration et alimentation. *Information (International Social Science Council)*, *21*(3), 383-446. https://doi.org/10.1177/053901882021003003

Chech, (j), CHECH (J.), TALLOEN (D.), & VERSTRAETE (J.). (2011). *Migrants âgés, seniors de chez nous : Des leçons tirées de la pratique. - Résultats de votre recherche - Banque de données*

en santé publique. Migrants âgés, seniors de chez nous : des leçons tirées de la pratique. http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=447127

Clément K.et Viguerie N., *Obésité, une maladie des tissus adipeux*. (s. d.). Inserm –, science pour la santé. Consulté 20 avril 2020, Paru le 22 novembre 2019, à l'adresse https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite

Conférence nationale de santé. La littératie en santé -usagers et professionnels : Tous concernés ! Pour un plan d'action à la hauteur des inégalités sociales de santé. Paris : CNS, 2017, 29 p.https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_plen_060717_litteratie_en_sante_v_diffusee_env_pmc_2304_vuap_24_250418.pdf

Conseil National de l'Alimentation. (s. d.)– *Alimentation favorable à la santé –. Avis n°81 – 09/2018* . Consulté 20 avril 2020, à l'adresse https://cna-alimentation.fr/download/avis-n81-alimentation-favorable-a-la-sante/

Cognet, M., Gabarro, C., & Adam-Vezina, E. (2009). Entre droit aux soins et qualité des soins. *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, *1282*, 54-65. https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.443

Combessie, J.-C. (2007). *La méthode en sociologie : Vol. 5e éd.* La Découverte ; Cairn.info. https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411.htm

Crenn, C. (2011). « Vieillir » dans deux pays : Une situation alimentaire « combinée » pour les migrants retraités « Sénégalais » de Bordeaux. *Gérontologie et société*, *34 / n° 139*(4), 99-115.

Crenn, C., Delavigne, A.-E., & Techoueyres, I. (2010). Migrants' food habits when returning home (in Bamako, Mali, and Dakar, Senegal). To be or not to be a model? *Anthropology of food*, *7*, Article 7. https://doi.org/10.4000/aof.6629

Crenn, C., Hassoun, J.-P., & Medina, F. X. (2010). Introduction : Repenser et réimaginer l'acte alimentaire en situations de migration. *Anthropology of food*, *7*, Article 7. http://journals.openedition.org/aof/6672

De Batz Charles, Faucon Félix et Voynet Dominique, *Evaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010-2013*. (s. d.). 151.Juillet 2016.

De Lesdain, S. B. (s. d.). *Alimentation et migration, une définition spatiale*. 21.

EL MOUBARAKI M. et RIARD E -H (sous la direction*), Etat socio-sanitaire des personnes âgées immigrées,* Le Harmattan, Mars 2016, France, 416 pages, ISBN : 978-2-343-08441-1.

EHESP, Le stage et ses productions écrite et orale, UE 05 – Posture réflexive, compétences et insertion professionnelle, 2019.

Étien, M.-P., & Tibère, L. (2013). Alimentation et identité entre deux rives. *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, *1303*, 57-64.

https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.2552

Etiévant P., Bellisle F., Dallongeville J., Etilé F., Guichard E.,Padilla M., Romon-Rousseaux M. (éditeurs), 2010. Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ? Expertise scientifique collective, rapport, INRA (France), 275 p.

Etilé, F. (2013). *Obésité—Santé Publique et Populisme Alimentaire.*

Fassin, D. (2000). Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. *Hommes & Migrations*, *1225*(1), 5-12. https://doi.org/10.3406/homig.2000.3506

Fournier, T. (2017). Entre médicalisation et migrations, les enjeux de l'adaptation alimentaire. *Sciences sociales et sante*, *Vol. 35*(1), 31-40.

Gauthier, A., Landriault, J.-P., Blouin, C., & Institut national de santé publique du Québec. (2020). *Repenser l'action sur les normes sociales pour favoriser la santé et le bien-être : Synthèse d'une activité aux journées annuelles de santé publique 2018*. http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/4027550

Gauthier, Sarah. *La littératie alimentaire chez les patients obèses : validation d'un questionnaire sur la littératie alimentaire (SFLQ).* Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université catholique de Louvain, 2018. Prom. : Stephan Van den Broucke. Consulté 28 août 2020, à l'adresse https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/en/object/thesis%3A16490/datastream/PDF_01/view

Giraud, F. (2010). Rhétorique culinaire et invention d'un patrimoine culinaire individualisé chez des étudiants étrangers en séjour temporaire à Lyon. *Anthropology of food*, *7*. https://doi.org/10.4000/aof.6677*

Groupe de travail sur la transformation des normes sociales (*Baril G.,Trudel C., Le May D., Mongeau L. et Noreau C)*, 2014. Les saines habitudes de vie, c'est bien normal! Rapport, sous la responsabilité de la Coordination conjointe (Québec en Forme-Directions régionales de santé publique-Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec), Québec en Forme, 46 p.

Hauser Jacques*, Editorial. Migration et alimentation—Persée*. (s. d.). Consulté 2 mai 2020, à l'adresse https://www.persee.fr/doc/homig_1142-852x_1987_num_1105_1_1099

Hercberg S. et Tallec A., Rapport " Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France ", Consulté 20 avril 2020, à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/conso.pdf

Hoyez Anne-Cécile, « *Mobilités et accès aux soins des migrants en France* », Géoconfluences, 2012.

Insee (s.d), Définition—Immigré |Consulté 4 mai 2020, à l'adresse https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328

Insee, Immigrés, étrangers | Insee. (s. d.). Paru le 27/02/2018. Consulté 4 mai 2020, à l'adresse https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212

Jusot, F. (2008). *Etat de santé des populations immigrées en France*. 22.

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., Tsouros, A. D., & World Health Organization (Éds.). (2013). *Health literacy : The solid facts*. World Health Organization Regional Office for Europe.

Krause, C., Sommerhalder, K., Beer-Borst, S., & Abel, T. (2016). Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. *Health Promotion International*, *33*(3), 378-389. https://doi.org/10.1093/heapro/daw084

Kremers, S. P., de Bruijn, G.-J., Visscher, T. L., van Mechelen, W., de Vries, N. K., & Brug, J. (2006). Environmental influences on energy balance-related behaviors : A dual-process view. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *3*(1), 9. https://doi.org/10.1186/1479-5868-3-9

La Santé en action n°440. (2017). *440*, 52.

Mabe B. et Roux A-N., Revue Migrations Santé : « Les habitudes alimentaires de familles maghrébines en Région parisienne », N° spécial d'Octobre 1981, Enquête exploratoire, Etudes et documents sur le milieu migrant, Alimentation.

Martineau, A., & Plard, M. (2018). Les personnes âgées immigrées à l'épreuve du Successful Aging. Revue de littérature sur les conditions de vieillissement des migrants âgés en France. *Cybergeo : European Journal of Geography*. https://doi.org/10.4000/cybergeo.29118

OMS | Une alimentation saine. (s. d.). WHO; World Health Organization. Consulté 28 août 2020, à l'adresse https://www.who.int/dietphysicalactivity/diet/fr/

Pillarella, S. (s. d.). *L'acculturation alimentaire des immigrants récents de l'Afrique de l'ouest francophone établis à Montréal : Une analyse écologique*. 252.

Poulain, J.-P. (2013a). Chapitre 6 - L'espace social alimentaire : Un outil pour l'étude des modèles alimentaires. *Quadrige*, 221-244.

Poulain, J.-P. (2013b). *Sociologies de l'alimentation*. Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.poul.2013.01

Renaud, Lise. (2007). *Médias et le façonnement des normes en matière de santé, Les* (PRESSES UNIVERSITE QUEBEC (PUQ)).

Revue Migrations Santé, N°12 de Juillet 1977, Bulletin trimestriel.

Ridez, S., Ledésert, B., Sieira Antelo, M., & Desmartin Belarbi, V. (s. d.). *CONDITIONS DE VIE ET ETAT DE SANTE DES IMMIGRES ISOLES DE 50 ANS ET PLUS*. 36.

Rode, A. (s. d.). *Le « "non-recours" » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes.* 509.

Safon, M.-O. La santé des migrants, Bibliographie thématique, (2018). *Centre de documentation*

de l'Irdes. 298.

Santé, M. des S. et de la, & Santé, M. des S. et de la. (2020, avril 20). *Programme national nutrition santé (PNNS)—Professionnels*. Ministère des Solidarités et de la Santé. http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels

Satia-Abouta, J. (2003). Dietary Acculturation : Definition, Process, Assessment, and Implications. *International Journal of Human Ecology*, *4*(1), 16.

Sautreuil L., L'accompagnement des migrants vieillissants dans un foyer d'hébergement : une priorité, mémoire CAFDES, ENSP, 2000, 81 p.

Savall, A. (2017). Le diabète à l'épreuve du domestique : Le quotidien autour de l'alimentation de femmes maghrébines immigrées à Montpellier. *Sciences sociales et sante*, *Vol. 35*(1), 5-30.

Sercia, P., & Girard, A. (2009). Migrer et manger dans un espace social alimentaire transculturel. *Cuizine : the Journal of Canadian Food Cultures / Cuizine : revue des cultures culinaires au Canada*, *2*(1), 0-0. https://doi.org/10.7202/039512ar

Silhouette-Dercourt, V., & Möhring, M. (2018). La migration au prisme de la consommation. *Hommes Migrations*, *n° 1320*(1), 6-11.

Tessier, S., & Lindivat, A. (2018). Éducation thérapeutique du patient diabétique non francophone sur le lieu de résidence. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, *10*(2), 20401. https://doi.org/10.1051/tpe/2018010

Tibère, L. (2018). La construction sociale de « l'en commun » par la consommation. Les sociétés réunionnaise et malaisienne. *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, *1320*, 31-39. https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.4044

Tichit, C. (2012). L'émergence de goûts de classe chez les enfants de migrants. *Politix*, *n° 99*(3), 51-77.

Trimaille, H. (2013). Fabrice Etilé, Obésité. Santé publique et populisme alimentaire. *Lectures*. http://journals.openedition.org/lectures/11345

User, S. (s. d.). *L'action pour la santé en contexte multiculturel*. Consulté 28 août 2020, à l'adresse https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/422-la-sante-en-milieu-multiculturel.html

Vidgen, H. A., & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, *76*, 50-59. https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010

Liste des annexes

ANNEXE N°1 : Photos de la mallette d'Education nutritionnelle « Un monde de Saveurs » **....79**

ANNEXE N°2 : Photos du flyer « Bien manger et pas cher pour rester en bonne santé – Mauvais équilibre alimentaire = mauvaise santé »**.....81**

ANNEXE N°3 : Version détaillée des éléments de la revue de littérature retenus pour le cadre conceptuel**.....84**

ANNEXE N°4 : Canevas pour les séances de Focus group auprès des résidents**.....88**

ANNEXE N°5 : Grille d'entretien et Complément de la grille pour les professionnels intervenant du public ciblé**.....93**

ANNEXE N°6 : Grille d'analyse des données recueillies lors des séances de Focus group**.....99**

ANNEXE N°7 : Grille d'analyse des données recueillies lors des entretiens individuels**.....100**

ANNEXE N°8 : Notice d'informations en direction des résidents participant au Focus group**...101** (versions française et soninké)

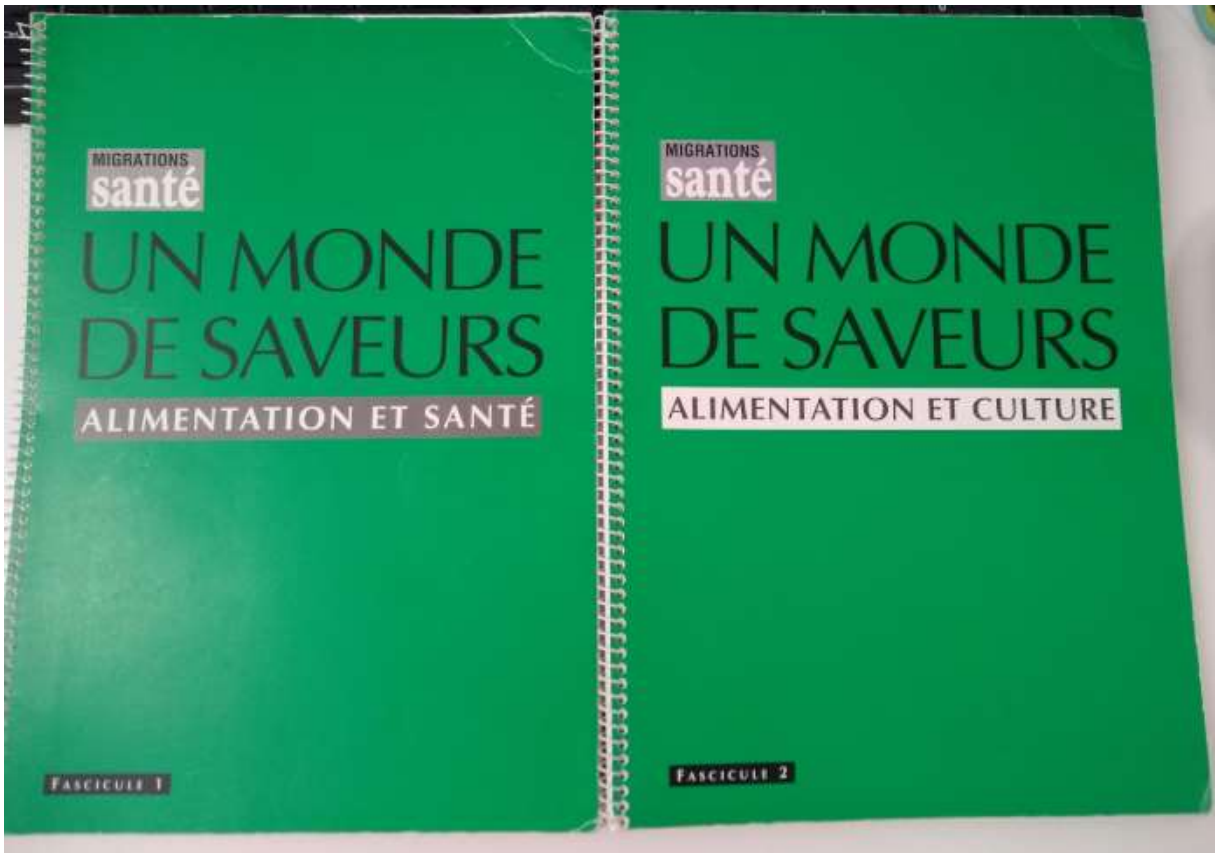
ANNEXE N°9 : Notice d'informations en direction des professionnels intervenant auprès du public ciblé**.....104**

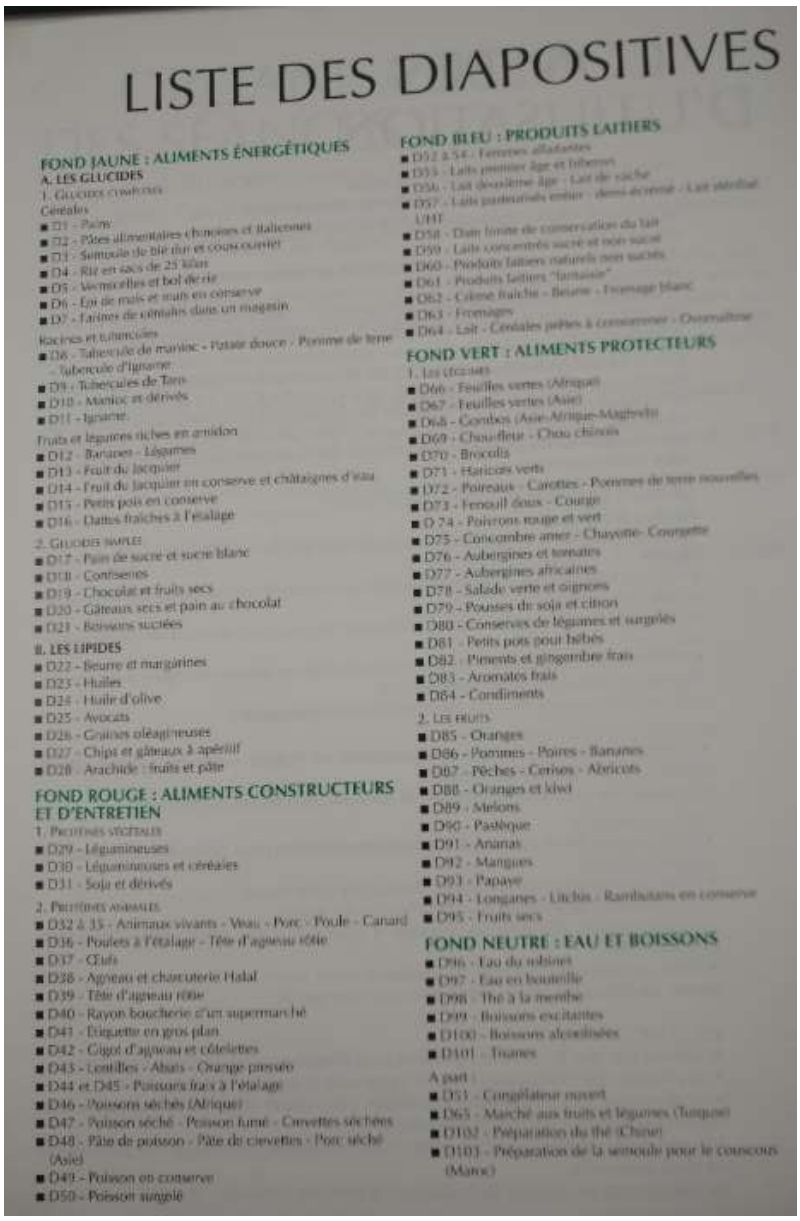
ANNEXE N°10 : Tableau récapitulatif des caractéristiques du FTM étudié (FTM 1)**.....106**

ANNEXE N°11 : Tableau récapitulatif des pratiques alimentaire effectives avant migration et actuelles et Identification des causes de changement des pratiques depuis l'arrivée dans le pays hôte**.....108**

ANNEXE N°12 : tableau récapitulatif sur la Perception, la fréquence de consommation, la prise de conscience et le degré de changement sur les repères nutritionnels (PNNS 4)**.....112**

ANNEXE N°1 : Photos de la mallette d'Education nutritionnelle « Un monde de Saveurs »





LISTE DES DIAPOSITIVES

FOND JAUNE : ALIMENTS ÉNERGÉTIQUES

A. LES GLUCIDES

1. Glucides complexes

Céréales

- D1 - Pains
- D2 - Pâtes alimentaires chinoises et italiennes
- D3 - Semoule de blé dur et couscous(s)
- D4 - Riz en sacs de 25 kilos
- D5 - Vermicelles et bol de riz
- D6 - Epi de maïs et fruits en conserve
- D7 - Farines de céréales dans un magasin

Racines et tubercules

- D8 - Tubercule de manioc - Patate douce - Pomme de terre - Tubercule d'igname
- D9 - Tubercules de Taro
- D10 - Manioc et dérivés
- D11 - Igname

Fruits et légumes riches en amidon

- D12 - Bananes - Légumes
- D13 - Fruit du jacquier
- D14 - Fruit du jacquier en conserve et châtaignes d'eau
- D15 - Petits pois en conserve
- D16 - Dattes fraîches à l'étalage

2. Glucides simples

- D17 - Pain de sucre et sucre blanc
- D18 - Confiseries
- D19 - Chocolat et fruits secs
- D20 - Gâteaux secs et pain au chocolat
- D21 - Boissons sucrées

B. LES LIPIDES

- D22 - Beurre et margarines
- D23 - Huiles
- D24 - Huile d'olive
- D25 - Avocats
- D26 - Graines oléagineuses
- D27 - Chips et gâteaux à apéritif
- D28 - Arachide : fruits et pâte

FOND ROUGE : ALIMENTS CONSTRUCTEURS ET D'ENTRETIEN

1. Protéines végétales

- D29 - Légumineuses
- D30 - Légumineuses et céréales
- D31 - Soja et dérivés

2. Protéines animales

- D32 à 35 - Animaux vivants - Veau - Porc - Poule - Canard
- D36 - Poulets à l'étalage - Tête d'agneau rôtie
- D37 - Œufs
- D38 - Agneau et charcuterie Halal
- D39 - Tête d'agneau rôtie
- D40 - Rayon boucherie d'un supermarché
- D41 - Etiquette en gros plan
- D42 - Gigot d'agneau et côtelettes
- D43 - Lentilles - Abats - Orange pressée
- D44 et D45 - Poissons frais à l'étalage
- D46 - Poissons séchés (Afrique)
- D47 - Poisson séché - Poisson fumé - Crevettes séchées
- D48 - Pâte de poisson - Pâte de crevettes - Porc séché (Asie)
- D49 - Poisson en conserve
- D50 - Poisson surgelé

FOND BLEU : PRODUITS LAITIERS

- D52 à 54 - Femmes allaitantes
- D55 - Laits premier âge et hiverno
- D56 - Lait deuxième âge - Lait de vache
- D57 - Laits pasteurisés entier - demi-écrémé - Lait stérilisé UHT
- D58 - Dans forme de conservation du lait
- D59 - Laits concentrés sucré et non sucré
- D60 - Produits laitiers naturels non sucrés
- D61 - Produits laitiers "fantaisie"
- D62 - Crème fraîche - Beurre - Fromage blanc
- D63 - Fromages
- D64 - Lait - Céréales prêtes à consommer - Ovomaltine

FOND VERT : ALIMENTS PROTECTEURS

1. Les légumes

- D66 - Feuilles vertes (Afrique)
- D67 - Feuilles vertes (Asie)
- D68 - Combos (Asie-Afrique-Maghreb)
- D69 - Chou-fleur - Chou chinois
- D70 - Brocolis
- D71 - Haricots verts
- D72 - Poireaux - Carottes - Pommes de terre nouvelles
- D73 - Fenouil doux - Courge
- D 74 - Poivrons rouge et vert
- D75 - Concombre amer - Chayotte- Courgette
- D76 - Aubergines et tomates
- D77 - Aubergines africaines
- D78 - Salade verte et oignons
- D79 - Pousses de soja et citron
- D80 - Conserves de légumes et surgelés
- D81 - Petits pois pour hébés
- D82 - Piments et gingembre frais
- D83 - Aromates frais
- D84 - Condiments

2. Les fruits

- D85 - Oranges
- D86 - Pommes - Poires - Bananes
- D87 - Pêches - Cerises - Abricots
- D88 - Oranges et kiwi
- D89 - Melons
- D90 - Pastèque
- D91 - Ananas
- D92 - Mangues
- D93 - Papaye
- D94 - Longanes - Litchis - Ramboutans en conserve
- D95 - Fruits secs

FOND NEUTRE : EAU ET BOISSONS

- D96 - Eau du robinet
- D97 - Eau en bouteille
- D98 - Thé à la menthe
- D99 - Boissons excitantes
- D100 - Boissons alcoolisées
- D101 - Tisanes

A part :

- D51 - Congélateur ouvert
- D65 - Marché aux fruits et légumes (Turquie)
- D102 - Préparation du thé (Chine)
- D103 - Préparation de la semoule pour le couscous (Maroc)

ANNEXE N°2 : Photos du flyer « Bien manger et pas cher pour rester en bonne santé – Mauvais équilibre alimentaire = mauvaise santé »

A consommer avec modération les aliments suivants :

Les matières grasses de cuisson et/ou de préparation des sauces :
pas plus d'1 portion à chaque repas

1 portion =

1 cuiller à soupe d'huile
ou 1 petit morceau de beurre
ou un petit récipient de crème

Les produits sucrés :
pas plus d'1 à 2 portions par jour

1 portion =

1 barre de chocolat
ou 1 part de gâteau
ou 1 à 2 cuillers à soupe de confiture

Les alcools :
limiter leur consommation par jour
à moins de 3 verres pour les hommes
et moins de 2 verres pour les femmes

1 verre correspond à

10 cl de vin
ou 6 cl de whisky
ou 1 « demi » de bière

Comment manger ?

Faire 3 repas
+ 1 collation par jour

Exemple 1

Petit-déjeuner :
2 tranches de pain avec beurre et/ou miel + 1 grand café au lait

Déjeuner :
Salade de crudités (maïs, tomate, concombre, thon en conserve) + 1 ration de riz

Goûter :
1 tranche de quatre-quarts
+1 grand verre de lait
+ 1 pomme

Dîner :
1 cuisse de poulet avec ragoût de légumes (choux, carotte, navet, pomme de terre)
+ 1 yaourt

Exemple 2

Petit-déjeuner :
1 yaourt + 1 orange
+ 1 croissant

Déjeuner :
1 omelette avec pomme de terre, oignon, gombo et fromage + 1 poire

Goûter :
3 tranches d'ananas en conserve
+ 1 grand verre de lait chocolaté

Dîner :
Riz cuisiné avec mélange de légumes congelés en morceaux, pois chiches, arachides et épices
+ 1 flan à la vanille

Exemple 3

Petit-déjeuner :
1 jus d'orange + 1 fromage blanc
+ 2 biscottes avec beurre et/ou confiture

Déjeuner :
1 tilapia frit avec taboulé
+ 1 morceau de fromage
+ 1 tranche de pain

Goûter :
1 barre aux céréales
+ 1 mandarine

Dîner :
1 soupe épaisse de lentilles et agneau cuisiné avec carottes, navet et épices + 1 riz au lait

Pour votre santé, saisissez toutes les occasions de bouger davantage :
multipliez vos déplacements à pieds et, si possible, utilisez les escaliers plutôt que l'ascenseur.

Que manger ?
Bien manger pas cher !

ANNEXE N°3 : Version détaillée des éléments de la revue de littérature retenus pour le cadre conceptuel

POULAIN Jean-Pierre						SATIA-ABOUTA Jessie			PERRY AZEVEDO Elsie et Al
Reference : Poulain, J. (2013). Chapitre 6 - L'espace social alimentaire : un outil pour l'étude des modèles alimentaires. Dans : J. Poulain, *Sociologies de l'alimentation* (pp. 221-244). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.						**Reference:** Satia-Abouta, Jessie. (2003). Dietary Acculturation : Definition, Process, Assessment, and Implications. International journal of human ecology.			**Reference** : PERRY AZEVEDO Elsie et Al, (2017). Identifying attributes of food literacy: A scoping review. Public Health Nutrition, 20(13), 2406-2415.
ESPACE SOCIAL ALIMENTAIRE						FACTEURS INFLUENCANT L'ACCULTURATION ALIMENTAIRE			ATTRIBUTS DE LA LITTERATIE ALIMENTAIRE
Espace du mangeable	Système alimentaire	Espace du culinaire	Espace des habitudes de consommation	Temporalité alimentaire	Espace de différenciation sociale	Facteurs socioéconomiques et démographiques	Facteurs culturels	Facteurs liés à l'exposition à la culture du pays hôte	Cinq catégories permettant de prendre des décisions en matière d'alimentation
Correspond à l'ensemble des choix qu'opère, dans le milieu naturel, un groupe humain pour sélectionner, acquérir (…) ou conserver ses aliments.	Correspond à l'ensemble des structures technologiques et sociales qui, de la collecte jusqu'à la cuisine en passant par toutes les étapes de la production-transformation, permettent à l'aliment d'arriver jusqu'au consommateur et d'être reconnu comme	Ensemble des opérations symboliques et des rituels qui, s'articulant sur des actions techniques, participent à la construction de l'identité alimentaire d'un produit naturel et le rendent consommable.	Recouvre l'ensemble des rituels qui entourent l'acte alimentaire au sens strict, c'est-à-dire : *l'incorporation * la structure de la journée alimentaire (nombres de prises, formes, horaires, contextes sociaux) *la définition du	S'inscrit dans une série de cycles temporels socialement déterminés. (…) À chaque étape correspondent des styles alimentaires avec des aliments autorisés, d'autres interdits, des rythmes de	Marque, à l'intérieur d'une même culture, les contours des groupes sociaux, que ce soit en termes de catégories sociales ou en termes régionaux. Tel aliment est un attribut pour un groupe	*Sexe *Age *Age au moment de la migration *type de migration : volontaire ou involontaire *Type de zone de résidence dans le pays d'origine : urbain ou rural *Durée de résidence dans le pays hôte *Niveau d'instruction *Activité professionnelle *Composition	*Religion *Croyances, attitudes et valeurs culturelles * Le fait de vivre dans une enclave ethnique (présence importante dans une même zone de personnes d'origine semblable)	*Changement des facteurs psychosociaux et des préférences gustatives : → Connaissances liées à l'alimentation et aux maladies nutritionnelles → Préférences gustatives → Poids attribué aux habitudes alimentaires traditionnelles Versus Assimilation	* CONNAISSANCES ALIMENTAIRES ET NUTRITIONNELLES : → Connaissances alimentaires → Connaissances nutritionnelles → Terminologie de l'alimentation et de la nutrition * CONNAISSANCES CULINAIRES (Préparation des repas : mesurer, faire cuire, lire des recettes, assurer la salubrité alimentaire).

	mangeable.		repas *son organisation structurelle *les modalités de consommation (manger à la main, avec des baguettes, au couteau et à la fourchette...) *la localisation des prises *les règles de placement des mangeurs.	repas, des statuts de mangeurs, des rôles, des contraintes, des obligations et des droits. L'enchaînement de ces grandes étapes s'opère par des initiations, des rites de passage (…).	social et sera rejeté par un autre. Manger dessine les frontières identitaires entre les groupes humains d'une culture à l'autre, mais aussi à l'intérieur d'une même culture entre les sous-ensembles qui la constituent.	familiale (statut marital, nombre d'enfants, etc.) *Maitrise de la langue du pays hôte *Zone de résidence dans le pays d'accueil		*Changement des facteurs environnementaux entraînant des changements dans l'approvisionnement et la préparation des aliments : → Courses : aliments traditionnels disponibles, accessibles et abordables → Restaurants : aliments traditionnels disponibles, accessibles et abordables → Achat et préparation d'aliments: publicité, commodité et contraintes de temps	*AUTO-EFFICACITE ET CONFIANCE : → Littératie nutritionnelle (capable de faire la distinction entre des informations nutritionnelles crédibles, trouver l'information fiable et la comprendre) → Auto-efficacité alimentaire et nutritionnelle (croire en sa capacité de se servir de ses connaissances alimentaires et nutritionnelles + préparer des aliments afin de faire des choix santé) → Auto efficacité culinaire → Attitude face à la nourriture *FACTEURS ECOLOGIQUES OU EXTERNES : → Systèmes alimentaires → Déterminants sociaux de la santé (accès à un salaire de subsistance, un logement, à des milieux d'apprentissage,

<table>
<tr><td colspan="6"></td><td colspan="3"></td><td>à un équipement pour cuisiner)
→ Influences socioculturelles et habitudes alimentaires (influences des valeurs, des normes, croyances et du soutien social)

*DECISIONS ALIMENTAIRES en lien avec l'application des connaissances, des informations et des compétences pour faire des choix alimentaires sains.</td></tr>
<tr><td colspan="6">Implications de la migration quant à l'espace social alimentaire des individus</td><td colspan="3">Trois types de modèle alimentaire résultant du choix alimentaire et des techniques de préparation des aliments</td><td>Impact sur les décisions en matière d'alimentation</td></tr>
<tr><td colspan="6" rowspan="2">Conséquences sur les sous-ensembles de l'Espace Alimentaire Social :
• Espace du mangeable
• Système alimentaire
• Temporalité alimentaire
• Espace du culinaire
• Espace des habitudes de consommation</td><td>Maintien des habitudes alimentaires traditionnelles</td><td>Adoption des habitudes alimentaire du pays d'accueil</td><td>Mise en place d'habitudes alimentaires mixtes</td><td rowspan="3">Adoption de comportements alimentaires permettant de choisir des aliments sains</td></tr>
<tr><td colspan="3">Conséquences éventuelles sur la nutrition et la santé de ces types de modèle alimentaire</td></tr>
<tr><td colspan="6">Caractérisations du public issu de l'immigration au niveau alimentaire :
• Variation et Diversification des pratiques.
• Contrainte à la prudence dans le même temps.
• Double contrainte entre le connu et l'inconnu.</td><td>Effets favorables de l'acculturation alimentaire sur la santé</td><td colspan="2">Effets défavorables de l'acculturation alimentaire sur la santé</td></tr>
</table>

ANNEXE N°4 : Canevas pour les séances de Focus group auprès des résidents

◆DATE ET HORAIRE : ◆NOMBRE DE PARTICIPANTS :

•Accueil des participants
•Explication des objectifs et des activités prévues
•Lecture de la notice d'information pour le consentement à la participation au groupe de parole
•Lecture des règles régissant le groupe de parole (Respect / Confidentialité / Parole à tour de rôle/ Pas de « bonne ou de mauvaise réponse » / Eviter d'aborder les situations personnelles)
•Présentation à tour de rôle de chaque participant y compris l'animateur

DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES DU GROUPE

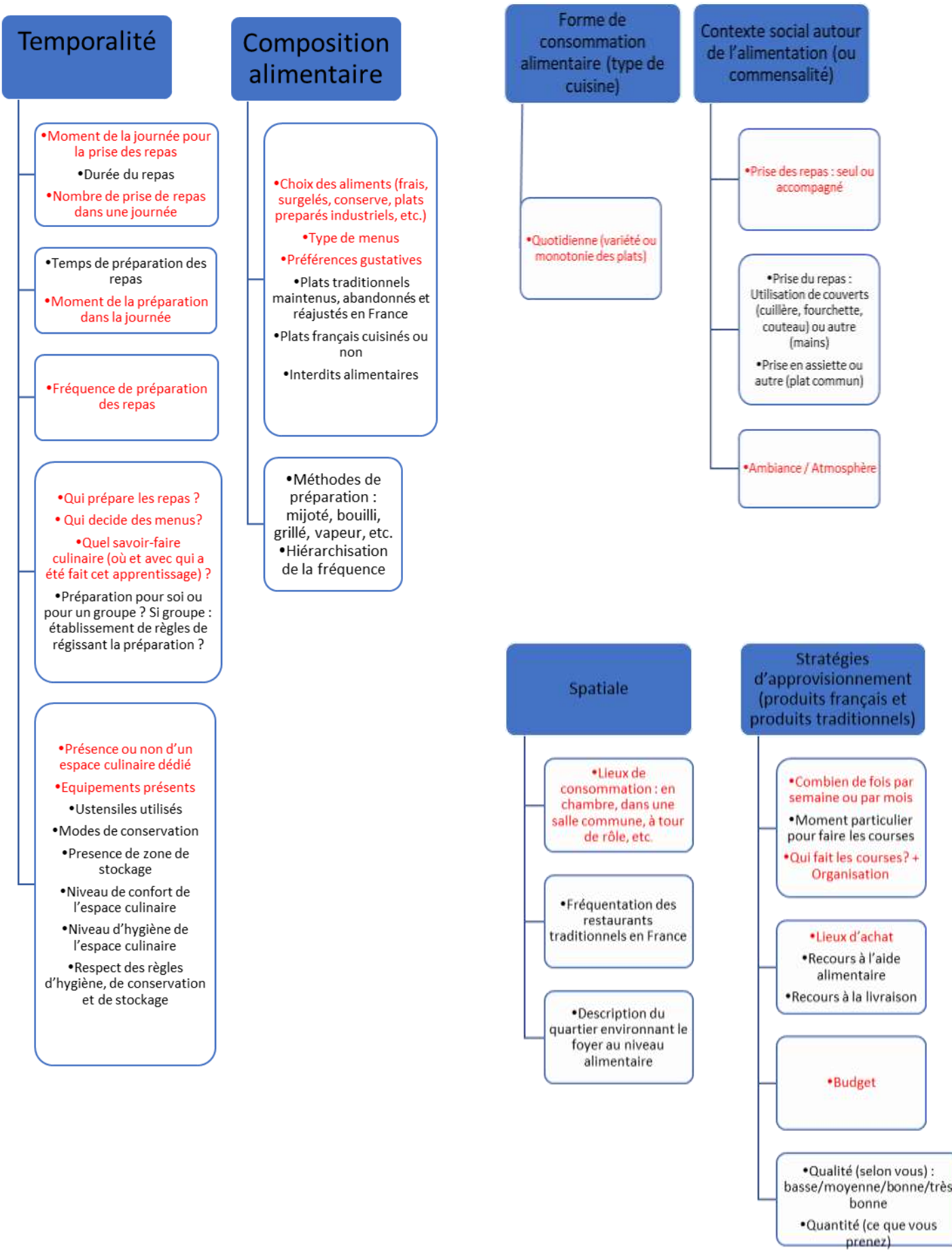
*Sexe
*Age
*Age au moment de la migration
*Type de migration : volontaire ou involontaire
*Type de zone de résidence dans le pays d'origine : urbain ou rural
*Durée de résidence dans le pays hôte
*Niveau d'instruction
*Parcours professionnel
*Composition familiale (statut marital, nombre d'enfants, etc.)
*Maitrise de la langue du pays hôte

PREMIERE SEANCE : Collecte de données pour analyse des pratiques alimentaires effectives avant migration et actuelles (ici en France) et identification des causes de changement des pratiques depuis l'arrivée dans le pays

INTRODUCTION (A tour de rôle)

◆ Pourriez-vous nous parler de votre alimentation, avant, au pays, et ce qui a changé ici, en France ?
◆ Qu'est-ce qui a été facile de faire comme changement ?
◆ Qu'est-ce qui a été difficile de faire comme changement ?

Nota Bene : La couleur rouge était pour les éléments à interroger en priorité (prise en compte du temps)


Temporalité
•Moment de la journée pour la prise des repas
•Durée du repas
•Nombre de prise de repas dans une journée
•Temps de préparation des repas
•Moment de la préparation dans la journée
•Fréquence de préparation des repas
•Qui prépare les repas ?
• Qui decide des menus?
•Quel savoir-faire culinaire (où et avec qui a été fait cet apprentissage) ?
•Préparation pour soi ou pour un groupe ? Si groupe : établissement de règles de régissant la préparation ?
•Présence ou non d'un espace culinaire dédié
•Equipements présents
•Ustensiles utilisés
•Modes de conservation
•Presence de zone de stockage
•Niveau de confort de l'espace culinaire
•Niveau d'hygiène de l'espace culinaire
•Respect des règles d'hygiène, de conservation et de stockage
Composition alimentaire
•Choix des aliments (frais, surgelés, conserve, plats preparés industriels, etc.)
•Type de menus
•Préférences gustatives
•Plats traditionnels maintenus, abandonnés et réajustés en France
•Plats français cuisinés ou non
•Interdits alimentaires
•Méthodes de préparation : mijoté, bouilli, grillé, vapeur, etc.
•Hiérarchisation de la fréquence
Forme de consommation alimentaire (type de cuisine)
•Quotidienne (variété ou monotonie des plats)
Contexte social autour de l'alimentation (ou commensalité)
•Prise des repas : seul ou accompagné
•Prise du repas : Utilisation de couverts (cuillère, fourchette, couteau) ou autre (mains)
•Prise en assiette ou autre (plat commun)
•Ambiance / Atmosphère
Spatiale
•Lieux de consommation : en chambre, dans une salle commune, à tour de rôle, etc.
•Fréquentation des restaurants traditionnels en France
•Description du quartier environnant le foyer au niveau alimentaire
Stratégies d'approvisionnement (produits français et produits traditionnels)
•Combien de fois par semaine ou par mois
•Moment particulier pour faire les courses
•Qui fait les courses? + Organisation
•Lieux d'achat
•Recours à l'aide alimentaire
•Recours à la livraison
•Budget
•Qualité (selon vous) : basse/moyenne/bonne/très bonne
•Quantité (ce que vous prenez)

DEUXIEME SEANCE : Collecte de données pour Analyse des représentations autour de l'alimentation et de la santé

INTRODUCTION (A tour de rôle)

◆ Si je vous dis manger / se nourrir, à quoi cela vous fait penser ?

◆ Quel genre de cuisine mange-t-on chez vous ?

◆ Quels sont les mots qui, pour vous, vont le mieux avec "Faire la cuisine" ?

◆ Quels sont les aliments les plus essentiels/importants pour vous ?

ALIMENT	Fruits et légumes	Viandes rouges, blanches et volailles	Produits laitiers	Produits à base de céréales, Pommes de terre et autres féculents	Poissons et Produits de la mer	Boissons sucrées/ Aliments sucrés, gras, salés et ultra transformés (céréales du petit déjeuner sucrées, gâteaux, chocolat, crèmes dessert, glaces, biscuits apéritifs, charcuterie et plats préparés du commerce	Matières grasses	Eaux	Autre
CLASSEMENT									

◆ Pour vous, qu'est-ce que c'est manger sain ?

- Citez un ou des plats traditionnels qui représente(nt) le manger sain ?
- Mettez une note entre 0 et 10 pour le(s) plat(s) cité(s) ? Pourquoi cette note et pas celle qui est au-dessus ?
- Citez un ou des plats français qui représentent(nt) le manger sain ?
- Mettez une note entre 0 et 10 pour le(s) plat(s) cité(s) ? Pourquoi cette note et pas celle qui est au-dessus ?

◆ Pour vous, faites-vous un lien entre l'alimentation et la santé ? Pouvez-vous préciser votre réponse ?

◆ Pouvez-vous me dire quel rôle joue l'alimentation par rapport à certaines maladies ?

	Très important	**Plutôt important**	**Plutôt pas important**	**Pas du tout important**	**Ne sait pas**
Maladies cardio-vasculaires (AVC, HTA, etc.)					
Diabète					

Ostéoporose					
Cancer					
Maladie rénale					
Rhumatismes					
Problèmes dentaires					

◆ Selon vous, la maladie peut-elle influencer les habitudes alimentaires ? Pouvez-vous m'en dire plus ?

◆ Selon vous, quels sont, parmi les groupes d'aliments suivants, les meilleurs pour la santé ?

ALIMENT	Fruits et légumes	Viandes rouges, blanches et volailles	Produits laitiers	Féculents (du pain, des pâtes, du riz, de la semoule, des céréales, des pommes de terre	Les légumes secs (lentilles, haricots, pois chiches, ...)	Poissons et Produits de la mer	Boissons sucrées/ Aliments sucrés, gras, salés et ultra transformés (céréales du petit déjeuner sucrées, gâteaux, chocolat, crèmes dessert, les glaces, les biscuits apéritifs, la charcuterie et certains plats préparés du commerce	Matières grasses	Eaux	Fruits à coque
CLASSEMENT										

◆ Selon vous, quels sont les aliments ou produits alimentaires dont il faut limiter la consommation pour être en bonne santé ?

ALIMENT	Fruits et légumes	Viandes rouges, blanches et volailles	Produits laitiers	Féculents (du pain, des pâtes, du riz, de la semoule, des céréales, des pommes de terre	Les légumes secs (lentilles, haricots, pois chiches, ...)	Poissons et Produits de la mer	Boissons sucrées/ Aliments sucrés, gras, salés et ultra transformés (céréales du petit déjeuner sucrées, gâteaux, chocolat, crèmes dessert, les glaces, les biscuits	Matières grasses	Eaux	Fruits à coque

							apéritifs, la charcuterie et certains plats préparés du commerce			
CLASSEMENT										

◆ Que faites-vous pour préserver votre santé ?

TROISIEME SEANCE : Collecte de données pour l'analyse de la réception et de l'acceptabilité d'actions de prévention sur l'alimentation et la santé

INTRODUCTION (A tour de rôle)

◆ A quel point êtes-vous attentifs aux informations qui circulent par rapport à l'alimentation et la santé (jamais / occasionnellement / régulièrement / souvent)?

◆ Vous arrive-t-il de rechercher ce type d'information ? Si oui, où et auprès de qui ?

► INFORMATIONS ET BESOINS/FREINS

◆ Selon vous, peut-on prendre en compte toutes les informations qui circulent sur l'alimentation ? Pour quelles raisons ?

◆ Que pouvez-vous me dire sur vos connaissances alimentaires et nutritionnelles actuelles pour faire des choix de santé ? Pensez-vous qu'elles soient suffisantes ? Pouvez-vous préciser ?

◆ Souhaiteriez-vous acquérir de nouvelles connaissances sur l'alimentation ? Et pour quelles raisons ? Quels types d'informations souhaiteriez-vous ?

◆ Qu'est-ce qui pourrait vous aider à améliorer votre alimentation ? Par quels moyens souhaiteriez-vous que cela soit fait ?

◆ Y aurait-il des éléments qui pourraient vous empêcher d'améliorer votre alimentation ?

► EVALUATION RAPIDE SUR LES RECOMMANDATIONS NUTRITIONNELLES DU PNNS (PNNS 4)

◆ Avez-vous déjà entendu parler du Plan National Nutrition Santé ou PNNS ?

→ Avez-vous déjà entendu parler des slogans « Manger Bouger », « 5 fruits et légumes par jour », « Ne pas manger trop gras, trop salé, trop sucré », « 30 minutes d'activité physique par jour », etc. ?

→ Où vous avez entendu / lu / vu ces slogans ?

→ Que pouvez-vous me dire sur les repères de santé en termes d'alimentation ?

✦ALIMENTS A AUGMENTER

● Perception : Que pouvez-vous me dire sur votre consommation :
- de fruits et légumes ?
- de légumes secs (haricots, lentilles, pois chiches, etc…) ?

● Consommation : Jamais / Occasionnellement / Régulièrement / Souvent ?

● Prise de conscience : Que pensez-vous de cette consommation ? Pourquoi ?

● Changement : Aimerez-vous modifier cette consommation ? De quelle façon ? Et pour quelles raisons ?

✦ ALIMENTS A ALLER VERS

● Perception : Que pouvez-vous me dire sur votre consommation :

- de féculents complets (pain, pates et riz) ?
- de produits de la pêche ?
- de matières grasses (huile d'olive / noix / colza)?
- de produits laitiers ?

● Consommation : Jamais / Occasionnellement / Régulièrement / Souvent ?

● Prise de conscience : Que pensez-vous de cette consommation ? Pourquoi ?

● Changement : Aimerez-vous modifier cette consommation ? De quelle façon ? Et pour quelles raisons ?

✦ ALIMENTS A REDUIRE

● Perception : Que pouvez-vous me dire sur votre consommation :

- de féculents (pain, des pâtes, du riz, de la semoule, des céréales, des pommes de terre) ?
- de viande rouge (bœuf, mouton, agneau, etc.) et des abats ?
- de produits sucrés ?
- de l'assaisonnement de vos plats ?

● Consommation : Jamais / Occasionnellement / Régulièrement / Souvent ?

● Prise de conscience : Que pensez-vous de cette consommation ? Pourquoi ?

● Changement : Aimerez-vous modifier cette consommation ? De quelle façon ? Et pour quelles raisons ?

✦ EVALUATION

→ À votre avis, quel type d'aliments doit-on essayer d'augmenter la consommation pour être en bonne santé ?

→ À votre avis, quel type d'aliments doit-on aller vers pour être en bonne santé ?

→ A votre avis, quel type d'aliments doit-on réduire la consommation pour être en bonne santé ?

► PISTES DE REFLEXION

◆ Avec ces repères, avez-vous appris de nouvelles connaissances en alimentation ?

◆ Que pensez-vous de ces repères ? Dans quelle mesure souhaitez-vous les mettre en pratique ? Pourquoi ? Qu'est-ce qui pourrait-vous encourager, vous aider à les appliquer ? Qu'est-ce qui pourrait être bloquant ?

◆ Que pensez-vous de la mise en place au sein du FTM, par exemple, de :

→ La formation de relais communautaires promouvant une alimentation saine ? D'après vous, qui pourrait jouer ce rôle ? Pour quelles raisons ?

→ Les ateliers de cuisine avec visite d'un supermarché + achats de courses ?

→ Les ateliers d'alphabétisation relatifs à l'alimentation ?

→ Que pensez-vous de leur instauration auprès de vous ? Pour quelles raisons ? A votre avis, quelles conditions cela peut « fonctionner » ? (Bonne participation, maintenue dans le temps et appréciation positive des bénéficiaires).

ANNEXE N°5 : Grille d'entretien et Complément de la grille pour les professionnels intervenant du public ciblé

	A L'ATTENTION DE : **→GESTIONNAIRE** **→INTERVENANT SOCIAL** **→COORDINATRICE ACTIONS DE TERRAINS**	**A L'ATTENTION DU DELEGUE**	**A L'ATTENTION DU RESPONSABLE DE CUISINE**
PRESENTATION DE LA PERSONNE	● Fonction exercée ● Parcours professionnel ● Formation initiale	● Fonction exercée ● Parcours professionnel ● Formation initiale	● Fonction exercée ● Parcours professionnel ● Formation initiale ● Recrutement par qui ? ● Missions et relations professionnelles ● Nombre d'années de travail en RS puis en FTM ● Raisons/Motivations pour exercice de cette fonction ou de ce travail ● Qualités pour ce poste ● Missions apprécies et difficultés rencontrées au quotidien
ACTIVITES PROFESSIONNELLES EN COURS	● Présentation du FTM ● Missions et relations professionnelles ● Nombre d'années de travail en RS puis en FTM ● Raisons/Motivations pour exercice de cette fonction ou de ce travail ● Contact antérieur avec public âgé ● Formation spécifique pour l'adaptation à l'emploi et travail auprès du public âgé ● Qualités pour ce poste ● Missions apprécies et difficultés rencontrées au quotidien ● Quèsaco : « Accompagnement social »	● Présentation du FTM ● Missions et relations professionnelles ● Nombre d'années de travail en RS puis en FTM ● Raisons/Motivations pour exercice de cette fonction ou de ce travail ● Qualités pour ce poste ● Missions apprécies et difficultés rencontrées au quotidien	● Jours + horaires d'ouverture du restaurant ● Type de cuisine + Qui décide du menu + Organisation du menu ● Population fréquentant le restaurant ● Part des repas pris sur place et des repas à emporter ● Durée moyenne du repas qui est pris sur place ? ● Part des personnes âgées qui mangent sur place ou emportent leurs repas ? ● Pratique prédominante pour ce public ● Prix moyen des repas ● Autres activités hors restauration ● Formation sur l'équilibre alimentaire, la diététique ● Description de la cuisine faite par le

			restaurant + Quels critères d'appréciation
ETAT DES LIEUX SUR LES ACTIVITES DE PREVENTION	● Connaissance de la mise en place d'activités de prévention au sein du FTM ● Participation ou non activité de prévention au FTM (raisons ou motivations / si oui : quelle organisation et quel rôle) ● Séances sur l'alimentation ● Bilan de ces activités (freins et leviers)	● Connaissance de la mise en place d'activités de prévention au sein du FTM ● Participation ou non activité de prévention au FTM (raisons ou motivations / si oui : quelle organisation et quel rôle) ● Séances sur l'alimentation ● Bilan de ces activités (freins et leviers)	● Connaissance de la mise en place d'activités de prévention au sein du FTM ● Participation ou non activité de prévention au FTM (raisons ou motivations / si oui : quelle organisation et quel rôle) ● Séances sur l'alimentation ● Bilan de ces activités (freins et leviers)
ETAT DES LIEUX DES CARACTERISTIQUES DES RESIDENTS AGES EN MATIERE D'ALIMENTATION	● Description alimentation des résidents âgés au sein du FTM + Quels critères pour cette appréciation ● Idée sur leurs habitudes et pratiques alimentaires des résidents âgés sur : → Les moments auxquels ils préparent et mangent. → Ce qu'ils mangent → Le type de cuisine qu'ils font → Dans quel contexte social (avec qui / partage ou non / ambiance) → Où ils mangent (lieux de consommation / fréquentation de restaurants traditionnels en France) → Les stratégies d'approvisionnement pour les aliments français et traditionnels ● Facteurs semblent influencer les pratiques alimentaires du public ciblé ● Quelles connaissances alimentaires / nutritionnelles / culinaires/ décisions en matière d'alimentation (choisir des aliments sains) chez les résidents âgés ● « Faire le tri dans les informations sur l'alimentation, Trouver l'information fiable et la comprendre » : réflexions par rapport au public ciblé ● « Croire en sa capacité de se servir de ses connaissances culinaires, Préparer des aliments afin de faire des choix santé, Avoir le désir d'apprendre	● Description alimentation des résidents âgés au sein du FTM + Quels critères pour cette appréciation ● Idée sur leurs habitudes et pratiques alimentaires des résidents âgés sur : → Les moments auxquels ils préparent et mangent. → Ce qu'ils mangent → Le type de cuisine qu'ils font → Dans quel contexte social (avec qui / partage ou non / ambiance) → Où ils mangent (lieux de consommation / fréquentation de restaurants traditionnels en France) → Les stratégies d'approvisionnement pour les aliments français et traditionnels ● Facteurs semblent influencer les pratiques alimentaires du public ciblé ● Quelles connaissances alimentaires / nutritionnelles / culinaires/ décisions en matière d'alimentation (choisir des aliments sains) chez les résidents âgés ● « Faire le tri dans les informations sur l'alimentation, Trouver l'information fiable et la comprendre » : réflexions par rapport au public ciblé ● « Croire en sa capacité de se servir de ses connaissances culinaires, Préparer des aliments afin de faire des choix santé, Avoir le désir d'apprendre comment préparer » : réflexions par rapport au public	● Description alimentation des résidents âgés au sein du FTM + Quels critères pour cette appréciation ● Idée sur leurs habitudes et pratiques alimentaires des résidents âgés sur : → Les moments auxquels ils préparent et mangent. → Ce qu'ils mangent → Le type de cuisine qu'ils font → Dans quel contexte social (avec qui / partage ou non / ambiance) → Où ils mangent (lieux de consommation / fréquentation de restaurants traditionnels en France) → Les stratégies d'approvisionnement pour les aliments français et traditionnels ● Facteurs semblent influencer les pratiques alimentaires du public ciblé ● Quelles connaissances alimentaires / nutritionnelles / culinaires / décisions en matière d'alimentation (choisir des aliments sains) chez les résidents âgés ● « Faire le tri dans les informations sur l'alimentation, Trouver l'information fiable et la comprendre » : réflexions par rapport au

	comment préparer » : réflexions par rapport au public ciblé	ciblé	public ciblé ● « Croire en sa capacité de se servir de ses connaissances culinaires, Préparer des aliments afin de faire des choix santé, Avoir le désir d'apprendre comment préparer » : réflexions par rapport au public ciblé
PISTES DE REFLEXION	● Conditions idéales (leviers) pour mise en place d'actions pour l'alimentation et la santé auprès des personnes âgées ● Idée sur le type d'actions qui pourrait favoriser une alimentation plus favorable à la santé de ce public ● Souhait de prendre part aux actions pour l'alimentation et la santé + Justifications ● Souhait de formation sur l'alimentation et la santé + Justifications ● Souhait de mise en place des actions avec d'autres personnes (lesquelles et comment cela pourrait être fait) + Justifications ● Réflexions sur mise en place au FTM par exemple, de : → Formation de relais communautaires promouvant une alimentation saine + Qui pourrait jouer ce rôle → Ateliers de cuisine avec visite d'un supermarché + Achats de courses → Ateliers d'alphabétisation relatifs à l'alimentation	● Conditions idéales (leviers) pour mise en place d'actions pour l'alimentation et la santé auprès des personnes âgées ● Idée sur le type d'actions qui pourrait favoriser une alimentation plus favorable à la santé de ce public ● Souhait de prendre part aux actions pour l'alimentation et la santé + Justifications ● Souhait de formation sur l'alimentation et la santé + Justifications ● Souhait de mise en place des actions avec d'autres personnes (lesquelles et comment cela pourrait être fait) + Justifications ● Réflexions sur mise en place au FTM par exemple, de : → Formation de relais communautaires promouvant une alimentation saine + Qui pourrait jouer ce rôle → Ateliers de cuisine avec visite d'un supermarché + Achats de courses → Ateliers d'alphabétisation relatifs à l'alimentation	● Conditions idéales (leviers) pour mise en place d'actions pour l'alimentation et la santé auprès des personnes âgées ● Idée sur le type d'actions qui pourrait favoriser une alimentation plus favorable à la santé de ce public ● Souhait de prendre part aux actions pour l'alimentation et la santé + Justifications ● Souhait de formation sur l'alimentation et la santé + Justifications ● Souhait de mise en place des actions avec d'autres personnes (lesquelles et comment cela pourrait être fait) + Justifications ● Réflexions sur mise en place au FTM par exemple, de : → Formation de relais communautaires promouvant une alimentation saine + Qui pourrait jouer ce rôle → Ateliers de cuisine avec visite d'un supermarché + Achats de courses → Ateliers d'alphabétisation relatifs à l'alimentation

COMPLEMENT DE LA GRILLE D'ENTRETIEN (Si le temps le permet)		
	A L'ATTENTION DE : **→GESTIONNAIRE** **→INTERVENANT SOCIAL** **→COORDINATRICE ACTIONS DE TERRAINS**	**A L'ATTENTION DU RESPONSABLE DE CUISINE**
LIEN ENTRE ALIMENTATION ET SANTE		● Manger sain ? ● Lien entre l'alimentation et la santé ? Si oui, lequel ? ● Rôle joue l'alimentation par rapport à certaines maladies (Très important / Plutôt important / Plutôt pas important / Pas du tout important / Ne sait pas) : → Maladies cardiovasculaires → Diabète → Ostéoporose → Cancer → Maladie rénale → Rhumatismes → Problèmes dentaires
EVALUATION RAPIDE SUR LES RECOMMANDATIONS NUTRITIONNELLES DU PNNS (PNNS 4)	● Plan National Nutrition Santé ou PNNS → Slogans : « MANGER BOUGER », « 5 fruits et légumes par jour », « Ne pas manger trop gras, trop salé, trop sucré », « 30 minutes d'activité physique par jour », etc. → Où avez-vous entendu / lu / vu ces slogans → Réflexions sur les repères de santé en termes d'alimentation ● Quizz : → Type d'aliments à réduire la consommation pour être en bonne santé →Type d'aliments à aller vers pour être en bonne santé	● Plan National Nutrition Santé ou PNNS → Slogans : « MANGER BOUGER », « 5 fruits et légumes par jour », « Ne pas manger trop gras, trop salé, trop sucré », « 30 minutes d'activité physique par jour », etc. → Où avez-vous entendu / lu / vu ces slogans → Réflexions sur les repères de santé en termes d'alimentation ● Quizz : → Type d'aliments à réduire la consommation pour être en bonne santé →Type d'aliments à aller vers pour être en bonne santé

	→ Types d'aliments à augmenter sa consommation pour être en bonne santé ● Repères soient connus, acceptés et appliqués par le public ciblé + Justifications ● Mise en pratique effective + Dans quelles mesures ● Eléments qui pourraient les encourager, les aider à les appliquer + Eléments bloquants	→ Types d'aliments à augmenter sa consommation pour être en bonne santé ● Repères soient connus, acceptés et appliqués par le public ciblé + Justifications ● Mise en pratique effective + Dans quelles mesures ● Eléments qui pourraient les encourager, les aider à les appliquer + Eléments bloquants

ANNEXE N°6 : Grille d'analyse des données recueillies lors des séances de Focus group

PREMIERE SEANCE DES FOCUS GROUPS

◆ IDENTIFICATION DES CHANGEMENTS AU NIVEAU ALIMENTAIRE ENTRE LE PAYS D'ORIGINE ET LE PAYS HOTE

→ Quels changements ?
→ Facilités obtenues
→ Difficultés rencontrées

◆ PRATIQUES ALIMENTAIRES EFFECTIVES ACTUELLES

→ Au niveau de la temporalité
→ Au niveau de la composition alimentaire
→ Au niveau de la forme de consommation
→ Au niveau du contexte social
→ Au niveau de la spatialité
→ Au niveau des stratégies d'approvisionnement

DEUXIEME SEANCE DES FOCUS GROUPS

◆ REPRESENTATIONS DES PARTICIPANTS SUR L'ALIMENTATION DE MANIERE GENERALE

◆ LIEN ENTRE ALIMENTATION ET SANTE

◆ LIEN ENTRE PREVENTION ET SANTE

TROISIEME SEANCE DES FOCUS GROUPS

◆ FOCUS SUR LA PERCEPTION, LA FREQUENCE DE CONSOMMATION, LA PRISE DE CONSCIENCE ET LE DEGRE DE CHANGEMENT SUR LES REPERES NUTRITIONNELS ACTUELS (PNNS 4)

→ Aliments à augmenter
→ Aliments à aller vers
→ Aliments à réduire

◆ ETAT DE LIEUX SUR LES CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES ET ACTUELLES DES RESIDENTS PARTICIPANTS EN MATIERE D'ALIMENTATION

→ Connaissances alimentaires et nutritionnelles
→ Connaissances culinaires
→ Auto-efficacité et confiance
→ Facteurs écologiques ou externes

◆ PISTES DE REFLEXIONS POUR DEVELOPPER ET CONSOLIDER LES CAPACITES NECESSAIRES EN MATIERE D'ALIMENTATION

→ Propositions des résidents
  - Types d'actions
  - Leviers
  - Freins
→ Avis sur des interventions issues de la revue de littérature
  - Leviers
  - Freins

ANNEXE N°7 : Grille d'analyse des données recueillies lors des entretiens individuels

◆ FOCUS SUR LES ACTIVITES DE PREVENTION POUR LA SANTE

→ Bilan sur les actions de prévention de manière générale

→ Bilan sur les actions de prévention en lien avec l'alimentation

◆ ETAT DES LIEUX DES CARACTERISTIQUES DES RESIDENTS AGES EN MATIERE D'ALIMENTATION

→ Avis sur la connaissance, l'acceptation et l'application des repères nutritionnels actuels (PNNS 4) auprès du public ciblé.

→ Regards sur les habitudes et pratiques alimentaires du public ciblé.

- Au niveau de la temporalité
- Au niveau de la composition alimentaire
- Au niveau de la forme de consommation
- Au niveau du contexte social
- Au niveau de la spatialité
- Au niveau des stratégies d'approvisionnement

→ Points de vue sur les caractéristiques individuelles et actuelles du public ciblé pour la prise de décisions en matière d'alimentation.

- Connaissances alimentaires et nutritionnelles
- Connaissances culinaires
- Auto-efficacité et confiance
- Facteurs écologiques ou externes

◆ PISTE DE REFLEXIONS POUR DEVELOPPER ET CONSOLIDER LES CAPACITES NECESSAIRES DU PUBLIC CIBLE EN MATIERE D'ALIMENTATION

→ Propositions des interviewés.

- Type d'actions / Eventuelles évolutions des pratiques professionnelles
- Leviers
- Freins

→ Avis sur les interventions issues de la littérature.

- Leviers
- Freins

ANNEXE N°8 : Notice d'informations en direction des résidents participant au Focus group (versions française et soninké)

NOTICE A L'ATTENTION DES PARTICIPANTS

DIGAAMU I GA KATTA SEFAANO KU YA

« ATELIER DE DISCUSSION (OU GROUPE DE PAROLES) AUPRES DE PERSONNES AGEES VIVANT DANS UN FOYER DE TRAVAILLEURS MIGRANTS DANS LE CADRE D'UNE ETUDE SUR L'ALIMENTATION ET LA SANTE »

Meerangenme a masalanŋen be ga katta xirisu be nu ga bireene fuwaayenu. Tirindinden ken a katta I yegemoxon ya a do I saha

Association Migrations Santé

Animation : CISSE Bassa

CONTEXTE ET OBJECTIF DE L'ETUDE / ŇAN MOXO A DO GOLLE TEREKILLU

L'association Migrations Santé est une association à but non lucratif et régie par la loi 1901. Elle contribue à la promotion de la santé des migrants, des réfugiés et de leur famille et à l'accès aux soins et aux droits pour une meilleure intégration.

L'association Migrations santé porte un intérêt de longue date pour les questions d'alimentation et de santé de ses bénéficiaires.

Dans ce cadre, notre souhait est de réaliser une étude exploratoire sur l'amélioration de la compréhension des comportements alimentaires dans un contexte multiculturel afin de mettre en place des actions sur l'alimentation et la santé adaptées aux personnes âgées vivant dans les FTM /RS.

Cette étude est conduite par CISSE Bassa, dans le cadre de son stage de Master 2 Santé Publique Parcours Promotion et Prévention de la santé (EHESP de Rennes).

Nous vous invitons à prendre le temps de lire cette notice avant de confirmer votre participation.

L'association Migrations Santé ni association ya a ga nta naburu muuriye kille kanma. A kahini loi 1901 association nu ku ya. A gollen na katta tuŋaaranku ku sahan ya, a do ku be nu ga moole kayitinu ku muurunu, a do I korenu. A golle ke wa katta xadi na I deema I ga jaarene moxo be ya o do I gi haqun kitta moxo be ya jamaane ke di kuro I taaxu moxo ke ga sirono moxo be ya.

L'association Migrations Santé dalla golinŋana tuŋaaranko ku saha ke a do i yige moxonu ku kanma.

Ken ya sigi o ga da xanu na golle dabaari I kanma ma fahamuye na kite I yige moxonu ku kanma ke jaman xoore ke noxondi kuro I killu tana muuru a ga katta xirisu ku be nu ga bireene fuwayenu ku di a ga katta sahanu a do I yige moxonu.

Bassa Cissé ya na ke golle dabari ni hi be katta a xaranŋen tinmanden di, xaranŋen be a ga dabari ni kuro a na I Master 2 Santé Publique Parcours Promotion et Prévention de la santé (EHESP de Rennes) nkita.

O da muuru xa maxa xa na ke kayiti xara saado xa duŋene ñimini o tirindindu ku ya.

DESCRIPTION DU PROJET / GOLLE KE ŇAŊI MOXO

Pour réaliser cette étude, trois méthodes de collecte de témoignages et d'informations seront utilisées au cours du mois de Juillet 2020 :

1) Des groupes de paroles auprès du public visé afin de comprendre leurs pratiques alimentaires et représentations autour de l'alimentation et de la santé, leur réception et leur degré d'intérêt envers les recommandations nutritionnelles françaises.
2) Des entretiens semi-directifs auprès de professionnels en lien avec le public visé pour faire une recension des actions de prévention réalisées, notamment sur l'alimentation, et

identifier des leviers et obstacles pour la mise en place d'actions en matière d'alimentation et de santé.

3) Des observations de l'environnement alimentaire autour du lieu de vie du public visé pour évaluer les facteurs susceptibles d'influencer les pratiques et habitudes alimentaires autour de la résidence.

Kuuro ke gollen na kato dabarini, killu sikki yan batiini kuuro o na kato digaamu ku tuwaaxunu ku wuttu Juillet 2020 xaso ke noxondi :

1) Tirindinden katta jaman be o ga da sugandi kuuro o na fahamuye kita I yigandu a do I yige moxonu a do I ga yiganden walla moxo be, a do I saha, a do I ga jamaane ke laadanu ku beenu ga katta yigande a do saha I walla moxo beenu ya.
2) Tirindindu tana nu wa katta I do ku beenu ga gollini doome kuuro o na tu I ga xotanu ku kaane xatana moxo beenu ya. Ken sabaabun ni ya na xotanu ku tu ya kuuro o ga sarare kitta I ya moxo be ya.
3) Na xotanu ku beenu ga I bire raxu ku tu a wa o deemana o ga I yige moxonu ku a do sahanu ku gemundini moxo be ya.

RAISON ET NATURE DE VOTRE PARTICIPATION / MANI XAN SIGI O GA TIRINDINI

Nous vous sollicitons afin de participer à un groupe de paroles (méthode 1). Ce groupe de parole pourra durer entre 60 et 90 minutes et aura lieu à votre résidence sociale. L'animation sera faite par Madame CISSE Bassa. Avec vous, il y aura d'autres résidents sur une base volontaire. Vous serez sollicités à trois reprises durant une heure. Il y aura une semaine d'intervalle entre chaque séance. Cette notice sera lue en début de séance. Une question sera posée vous demandant si vous avez des questions sur l'étude et si vous consentez à y participer. Aucune préparation préalable n'est nécessaire. Au cours de la discussion, nous vous poserons des questions sur vos pratiques alimentaires, vos représentations sur l'alimentation et la santé, vos connaissances sur les recommandations nutritionnelles et vos attentes/besoins en terme d'alimentation et de santé.

Nous sollicitons votre accord pour l'enregistrement audio et la retranscription des discussions. Le nom des personnes interviewées ne sera pas dévoilé dans les écrits découlant de cette étude (retranscription, rapport, publication). Nous nous attacherons à mettre tout en œuvre pour que ces personnes ne soient pas identifiables. Nous utiliserons uniquement le sexe, l'âge et le numéro du groupe dans les écrits.

O ri xa tirindi ma xa na kahi jama be ga sehene (fi fana). Ke jaman rawa sehene wucce be ga xori 60 et 90 minitinu. Tirindinde ke ñaana xa banŋen ke ya. Tirindindaana ke ni Bassa Cissé ya. Xa soro tana rawayi kahini xaya an da liŋo I da, wolla xa da. O na xa tirindini taanu sikku ya leeri noxondi. Ma koye ga ware me ñiye su do ñiye tana naxa. Ma ku digaankaccu ga xare saado o ga golle ke joppana. Mo xa ga tirindi gelli tirindinden ga xama katta o golle ke, wolla gelli xa duŋe xa kitte kappa o maxa golle ke. Golle ke ma hataaji duranmoxosironde ya. Me ñiye ke noxon di, mo ga da xa tirindi xa yige moxonu, xa saha, tuwaaxu be ga xa maxa katta yige moxonun ŋa, a do xa ga hibe dukku o maxa ken ga katta nafaxan killen wolla sahan ŋa.

O wa mundunu xa maxa o ga xa xannun wuttu a do o ga digaamu ku sahana [safana]. A su toxon toqo suturan ya a di. O nta sere su toxo konno o golle ke noxon di (sahande, kitaabe wolla wallafinde ke noxon di). Mo o ga da o haqen dabari kuuro sere su nan maxa tuyi ti I diganxannu, wolla ken di I me xawara. O na a yugaaxu, wolla a yaxaraaxu, do a siino o a do a ga kappa jama be ya o na kun baane ya konno o sahe hoonu ku di.

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL / TANGANDE HIBE GA KATTA WANDI XIBAARE

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et au RGPD 2016/679 du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement aux données à caractère personnel qui vous concernent (enregistrements et retranscriptions s'il y a lieu). Vous

pouvez également, pour des motifs légitimes, souhaiter la limitation ou vous opposer au traitement des données vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser aux personnes en charge de l'étude mentionnées comme « Personnes ressources » en bas de la notice. Les données (les retranscriptions d'entretiens et autres documents à caractère confidentiel recueillis) seront conservées pendant une période de six mois après la fin des analyses, puis supprimées ou détruites.

Xoyi loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et au RGPD 2016/679 du 27 avril 2016, nga da koyi moxo bey a, awa telle xa da xa na a tu xa ga da hi be ko, xa na yille na guruja, ma na buruxa yinme. Hi be su ga katta xa yinmen nu ya (diganxanne, sahe hoonu), xa rawa tini a na guruje wolla a nan buruxe. Ken ni ha haqen ya golle ke di. A wa xadi kahini haqu ku ya gelli xa nan ti i na xenpe raxe ya, wolla xa nan bara yinme i ga xa duranfiinun bangandi. An da a yi xa ga mulla xa ga mulla a tuunu hibe ga koni xa kanma, xa rawa teŋana katta ku beenu ga ke golle dabarini i toxonu sahanton ŋa xoyi : « Personnes ressources » ku digaamu wure. Digaamu (diganyillantu a do surumaadu tananu i gan xawa toqo huqen di) kun sawini ya xasun tuumi haqe golle ke ñeme halle [falle]. Ken ga na dangi i na buruxe wolla o na i bonondi.

LIBERTE DE PARTICIPATION / DUŊAYE NA I KITTEN KAHU GOLLE KE YA

La décision de participer ou non à cette étude vous appartient. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser. En acceptant de répondre à nos questions vous consentez à participer à cette étude. Votre participation vaut ainsi consentement.

Nan kahu wolla nan maxa kahu golle ke a na sere su yinme ya maxa. Forse nta di. Xa rawa duŋe ne, xa rawa balla. Xan da duŋe o tirindindu ku jaabi ni kan na xo xa duŋe xa kitten kappa golle key a. Xa kitten kappen ŋa golle ke a da xa duŋayen ya telle doome.

PERSONNES RESSOURCES / SORO SIGINTO GOLLE KE DI

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de cette étude, vous pouvez vous adresser à l'une et/ou l'autre de ces personnes :

- CISSE Bassa - étudiante en Master 2 Santé Publique (EHESP), 06.22.23.51.14, bassa.cisse@eleve.ehesp.fr
- Association Migrations Santé, SAFWATE Meryem, Coordinatrice d'Actions de terrain, 01.42.33.24.47

An da a yi xa mulla no fo tana tu ke golle di, xa rawa xa tirindindu njoykoyini katta :

- CISSE Bassa - étudiante en Master 2 Santé Publique (EHESP), 06.22.23.51.14, bassa.cisse@eleve.ehesp.fr
- Association Migrations Santé, SAFWATE Meryem, Coordinatrice d'Actions de terrain, 01.42.33.24.47

ANNEXE N°9 : Notice d'informations en direction des professionnels intervenant auprès du public ciblé

NOTICE A L'ATTENTION DES PARTICIPANTS

« ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS AUPRES DES PROFESSIONNELS EXERCANT DANS UN FOYER DE TRAVAILLEURS MIGRANTS DANS LE CADRE D'UNE ETUDE SUR L'ALIMENTATION ET LA SANTE »

Association Migrations Santé

Passation des entretiens : CISSE Bassa

CONTEXTE ET OBJECTIF DE L'ETUDE

L'association Migrations Santé est une association à but non lucratif et régie par la loi 1901. Elle contribue à la promotion de la santé des migrants, des réfugiés et de leur famille et à l'accès aux soins et aux droits pour une meilleure intégration.

L'association Migrations santé porte un intérêt de longue date pour les questions d'alimentation et de santé de ses bénéficiaires.

Dans ce cadre, notre souhait est de réaliser une étude exploratoire sur l'amélioration de la compréhension des comportements alimentaires dans un contexte multiculturel afin de mettre en place des actions sur l'alimentation et la santé adaptées aux personnes âgées vivant dans les FTM /RS.

Cette étude est conduite par CISSE Bassa, dans le cadre de son stage de Master 2 Santé Publique Parcours Promotion et Prévention de la santé EHESP.

Nous vous invitons à prendre le temps de lire cette notice avant de confirmer votre participation.

DESCRIPTION DU PROJET

Pour réaliser cette étude, trois méthodes de collecte de témoignages et d'informations seront utilisées au cours du mois de Juillet 2020 :

1) Des groupes de paroles auprès du public visé afin de comprendre leurs pratiques alimentaires et représentations autour de l'alimentation et de la santé, leur réception et leur degré d'intérêt envers les recommandations nutritionnelles françaises.
2) Des entretiens semi-directifs auprès de professionnels en lien avec le public visé pour faire une recension des actions de prévention réalisées, notamment sur l'alimentation, et identifier des leviers et obstacles pour la mise en place d'actions en matière d'alimentation et de santé.
3) Des observations de l'environnement alimentaire autour du lieu de vie du public visé pour évaluer les facteurs susceptibles d'influencer les pratiques et habitudes alimentaires autour de la résidence.

RAISON ET NATURE DE VOTRE PARTICIPATION

Nous vous sollicitons afin de participer à entretien semi-directifs (méthode 2). Cet entretien pourra durer au moins 30 minutes et aura lieu à votre résidence sociale. La passation sera faite par Madame CISSE Bassa. Cette notice vous sera remise en début d'entretien. Une question sera posée vous demandant si vous avez des questions sur l'étude et si vous consentez à y participer. Aucune préparation préalable n'est nécessaire. Au cours de la discussion, nous vous poserons des questions sur votre activité, sur les actions de préventions et des pistes de réflexions sur la mise en place d'actions en matière d'alimentation et de santé au sein du FTM. Nous sollicitons votre accord pour l'enregistrement audio et la retranscription des discussions. Le nom des personnes interviewées ne sera pas dévoilé dans les écrits découlant de cette étude (retranscription, rapport, publication). Nous nous attacherons à mettre tout en œuvre pour que ces personnes ne soient pas identifiables. Nous utiliserons uniquement la fonction.

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et au RGPD 2016/679 du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement aux données à caractère personnel qui vous concernent (enregistrements et retranscriptions s'il y a lieu). Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, souhaiter la limitation ou vous opposer au traitement des données vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser aux personnes en charge de l'étude mentionnées comme « Personnes ressources » en bas de la notice. Les données (les retranscriptions d'entretiens et autres documents à caractère confidentiel recueillis) seront conservées pendant une période de six mois après la fin des analyses, puis supprimées ou détruites.

LIBERTE DE PARTICIPATION

La décision de participer ou non à cette étude vous appartient. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser. En acceptant de répondre à nos questions vous consentez à participer à cette étude. Votre participation vaut ainsi consentement.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de cette étude, vous pouvez vous adresser à l'une et/ou l'autre de ces personnes :

- CISSE Bassa - étudiante en Master 2 Santé Publique (EHESP), 06.22.23.51.14, bassa.cisse@eleve.ehesp.fr
- Association Migrations Santé, SAFWATE Meryem, Coordinatrice d'Actions de terrain, 01.42.33.24.47

ANNEXE N°10 : Tableau récapitulatif des caractéristiques du FTM étudié (FTM 1)

VILLE	Commune A
REGION	Ile de France
ORGANISME GESTIONNAIRE DE LA STRUCTURE	X
ANNEE D'OUVERTURE DU SITE	Années 1970
REHABILITATION FAITE DEPUIS L'OUVERTURE	Années 1970 : Opération de résorption de baraquements (servant de structure d'hébergement provisoire) devenus trop vétustes Années 1970 : Création du FTM dans sa forme architecturale actuelle Années 2000 : Mise en conformité avec les normes de l'habitat social et en conséquence a bénéficié du statut de résidence sociale. Années 2000 : Résidence entièrement réhabilitée avec environ 250 chambres individuelles réparties sur 30 unités de vies.
QUARTIER ENVIRONNANT LA RESIDENCE SOCIALE	A cheval sur les deux communes A et B A l'intersection d'une zone pavillonnaire à l'Est, située dans la commune B et d'une cité HLM à l'ouest sur la commune A.
NOMBRE DE LOGEMENTS	Environ 250
NOMBRE DE BATIMENTS OU AILES	Deux bâtiments contigus composés de trois ailes chacun (A B C / D E F)
NOMBRE D'ETAGES	R+5
PERSONNELS PRESENTS en ETP (= Equivalent Temps Plein)	1 ETP Responsable 6 ETP Agents d'entretien 1 ETP Intervenant social 0.75 ETP Agent technique
NOMBRE DE RESIDENTS « OFFICIELS »	Environ 250 résidents
PUBLIC ACCUEILLI	Travailleurs migrants
CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES PRESENTES	Essentiellement des ouvriers (Nettoyage / BTP/ Restauration / Manœuvre)
TYPOLOGIE DES LOGEMENTS (en usage privé)	T1 de 9m2 Redevance : environ 380 euros / mois Composition : Un lit avec literie / Une armoire, une table et une chaise / Un réfrigérateur / Un lavabo et un meuble de toilette / Une prise TV et une prise téléphone.
COMMODITES PRESENTES (en usage collectif)	1 salle de rencontre familiale / 1 salle de réunion / 1 bureau pour les résidents / 1 hall d'entrée / Laverie et machine à café / 1 cuisine collective / 1 salle de prière / Linge de lit fourni avec service de blanchissage tous les 15 jours / 1 salle d'eau collective avec une douche + des WC +un lavabo par aile / 1 cuisine collective par aile soit 3 par étage
AGE DU RESIDENT LE PLUS JEUNE	87 ans (1933)
AGE DU RESIDENT LE PLUS AGE	28 ans (1992)
NOMBRE DE RESIDENTS AGES DE PLUS DE 55 ANS (NES AVANT 1965)	Environ 150 résidents soit 55%
NOMBRE DE FEMMES PRESENTES	0
NOMBRE D'HOMMES PRESENTS	Environ 250

NATIONALITES PRESENTES	
DATE DE DEBUT D'INTERVENTION DE MIGRATIONS SANTE AU SEIN DU FTM	2013
ACTIVITES DE L'ASSOCIATION MIGRATIONS SANTE REALISEES DANS LA STRUCTURE DURANT L'ANNEE 2019 (issues du Rapport d'activités de 2019)	106 démarches administratives (accès aux droits de santé) 1 Séance d'information collective (avec rôle de l'alimentation dans la prévention de l'apparition du cancer) et incitation au dépistage organisé du cancer colorectal. 1 Séance d'Information collective sur la santé buccodentaire (information sur l'impact de l'alimentation) et l'accès aux soins 5 séances sur le VIH en groupe de parole autour d'informations, témoignages, sensibilisation, prévention et dépistage VIH

ANNEXE N°11 : Tableau récapitulatif des pratiques alimentaire effectives avant migration et actuelles et Identification des causes de changement des pratiques depuis l'arrivée dans le pays hôte

PRATIQUES ALIMENTAIRES AVANT LA MIGRATION	
◆ EN MILIEU RURAL	◆ EN MILIEU URBAIN
- Impactées par : Localisation du village / Proximité d'une ville / Présence de fleuve / Distribution en eau potable / Conditions climatiques / Degré d'enclavement / Envois monétaires et investissements réalisés par les migrants. - Domaine exclusivement féminin sauf pour l'approvisionnement fait par le chef de famille ou la belle-mère paternelle (société patriarcale) avec Remise de la portion quotidienne. Cette ration peut être gérée par la femme. - Approvisionnement constitué de travaux agricoles surtout pour les amylacés (aliments riches en amidon comme les céréales, racines, tubercules et plantains) + « Dépense ou popote[15]» pour l'achat des ingrédients, des viandes et poissons pour les sauces. - Consommation à domicile prépondérante. - Préparation et utilisation des produits frais majoritairement. Utilisation de produits industriels comme l'huile, le thé, le café, le sucre et le « Nadji » ou bouillon-cube. - Alimentation quotidienne composée des trois pratiques qui s'opposent mais qui se complètent : → Le « Fourouba[16]» : Classique avec la prise des trois repas par jour. Pratiqué surtout dans les grandes familles. Collectif avec séparation des sexes et des âges (hommes / femmes / enfants). Monotonie dans les plats sauf en cas d'évènements festifs. Basé sur une céréale utilisée en bouillie (« Fondé[17]» ou « Sombi[18]») le matin et accompagnée d'une sauce pour les midis et soirs (« Mafé[19], Yassa[20], Soupou Kandia[21], Djabadji[22], Fouto[23], Déré[24]»). Présence de viandes ou de poisson en faible quantité « juste pour	- Ressemblances avec le milieu rural sauf achat de tous les produits alimentaires car pas de possibilité de faire de l'agriculture. - Offre alimentaire plus variée et abondante par rapport au milieu rural. « En ville, on ne fait que de manger » (M. SO). - Pour le Guinalémé et le Dizeurni, pratique de la consommation hors domicile facilitée par la présence de vendeurs ambulants et de rue.

[15] POPOTE : Mot utilisé fréquemment en Afrique pour designer l'argent remis pour l'approvisionnement alimentaire

[16] FOUROUBA : Plats communs où la nourriture est préparée en grande quantité avec ~~le~~ peu d'ingrédients.

[17] FONDE : Petites boulettes de pâte de maïs ou de mil que l'on fait bouillir dans l'eau et se mangent accompagnées de lait caillé sucré.

[18] SOMBI : Sorte de riz au lait crémeux (lait avec de la crème fraiche ou du fromage blanc)

[19] MAFE OU TIGA DEGUE : riz blanc accompagné d'une sauce à base de pate d'arachide avec de la viande ou de la volaille.

[20] YASSA : riz blanc accompagné d'une sauce citronnée à base d'oignons frits avec de la viande ou de la volaille ou du poisson.

[21] SOUPOU KANDIA : riz blanc accompagné d'une sauce à base de gombos, d'huile de palme et de poissons (séchés et fumés) avec de la viande ou de la volaille.

[22] DJABADJI OU NANDJI : riz blanc accompagné d'une sauce à base de tomates, d'oignons et de légumes avec de la viande ou de la volaille ou du poisson.

[23] FOUTO : appelé aussi couscous « sahélien ». Sorte de couscous à base de farine de maïs accompagné d'une sauce à l'arachide avec des haricots blancs et de la viande ou de la volaille.

[24] DERE : il s'agit du Fouto, avec des feuilles d'épinards ajoutées.

donner du gout à la sauce ». → Le « Guinalémé[25]» : Amélioration des plats du « Fourouba » (plus d'ingrédients et de protéines), en fonction des moyens financiers. Peut être considéré comme un 4ème repas si présence du « Fourouba ». → Le « Dizeurni[26]» : Pratique de grignotage plutôt individuelle et répondant à des envies. Pratique très dépendante des moyens financiers.	
CHANGEMENTS	
◆ FACILITES OBTENUES - Accessibilité physique et économique de denrées alimentaires consommées dans le pays d'origine. - Abondance des denrées alimentaires surtout pour la viande (disponibilité plus fréquente, variété dans le choix des viandes, coût pouvant permettre l'achat régulier même si cela est en petite quantité). - Possibilité de varier les plats quand la personne est seule et de gérer les prises selon son envie.	◆ DIFFICULTES RENCONTREES - Absence des femmes pour la préparation des plats. - Pas de savoir culinaire à l'arrivée mais encadrement et apprentissage réalisés par un ancien (personne issue de la même communauté, fréquentant le même lieu de vie et ayant elle-même immigré quelques années auparavant). Puis transmissions à tour de rôle. « Il parait que je cuisine mieux que les femmes » (M. SO). - Plats qu'ils cuisinent n'ayant pas le même gout que ceux faits par les femmes malgré l'accès aux mêmes produits alimentaires : Consommation de plats qui seraient moins savoureux pour eux. - Aliments n'ayant pas le même gout que ceux du pays surtout les fruits pour M. Si : arrêt ou limitation de la consommation de ces aliments pour raison gustative. - Conditions économiques ayant un impact sur les pratiques alimentaires : possibilité d'avoir un ou deux repas maximums par jour surtout quand la personne ne fait pas partie d'un « Tuusé »[27]. - Nostalgie de certains plats du pays d'origine.

[25] GUINALEME : Petite marmite

[26] DIZEURNI : Repas consommé entre le petit déjeuner et le déjeuner, soit aux alentours de 10h du matin.

[27] TUUSE : Repas préparés par les jeunes (enfants ou neveu ou cousin plus jeunes en âge des résidents et qui vivent avec eux) d'une communauté villageoise ou familiale pour tous les membres du groupe. Pratique propre au processus d'immigration. Intégration de manière systématique au Tuusé s'il est présent dans une communauté ou famille avec une obligation de cuisiner (période d'encadrement et d'apprentissage au début par un ancien). Le nombre de personnes dans un Tuusé est variable : cela se situe entre 5 à 10 personnes en moyenne.

PRATIQUES ALIMENTAIRES ACTUELLES

ANALYSES	OBSERVATIONS
◆ TEMPORALITE - Prise alimentaire : 2 à 3 fois par jour. Variation d'un répondant à un autre (M. D parle même de 4 fois par jour s'il a faim). - Préparation : Si en groupe ou « Tuusé » : faite le soir et le weekend (en fonction de la disponibilité) et par les jeunes / Si en individuel : 2 à 3 fois par semaine, en grande quantité. Préparation dans la cuisine collective du palier. Conservation dans le réfrigérateur présent en chambre ou cuisine d'étage. - Choix : Si en groupe (organisation concernant 5 résidents sur les 8), la personne qui prépare choisit le menu. Par contre, les ainés peuvent émettre des suggestions qui seront ou non prises en compte comme le précisent M. TR et M. KO. ◆ COMPOSITION ALIMENTAIRE - Matin : repas typiquement français : pain, café ou thé, lait et beurre. Pratique commune aux deux groupes. - Midi et Soir : Plats essentiellement africains composés de céréale (riz le plus souvent, de la farine de maïs) accompagné d'une sauce et de viandes en faible quantité pour « donner du gout » (M. SI). Possibilité d'acheter un repas à la cuisine collective ou de consommer les restes de la veille (M. DO). - Utilisation des produits frais majoritairement. Emploi de boites de conserves ou de surgelés uniquement pour les haricots verts, petits pois et maïs. Pas de plats industriels car « Ce ne sont pas des plats de chez nous », constat unanime dans les deux groupes. ◆ FORME DE CONSOMMATION - Monotonie de manière générale : « c'est toujours la même » (M. DO). - Possibilité de varier les plats si moyens financiers ou pour satisfaire une envie : M. KO nous dit qu'il achète du poisson frit à la cuisine collective toutes les deux semaines car il ne sait pas le préparer et qu'il adore le poisson. ◆ CONTEXTE SOCIAL / SPATIALITE - Pour le petit déjeuner et le midi, souvent prise en individuelle et en chambre. - Pour le « Tuusé » du soir et du weekend, prise en étant accompagné, autour d'un plat commun. Utilisation de la main droite ou d'une cuillère. Si la personne est absente, plat mis de côté pour elle. Prise dans la cuisine collective ou dans une chambre si peu de personnes. - Si individuel, partage des plats avec d'autres résidents proches de temps en temps. Souvent à tour de rôle et en chambre. Généralement pas plus de 3 personnes : M. So précise qu'il aime bien partager ce qu'il fait avec son voisin (M. KE). - Pratique commune aux deux groupes : de temps en temps, peut s'isoler pour être au calme et pour laisser la possibilité des jeunes de parler sans être gêné par leur présence : « les jeunes n'osent pas parler en ma présence » (M. TO) et « j'aime bien être seul car	◆ TEMPORALITE - Présence d'odeurs de nourritures dans les couloirs lors des permanences au FTM durant toute la durée de stage. ◆ COMPOSITION ALIMENTAIRE - Présence d'hommes dans les cuisines de palier, en train de couper et de préparer les produits notamment des légumes pour le repas du soir. - Investissement des cuisines à tout moment de la journée. ◆ FORME DE CONSOMMATION - Observation de la présence des mêmes plats sur les tables des cuisines des différents étages (Mafé, Tieb, Soupou kandia, etc.). ◆ CONTEXTE SOCIAL - Présence d'étals informels d'aliments surtout au rez de chaussée du FTM. Rituel du thé qui a lieu tous les jours. Partage d'arachides. ◆ SPATIALITE - Cuisines d'étage souvent animées : discussions aussi en Français, en Soninké mais aussi en Bambara, débats, musique africaine en boucle notamment auprès des jeunes pendant la préparation et après le repas. Peuvent aussi occuper les lieux en dehors des heures des repas autour d'un thé ou de grignotage comme des arachides grillées ou fraiches. ◆ STRATEGIES D'APPROVISIONNEMENT - Présence d'étals d'aliments (commerce informel) au niveau du FTM. - Présence de vendeurs de maïs grillé au charbon ou bouilli à l'eau. Activité saisonnière. - Dons alimentaires de pommes de terre (par la municipalité) et de pain (par une boulangerie) déposés à l'entrée du FTM (geste de solidarité en

souvent ça parle trop » (M. KO). ◆ STRATEGIES D'APPROVISIONNEMENT - Si «Tuusé» : gestion des courses par la personne qui prépare. Peut être aidé par un ainé ou une personne qui ne travaille pas pour gagner du temps. Présence d'une cotisation mensuelle payée par ceux qui travaillent uniquement. Montant variable selon les «Tuusé » (entre 30 et 50 euros par mois). Stock possible et achats en grande quantité pour les amylacés et achats réguliers pour les produits frais en fonction du menu. - Si individuel : en fonction du menu, du temps. Pas de lieux en particulier. - Courses faites à proximité du FTM : « On a de la chance d'avoir tout à côté du foyer et même les produits de chez nous avec les Hindous » (M. DO). Possibilité de s'éloigner pour certains produits ou pour la qualité des produits ou pour le prix des produits. - Pas de prise en compte de la saisonnalité dans les choix des aliments frais : « c'est souvent les mêmes légumes » (M. TH). - Pour les viandes, possibilité d'en acheter au sein du FTM car présence d'un vendeur du Marché de Rungis tous les samedis (viande de mouton et poulets uniquement). Sinon achats en boucherie pour avoir plus de diversité, avoir une viande moins dure précise M. TO ou moins grasse pour M. DO et M. TH.	lien avec la crise sanitaire). - Présence d'une cuisine collective (cuisine subsaharienne) au niveau inférieur du FTM. Ouverte tous les jours, de 11h00 à 20h00 sans interruption. Fermeture durant le confinement mais ouverture courant Juin avec vente à emporter uniquement puis consommation sur place possible depuis Juillet.

ANNEXE N°12 : Tableau récapitulatif sur la Perception, la fréquence de consommation, la prise de conscience et le degré de changement sur les repères nutritionnels (PNNS 4)

	ALIMENTS CONCERNES	**CONSOMMATION** (Jamais / Occasionnellement / Régulièrement / Souvent)	**PRISE DE CONSCIENCE EN LIEN AVEC LA CONSOMMATION**	**CHANGEMENT EVENTUEL**
ALIMENTS A AUGMENTER LA CONSOMMATION	Fruits et légumes	Occasionnellement	Suffisante («1 fruit par jour suffit amplement » et « les légumes, c'est surtout pour le Tieb[28], pour l'agrémenter »	Augmenter la quantité « comme c'est bon pour la santé, c'est plein de vitamines » Eléments bloquant : - Prix - Accès difficile à certains fruits et légumes présents dans le pays d'origine - Absence du savoir culinaire pour la préparation pour les légumes secs.
	Légumes secs (lentilles, haricots, pois chiches, etc.)	Occasionnellement (« dans la sauce »)	Suffisante	

[28] TIEB OU TIEBOU DIEN OU THIEBOUDIENE OU CEEBU JEN : Plat national sénégalais (qui se cuisine dans toute l'Afrique subsaharienne avec des variantes) qui est composé de riz, de poisson ou de viande, de sauce tomate, et de légumes comme du chou, des carottes, du manioc, etc.

ALIMENTS A ALLER VERS POUR LA CONSOMMATION	Féculents complets	Jamais	Pas d'avis	Pas de changement à prévoir car ne connaissent pas ce type d'aliments
	Poissons et Produits de la pêche	Occasionnellement	Pas assez suffisante	Augmenter la quantité car « c'est bon pour la santé » et « plus léger que la viande ». Eléments bloquants : - Prix - Absence du savoir-faire pour la préparation - Connaissances limitées sur les différentes sortes de poissons existants
	Matières grasses de type huile d'olive, de noix, de colza	Jamais	Pas d'avis	Pas de changement à prévoir. Eléments bloquants : - Prix - Ne fait pas partie des habitudes alimentaires : «Zeitoun[29], ce sont les Arabes qui utilisent cela» / «Je ne sais pas qu'on pouvait trouver du Zeitoun ici en France »
	Produits laitiers	Occasionnellement	Pas assez suffisante	Augmenter la quantité car «C'est plein de vitamines» et «Ça aide pour la digestion».

[29] ZEITOUN : Huile d'olive

ALIMENTS A DIMINUER LA CONSOMMATION	Féculents	Souvent	Suffisante	Changement à prévoir en termes de quantité à diminuer (« On ne supporte plus ce qu'on mangeait avant / « Trop de riz constipe » / « comme la viande est dure pour nos dents, je mange moins sauf si elle est molle » / « On a l'habitude d'utiliser le « Nadji », nos familles nous envoient ça du pays régulièrement » / « Tu mets un cube ou deux en fonction de la quantité de la sauce »
	Viande rouge et abats	Souvent	Suffisante	
	Produits sucrés	Occasionnellement	Suffisante	
	Assaisonnement des plats	Souvent « Surtout le Nadji (= bouillon-cube) »	Normale	

Table des matières

REMERCIEMENTS…… 1
SOMMAIRE……..3
LISTE DES SIGLES UTILISES……..5
LISTE DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX……7
AVANT-PROPOS……8
INTRODUCTION……9 à 17

I) Présentation générale du lieu de stage**……9**

A) Objectifs de l'Association Migrations Santé

B) Missions de l'Association Migrations Santé

C) Organigramme de l'Association Migrations Santé

II) Missions attribuées durant le stage**……12**

III) Justification de la thématique du mémoire**……13**

PREMIERE PARTIE : CONTEXTUALISATION ET MISE EN PERSPECTIVE DE LA PROBLEMATIQUE ……18 à 38

I) Alimentation et Santé : une préoccupation croissante chez Migrations Santé**...18**

II) Alimentation, Santé et Migration : Questionnement de départ**……21**

III) Problématisation du sujet**……24**

A) Revue de littérature

B) Explicitation des axes clefs

1- Enjeux de santé associés à l'Alimentation et à la Migration

a- Etat de santé et Migration

- Population immigrée en France
- Problématiques de santé des immigrés
- Focus sur les personnes âgées immigrées
- Santé nutritionnelle des immigrés

b- Pratiques alimentaires et Migration

- Les facteurs particuliers qui entrent en compte dans un contexte de migration
- Facteurs spécifiques pour un public âgé immigré

2- Enjeux des interventions visant à promouvoir une alimentation favorable à la santé

a- Recommandations générales d'intervention

b- Tenir compte des particularités dans un contexte de migration

c- Introduction à la littératie en sante

d- Focus sur la littératie alimentaire

C) Problématique

DEUXIEME PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....39 à 49

I) Cadre conceptuel**.....39**

II) Méthodologie**.....40**

A) Recueil de données

1- Description des méthodes et justification

2- Liens entre les méthodes et le cadre conceptuel

B) Traitement des données

C) Déroulement effectif de l'étude

1- Pour les Focus groups

a. Préparation des focus groups

b. Déroulement des focus groups

c. Suivis des focus groups

2- Consultations des acteurs-clé par entretien individuel

3- Observation de l'environnement alimentaire des résidents

TROISIEME PARTIE : ANALYSE DU MATERIEL RECUEILLI ET RESULTATS .....50 à 58

I) Caractéristiques du foyer de travailleurs migrants (FTM 1) étudié**.....50**

II) Données issues des focus groups, des entretiens individuels et de l'observation……**50**

A) Caractéristiques sociodémographiques des participants

B) Analyse du contenu issu des focus groups

1- Pratiques alimentaires avant et après migration : quels changements ?

a- Pratiques alimentaires avant la migration

b- Changements observés après la migration

c- Pratiques alimentaire actuelles dans le pays hôte

2- Palabres des résidents au sujet de l'alimentation et de la santé

a- Représentations des participants sur l'alimentation de manière générale

b- Lien entre Alimentation et Santé

c- Lien entre Prévention et Santé

3- Alimentation d'aujourd'hui et celle de demain

a- Focus sur la perception, la fréquence de consommation, la prise de conscience et le degré de changement sur les repères nutritionnels actuels (PNNS 4)
b- Etat de lieux sur les caractéristiques individuelles et actuelles des répondants en matière d'alimentation
c- Pistes de réflexion pour développer et consolider les capacités nécessaires en matière d'alimentation

C) Analyse du contenu issu des entretiens

1- Focus sur les activités de prévention pour la santé
2- Etat des lieux des caractéristiques des résidents âgés en matière d'alimentation
3- Pistes de réflexion pour développer et consolider les capacités nécessaires du public ciblé en matière d'alimentation

D) Données issues de l'observation de l'environnement alimentaire

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION ET RETOUR REFLEXIF SUR LA MISSION DE STAGE…….66 à 73

I) Discussion**.....66**

A) Synthèse de l'analyse des résultats obtenus
B) Fort attachement aux pratiques et habitudes alimentaires prémigratoires
C) Alimentation et sante : regards croisés entre résidents et professionnels
D) Développer et consolider la littératie alimentaire des résidents âges immigres en FTM : une intervention socio-écologique plus adaptée à ce public ?

II) Retour réflexif sur la mission de stage**.....69**

A) Limites de l'étude exploratoire
B) Réflexion personnelle à l'issue du stage

CONCLUSION……..71 à 72

BIBLIOGRAPHIE…….. 73 à 77

LISTE DES ANNEXES…….78 à 114

TABLE DES MATIERES……. 115 à 117

RESUME……118

CISSE	Bassa	21 Septembre 2020

Master 2
Promotion de la santé et prévention

ALIMENTATION ET SANTE : QU'EN EST-IL DES RESIDENTS AGES IMMIGRES VIVANT EN FOYER DE TRAVAILLEURS MIGRANTS ?

Promotion 2019-2020

RESUME

Le but de cette étude exploratoire était de déterminer le type d'interventions que l'on pourrait envisager d'instaurer pour développer et consolider la littératie alimentaire de résidents âgés immigrés vivant en Foyer de Travailleurs Migrants (FTM).

Pour y arriver, une stratégie de recherche qualitative à caractère descriptif et exploratoire a été adoptée (focus groups, entretiens individuels et observation de l'environnement alimentaire).

Les résultats obtenus révèlent que les résidents sont faiblement acculturés, qu'ils sont informés et connaissent les principaux slogans du PNNS mais la mise en pratique est difficile. De même, leurs capacités individuelles en matière d'alimentation restent limitées. Les interventions de santé, menées jusque-là, sont de type prévention primaire et la participation des résidents à ces interventions est faible.

Ces constats suggèrent la pertinence de mener une analyse du terrain fine, poussée et critique en équipe pluridisciplinaire avant la mise en place d'interventions. Il pourrait en découler une stratégie d'interventions multifactorielles selon une approche socio-écologique.

Mots-clés **:**
Etude exploratoire, Alimentation, Santé, Littératie alimentaire, Résidents âgés immigrés, Foyer de Travailleurs Migrants, Contexte socio-culturel varié et Interventions

L'Ecole des Hautes Études en Santé Publique et l'Université Rennes 1
n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :
ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.