



MASTER SCIENCES SOCIALES

Parcours « Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation »

MÉMOIRE DE PREMIÈRE ANNÉE

L'efficacité des interventions nutritionnelles : enjeux sociaux et culturels

Présenté par :

Lynn AKL ABOU JAOUDE

Année universitaire : **2018 – 2019**

Sous la direction de : **Tristan FOURNIER**



MASTER SCIENCES SOCIALES

Parcours « Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation »

MÉMOIRE DE PREMIÈRE ANNÉE

L'efficacité des interventions nutritionnelles : enjeux sociaux et culturels

Présenté par :

Lynn AKL ABOU JAOUDE

Année universitaire : **2018 – 2019**

Sous la direction de : **Tristan FOURNIER**

L'ISTHIA de l'Université Toulouse - Jean Jaurès n'entend donner aucune approbation, ni improbation dans les projets tuteurés et mémoires de recherche. Les opinions qui y sont développées doivent être considérées comme propres à leur auteure.

*« Si le bon n'est pas toujours considéré sain,
le sain est aussi presque nécessairement saint. »*

Claude Fischler. Le complexe alimentaire moderne.
Communications, 1993, numéro 56, p. 207.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout d'abord mon tuteur de mémoire, Tristan Fournier, qui m'a accompagnée et encadrée depuis le début de ma recherche et m'a aidé à orienter l'évolution de mon travail et mes réflexions.

Je désire remercier aussi nos enseignants de l'ISTHIA qui, grâce aux informations de contenu et de méthodologie apportées durant les cours et conseils complémentaires donnés, m'ont permis une meilleure organisation et des ajouts à ma recherche.

De plus, grand merci aux professionnels du domaine auquel s'intéresse mon sujet de recherche, d'avoir répondu à ma demande d'entretien exploratoire, ces opportunités étaient d'un apport constructif à l'avancement de mon travail.

Finalement, j'aimerais remercier chaque membre de ma famille (Abou Jaoude, El Hachem et Finianos) et surtout mes parents de leur soutien continu qui a été d'une véritable motivation depuis mon départ de mon pays d'origine en septembre et mon installation en France, jusqu'à ce jour qui marque presque la fin de cette année académique. Je voudrais aussi remercier mon ami Hady qui m'a soutenue aussi bien moralement que concrètement dans le développement de mon écriture.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
PARTIE I – CONTEXTE	9
Introduction à la Partie I	10
CHAPITRE 1 – La nutrition communautaire.....	11
CHAPITRE 2 – Evaluation des interventions nutritionnelles	15
CHAPITRE 3 – Les stratégies des interventions nutritionnelles.....	26
Conclusion de la Partie I.....	33
PARTIE II – PROBLEMATISATION ET HYPOTHESES	34
Introduction à la Partie II.....	35
CHAPITRE 1 – Problématisation.....	37
CHAPITRE 2 – Hypothèse 1 : Déterminants alimentaires sociaux, culturels et... nutritionnels?	52
CHAPITRE 3 – Hypothèse 2 : De l’individu à son environnement.....	55
Conclusion de la Partie II.....	59
PARTIE III - METHODOLOGIE PROBATOIRE	60
Introduction à la Partie III.....	61
CHAPITRE 1 – Les outils d’enquête	62
CHAPITRE 2 – La méthodologie exploratoire	66
CHAPITRE 3 – La méthodologie probatoire	68
Conclusion de la Partie III.....	79
CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE	82
ANNEXES ET LISTE DE SIGLES, FIGURES ET TABLEAUX	86
TABLE DES MATIERES	109

INTRODUCTION

Nous avons tous vu durant une publicité télévisée ou même entendu des slogans qui nous conseillent, pour notre santé, de « *manger au moins cinq fruits et légumes par jour* » ou d' « *éviter de manger trop gras, trop sucré, trop salé* », de « *pratiquer une activité physique régulière* » et d' « *éviter de grignoter entre les repas* ». Ceci est dû à une politique, une préconisation émanant des ministères de la santé et des solidarités et de l'agriculture et de la pêche, qui exige que les publicités alimentaires soient complétées par ces messages. D'autres messages adaptés sont aussi dédiés aux mères de nourrissons et à des enfants, selon le public visé par la publicité (Bertrand, Bussereau, 2007). Ces messages représentent un exemple des interventions nutritionnelles qui cherchent à engager le public vers un meilleur comportement nutritionnel. En effet, les interventions nutritionnelles sont nombreuses et divergentes, et les moyens pour faire parvenir leurs objectifs le sont aussi.

Toutefois, suite à une expérience personnelle dans le milieu hospitalier, en tant que nutritionniste et diététicienne, j'ai compris que sensibiliser et éduquer les patients sur des recommandations et conseils nutritionnels adaptés à leurs cas pathologique est un défi. Le défi n'étant pas d'énoncer le message mais plutôt de le transmettre pratiquement avec une assurance que le changement voulu ait lieu réellement chez le patient. De plus, si intervenir dans le cadre hospitalier où la maladie a déjà pris place chez le patient semble un défi, on se demande alors ce qu'il en est des interventions nutritionnelles collectives et communautaires où les messages visent plus généralement une prévention qu'un traitement de maladies. C'est ainsi qu'étudier l'efficacité et l'impact des interventions nutritionnelles (campagnes, programmes, politiques) communautaires dans la cadre de la santé publique en France m'a paru intéressant à explorer. Et, ce chemin exploratoire commence par me demander comme question de départ : à quel point les campagnes d'interventions nutritionnelles en France atteignent-elles l'impact voulu chez les individus concernés ?

Plusieurs disciplines viendront contextualiser, argumenter et problématiser notre sujet. Effectivement, dans ce domaine pluridisciplinaire, il existe pour chaque type d'explication qu'on recherche, des disciplines et cadrages théoriques particuliers, comme le dit Jean-Pierre Poulain dans son œuvre *Sociologie de l'Obésité* (2009). En effet, lorsqu'on recherche un « *lien explicatif entre un objectif à atteindre et une pathologie ou un risque* », c'est l'épidémiologie descriptive ou explicative qui répondrait au « *pourquoi* ». De plus, l'épidémiologie répond au « *pourquoi* » et « *comment* » quand on cherche à montrer « *que la modification du critère choisi pour objectif conduit bien à une amélioration ou réduction du risque* ». Certes, ce ne sont que la sociologie, les sciences de l'éducation et la santé publique qui viendront affirmer « *comment faire* » en révélant les « *connaissances sur les méthodes permettant de changer les comportements.* » (Poulain, 2009, p. 270)

Dès lors, dans le but de bien explorer le sujet dans sa pluridisciplinarité et sa totalité avec un enchaînement organisé, nous allons procéder à un développement divisé en trois parties. D'abord, nous situerons le contexte dans lequel nous nous trouvons, il s'agit de définir les termes principaux de notre étude et de pouvoir comprendre la réalité de la situation grâce à une revue de la littérature et un terrain exploratoire. Cette partie se concentre sur les interventions de nutrition communautaire et santé publique qui seront mêmes illustrées d'exemples concrets avec leurs évaluations. Ensuite, toute cette exploration nous mènera à pouvoir problématiser et construire nos hypothèses grâce à un processus de problématisation qui tourne autour des sciences sociales. Enfin, en vue de tester ces hypothèses, une méthodologie probatoire sera proposée.

PARTIE I – CONTEXTE

Introduction à la Partie I

Pour commencer la recherche, il est primordial de se situer dans le monde de la nutrition communautaire et de la santé publique. De prime abord, un chapitre sur la nutrition communautaire permettra l'entrée dans le sujet : les termes généraux du domaine seront définis, les étapes suivies pour élaborer un programme seront citées et des exemples d'interventions nutritionnelles en France seront relevés. Ensuite, la concentration sur les évaluations des interventions nutritionnelles semble importante puisque le sujet concerne les résultats qu'engendrent ces interventions sur le public concerné. Il s'agit donc de définir le vocabulaire relié aux évaluations et présenter des études évaluant des interventions nutritionnelles. Enfin, dans les actions publiques de santé, toutes les étapes d'élaboration et de planification sont maniées par une stratégie d'action qui elle-même entre en jeu avec les évaluations effectuées. En effet, plusieurs stratégies existent, et elles peuvent être traduites par des plans, approches, théories, modèles...

Cette situation dans l'espace thématique ne fut possible sans les lectures diverses et développées qui ont aidé à la construction et l'élargissement des horizons du thème. Cette exploration s'est complétée grâce à deux entretiens qualitatifs¹ avec des professionnels dans le domaine : l'un ayant travaillé dans le comité d'évaluation du PNNS² et l'autre dans le comité d'élaboration du PNNS³. L'exploration a évolué avec le temps et la multiplicité des sources a aidé à établir l'état des lieux du contexte et de la situation présentés.

¹ La démarche et le choix méthodologiques des entretiens exploratoires seront expliqués dans la partie III, au chapitre 2.

² L'entretien détaillé se trouve dans l'annexe A.

³ L'entretien détaillé se trouve dans l'annexe B.

CHAPITRE 1 – La nutrition communautaire

1.1. Généralités

1.1.1. *Définitions et nuances*

La nutrition communautaire est une discipline qui englobe les sciences épidémiologiques, les sciences des aliments et de la nutrition, ainsi que le comportement des individus. Cette discipline a pour but l'amélioration des états de santé et de nutrition et du bien-être des individus et groupes dans des communautés. La nutrition communautaire se focalise autour des trois champs suivants :

- La population est un groupe d'individus partageant un statut socio-économique, une ethnicité, une religion, une localisation géographique et des pratiques alimentaires.
- Les politiques sont des actions (lois, règles, programmes) élaborées par les autorités publiques (gouvernements et organisations) pour résoudre un problème.
- Les programmes sont les moyens utilisés pour aboutir au changement de comportement. (Boyle, 2016, p. 5, 6)

La nutrition communautaire et la nutrition de santé publique sont communément considérées comme équivalentes. Cependant, Marie Boyle spécifie dans son ouvrage que la nutrition communautaire couvre un spectre plus large que la santé publique en termes de fondateur ou financeur de programmes. Ceci revient à dire que la nutrition communautaire englobe tout programme nutritionnel qui cible une communauté, que le programme soit financé par le gouvernement ou un organisme privé. En revanche, la santé publique fait référence aux programmes communautaires conduits par des agents gouvernementaux qui ont pour mission la transmission de services de soin aux individus vivant dans une zone spécifique. (Boyle, 2016)

1.1.2. La promotion de la santé

La promotion de la santé se concentre sur le changement du comportement humain en motivant les individus à adopter une diète alimentaire saine, un mode de vie actif avec un temps de repos régulier, faire des activités de loisir, renforcer les liens sociaux avec les membres de la famille et les amis, et finalement atteindre un équilibre entre famille, travail et loisir. Les individus ne pratiquent pas toujours un mode de vie sain, et leurs comportements reflètent leurs choix et habitudes personnels qui sont influencés et modifiés par des forces sociales. Par contre, en présence de motivation, ces comportements sont modifiables et l'éducation sur les comportements sains et malsains aide les individus à adopter des comportements plus favorables à la santé. De cette manière, la promotion de la santé est à la fois la science et l'art d'aider les individus à effectuer un changement au niveau de leur mode de vie dans le but d'atteindre un état optimal de santé. En outre, l'intervention nutritionnelle consiste en une action pour la promotion de la santé vis-à-vis d'une population cible et dont le but ultime est le changement de comportement. (Boyle, 2016, p. 11)

Dans le but de promouvoir un meilleur état de santé et de prévenir les pathologies, la nutrition communautaire intervient sur les trois types de prévention suivants :

- 1) La prévention primaire a pour but de prévenir la maladie avant son apparition en contrôlant les facteurs de risque en relation avec la maladie. En effet, ce type de prévention est adopté dans le cas de populations en bonne santé au moment de l'intervention. Il s'agit de promouvoir des comportements sains durant le cycle de vie tout en créant un environnement propice au changement.
- 2) La prévention secondaire détecte la maladie à son début et prévient sa progression, et ceci grâce à des méthodes de dépistage, examens périodiques, interventions précoces et un contrôle des facteurs de risque.
- 3) La prévention tertiaire vise à diminuer les complications de la maladie grâce aux traitements et à la gestion des complications dans le cas de maladies

aigües, et à la surveillance continue pour assurer la maintenance dans le cas de maladies chroniques. (Boyle, 2016, p. 9)

Les campagnes de prévention peuvent cibler trois effets variés : « *changement de croyance des individus, interprétation sociale des messages et persuasion institutionnelle.* » Dans le premier cas, il s'agit d'une cible individuelle, dans le deuxième, d'une cible sociale, et dans le troisième, d'une cible institutionnelle. (INPES, 2011)

1.2. Méthodologie de l'élaboration d'un programme

Avant l'élaboration de tout programme, il est essentiel d'évaluer les besoins de la communauté. En effet, il s'agit de déterminer les besoins de la communauté en matière de santé et de nutrition, d'identifier à quel point ces besoins ne sont pas satisfaits et de retrouver les ressources disponibles pour aborder ces besoins. L'évaluation des besoins de la communauté est effectuée selon sept étapes :

- 1) définir les paramètres de l'évaluation ;
- 2) développer un plan pour la collecte de données ;
- 3) collecter les données sur la communauté, l'environnement et facteurs secondaires de la communauté et les individus qui représentent la population cible ;
- 4) analyser et interpréter les résultats ;
- 5) afficher les résultats de l'évaluation ;
- 6) fixer les priorités ;
- 7) choisir un plan d'action.

Après avoir identifié les besoins communautaires, les professionnels en charge pourront se lancer sur la planification du programme selon sept autres étapes :

- 1) réviser des résultats de l'évaluation des besoins de la population ;
- 2) définir les buts et les objectifs du programme ;
- 3) élaborer le plan du programme ;
- 4) développer un système de gestion ;

- 5) identifier des sources de financement ;
- 6) mettre le programme en place ;
- 7) évaluer le programme et son efficience.

1.3. L'intervention nutritionnelle en France

En France, au niveau national, l'émergence de l'importance d'un bien-être nutritionnel a fait surgir l'intervention du gouvernement dans le développement et la mise en œuvre de politiques et programmes nutritionnels. Ces actions jouent un rôle de prévention au niveau de la nutrition. Les interventions gouvernementales pour une promotion de santé nutritionnelle sont multiples : le programme national nutrition santé (PNNS), le plan obésité (PO), le programme national pour l'alimentation (PNA), le plan national santé environnement (PSE) et le programme national alimentation insertion (PAI).⁴

Nous allons nous concentrer sur l'exemple du PNNS qui va être étudié par la suite. En effet, le PNNS est une politique nutritionnelle de référence en France. L'intérêt de politiques nutritionnelles dans le domaine de la santé publique en termes de prévention et protection de maladies a induit la naissance de la première version du PNNS en 2001. Depuis, le PNNS a connu trois versions : le PNNS 1 (2001 – 2005), le PNNS 2 (2006 – 2010) et le PNNS 3 (2011 – 2015) ; et actuellement, une proposition de PNNS 4 (2017 – 2021) est publiée.⁵ Lors de sa parution, le PNNS 1 déclare dans ses premières pages que son objectif global est d'intervenir sur le pilier nutritionnel afin de faire évoluer positivement l'état de santé de toute la population. (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001, p. 6) Le PNNS s'articule autour de principes généraux, objectifs et axes stratégiques qui évoluent selon le besoin de la population.

⁴ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2015. Nutrition. *In*. Ministère des Solidarités et de la Santé [en ligne]. 25 septembre 2015. [Consulté le 23 février 2019]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/nutrition>.

⁵ MANGER BOUGER, [sans date]. Qu'est-ce que le PNNS ? *In*. Manger Bouger [en ligne]. [Consulté le 23 février 2019]. Disponible à l'adresse : <http://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS/Qu-est-ce-que-le-PNNS>.

CHAPITRE 2 – Évaluation des interventions nutritionnelles

2.1. Définitions

L'évaluation d'un programme comprend l'usage de méthodes scientifiques dans le but d'examiner et d'améliorer la planification, la surveillance, l'efficacité et l'efficience des programmes ainsi que de s'assurer de la réalisation des objectifs. En effet, l'évaluation a comme finalité une collecte d'informations permettant de redistribuer et justifier les ressources, rectifier l'exécution ou la continuité d'un programme. (Boyle, 2016, p. 168 ; Poulain, 2009) Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans un contexte de gestion, l'évaluation devrait faire l'objet d'une procédure continue qui requiert un esprit ouvert capable d'accepter des critiques constructives. L'évaluation exige d'établir finalement un jugement qui fera découler des conclusions raisonnables et des propositions d'actions futures. (WHO, 1981) Comme il est indiqué plus haut dans la méthodologie de l'élaboration d'un programme communautaire, l'évaluation a, en premier de lieu, pour rôle d'estimer les besoins de la communauté dans le but de prendre une décision sur le programme à lancer éventuellement. En second lieu, l'évaluation servira de suivi durant et après l'élaboration et l'application du programme.

Certes, il demeure important de définir quelques termes sur lesquels repose le processus d'évaluation d'intervention en santé publique:

- la pertinence qui signale « le lien entre les besoins identifiés et les objectifs poursuivis » (Blum-Boisgard et *al.*, 1996) ;
- la cohérence qui relève « le lien entre les différentes composantes du programme mis en œuvre » (Blum-Boisgard et *al.*, 1996) ;
- l'efficacité qui indique « la relation entre les objectifs poursuivis et les résultats obtenus » (Blum-Boisgard et *al.* 1996) ;
- l'efficience spécifie « la relation entre les ressources attribuées et les résultats obtenus ». (Blum-Boisgard et *al.* 1996) ;

- et finalement, l'impact qui désigne « les effets autres que ceux observés sur la population cible : ceux observés sur les acteurs ou sur l'environnement. » (Blum-Boisgard et *al.*, 1996)

2.2. Évaluations effectués et résultats

2.2.1. *Exemple du Programme National Nutrition Santé (PNNS)*

2.2.1.1. Baromètre santé nutrition

Le baromètre santé nutrition informe sur les « évolutions des attitudes et des comportements nutritionnels de la population française ». Le premier baromètre santé nutrition a eu lieu en 1996⁶, suivi d'une deuxième version en 2002⁷, puis d'une troisième en 2008. L'enquête en 2008 a été menée au sein de sept régions de la France grâce à un échantillon de 4714 personnes dont l'âge est compris entre 12 et 75 ans.⁸ Les thèmes explorés dans cette étude sont : les perceptions, connaissances, attitudes, consommations et habitudes alimentaires, les consommations de boissons alcoolisées, la distribution journalière, structure et convivialité des repas, les comportements d'achats alimentaires, l'activité physique et la sédentarité, la nutrition, les revenus et l'insécurité alimentaire et la typologie des mangeurs.

⁶ INPES, 1997. Baromètre santé nutrition adultes 1996. *In*. INPES Santé Publique France [en ligne]. 1997. [Consulté le 24 février 2019]. Disponible à l'adresse : http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/Collection_Bar/nutrition96.asp.

⁷ INPES, 2004. Baromètre santé nutrition 2002. *In*. INPES Santé Publique France [en ligne]. 16 octobre 2004. [Consulté le 24 février 2019]. Disponible à l'adresse : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/BaroNut2002/ouvrage/index.asp>.

⁸ INPES, 2010. Baromètre santé nutrition 2008. *In*. INPES Santé Publique France [en ligne]. 26 janvier 2010. [Consulté le 24 février 2019]. Disponible à l'adresse : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-nutrition-2008/index.asp>.

2.2.1.2. Évaluations du PNNS par l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Des membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (ou IGAS) ont rédigé des rapports d'évaluation du PNNS en France. Le premier évalue le PNNS 2 (2006 – 2010) et a été établi en Avril 2010 en collaboration avec des membres du Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux. Le second évalue le PNNS 3 (2011-2015 et 2016) et le plan obésité (2010-2013) et a été établi en Juillet 2016.

En premier lieu, dans les deux rapports, les auteurs décrivent le PNNS comme englobant les domaines individuel et publique en même temps (Jourdain Menninger et *al.*, 2010, p. 3 ; De Batz et *al.*, 2016, p. 3). La multitude des approches (de l'individuel au public et encore aux spécialistes de la santé) donne un caractère équivoque aux trois versions du PNNS. (De Batz et *al.*, 2016, p. 3) Hormis les différents publics ciblés, les thèmes abordés sont nombreux et dans les deux rapports d'évaluation, les PNNS 2 et 3 sont reprochés de ne pas classer les sujets, objectifs et activités en privilégiant certains sur d'autres. (Jourdain Menninger et *al.*, 2010, p. 3 ; De Batz et *al.*, 2016, p. 3) Par conséquence, toutes les problématiques sont mises à niveau égal sans valorisation et donc les actions et moyens concrets se diviseront de manière égalitaire. (De Batz et *al.*, 2016, p. 3)

De plus, les rapports d'évaluation évoquent les inégalités sociales. Le rapport du PNNS 2 rapporte les propos du baromètre santé nutrition 2008 à ce sujet. En effet, le baromètre affirme que les inégalités sociales demeurent permanentes en France dans la mesure où l'alimentation des populations les moins favorisées est moins variée : ils consomment plus de boissons sucrées et moins de fruits, légumes et poissons. (Escalon et *al.*, 2009, p. 318 ; Jourdain Menninger et *al.*, 2010, p. 162, 163) En 2016, le second rapport d'évaluation indique que les trois versions du PNNS avaient jusqu'à lors induit un effet positif sur les populations de groupes socio-économiques précaires, mais l'effet était plus important dans le reste de la population (De Batz et *al.*, 2016, p. 22).

Au sujet de l'activité physique, ces rapports d'évaluations du PNNS confirment tous deux que la notion du rattachement entre nutrition et activité physique est désormais bien comprise par le public. Nous citons même le site www.mangerbouger.fr qui indique très explicitement que « le mot « nutrition » doit être compris comme englobant les questions relatives à l'alimentation (nutriments, aliments, déterminants sociaux, culturels, économiques, sensoriels et cognitifs des comportements alimentaires) et à l'activité physique. »⁹ Cependant, l'évaluation faite sur le PNNS 2 indique qu'il faudrait non seulement relier nutrition et activité physique, mais aussi activité physique et sédentarité. En effet, l'activité physique ne se définit pas uniquement par l'activité sportive mais surtout par l'activité quotidienne et professionnelle. Et, par conséquent, la sédentarité n'est pas simplement définie par l'absence d'activité sportive. (Jourdain Menninger et al., 2010) L'évaluation faite en 2016 se concentre plutôt sur l'alliance nutrition et activité physique dans la mesure où ce lien restreint les avantages de l'activité physique aux dépenses caloriques. (De Batz et al., 2016, p. 60) Même lors de l'entretien qualitatif directif conduit avec M. A, en lui demandant sur les atouts du PNNS, l'essentiel de la réponse s'est concentrée sur la limite qu'est le lien nutrition - activité physique :

« [...] le sport est considéré comme une composante de la nutrition ce qui non seulement est un non-sens mais encore sert les intérêts des lobbies agroalimentaire ; en effet « mangez-bougez » valide le sous-entendu « si vous mangez beaucoup c'est pas grave si vous bougez également beaucoup » ; le vrai slogan aurait dû être « mangez sainement et bougez beaucoup ». », M. A, membre de l'équipe d'écriture du rapport d'évaluation de l'IGAS pour le PNNS 3, Paris, extrait d'entretien du 6 février 2019

Effectivement, selon l'avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), l'activité physique possède « des effets systémiques, hormonaux, métaboliques, aux effets préventifs larges et observables sur l'ensemble des composantes de la santé, au niveau physique, mental et social telle que définie par l'OMS (1946). » (Anses, 2016, p. 25) Cette

⁹ MANGER BOUGER, [sans date]. Qu'est-ce que le PNNS ? *In*. Manger Bouger [en ligne]. [Consulté le 23 février 2019]. Disponible à l'adresse : <http://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS/Qu-est-ce-que-le-PNNS>.

focalisation sur le côté énergétique de l'activité physique pousse à relier la consommation et la dépense de façon à les rendre dépendant l'un de l'autre. Par exemple, une mauvaise consommation alimentaire sera justifiée par la pratique d'activité physique en parallèle. Par suite, il serait plus commode de consacrer un plan en lui seul au sujet de l'activité physique plutôt que d'en faire une partie intégrée dans un plan sur la nutrition. (De Batz et *al.*, 2016, p. 61)

Certes ces rapports d'évaluation semblent nécessaires à la continuité et l'évolution du PNNS, ils constituent néanmoins une évaluation de l'élaboration du programme et non pas une évaluation des « impacts réels sur les comportements de la population des actions conduites par le PNNS. » (Jourdain Menninger et *al.*, 2010, p. 12)

2.2.1.3. Étude ObÉpi

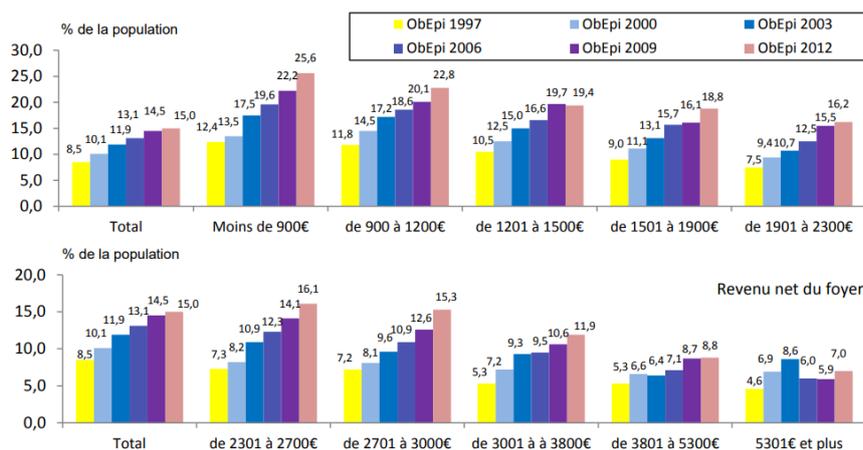
L'enquête ObÉpi a eu lieu périodiquement en 1997, 2000, 2003, 2006, 2009 et 2012. Elle a pour objectifs majeurs l'évaluation :

- du pourcentage de la population française âgée de plus de 18 ans et étant en surpoids ou obèse ;
- de la variation de la proportion de surpoids et obésité depuis la première enquête menée ;
- de la présence et de la variation de prédisposition cardiaque ou métabolique selon l'état anthropométrique des individus ;
- de l'état de la population française ayant plus de 65 ans ;
- de la corrélation entre le statut budgétaire de l'individu et son poids. (Eschwege et *al.*, 2012, p. 6)

Les résultats comparatifs entre les enquêtes montrent une élévation ralentie du taux d'obésité en France de 1997 à 2012, et cette élévation est plus importante chez les femmes que les hommes. De plus, avec l'âge, le pourcentage d'obésité et le tour de taille augmente. Entre 1997, le pourcentage des Français adultes à IMC inférieur à 25 kg/m² est de 62% et le pourcentage d'obésité morbide est de

0.3%. Ces valeurs passent respectivement à 53% et 1.2% en 2012. En outre, toutes les études ObÉpi depuis 1997 à 2012 révèlent « une relation inversement proportionnelle entre le niveau de revenus du foyer et prévalence de l'obésité »¹⁰ comme le montre la figure 1 ci-après où l'on remarque aussi l'augmentation de cette prévalence entre 1997 et 2012.

Figure 1 - Prévalence de la population obèse en fonction du revenu du foyer par mois entre 1997 et 2012 selon l'étude ObÉpi¹¹



2.2.1.4. Étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires (INCA)

Cette étude englobe l'évolution entre les deux enquêtes INCA 1 (1998-1999) et INCA 2 (2006-2007) de la consommation de catégories alimentaires et les apports en nutriments selon les tranches d'âge des individus. C'est une étude qui contribue à mesurer l'impact réel des interventions nutritionnelles en France et notamment les programmes et politiques. Les résultats ont été organisés sous forme de tableaux¹² qui montrent spécifiquement les fluctuations qui ont eu lieu

¹⁰ Source : ObEpi-Roche, enquête épidémiologique de référence sur l'évolution de l'obésité et du surpoids en France. *In*. [en ligne]. [Consulté le 20 février 2019]. Disponible à l'adresse : <https://sftp.rch.cm/france/fr/03-10-12/index.html?module1&module2&module3&module4&module5&module6>.

¹¹ ESCHWEGE, Eveline, CHARLES, Marie-Aline, BASDEVANT, Arnaud, MOISAN, Christine, BONNÉLYE, Geneviève, TOUBOUL, Chantal, GOULHAMOUSEN, Nilam et CRINE, Amandine, 2012. 5 : *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité 2012* [en ligne]. S.I. INSERM / KANTAR HEALTH / ROCHE. [Consulté le 1 février 2019]. ObÉpi. Disponible à l'adresse : http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf.

¹² Les tableaux se trouvent dans l'annexe C.

sur les consommations et apports. De manière générale, l'apport calorique total et les apports bruts en macronutriments sont restés les mêmes pour les adolescents et les adultes et a diminué pour les enfants. De plus, la consommation de légumes est restée stable, et celle des fruits a connu une augmentation chez les adolescents. Quant aux sucres et dérivés et les boissons alcoolisées, leur consommation a globalement diminué pour toutes les tranches d'âges. (AFSSA, 2007)

2.2.1.5. Étude nationale nutrition santé (ENNS)

Le PNNS a mis en place des « objectifs de santé publique » qui devraient être accomplis au niveau de la population entière. Chaque objectif est constitué d'indicateurs qui aident au suivi évolutif. De plus, des « repères de consommation » ont servi de communication avec la population. L'étude a été réalisée sous trois étapes. D'abord, 190 régions en France ont été choisies au hasard pour l'étude. Ensuite, à l'intérieur de chaque région, des foyers ont aussi été choisis au hasard et qui seront joints par téléphone. Enfin, pour chaque foyer, un adulte âgé entre 18 et 74 ans et un enfant âgé entre 3 et 17 ans admissibles ont été choisis grâce à la date de naissance. L'échantillon pour une année se composait finalement de 3115 adultes et 1675 enfants. L'enquête englobait des rappels de 24 heures quotidiens pendant 15 jours, un bilan clinique et biologique et des questionnaires sur l'activité physique selon l'âge des interviewés. D'autres indications complètent l'étude comme des « données sociodémographiques », des informations nutritionnelles, médicales et paramédicales. (Castetbon, Hercberg, 2007, p. 1,2)

Les résultats de l'étude ont été comparés aux objectifs et repères du PNNS qui ne sont pas pour la totalité évaluable quantitativement. Les études sur l'alimentation ont des résultats prometteurs mais qui peuvent être améliorés davantage (par exemple, l'apport en fruits et légumes pour la population adulte et en sel pour la population entière). Des aliments, comme ceux contenant du sucre ajouté consommés par les enfants ou ceux sources de fibres, sont des pistes

d'interventions qui devraient être renforcées. De plus, les résultats qui rapportent de l'évaluation de l'état nutritionnel montrent élévation plus lente du surpoids et obésité infantiles, cependant la proportion de surpoids et d'obésité des personnes adultes se trouve augmentée par rapport aux études précédentes. La carence en vitamine D et l'anémie ferriprive ont montré des résultats avantageux. Ce sont les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires qui demeurent un problème de santé publique majeur. Plus encore, concernant l'activité physique et la sédentarité, les résultats observés sont plutôt favorables et si les interventions communautaires persévèrent à ce sujet, l'impact deviendra visible sur la santé du public. (Castetbon, Hercberg, 2007, p. 65-68)

2.2.2. *Autres exemples dans le monde*

2.2.2.1. Évaluations du « Healthy People »

Aux États-Unis, le programme « Healthy People » fournit, depuis l'an 1990, des objectifs basés sur des faits scientifiques et permettant l'amélioration de la santé de toute la population américaine sur une durée de dix ans.¹³ Le programme vise des buts majeurs dans le domaine de la santé, pour ensuite les appliquer dans différentes catégories sous forme d'objectifs spécifiques. Ces buts progressent d'une décennie à l'autre selon les besoins de santé. Les buts globaux des trois « Healthy People » consécutifs seront cités dans le tableau 1 ci-dessous. De plus, le programme « Healthy People » a depuis sa première version divisé la nutrition et l'activité physique en chapitres distincts. Nous allons ainsi explorer les résultats d'évaluation d'impact des trois programmes relatifs à la nutrition d'abord et à l'activité physique par la suite.

¹³ HEALTHY PEOPLE, [sans date]. About Healthy People. *In*. Healthy People [en ligne]. [Consulté le 24 février 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.healthypeople.gov/node/5840>.

Tableau 1 - Les buts majeurs des programmes "Healthy People" 2000, 2010 et 2020

Healthy People	Buts majeurs
Healthy People 2000	<ol style="list-style-type: none"> 1. Augmenter la qualité et le nombre d'années d'une vie saine 2. Diminuer les inégalités de santé 3. Permettre l'accès à des services de prévention
Healthy People 2010	<ol style="list-style-type: none"> 1. Augmenter la qualité et le nombre d'années d'une vie saine 2. Eliminer les inégalités de santé
Healthy People 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atteindre un niveau de vie de meilleure qualité, de plus longue durée et exempt de maladies évitables, d'invalidité, de traumatismes et de mort prématurée. 2. Accomplir une égalité sociale de santé, éliminer les écarts et améliorer la santé de tous les groupes sociaux. 3. Créer des environnements sociaux et physiques propices à la promotion de santé pour tous. 4. Promouvoir une bonne qualité de vie, un développement de la santé et des comportements de santé au cours de toutes les étapes de la vie.

En premier lieu, dans le domaine de la nutrition, pour l'an 2010, le but spécifique est de promouvoir la santé et diminuer les maladies chroniques associées à la diète et l'état pondéral (National Center for Health Statistics U.S., 2012, p. 17); en 2020, le but devient de promouvoir la santé et diminuer le risque de maladies chroniques par la consommation de diètes saine et en maintenant un poids corporel favorable à la santé. (National Center for Health Statistics U.S. et al., 2017a, p. 29) Le « Healthy People 2000 » a, à sa fin, réussi à faire arriver 6 objectifs d'un total de 27 au but voulu et parfois même en le dépassant (objectifs relatifs au décès par maladies coronariennes ou cancer, au retard de croissance des enfants de foyers à revenus faibles, à la consommation de céréales, la disponibilité de produits allégés en gras, le taux de cholestérolémie...), 13 autres objectifs ont montré un progrès positif sans pour autant atteindre le but, 6 objectifs ont régressé (objectifs relatifs à l'état pondéral et sa variation, l'apport en Calcium et l'incidence et la prévalence de diabète), et 2 autres ont connu des résultats de mesure hétérogènes. (National Center for Health Statistics U.S., 2001, p. 76-78)

En 2010, 2 objectifs se sont améliorés (consommation de 2 portions de fruits par jour et apport recommandé en Calcium), 3 sont restés inchangés et 15 ont évolué négativement (objectifs relatifs à l'obésité, la consommation de céréales, graisses et sel, la déficience en Fer et l'anémie, la sécurité alimentaire dans les foyers américains...). (National Center for Health Statistics U.S., 2012, p. 17) Pour le programme « Healthy People 2020 », les résultats jusqu'à l'an 2017 indiquent la réussite d'un objectif (offre de boissons sucrées dans les écoles), l'amélioration de 9 objectifs, l'absence de changement ou un changement minime pour 13 objectifs et l'incapacité d'établir jusqu'à lors une évaluation pour 8 objectifs. (National Center for Health Statistics U.S. et *al.*, 2017a, p. 29)

En second lieu, le but qui concerne l'activité physique est de promouvoir la santé et la qualité de vie grâce à une activité physique quotidienne. (National Center for Health Statistics U.S., 2012, p. 22 ; National Center for Health Statistics U.S. et *al.*, 2017b, p. 33) En 2000, un objectif a dépassé le but voulu (mortalité par maladies coronariennes), 6 objectifs ont avancé de manière positive, 4 objectifs ont régressé (objectifs concernant la prévalence de l'obésité, la perte de poids l'activité physique scolaire quotidienne et la difficulté de l'autonomie pour les soins des personnes âgées)... (National Center for Health Statistics U.S., 2001, p. 65) En 2010, aucun des objectifs n'a atteint le but voulu, 12 objectifs ont progressé, un objectif n'a pas connu de changement et 4 objectifs ont évolué de façon négative (besoin d'éducation physique aux lycées, accès aux services d'activité physique scolaires en dehors des horaires scolaires, transportation à vélo). (National Center for Health Statistics U.S., 2012, p. 22) En 2020, les résultats jusqu'à présent montrent la réussite de 7 objectifs (objectifs concernant l'activité physique des adultes et l'énoncé de conseils relatifs à l'activité physique par le médecin durant les visites médicales), peu ou pas de changement pour 10 objectifs et la régression de 3 objectifs (atteinte des recommandations des exercices de force musculaire chez les adolescents, les collèges et lycées exigeant une éducation physique quotidienne, utilisation des ordinateurs par les adolescents pour des raisons non scolaires pour une durée n'excédant pas 2 heures par jour). (National Center for Health Statistics U.S. et *al.*, 2017a, p. 33)

2.2.2.2. Évaluation de la campagne « 5 A Day »

Une évaluation de la campagne « 5 A Day » lancée par l'Organisation Mondiale de la Santé en collaboration avec l'Institut National du Cancer des Etats-Unis a montré que l'incidence des femmes au courant de la campagne qui encourage à consommer au moins 5 fruits et légumes était plus élevée que l'incidence des femmes qui mangeaient pratiquement la quantité de fruits et légumes recommandée. Les manques de connaissance sur la notion des portions, de motivation, de ressources et d'autres facteurs environnementaux ont été suggérés comme étant des causes à explorer pour expliquer ce résultat d'évaluation. (Snyder, 2007, p. 7)

CHAPITRE 3 – Les stratégies des interventions nutritionnelles

3.1. La planification stratégique

La planification d'une intervention peut être manipulée par différentes manières. Lorsqu'on désire établir une planification à long-terme, on parle de planification stratégique. Ce type de planning se rapporte aux buts globaux de l'intervention, dure plusieurs années et est généralement entrepris par les gestionnaires de l'organisation. Il s'agit de formuler des objectifs, évaluer les conditions, tendances et événements passés, présents et futurs et les points forts et points à améliorer de l'organisation et prendre des décisions sur les actions appropriées à effectuer. (Boyle, 2016, p. 693)

3.2. Théories et modèles du changement de comportement

3.2.1. *Le modèle socio-écologique*

Dans son ouvrage *Community Nutrition in Action – An Entrepreneurial Approach*, Marie Boyle explique que les facteurs individuels étaient initialement mis en relief quant aux stratégies de modification de comportements reliés à la nutrition et la santé, mais actuellement la focalisation des interventions devient de plus en plus centrée sur l'influence des facteurs environnementaux dans le développement de maladies chroniques comme l'obésité. En effet, la combinaison de stratégies environnementales, politiques, sociales et individuelles revient à la réussite de la réduction du tabagisme aux Etats-Unis durant les années 1960, ceci a engendré l'utilisation actuelle de cette approche à l'intervention concernant une multitude de maladies chroniques. Une des approches utilisées est le modèle socio-écologique présenté dans la figure 2, il s'agit de niveaux d'influence structurés par proximité à l'individu. (Boyle, 2016, p. 12)

Premièrement, le niveau individuel englobe les caractéristiques de l'individu qui influence le changement de comportement comme la connaissance, les attitudes, le comportement, les croyances, le mode de vie, l'auto-efficacité, le genre, l'âge, la génétique, la religion, l'ethnicité, l'orientation sexuelle, le statut économique, les ressources financières, les valeurs, les buts, les priorités, l'image corporelle, etc. Un exemple en santé publique à ce niveau serait d'éduquer le public sur les choix alimentaires sains, les courses et la préparation de repas. (Boyle, 2016, p. 13) Deuxièmement, le niveau interpersonnel peut être une cible de changement qui influencera à son tour le changement individuel. Citons à titre d'exemple, en France, *Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées* qui sert à éduquer les aides sur la préservation d'un bon mode de vie des personnes âgées en questions. (Barthélémy, 2012, p. 106) Troisièmement, à l'échelle organisationnelle et institutionnelle, l'intervention concerne la mise en place des programmes qui permettront d'induire des changements dans l'organisation ou d'actions préventives et promotrices de la santé. (Barthélémy, 2012, p. 106) Par exemple, le remplacement des aliments considérés malsains et des boissons gazeuses par des options saines et de l'eau dans la cafétéria d'une institution vise à solliciter les individus appartenant à cette institution à opter pour des choix alimentaires plus sains. (Boyle, 2016, p. 13) Quatrièmement, nous allons exposer le niveau communautaire, tout en notant qu'une communauté peut désigner différentes dimensions : nationale, régionale, locale, culturelle ou même tout groupe qui partage des particularités similaires. Dans une communauté, les individus établissent des liens au sein d'organisations et institutions multiples. Les normes et valeurs sociales et culturelles structurent les pensées, croyances et comportements des individus d'une société dans la mesure où ces valeurs et normes sont projetées concrètement et en totalité, allant des lois aux actes personnels. De cette manière, si le comportement sain n'est pas déjà imprégné dans les valeurs de cette société, il est d'autant plus difficile pour l'individu de décider de faire des choix sains. (Boyle, 2016, p. 14)

La figure 3 montre un exemple de ce modèle élaboré initialement par Booth *et al.* (2001) en Anglais puis reproduit par d'autres auteurs en Français.

Figure 2 - Le modèle socio-écologique¹⁴

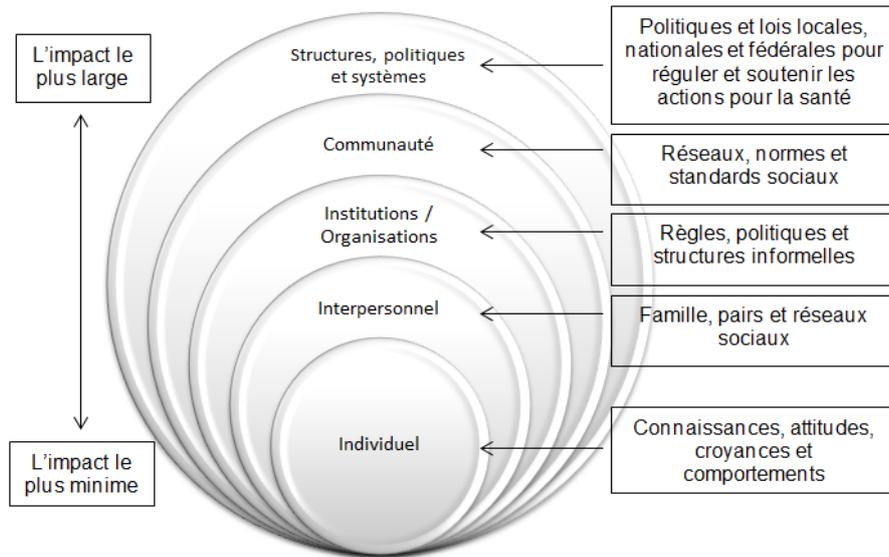
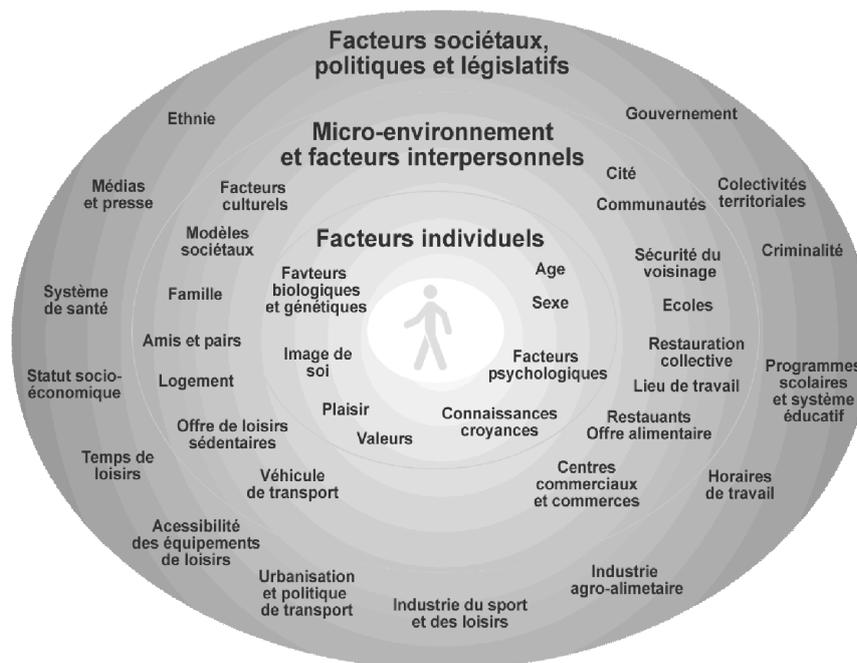


Figure 3 - Déterminants de l'activité physique et des choix alimentaires¹⁵



¹⁴ Figure reproduite d'après : BOYLE, Marie A., 2016. *Community Nutrition in Action: An Entrepreneurial Approach*. 7. S.l. : Cengage Learning. ISBN 978-1-305-63799-3, p. 13

¹⁵ Source originale : BOOTH, et al. 2001. Environmental and Societal Factors Affect Food Choice and Physical Activity: Rationale, Influences, and Leverage Points. *In*. *Nutrition Reviews*. 1 mars 2001. Vol. 59, n° 3, p. S21-S36. DOI 10.1111/j.1753-4887.2001.tb06983.x.

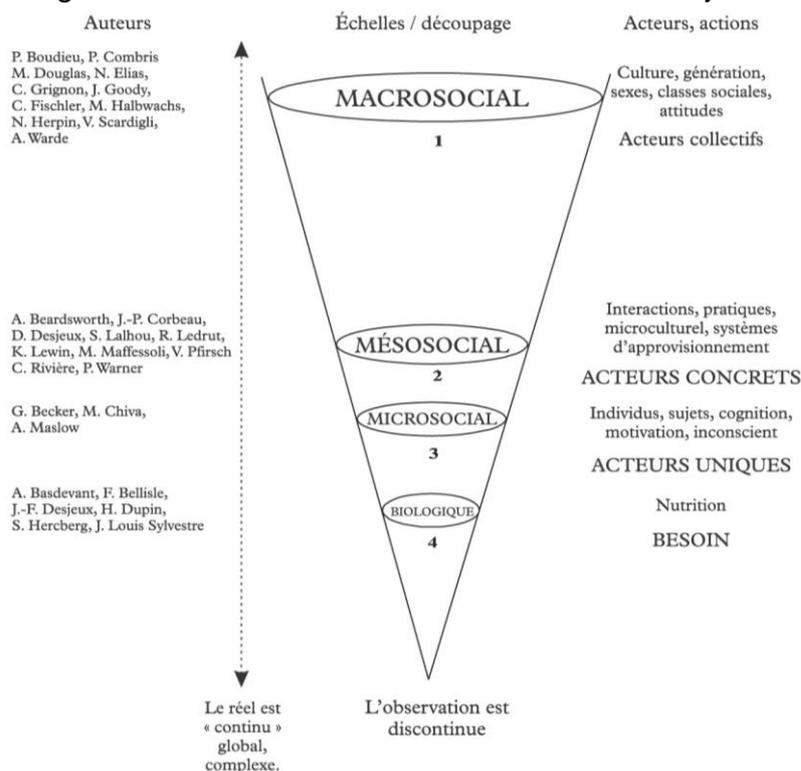
Et, reproduite par: DÉRIOT, Gérard, 2005. 8 : La prévention et la prise en charge de l'obésité [en ligne]. S.l. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. [Consulté le 4 avril 2019]. Rapport de l'OPEPS. Disponible à l'adresse : https://www.senat.fr/rap/r05-008/r05-008_mono.html.

3.2.2. Echelles d'analyse

Dans son ouvrage *Sociologies de l'alimentation. Les mangeurs et l'espace social alimentaire*, Jean-Pierre Poulain expose l'évolution de la notion d'échelles depuis Gurvitch en 1958 qui spécifie que la sociologie étudie toutes les échelles des phénomènes sociaux. Puis durant les années 1990, la notion revient avec Germov et Williams qui appliquent le modèle d'échelle à la structure des tendances multiples de l'évolution des pratiques alimentaires, ils utilisent ainsi les niveaux d'observation macrosociologique, mésosociologique et microsociologique, et avec Dominique Desjeux qui ajoute l'échelle biologique. (Poulain, 2017, p. 196, 197)

Premièrement, dans l'échelle macrosociale, on retrouve les thèmes concernant la classification sociale, les styles ou modes de vie et non pas l'analyse de décision individuelle par exemple. Il s'agit en effet de comprendre « les différenciations sociales au niveau d'agrégats statistiques. » Deuxièmement, l'échelle mésosociale englobe surtout les interactions entre les individus, et sollicite des interprétations symboliques, intentionnelles, affectives, d'intérêt, de pouvoir, imaginaires, identitaires, *etc.* Troisièmement, l'échelle microsociologique met l'individu au centre de la focalisation et comme arbitre en termes de décision. Cette échelle prête l'attention « aux raisonnements, aux prises de décision, à la cognition et pense les faits sociaux en termes de besoins (biologique ou psychanalytique), de goût au sens psychologique. Quatrièmement, l'échelle biologique naît de l'interférence entre les domaines de la biologie et des sciences sociales, on étudie ainsi l'effet de la dimension sociale sur la biologie et physiologie de la nutrition. (Poulain, 2017, p. 197-199)

Figure 4 - Les échelles d'observation selon Desjeux¹⁶



3.2.3. Modèle de croyance en santé

La théorie du modèle de croyance en santé a été créée par des socio-psychologues dans le but d'expliquer pourquoi les individus, spécifiquement ceux appartenant à des groupes à risque élevé, ne réussissent pas à participer à des programmes de détection et prévention de maladies. Le modèle de croyance en santé est composé de trois éléments. D'abord, le premier élément est la perception de menace pour la santé : l'individu perçoit qu'il est à risque face à la maladie et se préoccupe des conséquences physiques, cliniques et sociales de la maladie. Ensuite, le deuxième élément est la perception que certains comportements résulteront en un gain de bénéfices. Citons à titre d'exemple la perception que le choix d'aliments riches en fibres facilitera le gain de poids. Enfin, le troisième élément est l'auto-efficacité ou, en d'autres termes, que l'individu ait la

¹⁶ Source : POULAIN, Jean-Pierre, 2017. Sociologies de l'alimentation: les mangeurs et l'espace social alimentaire. 4e édition. Paris : Puf. Quadrige. ISBN 978-2-13-078626-9. 394.12 POU, 394.1 POU, 306.461 POU

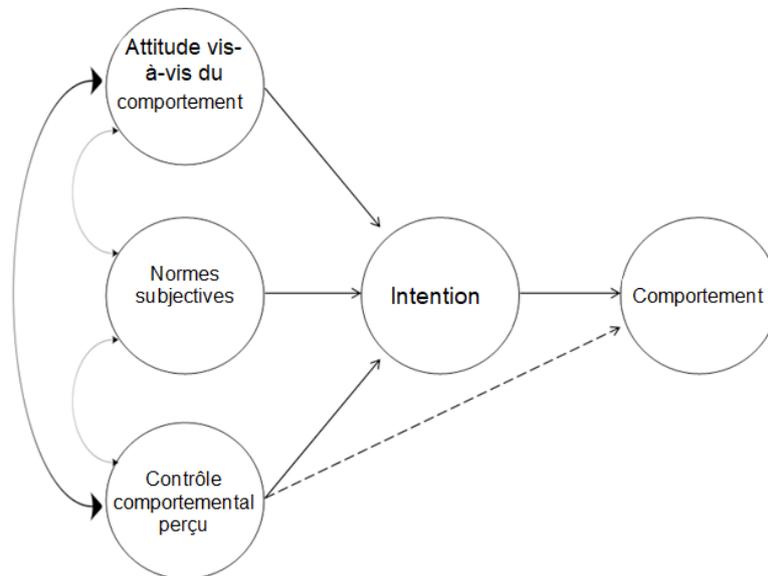
conviction qu'il est capable d'accomplir avec succès le comportement recommandé pour pouvoir véritablement l'accomplir. Par exemple, avoir la conviction de pouvoir perdre du poids est la clé pour pouvoir perdre du poids. (Boyle, 2016, p. 81, 82)

3.2.4. Théorie du comportement planifié

La théorie du comportement planifié prédit l'intention d'une personne à adopter un comportement dans un cadre bien défini. La théorie est un modèle fondamental pour expliquer l'influence sociale et peut être utilisée pour expliquer pratiquement tout comportement de santé qui exige un certain contrôle. Selon le modèle, le comportement est directement déterminé par l'intention de la personne d'exercer ce comportement. Les intentions sont les instructions que les individus se donnent de se comporter de certaines manières. En formant des intentions, les individus ont tendance à tenir compte des conséquences de leur comportement et de l'opinion des autres avant de s'engager dans une action particulière. En d'autres termes, les intentions sont influencées par les attitudes et les normes subjectives. D'une part, les attitudes sont déterminées par la conviction de l'individu qu'un certain comportement aura un résultat donné, par une évaluation du résultat réel du comportement et par une perception de sa propre capacité à contrôler le comportement. D'autre part, les normes subjectives sont déterminées par les convictions normatives de l'individu. En formant une norme subjective, l'individu prend en compte les attentes de différentes autres personnes. Selon cette théorie, si les personnes évaluent un comportement recommandé comme étant positif (attitude) et si elles pensent que leurs proches sont d'accord avec ce comportement (norme subjective), le résultat qui en découle est une intention plus élevée (motivation) et elles sont plus susceptibles d'effectuer le comportement. (Boyle, 2016, p. 84) Un troisième facteur qui s'ajoute à l'attitude et les normes subjectives est le contrôle comportemental perçu. L'importance du contrôle comportemental perçu réside dans le fait que les ressources et les opportunités disponibles pour une personne doivent dans une certaine mesure dicter la probabilité de réussite comportementale. Le contrôle comportemental perçu se

réfère à la perception par les individus de la facilité ou de la difficulté à adopter le comportement souhaité. La figure 3 schématise l'effet des trois facteurs cités sur l'intention et puis le comportement. (Ajzen, 1991, p. 183)

Figure 5 - La théorie du comportement planifié selon Icek Ajzen¹⁷



3.2.5. Théorie socio-cognitive

La théorie socio-cognitive explique le comportement comme étant un modèle dans lequel comportement et facteurs personnels tels que la cognition et l'environnement interagissent constamment, de telle sorte qu'un changement dans un domaine a des implications sur les autres. Cette théorie a été conçue pour expliquer comment les individus acquièrent et maintiennent certains comportements. (Boyle, 2016, p. 87)

¹⁷ Figure reproduite d'après : AJZEN, Icek, 1991. The theory of planned behavior. In. Organizational Behavior and Human Decision Processes. University of Massachusetts at Amherst, 1991. p. 182.

Conclusion de la Partie I

Après avoir exploré le contexte d'un œil de nutritionniste et d'un point de vue de santé publique et communautaire, nous avons pu comprendre la démarche méthodologique de l'élaboration d'une intervention publique en nutrition. L'importance de l'évaluation a aussi été démontré et sa pratique, sur le PNNS entre autres, décrite. En effet, des exemples d'autres pays ont aussi été présentés dans le but de voir le contexte dans sa largeur, et ainsi pouvoir établir une certaine comparaison. Pour l'exemple du PNNS, les différentes évaluations présentées ont non seulement étudié l'effet sur l'obésité, la consommation de produits de certains groupes alimentaires, l'apport en nutriments, mais ont également analysé l'évolution stratégique du PNNS lui-même comme pour l'approche globale utilisée, le thème d'activité physique et la concentration sur les inégalités sociales. Si un champ de travail trouve, après évaluation, des résultats prometteurs d'un côté, il y a toujours des améliorations qui peuvent être effectuées d'un autre côté.

En somme, retournons à la question posée au départ : à quel point les campagnes d'interventions nutritionnelles en France atteignent-elles l'impact voulu chez les individus concernés ? En fait, on peut déjà comprendre par l'observation des faits présentés jusqu'à lors que les études sur l'impact des interventions nutritionnelles s'avèrent bien établies. Et, en partant du fait que les évaluations sont, par définition, un moyen qui mène vers l'amélioration, la multiplicité des évaluations qui ont lieu sur une même politique, comme pour l'exemple du PNNS, nous laisse nous demander : comment se fait-il que les résultats évaluatifs montrent encore des insatisfactions ?

PARTIE II – Problématisation et hypothèses

Introduction à la Partie II

Dans la partie précédente, nous avons pu former un état des lieux plutôt nutritionnel du contexte dans lequel ce présent mémoire se trouve. Il est vrai que la nutrition et la santé publique et communautaire sont deux domaines qui peuvent être distincts mais qui se rencontrent dans ce sujet. Toutefois, la situation postule qu'il existe encore d'autres facteurs qui devraient être pris en compte qui appartiennent à d'autres disciplines de la science tout en étant reliés aux domaines déjà mentionnés. En effet, qui dit communauté dit groupe de personnes localisées dans un espace particulier, qui partagent des valeurs et interagissent au sein d'un système social. (Boyle, 2016, p. 4) Ceci nous mène à penser aux dimensions culturelles et sociales desquelles les individus d'une communauté sont entourés. Ainsi, si on revient à la figure 3¹⁸, ce sont *le microenvironnement, les facteurs interpersonnels et les facteurs sociétaux, politiques et législatifs* que nous allons exploiter. Les études et résultats présents dans la littérature scientifique des domaines stricts de nutrition et santé publique ne suffisent pas pour expliquer l'« inefficacité » existante des interventions, si on se permet d'utiliser ce terme. Il s'agit à partir de là de regarder le sujet d'un autre angle, de le questionner et de le réfléchir d'un nouveau point de vue. Ainsi, explorerons-nous le rôle des sciences sociales et culturelles comme facteurs d'influence de l'impact des interventions nutritionnelles pour tenter d'expliquer les insatisfactions persistantes.

Dans le but de comprendre la position des sciences sociales et culturelles dans ce sujet pluridisciplinaire, nous allons commencer par présenter les déterminants sociaux et culturels de l'alimentation en tant que tels : l'*espace social alimentaire*, l'identité culturelle en matière d'alimentation, la différence entre les classes sociales et économiques, l'intérêt de la commensalité et les représentations du corps. Ceci sera suivi par une analyse des approches stratégiques des interventions nutritionnelles : l'évaluation des théories et modèles cités dans la première partie et le contraste entre les approches individuelle et

¹⁸ La figure 3 se trouve à la page 28.

environnementale pour finir par présenter l'évolution du PNNS vers sa quatrième version et celle du *Healthy People* vers sa troisième version. Par la suite, les principes de cacophonie alimentaire et gastro-anomie aideront à comprendre la situation que les discours diététiques engendrent. Toutes ces thématiques seront expliquées point par point, vu leur diversité, pour ensuite les mettre en relation de façon à en faire ressortir la problématique et les hypothèses.

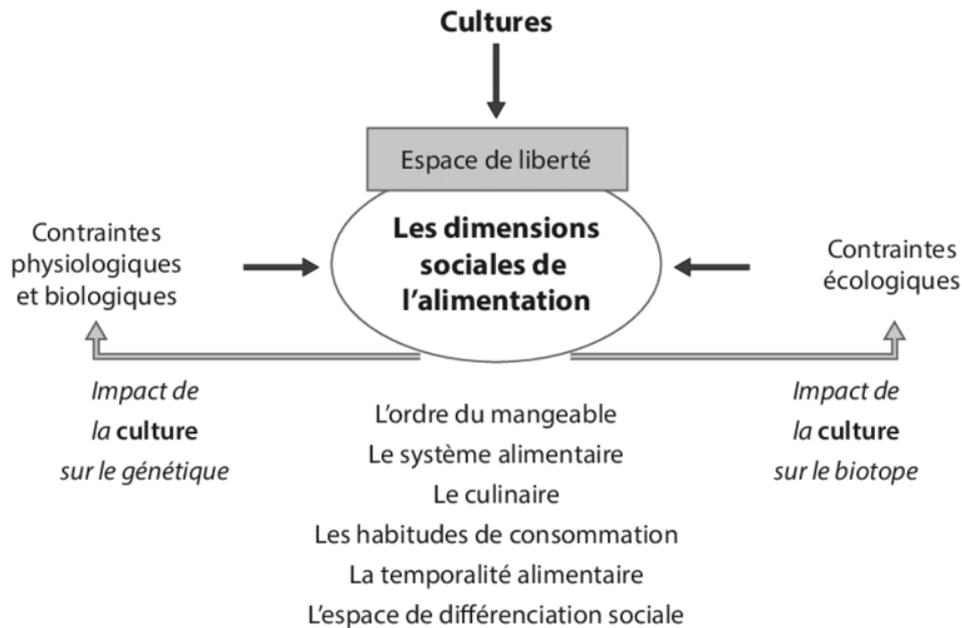
CHAPITRE 1 – Problématisation

1.1. Déterminants sociaux et culturels de l'alimentation

1.1.1. *L'espace social alimentaire*

Le principe d' « *espace social alimentaire* » représenté dans la figure 5 englobe plusieurs composantes qui se complètent entre elles. Premièrement, l' « *espace du mangeable* » est la dimension qui reflète les choix alimentaires des individus, en allant de la sélection culturelle faite dans le milieu naturel de ce qu'ils définissent comme pouvant être un aliment, en passant par le choix du processus de transformation alimentaire et jusqu'au choix du mode de conservation alimentaire. Deuxièmement, le « *système alimentaire* » désigne tous les procédés technologiques qui permettent la transformation de matières premières en produits finis identifiés comme étant des aliments mangeables par les individus. Troisièmement, l' « *espace du culinaire* » représente le lieu et la répartition géographiques de la préparation culinaire, l'arrangement social des pratiques reliées à la cuisine et la structure des rapports. Quatrièmement, les « *habitudes de consommation* » indiquent tout ce qui concerne l'action de manger : l'organisation de la prise alimentaire quotidienne, les caractéristiques et le lieu de consommation, etc. Cinquièmement, la « *temporalité alimentaire* » caractérise un large spectre de dimensions temporelles où à chacune se rapporte un mode alimentaire différent à tous les niveaux ; les temporalités peuvent être les étapes de la vie, des périodes de l'année ou même de la journée. Sixièmement, la « *différenciation sociale* » est la composante de l'espace alimentaire relative à la culture et au social qui déterminent des propriétés alimentaires spécifiques au groupe en question. (Poulain, 2017, p. 228-235)

Figure 6 - L'espace social alimentaire de Jean-Pierre Poulain¹⁹



1.1.2. Identité culturelle

Ce que nous mangeons n'est pas uniquement un assemblage de micronutriments et macronutriments, il s'agit plutôt d'un concept plus large: les repas, des « évènements sociaux » durant lesquels nous mangeons des aliments préparés et combinés pour former un menu. L'homme possède la capacité de « réflexivité » quant à la consommation alimentaire, il ne consomme que « des aliments socialement et culturellement identifiés. » L'homme a des acquisitions culturelles fondamentales pour sa survie, comme par exemple le fait de ne pas se nourrir de poison. L'homme acquiert aussi des technicités qui précèdent l'acte de manger en tant que tel comme les choix, conservations et préparations alimentaires et culinaires. Tout ceci s'apprend dès l'enfance par le processus de socialisation dans un contexte social et culturel. Même le fonctionnement biologique du corps s'adapte à la culture. Citons à titre d'exemple l'intolérance au lactose qui est plus propagée dans les cultures qui, initialement, ne consomment pas de lait et n'est pas commune dans les cultures où boire du lait est assez

¹⁹ Source : Poulain, 1997 et 2002.

quotidien. (Poulain, Fischler, 2015, p. 1,2) C'est ainsi que l'alimentation et ses perceptions sont spécifiques à chaque culture. On s'approprie dans chaque culture des réponses particulières aux questions suivantes : ce qui est mangeable, combien en consommé, quels aliments associer ensemble, quel est la modalité de l'acte de consommation... (Caillavet et *al.*, 2014, p. 225)

De plus, une enquête par Leeman et *al.* (2011) sur des médecins en France, Allemagne, Italie, Royaume-Uni et États-Unis a interprété que les médecins et les individus non médecins d'un même pays relient alimentation et santé de manière plus similaire entre eux que des médecins de pays différents. (Caillavet et *al.*, 2014, p. 225, 226)

1.1.3. Classification sociale et statut socio-économique

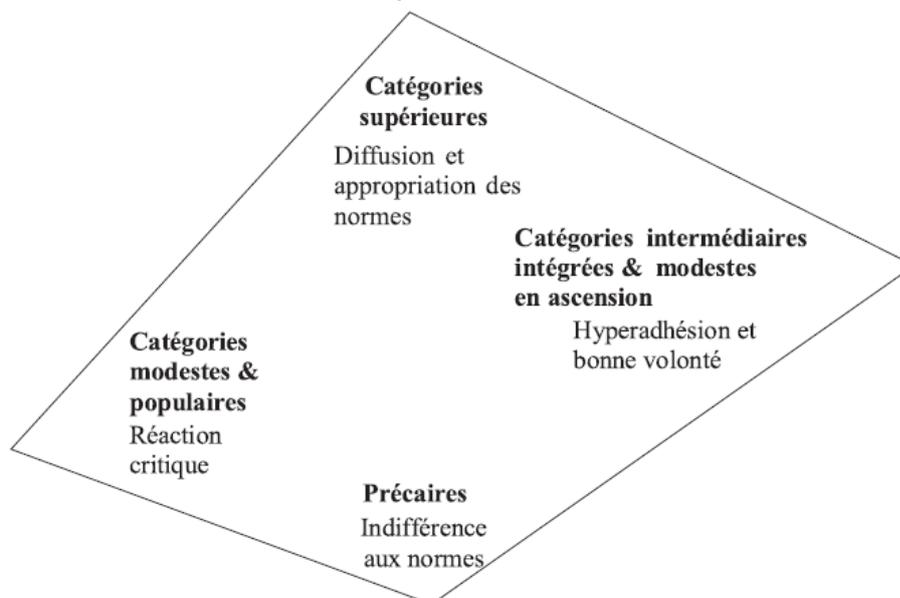
Halbwachs (1938) énonce que les aliments possèdent des statuts et sont source de hiérarchisation, la consommation de quelques-uns se faisant surtout dans la classe la plus aisée et celle d'autres, au contraire, dans les catégories en bas de l'échelle sociale. Comme le dit Fischler (1990), une identité, surtout sociale, est appropriée à travers l'alimentation. (Caillavet et *al.*, 2014, p. 219, 220) En outre, Bourdieu (1979) ajoute que c'est en observant la dissemblance de l'ensemble d'un modèle alimentaire d'un groupe social à l'autre, nous pouvons interpréter et comprendre les caractéristiques des classes sociales. De plus, dans son œuvre *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Bourdieu parle de l'*habitus* qui, dès l'enfance, confie aux individus des caractéristiques relatives à leur position sociale (Julien, Laflamme, 2008, p. 172), et il définit le terme *habitus* comme :

« ... à la fois principe générateur de pratiques objectivement classables et système de classement (*principium divisionis*) de ces pratiques. C'est dans la relation entre les deux capacités qui définissent l'*habitus*, capacité de produire des pratiques et des œuvres classables, capacité de différencier et d'apprécier ces pratiques et ces produits (*goût*), que se constitue le monde social représenté, c'est-à-dire l'espace des styles de vie. » (Bourdieu, 1979, p. 190)

En partant des déclarations d'Halbwachs, Bourdieu et Fischler, nous pouvons déduire la relation entre inégalités sociales et alimentation. En effet, l'alimentation renforce les inégalités sociales par tout le processus allant des courses à l'élaboration culinaire à la consommation du plat tout en analysant sa composition et la nature des aliments. De plus, même la question de temporalité semble être un élément de relation entre l'alimentation et les inégalités sociales. Une étude organisée par de Saint Pol (2007) a montré que l'heure du dîner est d'autant plus tardive que la profession des individus est élevée hiérarchiquement. Une autre étude dirigée par Scholliers (1993) indique qu'en France, la durée de préparation culinaire et le revenu du foyer sont inversement proportionnels, mais la durée de consommation du repas et le revenu sont proportionnels. Ainsi, la temporalité alimentaire est un exemple de facteur social relié aux inégalités sociales et pouvant être considérée dans les interventions nutritionnelles. (Caillavet et *al.*, 2014, p. 223)

De plus, Régnier et Masullo (2009) ont établis une étude en France sur l'inclusion de prescriptions sur la consommation alimentaire et le poids corporel à travers 85 entretiens semi-directifs. La figure 6 montre le résultat de la diversité de perception des messages au sujet de l'alimentation et le poids corporel selon la classe sociale. Les individus appartenant à une classe sociale défavorisée ne prêtent pas attention à ces messages. Les classes sociales populaires adoptent un positionnement « *critique* » par manque de confiance aux émetteurs de messages qui semblent vouloir transmettre les normes pour d'autres raisons qui leurs sont favorables, d'une part, et par sentiment de « *culpabilité* » de non suivi des recommandations, d'autre part. Les « *catégories intermédiaires* » montrent une adoption aux normes transmises et une détermination de suivi, et les classes les plus favorisées non seulement adhèrent aux recommandations mais les répandent aussi. (Régnier, Masullo, 2009, p. 752-754) Ainsi, « *l'espace social alimentaire* » et toutes les dimensions hédoniques, économiques, sociales et culturelles de l'alimentation sont des facteurs à considérer lors d'une intervention communautaire et en santé publique dans ce domaine. (Caillavet et *al.*, 2014, p. 227)

Figure 7 - Les types de perception des messages sur l'alimentation et le poids corporel²⁰



1.1.4. La commensalité

La commensalité est définie par Sobal et Nelson (2003) comme le fait de « manger avec d'autres personnes. » Lorsqu'on dit « avec », on insinue une création de liens. Le phénomène commence dès la naissance avec l'allaitement maternel, puis peu à peu le cadre social de l'enfant s'agrandit avec la famille et puis le reste de la société. Plus encore, en partant de la citation « *l'on est ce que l'on mange* », et en adoptant une logique suivant le syllogisme aristotélicien²¹, on peut interpréter que les personnes qui mangent ensemble les mêmes aliments autour de la même table se ressembleraient. Néanmoins, la commensalité, étant créatrice de liens, peut aussi être génératrice de rejets (aux personnes qui ne sont pas incluses à table). La commensalité reflète aussi la structure du groupe selon comment les individus sont installés autour de la table, on peut ainsi comprendre les statuts, hiérarchisations et classifications des personnes. (Poulain, 2012)

²⁰ Source : RÉGNIER, Faustine et MASULLO, Ana, 2009. Obésité, goûts et consommation: Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *In*. Revue française de sociologie. 2009. Vol. 50, n° 4, p. 752. DOI 10.3917/rfs.504.0747.

²¹ Le syllogisme aristotélicien est une forme de réflexion logique développée par Aristote qu'on pourrait traduire de manière simplifiée par : Si A = B et B = C donc A = C. (Bouchard, Valois, 1983, p. 132)

Sobal et Nelson (2003) divisent la commensalité sous deux dimensions : les unités commensales et les cercles commensaux. L'unité commensale désigne le groupe de personnes rassemblées autour de la même table à un même moment pour consommer des aliments ; l'unité commensale la plus préliminaire est la famille. Quant aux cercles commensaux, ils définissent les individus avec lesquels nous sommes susceptibles de manger, avons déjà mangé ou mangeons. (Sobal, Nelson, 2003, p. 181) Plus loin dans leur étude, ces mêmes auteurs exposent des facteurs de la commensalité qui influencent la santé et qui ont été repris par Tristan Fournier en 2012 lors d'une étude sur les effets de facteurs sociaux sur le régime alimentaire de personnes atteintes d'hypercholestérolémie. Les phénomènes commensalité-santé, au nombre de trois, sont les suivants :

- a) L' « *incitation sociale* » qui induit une augmentation de la consommation alimentaire lorsqu'on se retrouve en compagnie d'autres personnes prévient la sous-nutrition mais renforce la surnutrition.
- b) Le « *support social* » qui promeut la consommation d'aliments particuliers peut inciter des personnes à consommer des aliments sains tout comme des aliments non sains.
- c) Le « *contrôle social* » qui peut être source de régulation et d'encouragement pour une alimentation saine peut aussi inciter en même temps la prise d'aliments malsains. (Sobal, Nelson, 2003, p. 187 ; Fournier, 2012, p. 44, 45)

Effectivement, en étudiant l'influence des repas festifs sur les diètes alimentaires des personnes atteintes d'hypercholestérolémie, on retrouve l'effet des incitations sociales ainsi qu'une acceptation d'aliments par simple politesse. De plus, les festivités sont perçues comme épisodiques et donc la régulation diététique est troublée durant ces repas, mais en contrepartie, les individus feront, après le repas festif, un contrôle alimentaire de façon à rééquilibrer la prise alimentaire excessive durant les festivités. (Fournier, 2012, p. 46)

1.1.5. Représentation²² du corps

L'aspect physique des individus, notamment de point de vue anthropométrique, reflète les perceptions et pratiques alimentaires des individus et met en relief l'origine sociale de l'individu. En effet, lorsqu'on parle d'aspect et apparence corporelle, c'est « l'image qu'il renvoie » qui entre en jeu plutôt que le corps en tant que tel. Ainsi, la façon avec laquelle l'on perçoit le corps révèle-t-elle la position sociale de la personne. Par exemple, en France, on favorisait le surpoids à la maigreur qui était signe de pauvreté, deux siècles auparavant. Certes, de nos jours, la représentation de corpulence n'est plus la même : les termes « force » et « forme » sont utilisés pour exprimer et distinguer la préférence corporelle respectivement chez les classes sociales ouvrières et les classes sociales supérieures. (Caillavet et *al.*, 2014, p. 228) Par ailleurs, l'obésité porte une grande importance actuelle dans le domaine de la santé publique par le fait de son effet sur la santé. Cependant, la représentation sociale de l'obésité en matière d'apparence influence les identités et relations sociales. Et, le poids corporel est lui-même influencé par la position sociale des individus, leur genre, ethnie, *etc.* (Caillavet et *al.*, 2014, p. 229-230)

1.2. Approches des stratégies des interventions nutritionnelles

1.2.1. *Évaluation des théories et modèles*

Les théories et modèles de changement de comportement ont fait l'objet de différentes analyses, évaluations et critiques pendant des années pour essayer de comprendre l'impact de ces stratégies et prendre un positionnement sur leur utilisation. Plusieurs années se sont écoulées et l'on se trouve encore devant des controverses à leur sujet.

²² « La représentation sociale est le moyen par lequel les êtres sociaux se représentent les objets de leur monde. » (Lahlou, 1995, p. 36)

Lors de l'élaboration d'une intervention nutritionnelle, les stratégies tendent à se baser sur les théories et modèles de changement de comportement des individus eux-mêmes basés sur la psychologie de l'individu (par exemple : « ses attitudes ou son sentiment d'efficacité personnelle »). Les choix alimentaires sont décrits comme étant une « décision généralement rationnelle » résultant de facteurs environnementaux. (Caillavet et *al.*, 2014, p. 217) En effet, Jeffery Sobal et Carle Bisogni (2009) affirment qu'une décision rationnelle est prise pour augmenter les bénéfices et diminuer les coûts, et que le comportementalisme psychologique fournit le fondement de base du rationalisme. (Sobal, Bisogni, 2009, p. S39) En outre, d'autres auteurs indiquent qu'il s'agit d'une décision extérieure à la personne. Selon Muller et Spitz (2012), au sujet de comportements de santé, il faudrait prêter attention au fait que ce sont généralement des motivations qui viennent de l'extérieure et que « le but est donc posé pour et non par la personne. » (Muller, Spitz, 2012, p. 87)

De plus, les théories de comportement de santé se focalisent sur le fait que la conscience et la réflexivité (par exemple, les intentions et perceptions de risque mentionnées antérieurement) prédisent et modifient le comportement. (Sheeran et *al.*, 2013, p. 460) Illustrons cet argument : dans le modèle de croyance en santé, on considère la perception de la menace pour la santé comme un des trois éléments majeurs de ce modèle. (Boyle, 2016, p. 81, 82) L'avis de Schwarzer (2001) est que la perception d'une menace pour la santé semble être la condition préalable la plus évidente pour motiver les individus à arrêter un comportement à risques. Cependant, les personnes inconscientes du risque que leurs actions peuvent engendrer ne seront pas motivées au changement. En effet, l'auteur continue à ce propos en énonçant qu'utiliser la peur pour encourager des comportements sains n'a pas été prouvée effective. En général, la perception de risque développe initialement la motivation au changement, mais, plus tard, d'autres facteurs ont une influence plus importante. L'auteur avance encore à ce sujet en indiquant que les interventions pour la promotion de la santé basées sur l'auto-efficacité sont plus efficaces que celles basées sur la peur d'atteinte de

maladie, sur les habitudes malsaines ou sur l'augmentation de la perception de vulnérabilité personnelle. (Schwarzer, 2001, p. 48)

1.2.2. Les approches individuelle et environnementale

La sociologie est définie comme l'interprétation des phénomènes sociaux.²³ Ces derniers sont perçus différemment par les sociologues. D'une part, un holisme et déterminisme sont indiqués par Bourdieu et Durkheim, comme quoi les phénomènes sociaux et le comportement résultent d'un processus de socialisation. D'autre part, Boudon, Simmel et Weber décrivent l'individualisation et la liberté individuelle comme déterminants du comportement et des phénomènes sociaux.²⁴

Dans l'optique de l'élaboration de politiques, programmes et campagnes de prévention, une stratégie doit être suivie. Dans son œuvre *Sociologie de l'Obésité* (2009, p.257-261), Jean-Pierre Poulain cite plusieurs issues de stratégies possibles : administrative, centrée sur les acteurs et les réseaux, centrée sur l'individu et les populations, centrée sur l'environnement et enfin centrée sur les systèmes de représentation. Nous nous intéressons aux trois dernières stratégies et aux nuances entre elles. D'abord, l'approche individuelle se concentre sur l'individu lui-même et a pour but la promotion de comportements favorables à la santé grâce à la transmission de messages clairs et convenables à la population cible. Ensuite, la stratégie qui utilise l'influence de l'environnement sur les personnes se base sur la constitution de lois envers les domaines de marketing et de vente. Ceci dirige les choix des individus en leur omettant la charge de responsabilité individuelle. Lang et Hercberg ajoutent que la création d'un environnement propice au changement passe surtout par l'application d'actions *locales*, ainsi le facteur culturel pourra-t-il être plus considéré. (Lang, Hercberg,

²³ Le petit Larousse Grand format. Malesherbes, 1999.

²⁴ Laporte Cyrille. *Sociologie des organisations*. Master 1 Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation, Institut Supérieur du Tourisme, de l'Hôtellerie et de l'Alimentation, Université Toulouse Jean Jaurès, 2018-2019.

2018, p. 37) Enfin, la dernière stratégie participe aux niveaux social et culturel conditionnant les représentations au poids corporel et les *modèles alimentaires*²⁵ présents suite à des influences médiatisées. (Poulain, 2009, p. 257-261)

1.2.3. Exemple du rapport de Propositions pour une Politique Nationale Nutrition Santé à la hauteur des enjeux de santé publique en France, PNNS 2017-2021

Dans cette proposition de politique, les membres de l'équipe de travail font le point sur la remise en question de la responsabilité individuelle d'une part et l'implication de l'environnement dans un comportement d'autre part. Ce rapport se focalise sur l'importance d'inclure les « déterminants culturels, sociaux et économiques » comme déterminants du comportement tout en gardant la participation de la responsabilité individuelle de manière partielle. Ces déterminants reflétant de l'environnement social de l'individu sont désignés comme étant les éléments cibles et déclencheurs des politiques et programmes d'intervention. Le rapport indique qu'on ne peut définir explicitement la responsabilité individuelle puisque les chercheurs ne se sont pas mis d'accord sur la définition. Certes, un fait sur la responsabilité individuelle semble être admis de manière explicite : « *il n'est pas éthiquement fondé de faire reposer sur le seul individu la totale responsabilité de ses comportements.* » Le dossier ajoute que, dans le but de mieux agir au niveau des inégalités sociales alimentaires et de rendre plus efficaces les interventions, il convient ainsi de considérer plus fortement l'environnement social, dans la mesure où les interventions de promotion de la santé qui retiennent peu ou pas les inégalités sociales dans leur planification ont tendance à les renforcer. (HCSP, 2017, p. 12, 13) Cependant M. A, membre de l'équipe d'écriture du rapport d'évaluation de l'IGAS pour le PNNS

²⁵ « *Les modèles alimentaires sont des ensembles sociotechniques et symboliques qui articulent un groupe humain à son milieu, fondent son identité et assurent la mise en place de processus de différenciation sociale interne. Ils sont un corps de connaissances technologiques, accumulées de génération en génération, permettant de sélectionner des ressources dans un espace naturel, de les préparer pour en faire des aliments, puis des plats, et de les consommer. Mais ils sont en même temps des systèmes de codes symboliques qui mettent en scène les valeurs d'un groupe humain participant à la construction des identités culturelles et aux processus de personnalisation.* » (Poulain, 2002, p. 25)

3, suggère dans l'entretien du 6 février 2019, la réapparition de la cible du *grand public* pour pouvoir remédier aux inégalités sociales dans la mesure où la proposition de PNNS 4 s'adresse plutôt aux professionnels qu'à la population générale.

Le rapport de proposition de PNNS 4 va plus loin pour suivre ce qui a été dit en projetant les déterminants sociaux, culturels et économiques en exemples concrets sur les pratiques alimentaires. En effet, le culturel et le social influencent les pratiques alimentaires et les différences qui en résultent révèlent des écarts en matière « économiques, d'accessibilité, mais aussi de niveau d'éducation ou de connaissances, de règles, de croyances, de valeurs, de représentations, de la sensibilité à la pression du marketing et de perceptions » en particulier en matière d'alimentation et santé. Et, tout ceci n'est pas uniquement applicable sur les aliments qu'on incorpore mais aussi sur les modes alimentaires comme les rythmes, horaires de repas, *etc.* (HCSP, 2017, p. 13)

Par ailleurs, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) met en pratique l'action par l'environnement à travers des lois comme l'ajout de taxes sur les aliments très gras, très sucrés ou très salés. Cependant, il ne suffit pas de faire devenir ces types d'aliments plus chers, mais il semble aussi nécessaire d'agir directement sur la facilité d'achat des aliments de bonne valeur nutritive. C'est dans cet objectif que les coupons et aides d'achat de végétaux ont été élaborés. (Lang, Hercberg, 2018, p. 36)

De plus, pour illustrer ce qui a été dit un peu plus haut par Lang et Hercberg sur la nécessité d'agir au niveau local, le Ministère des Solidarités et de la Santé et Manger Bouger (2018) énoncent le rôle des communes et intercommunalités en France dans l'intervention nutritionnelle. Il s'agit d'un contact plus étroit avec le public et des acteurs d'intervention et donc une approche environnementale plus efficace. C'est dans cette optique que la charte « Villes actives du PNNS » a été créée en guise d'initiative de fortification du programme national en se focalisant sur chaque localité spécifique, le but global restant la promotion nutritionnelle

comme enjeu majeur de santé. Les actions des « Villes actives du PNNS » s'appliquent à plusieurs niveaux : le grand public (par exemple : organisation de conférences, évènements sportifs, concours de recettes pour promouvoir la consommation de certains produits par rapport à d'autres, etc.), publics spécifiques comme les parents, les enfants (les actions sont appliquées aux écoles dans ce cas, par exemple), les personnes précaires, etc. (Ministère des Solidarités et de la Santé, Manger Bouger, 2018, p. 7-19)

1.2.4. Exemple du *Healthy People 2020*

Les buts majeurs des interventions du *Healthy People*, exposés dans le tableau 1, montrent une évolution du programme. Entre 2000 et 2010, on remarque que le but de vouloir *diminuer* les inégalités de santé se transforme en la volonté d'*élimination* des inégalités de santé. Cette ambition évolue encore pour l'année 2020, on désire à ce point accomplir une égalité sociale de santé, éliminer les écarts et améliorer la santé de tous les groupes sociaux. Notons la reformulation positive : utilisation du terme « égalité » à la place d'« inégalité ». De plus, en 2020, on ajoute aux autres buts : créer des environnements sociaux et physiques propices à la promotion de la santé pour tous et promouvoir une bonne qualité de vie, un développement de la santé et des comportements de santé au cours de toutes les étapes de vie. Nous nous intéressons en effet au focus sur l'environnement qui devient un but majeur en lui seul. Et, la stratégie utilisée semble dissocier la cible environnementale de la question d'inégalité sociale.

1.3. Cacophonie alimentaire et gastro-anomie

Selon Claude Fischler (1979), le choix alimentaire a toujours été prédéterminé socialement, traditionnellement et ce n'est que par la profusion présente actuellement que l'alimentation un sujet impliquant la prise d'une « *décision individuelle* » libre. Certes, la décision se retrouve difficile à prendre lorsque les critères de choix comme les « *liens familiaux, sociaux, culturels, traditionnels* » sont de moins en moins solides. (Fischler, 1979, p. 205,206) En

effet, la diversité et le grand nombre de provenances des discours relatifs à l'alimentation induisent ce que Fischler nomme la *cacophonie alimentaire* ; tous les professionnels du domaine alimentaire semblent vouloir diriger le choix alimentaire des individus dans le sens qui leur convient.²⁶ Fischler évoque l'anomie de Durkheim (Fischler, 1979, p. 205,206) qui décrit la déclinaison des règles sociales ou leur incompatibilité entre elles.²⁷ Ainsi, la gastro-anomie serait-elle l'« *affaiblissement de l'appareil de normes sociales encadrant les pratiques alimentaires* ». (Poulain, 2009, p. 53) Dans cette optique, une angoisse ressortant de l'anomie règne sur le mangeur entre la médiatisation, les recommandations multiples et la médicalisation, ceci menant à des comportements alimentaires irréguliers. Finalement, Fischler ajoute que cette gastro-anomie induit la naissance de nouvelles « *gastro-nomies* » : « *diététiques et esthético-culinaires, chapelles et sectarismes alimentaires, croyances ou errances individuelles et collectives, échappées contradictoires vers l'avenir et le passé, prescriptions et mises en garde médicales, etc.* » (Fischler, 1979, p. 206) Au sujet de la médecine, une précision est faite sur la présence de recommandations alimentaires aussi bien préventives que thérapeutiques et elles sont citées à titres individuelle, collectif, médiatisé, clinique et politique. Les prescriptions médicales alimentaires deviennent d'avantage communiquées par l'intermédiaire du gouvernement qui en fait des « *règles alimentaires* ». (Fischler, 1979, p. 207)

Suite au concept des « *nouvelles gastro-nomies* » de Fischler, la lecture de *Penser l'Alimentation. Entre imaginaire et rationalité* de Jean-Pierre Poulain (2002) donne un aspect assez indépendant au mangeur qui arrive à modeler et balancer les règles de son modèle alimentaire de manière singulière grâce à la liberté qu'il possède. Ce modèle alimentaire aide le mangeur à manier son angoisse alimentaire et à minimiser les questionnements dans sa prise de décision. D'une part, la présence d'anxiété alimentaire est justifiée par Rozin et Fischler par le

²⁶ FISCHLER, Claude, 1990. Prix Benjamin Delessert - L'alimentation du biologique au social. *In. Institut Benjamin Delessert* [en ligne]. 1990. [Consulté le 10 mars 2019]. Disponible à l'adresse : <http://www.institut-benjamin-delessert.net/fr/prix/presentation/L'alimentation-du-biologique-au-social/?displayreturn=true>.

²⁷ JUIGNET, Patrick, 2016. Anomie et idéologie. *In. Philosophie, Science et Société* [en ligne]. 29 juillet 2016. [Consulté le 17 février 2019]. Disponible à l'adresse : <https://philosciences.com/204-anomie-ideologie>.

« *paradoxe de l'omnivore* » qui balance entre le besoin biologique d'une alimentation diversifiée et l'identité culturelle d'une alimentation particulière. D'autre part, Beardsworth explique cette anxiété par « *trois ambivalences* » : « *plaisir-déplaisir* », « *santé-maladie* » et « *vie-mort* ». La diététique intervient dans la deuxième ambivalence pour renforcer cette classification d'aliments santé et nutritifs contre des aliments malsains qui engendrent des maladies aiguës et chroniques. (Poulain, Corbeau, 2002, p. 137-139) En effet, les discours diététiques viennent s'ajouter aux règles déjà socialement acquises pour augmenter l'angoisse durant la prise de décision alimentaire qui devient plus complexe.

1.4. Problématique

En se basant encore une fois sur l'exemple du PNNS, il apparaît que son élaboration est « *légitime et courageuse* » en utilisant les termes de Jean-Pierre Poulain (2009, p.20). Il ajoute que le PNNS est régulé grâce à l'énoncé d'objectifs évaluables et spécifiques. Cependant, cette régulation devrait se concentrer sur le changement des comportements et sur les indicateurs d'anthropométrie et de biologie. Ainsi, faudrait-il aller au-delà de l'énonciation et la transmission d'informations en passant à l'exécution. (Poulain, 2009, p. 20-21) La *Synthèse des recommandations concernant la mise en place du PNNS 2* de l'Institut français pour la nutrition (IFN) indique que la préparation à l'avance d'un outil d'évaluation ciblé tant sur la population que les professionnels est nécessaire pour reconnaître si les objectifs sont accomplis et pour estimer l'intervention régionale du PNNS. Néanmoins, l'IFN note aussi que l'évaluation ne devrait pas être conduite par des acteurs internes du PNNS. (Poulain, 2009, p. 262-263) Comme M. A l'a indiqué lors de l'entretien, les évaluations faites n'ont pas été totalement prises en considération : « *Comme l'indique le rapport, il a été peu tenu compte des évaluations pour l'établissement des plans suivants.* », M. A, membre de l'équipe d'écriture du rapport d'évaluation de l'IGAS pour le PNNS 3, Paris, extrait d'entretien du 6 février 2019.

Cependant, nous remarquons que suite aux évaluations qui pointent les inégalités sociales persistantes, le rapport de PNNS 4 a proposé de changer de stratégie pour subvenir à ce problème ; mais encore, le PNNS s'est focalisé version après version sur ces inégalités sociales qui sont restées présentes. Comme il a été présenté antérieurement, l'évolution du PNNS de la France ressemble à celle du Healthy People des Etats-Unis. Les évolutions essaient de suivre les évaluations post-programme mais les résultats montrent toujours une insatisfaction quelque part. Par exemple, citons l'étude ObÉpi qui montre la persistance de l'obésité (élévation ralentie du taux d'obésité) en France en dépit de toutes les interventions qui se font à ce niveau.

La recherche autour du changement du comportement alimentaire amène Leslie Snyder à se poser les questions suivantes : Quelle est la meilleure méthode d'aider les individus à faire des choix sains de collations ? A quel point les individus appartenant à de différents groupes ont-ils la volonté de faire plusieurs changements simultanés dans leur diète ? Quels sont les facteurs environnementaux associés à la volonté d'établir un changement ? (Snyder, 2007, p. 7) Ce dernier questionnement nous laisse argumenter sur les facteurs influençant le changement de comportement alimentaire. Et, une grande majorité de questions qui étudient pourquoi les individus prennent certains choix alimentaires plutôt que d'autres demeurent sans réponse alors que les moyens et stratégies de promotion de la santé sont largement étudiées et élaborées. (Boyle, 2016, p. 11) De plus, après avoir exposé, d'une part, tous les faits relatifs à la nutrition communautaire et la santé publique, et d'autre part, les facteurs sociaux et culturels qui entrent en jeu, on aboutit à proposer la problématique suivante : A quel point les promoteurs de la santé sont-ils conscients des facteurs sociaux et culturels qui favorisent l'inefficacité de l'intervention nutritionnelle sur le changement des comportements et pratiques alimentaires des individus ? Dans l'objectif de tenter de répondre à la problématique, des hypothèses seront émises dans les chapitres suivants de cette partie.

CHAPITRE 2 – Hypothèse 1 : Déterminants alimentaires sociaux, culturels et... nutritionnels?

Suite aux explorations effectuées en général sur les déterminants sociaux et culturels, et après avoir décrit l'apparition de ces déterminants dans la proposition de PNNS 4²⁸, nous arrivons à déduire leur participation dans les interventions nutritionnelles actuelles. (HCSP, 2017, p. 13) Nous proposons alors comme première hypothèse que les promoteurs de la santé nutritionnelle semblent conscients des déterminants sociaux et culturels alimentaires mais n'arrivent pas à intégrer les notions nutritionnelles de manière égale dans les représentations, comportements et pratiques alimentaires²⁹ de la totalité des individus.

D'emblée, l'alimentation et l'acte de manger relèvent de notions biologiques mais, pratiquement, ils constituent un reflet d'identité de l'individu qui établit ses choix alimentaires en suivant ses traditions, sa culture, sa religion, ses valeurs, *etc.* (Poulain, Corbeau, 2002, p. 85), en résumé, ce qui ressort des déterminants sociaux et culturels. Comme le dit Edgar Morin (1973, p.146), l'alimentation s'inscrit dans une pluridisciplinarité bio-psycho-socio-anthropologique. En effet, toutes ces dimensions sont déjà présentes en pré-partum : les comportements et modèles alimentaires sont déterminés par la génétique qui est influencée par le social et le milieu culturel et qui évolue en fonction de ces facteurs. (Poulain, Fischler, 2015, p. 2) Alors, avec les études nutritionnelles en développement et les campagnes qui visent à sensibiliser les individus à favoriser une alimentation favorable à la santé, même la perception de ces messages nutritionnels diffère selon le positionnement social et culturel des individus. Pour illustrer ceci, nous retournons à des exemples déjà cités dans la problématisation : l'étude de

²⁸ Se reporter à la partie II, chapitre 1, sous-chapitre 1.2.3 où l'évolution du PNNS 4 est décrite. Dans le deuxième paragraphe de ce sous-chapitre, nous explorons l'émergence de la prise en compte des déterminants sociaux et culturels en matière de pratiques et modes alimentaires.

²⁹ Dans leur rapport, l'INRA a utilisé « les termes comportements de comportements, d'habitudes et de pratiques alimentaires dans une acception large. » Cependant, plus tard dans le document, ils insistent sur les notions matérielles et concrètes pour le terme de « pratiques ». (INRA, 2010, p. 3,12)

Leeman et *al.* (2011) sur la similitude des représentations alimentaires entre médecins et patients d'un même pays plutôt que des médecins de pays différents, ou même les études qui montrent la détermination alimentaire selon la catégorie sociale.

Pour justifier encore plus le poids social dans le domaine alimentaire, nous évoquons l'étude élaborée plus tôt sur la commensalité et *l'incitation, le support et le contrôle sociaux*. Ces avec ces trois notions qui peuvent être tantôt du côté de la nutrition et tantôt son adversaire, que cet aspect de la convivialité montre l'influence du déterminant social sur le déterminant nutritionnel.

Par ailleurs, les politiques et programmes en matière de nutrition sont, comme nous l'avons exposé un peu plus haut, concentrés sur un spectre national (comme par exemple pour le PNNS en France et le *Healthy People* aux Etats-Unis), sur un spectre plus localisé (citons par exemples les Villes actives du PNNS) ou même sur des groupes spécifiques de la population globale (comme par exemple les populations précaires qui sont gérées de manière distinctive dans le PNNS ou les actions qui visent les enfants dans le *Healthy People*). Cette concentration et spécificité des stratégies d'intervention évoque que les professionnels en charge envisagent la prise en compte de la diversité sociale et culturelle.

Cependant, le dicton « *c'est plus facile à dire qu'à faire* » trouve sa place dans cette situation. En d'autres termes, si les facteurs sociaux et culturels sont réfléchis durant la planification des programmes et politiques nutritionnelles, il demeure plus compliqué de voir l'effet se réaliser sur le terrain avec la complexité des facteurs et sous-facteurs qui entrent en jeu. D'un côté, au sein de chaque milieu culturel ou groupe social, on trouve des sous-milieus et sous-groupes qui ne trouvent pas de cible directe. Pour illustrer ce propos, nous revenons à Caillavet et *al.* (2014) qui ont pu démontrer entre autre dans leur étude que la différence

identitaire par l'alimentation et le poids corporel³⁰ se fait non seulement entre groupes sociaux mais aussi à l'intérieur d'un groupe social entre les genres. (Caillavet et *al.*, 2014, p. 230) D'un autre côté, tenir compte du profil social et culturel des individus arrive à leur faire parvenir le message adapté à leur cas en atteignant leur représentation alimentaire mais sans pour autant obligatoirement affecter concrètement leur pratique alimentaire dans le sens voulu. Plus encore, la représentation résultante n'est pas toujours la même pour tous les individus ou la même que celle que l'intervention a voulu induire. En effet, malgré la multiplication des campagnes, politiques et programmes de sensibilisation nutritionnelle, les individus dévoilent différentes manières de les interpréter, les approprier, et les mettre en pratique. (Reckinger, Régnier, 2017, p. 254, 255) Ce propos est illustré par l'étude d'évaluation de la campagne « 5 a day »³¹ exposée plus haut qui montre le déséquilibre d'effectifs des femmes qui ont la connaissance de la norme sur les fruits et légumes et celles qui la mettent en pratique.

³⁰ Comme nous l'avons exploré dans le chapitre 1 de la même partie, les représentations du corps et de la corpulence sont influencées par le social.

³¹ Se reporter à la partie I, chapitre 2, sous-chapitre 2.3.2.2.

CHAPITRE 3 – Hypothèse 2 : De l'individu à son environnement

Nous avons exploré les théories, modèles et stratégies d'interventions disponibles ainsi qu'analysé deux exemples majeurs de politiques nationales, le *Healthy People* et plus en détails le PNNS. Comme l'évolution de ces deux politiques l'illustre dans leur dernière version, on observe la tendance stratégique à atteindre l'individu par son environnement social. En effet, les professionnels de la santé nutritionnelle publique ont compris l'importance de l'action par l'environnement et l'éloignement de l'utilisation de la responsabilité individuelle pour accomplir un changement de comportement. Le premier exemple de l'efficacité de la stratégie de création d'un environnement favorable au changement de comportement est l'exemple du tabagisme : les politiques de santé ont effectivement travaillé sur l'élaboration de lieux où il est interdit de fumer. (INPES, 2006, p. 27) Suite à cette initiative, les fumeurs n'ont plus pratiquement le choix de fumer ou non dans ces endroits sans tabac ; il ne s'agit plus désormais d'énoncer des discours encourageant l'arrêt du tabac mais plutôt imposer un environnement qui agira par lui-même sur le changement de comportement voulu. C'est ainsi que le reste des filières de la santé ont compris l'importance de l'action par l'environnement. Néanmoins, on propose l'hypothèse que les promoteurs de la santé nutritionnelle semblent conscients de l'importance de l'émergence de la cible de l'environnement des individus tout en montrant une fragilité de l'adoption de cette stratégie jusqu'à présent.

Par ailleurs, deux sous-hypothèses découlent de l'hypothèse émise. En premier lieu, la mise des inégalités sociales sur un piédestal se présente comme le but principal et le changement de stratégie des interventions nutritionnelles vers une approche par l'environnement comme un moyen pour y arriver. En second lieu, si les interventions dans le domaine de la nutrition communautaire et de la santé publique se retournent actuellement vers une approche par l'environnement pour établir un changement de comportement alimentaire, la focalisation sur l'environnement des individus demeure partielle avec une persistance de recours à la responsabilité individuelle.

3.1. Sous-hypothèse 1

Premièrement, il apparaît à première vue dans les propositions de PNNS 4 que les inégalités sociales forment un but à régler et que la stratégie par l'environnement est un moyen pour y parvenir. En effet, on cite à plusieurs reprises le lien entre ces deux entités dans le rapport du PNNS 4, nous en retirons un exemplaire :

« La finalité de ces actions est d'agir sur l'environnement afin que le choix santé des individus puisse devenir plus aisé pour tous, notamment les populations les plus défavorisées ». (HCSP, 2017, p. 23)

En effet, durant notre entretien avec M. B, membre de l'équipe de travail du rapport de propositions pour le PNNS 4, après nous avoir indiqué que l'approche par l'environnement concerne tout le public, il a enchaîné plus tard en disant :

« Le postulat c'est que si vous transformez l'environnement, ça va être plus facile de lever les barrières en bas de l'échelle sociale qu'en haut de l'échelle sociale. Et puis, les personnes en haut de l'échelle sociale ont des ressources pour contourner les obstacles, et qu'en bas de l'échelle sociale, pas nécessairement. C'est en ça que le fait d'inclure les environnements favorable est important pour réduire les inégalités de santé. », M. B, membre du groupe de travail de la proposition du PNNS 2017-2020, Toulouse, 18 mars 2019.

En demandant à nouveau sur le lien entre inégalités sociales et création d'un environnement propice au changement, M. B affirme que *« c'est plus important. »* Les inégalités sociales sont effectivement une priorité essentielle à l'heure actuelle, en partant d'une réflexion qui attribue des ressources aux catégories les plus aisées leur permettant de se gérer eux-mêmes.

3.2. Sous-hypothèse 2

Deuxièmement, la liberté d'action que possèdent les individus est sous-entendue dans le domaine de la santé publique comme une responsabilité qu'ils détiennent sur la gestion de leur propre comportement alimentaire. Par contre, on ne peut nier la présence de phénomènes et facteurs qui affectent le comportement et la décision alimentaires. (Poulain, Fischler, 2015, p. 3) Revenons aux concepts de *cacophonie alimentaire* et *gastro-anomie* exploités en amont³², on avait mis au cours de l'exploitation le lien entre ces deux concepts et l'anxiété due à la difficulté de la décision alimentaire qui en résulte dans un contexte de responsabilité individuelle. La culpabilité en résulte aussi lorsque les individus ressentent qu'ils ne prennent pas un discernement bon dans le sens nutritionnel. (Masson, 2011, p. 65) L'idéologie du « *victim blaming* » dans la promotion de la santé a même été traitée en 1977 par Crawford qui la définit comme une culpabilisation des individus malades qui devraient être plus responsabilisés sur leur état de santé plutôt que de se tourner vers les services médicaux. Cette idéologie implique que si les individus adoptent des actions et modes de vie sains, ils préviendront l'installation de la majorité des pathologies. (Crawford, 1977, p. 663,665) Ces approches semblaient « *sous-estimer* » l'empreinte de l'environnement social de l'individu sur lui (Caillavet et al., 2014, p. 217), et puis c'est avec l'exemple du tabac³³ qu'on a commencé à passer d'une stratégie individuelle à une stratégie par l'environnement. Pourtant, ce passage ne se fait pas en un clin d'œil, et en effaçant totalement le recours à la responsabilité individuelle sur le comportement alimentaire. Et, ceci est même dit explicitement dans le rapport du PNNS 4 :

« Si l'on admet que la responsabilité individuelle d'un comportement est partielle et que des déterminants culturels, sociaux, économiques sont impliqués, celle de la collectivité et des politiques publiques entre en jeu. Il est dès lors possible d'employer le terme d'inégalités s'il s'avère que l'environnement sociétal est important à considérer. La question de la responsabilité individuelle devient alors

³² Se reporter à la partie II, chapitre 1, sous-chapitre 1.3 où la *cacophonie alimentaire* et la *gastro-anomie* sont présentées.

³³ Se reporter à l'énonciation de l'hypothèse 2 principale dans le même chapitre, un peu plus haut.

essentielle. Mais définir la responsabilité individuelle n'est pas aisé et les théoriciens ne s'accordent pas en la matière. En pratique, il n'est pas possible de penser que les comportements à risque sont l'unique expression de la responsabilité individuelle. » (HCSP, 2017, p. 12)

Ce passage postule qu'il est vrai que l'environnement social est important et qu'il sera adopté comme cible, mais qu'on garde encore une part de responsabilité individuelle. M. B vient affirmer encore la persistance du rôle de la responsabilité individuelle qui, selon lui ne peut être éliminée totalement des stratégies nutritionnelles parce que *« c'est une philosophie. C'est la question du libre arbitre. »*. Cependant, il spécifie ensuite qu'en tant que professionnel de la santé publique, c'est l'approche par l'environnement qui doit être choisie:

« La santé se négocie et donc moi ça ne me choque pas qu'à un moment donné on est la responsabilité d'une nourriture qui n'est pas bonne. Mais c'est différent de vous dire ça en tant qu'individu et citoyen... En tant que professionnel de la santé publique, on doit agir par l'environnement. », M. B, membre du groupe de travail de la proposition du PNNS 2017-2020, Toulouse, 18 mars 2019.

D'où la sous-hypothèse émise sur la conscience des promoteurs de la santé nutritionnelle sur la nécessité d'agir par l'environnement pour induire un changement de comportement alimentaire, tout en gardant à la responsabilité individuelle sa part. Pour retourner à notre hypothèse principale, garder une responsabilité individuelle partielle contribue à voir la stratégie par l'environnement non adoptée de façon ferme et définitive.

Conclusion de la Partie II

En fin de compte, le questionnement sur l'impact des interventions nutritionnelles a évolué au cours de l'étude en ayant recours à chaque étape de la réflexion à une des disciplines qui entrent en jeu dans ce sujet pluridisciplinaire. La réflexion faite d'une vision sociale et culturelle a complété les autres pour comprendre les raisons pour lesquelles on se retrouve encore insatisfaits de l'efficacité des interventions nutritionnelles. De plus, notre réflexion s'est faite sur le niveau stratégique des interventions, ce qui a mené à inclure les promoteurs de la santé dans la formulation de la problématique : A quel point les promoteurs de la santé sont-ils conscients des facteurs sociaux et culturels qui favorisent l'inefficacité de l'intervention nutritionnelle sur le changement des comportements et pratiques alimentaires des individus ?

Les hypothèses émises dans la tentative de réponse à la problématique sont que les promoteurs de la santé nutritionnelle semblent conscients des déterminants sociaux et culturels alimentaires et de l'importance de l'importance d'agir par l'environnement, mais tout en faisant les concessions respectives :

- a) Les notions nutritionnelles ne sont pas encore intégrées de manière égale dans les représentations, comportements et pratiques de la totalité des individus.
- b) L'adoption de la stratégie par l'environnement semble encore non ferme jusqu'à présent.

PARTIE III - Méthodologie probatoire

Introduction à la Partie III

Le choix du sujet de mémoire a débuté avec des auto-questionnements découlant de mon expérience professionnelle antérieure. Par la suite, après s'être lancée dans la recherche exploratoire par la littérature et la conduite d'entretiens exploratoires, l'analyse des données disponibles a fait émerger la problématique à laquelle nous sommes arrivés pour subséquemment construire les hypothèses citées. Ces dernières feront l'objet d'une méthodologie probatoire dans l'optique de pouvoir éventuellement les vérifier.

En outre, la diversité des hypothèses émises tire son origine non seulement à la pluridisciplinarité du thème lui-même (nutrition, alimentation, santé publique, sociologie, psychologie) mais aussi à la multiplicité des acteurs qui entrent jeu (les professionnels aussi bien que le grand public, le grand nombre de professions liées à la nutrition, l'alimentation et la santé, la pluralité sociale et culturelle des individus, *etc.*). Ainsi, la méthodologie probatoire en vue de la vérification des hypothèses couvre-t-elle plusieurs groupes de populations.

Dans le but de justifier le choix de la méthodologie probatoire, nous allons, en premier lieu, procéder à une description générale des outils d'enquêtes disponibles, pour pouvoir ultérieurement choisir les outils les plus convenables à cette recherche. Ensuite, nous allons procéder à une présentation méthodologique et évaluative du terrain exploratoire effectué cette année afin d'éclairer les pistes de méthodologie probatoire futures. Enfin, pour chaque hypothèse, une démarche probatoire avec le choix de la population adéquate, la méthodologie et outils appropriés, le mode d'administration de l'enquête, *etc.*

CHAPITRE 1 – Les outils d'enquête

Les outils méthodologiques de recherche de terrain permettent de tester les analyses exploratoires et les hypothèses qui en découlent en vue de les valider. (Zagre, 2013, p. 82) Les outils sont divisés en deux grandes catégories : la méthode qualitative et la méthode quantitative qui sont élaborées ci-dessous dans le but de choisir ultérieurement la méthodologie qui convient le mieux dans le contexte de notre étude.

1.1. Méthode qualitative

La recherche qualitative reflète « *l'analyse qui détermine la nature des éléments composant un corps sans tenir compte de leurs proportions.* » (Dumez, 2011, p. 1) Plusieurs outils sont utilisés dans la méthodologie qualitative, nous allons les définir brièvement.

1.1.1. *L'entretien ou l'entrevue*

Cette forme d'enquête est définie par les démarches scientifiques menant l'enquêteur à recueillir, grâce à un questionnement spécifique, des informations de la part d'individus concernés. . (Zagre, 2013, p. 85)

1.1.1.1. L'entretien clinique

L'entretien clinique est surtout utilisé dans un contexte de psychanalyse ou de psychothérapie dans lequel c'est la personne interrogée qui détermine le thème. Le nombre de questions posées dans ce genre d'entretien est réduit (Zagre, 2013, p. 86).

1.1.1.2. L'entretien en profondeur

Dans un entretien en profondeur, l'enquêteur désigne la thématique d'exploration et puis l'interviewé s'exprime aussi librement que souhaité. L'enquêteur se limite à demander certains éclaircissements sur quelques notions, ou à restreindre l'individu sur le thème en question et le stimuler en énonçant quelques expressions motivantes. (Zagre, 2013, p. 86)

1.1.1.3. L'entretien directif

L'entretien directif est composé d'un « questionnaire standardisé » dont les questions sont préalablement conçues et organisées dans un ordre particulier. Les possibilités de réponses de la personne interrogée sont restreintes, par exemple : oui, non, d'accord, non d'accord, *etc.* (Zagre, 2013, p. 86)

1.1.1.4. L'entretien semi-directif

Comme son nom l'indique, l'entretien semi-directif constitue un juste milieu entre l'entretien totalement libre et son autre extrême très structurée. L'enquêteur se base sur un guide d'entretien qui lui permettra de garder l'orientation voulue durant l'entretien sans pour autant être fixé à une structure inflexible. (Zagre, 2013, p. 87)

1.1.1.5. L'entretien libre ou non directif

Lorsqu'on entreprend un entretien non directif, il s'agit de ne spécifier que les thèmes en amont de l'enquête. Ce type d'entretien donne ainsi la liberté d'une part à l'enquêteur quant à l'énonciation des questions, et d'autre part à l'interviewé quant à sa réponse. En effet, les questions s'approprient aux réponses de manière à élaborer quelques parties. (Zagre, 2013, p. 87)

1.1.1.6. L'entretien de groupe

L'entretien de groupe rassemble plusieurs individus avec un enquêteur ou plus. Les individus sont invités à réagir entre eux autour de l'exploitation d'une problématique en question. L'animateur est chargé de stimuler et gérer la participation des membres du groupe tout en prenant en considération les objectifs, thèmes et règles de discussion. (Zagre, 2013, p. 87, 88)

1.1.2. Le sondage

Le sondage est un questionnaire ou un entretien avec une organisation assez élaborée qui se fait sur un échantillon de la population cible. La durée du sondage est relativement courte et les informations qu'on en ressort ne peuvent pas servir d'objets d'analyses élargies. (Zagre, 2013, p. 96)

1.1.3. L'histoire de vie ou la biographie

L'interviewé est invité à raconter son récit de vie aboutissant à enrichir le chercheur sur des systèmes sociaux, des éléments du passé et l'avis de la personne sur ses propres propos. (Zagre, 2013, p. 96)

1.1.4. L'observation

L'observation consiste en « la description minutieuse du fait social à partir de ses manifestations que sont les pratiques, les représentations, les discours, les normes, les relations, les comportements, les institutions et les groupes sociaux. » (Zagre, 2013, p. 98) Par définition, une observation est l' « action de regarder attentivement les phénomènes, les événements, les êtres pour les étudier, les

surveiller, en tirer des conclusions, *etc.* »³⁴ L'étude scientifique implique que l'observation puisse avancer la recherche et soit structurée, planifiée, méthodologique, valide et fiable. (Zagre, 2013, p. 97)

1.2. Méthode quantitative

La méthodologie quantitative se caractérise par l'étude de mesures et les analyses statistiques standardisées. (Pelletier, Demers, 1994, p. 758 ; Martin, 2012) Dans la majorité des cas, la collecte de données en recherche quantitative se fait grâce à un questionnaire. Le résultat obtenu sera sous forme de chiffres utilisés en sociologie comme support des réflexions. Le spécialiste en sciences sociales pourra ainsi comprendre certains phénomènes, établir des relations entre les « variables », apprécier si l'échantillon est représentatif de la population, *etc.* (Martin, 2012)

En outre, le questionnaire n'est pas fixé à une seule méthode, il existe différents moyens de mener un même questionnaire sur le terrain, selon le cas. En effet, la typologie du questionnaire diffère selon plusieurs critères :

- la méthode de contact initial avec les individus à interroger (grâce à un échange en face-à-face, un courriel, un courrier ou un appel téléphonique, *etc.*) ;
- le moyen d'envoi du questionnaire (en personne, par téléphone, par courrier ou courriel, *etc.*) ;
- que le questionnaire soit administré (le questionnaire est dirigé par un enquêteur) ou auto-administré (l'interrogé remplit le questionnaire sans la direction d'un enquêteur, grâce à des questionnaires-papier distribués, un format électronique élaboré, *etc.*). (Bowling, 2005, p. 282)

³⁴ LAROUSSE. Définitions : observation. *In.* Larousse Dictionnaire de Français [en ligne]. [Consulté le 23 février 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/observation/55426>.

CHAPITRE 2 – La méthodologie exploratoire

2.1. Sélection de l'échantillon

Mon exploration et problématisation ont surtout été concentrés sur la conscience de professionnels de la santé publique et de la nutrition communautaire. Il m'a paru alors nécessaire de pouvoir échanger à propos de mes questionnements avec des professionnels de ce domaine-là. D'une part, ma contextualisation était surtout centrée sur les évaluations du PNNS en France, donc conduire un entretien avec une personne qui ait travaillé sur une évaluation nationale du PNNS, et notamment dans l'équipe de l'IGAS, m'a semblé constructif. D'autre part, j'ai voulu faire un second entretien avec un professionnel qui travaille avec l'équipe d'élaboration du PNNS pour pouvoir obtenir une discussion qui provient d'un point de vue différent du premier. Et, vu que mon étude cadre en partie majeure l'évolution et l'approche stratégique actuelle du PNNS, j'ai contacté un membre de travail du rapport de proposition du PNNS 4. Ainsi, ai-je pu conduire deux entretiens avec des experts du domaine, l'un ayant un point de vue interne au PNNS et l'autre un point de vue externe d'évaluation au PNNS.

2.2. Méthode et outils de l'entretien

La méthodologie qualitative a été utilisée dans le but d'échanger avec l'interviewé sur des questionnements de type ouvert qui permettent de s'informer sur l'expertise du professionnel interrogé en question.³⁵ Un entretien qualitatif semi-directif a été prévu en guise d'outil méthodologique. L'entretien semi-directif a permis de préparer un guide avec les thèmes et questions principaux à interroger tout en laissant le fil de la discussion et les informations transmises par l'interrogé induire des adaptations et questions en plus productives et intéressantes. Les grands thèmes discutés durant les entretiens se rejoignent

³⁵ Dupuy Anne. *Etudes qualitatives*. Master 1 Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation, Institut Supérieur du Tourisme, de l'Hôtellerie et de l'Alimentation, Université Toulouse Jean Jaurès, 2018-2019.

sous les titres suivants ³⁶ : efficacité du PNNS, évolution du PNNS et environnement social. Mes entretiens ont été administré l'un par courriel, faute de distance et disponibilité, et l'autre en face-à-face, ce qui a permis un échange plus développé.

2.3. Déroulement

Le lancement dans un terrain exploratoire a débuté par la prise de contact. J'ai contacté des professionnels du domaine par courriel, après avoir effectué des recherches et lectures concernant leurs travaux et repérer les éléments-clés qui seraient intéressants d'interroger. Les personnes avec lesquelles j'ai pu conduire un entretien n'étaient pas les seules à être contactées, en effet, j'avais contacté plusieurs experts mais ils n'étaient pas tous disponibles en raison de leurs responsabilités professionnelles chargées. Après l'obtention des entretiens, j'ai raffiné les sujets à discuter et la grille d'entretien. Suite à la conduite de l'entretien et la retranscription, l'analyse a été accomplie.

2.4. Biais et freins de l'enquête

Il n'est d'aucun doute que l'exploration de terrain ait enrichie ma recherche et de manière spécifique puisqu'il s'agissait d'avis d'experts sur des thèmes qui ciblent des côtés précis de l'étude. Cependant, un biais que je relèverai du premier entretien est qu'il s'est déroulé par courriel et donc il y a eu un malentendu concernant une de mes questions : lorsque j'ai demandé à propos de l'environnement, le terme a été compris sous sa définition écologique plutôt que sociale, et je n'ai pas pu me rendre plus intelligible.

³⁶ Les retranscriptions détaillées des deux entretiens se trouvent dans les annexes A et B.

CHAPITRE 3 – La méthodologie probatoire

2.5. Hypothèse 1

2.1.1. *Points clés à vérifier*

Nous allons d'abord reprendre l'hypothèse énoncée plus haut : les promoteurs de la santé nutritionnelle semblent conscients des déterminants sociaux et culturels alimentaires mais n'arrivent pas à intégrer les notions nutritionnelles de manière égale dans les représentations, comportements et pratiques de la totalité des individus.

Il s'agit de démontrer et vérifier à travers la méthodologie probatoire proposée par la suite que :

- les notions nutritionnelles ne sont probablement pas aussi intégrées que les déterminants sociaux et culturels dans les représentations, comportements et pratiques des individus ;
- et, la nutrition n'est pas intégrée de manière égale dans les représentations, comportements et pratiques des individus.

2.1.2. *Sélection de l'échantillon*

Dans le but d'analyser l'intégration du déterminant nutritionnel dans les comportements et pratiques alimentaires entre les autres déterminants sociaux et culturels de l'alimentation, il serait intéressant de choisir deux échantillons de générations différentes, l'un de personnes âgées de plus de 50 ans et l'autre de personnes âgées entre 18 et 25 ans. Il s'agit, en effet, d'utiliser la différence de générations comme moyen pour analyser l'effet des discours diététiques émergents actuellement, et interpréter si la tranche d'âge plus jeune aurait la notion nutritionnelle plus intégrée dans ses représentations, comportements et pratiques. Le choix des âges a été basé sur le fait que le premier PNNS a été publié en 2001 et donc la population qui est actuellement âgée entre 18 et 25 ans

a grandi accompagnée de discours diététiques, tout en étant adulte au moment de l'étude, donc ayant normalement des « choix alimentaires personnels ». De plus lorsque Bourdieu décrit l'*habitus* en 1979, il parle de l'importance de l'ancrage social, c'est une époque où la population âgée de plus de 50 ans a acquis son répertoire alimentaire. Nous allons procéder à la sélection d'échantillons de dix personnes pour chaque tranche d'âge. De plus, tous les individus participants à l'étude devraient être de nationalité française pour pouvoir assurer l'homogénéité et la pertinence de l'étude, dans la mesure où on sera en train de se référer aux programmes et politiques nationaux de nutrition. Un autre critère de sélection d'échantillon qui s'avère important dans le cas de notre étude est que la catégorie socio-économique soit moyenne. Effectivement, si nous retournons à l'étude de Régnier et Masullo (2009, p. 752) exploitée précédemment³⁷, la *catégorie intermédiaire* est celle qui montre une volonté de suivi des recommandations alimentaires, sans pour autant avoir de nombreuses ressources pour contourner les obstacles de la manière de la catégorie la plus aisée, comme M. B, membre du groupe de travail de la proposition du PNNS 2017-2020 l'a dit durant l'entretien du 18 mars 2019. Et, en faisant encore référence à Régnier et Masullo (2009, p. 752), leur étude montre que la catégorie socio-économique la plus précaire ne prête pas attention aux normes. Ainsi, un juste milieu avec la classe moyenne semble le plus raisonnable pour l'objectif de notre enquête.

2.1.3. Méthode et outils utilisés

Pour couvrir et comprendre l'homogénéité ou l'hétérogénéité entre les représentations et pratiques, il semble nécessaire d'enquêter à deux niveaux. Comme il s'agit d'étudier des déterminants alimentaires, et en première partie les représentations alimentaires des individus, la méthode utilisée sera majoritairement qualitative. Cependant, dans la partie qui s'intéresse aux pratiques alimentaires, une participation des deux méthodes qualitative et quantitative sera envisagée. En effet, les mêmes entretiens semi-directifs en face-à-face seront

³⁷ Se reporter à la partie II, chapitre 2 et à la figure 6.

conduits aux deux échantillons de tranches d'âge différentes pour discuter qualitativement du poids du déterminant nutritionnel par rapport aux autres. D'une part, l'entretien semi-directif sera conduit normalement pour discuter des représentations alimentaires. D'autre part, la partie concernant les pratiques sera supportée par des rappels alimentaires de 24 heures³⁸ établis aux individus participants à l'étude. Le rappel de 24 heures fera appel à une méthodologie quantitative en faveur de la méthodologie qualitative. En d'autres termes, l'analyse des résultats du rappel de 24 heures pourra être quantifiée pour l'apport énergétique et les groupes alimentaires pour une précision de l'analyse des apports de l'interrogé, tout en ayant la possibilité d'analyser les propos de l'interrogé qualitativement. De cette manière, nous pourrons comparer les informations résultantes des entretiens avec les données d'interprétation du rappel de 24 heures qui montrera concrètement l'apport nutritif des individus, ce qui reflètera le poids de la notion diététique sur la pratique alimentaire.

2.1.3.1. Les représentations alimentaires

Dans l'objectif de comprendre les représentations alimentaires des individus, un entretien qualitatif semi-directif sera utilisé comme outil de collecte des données. Comme il a été expliqué dans la présentation de l'entretien semi-directif, ce type d'entretien permet de poser des questions et thèmes précis sans pour autant restreindre complètement la liberté de l'enquête. Dans notre cas, il s'agit de comparer deux échantillons de générations différentes, il semble donc approprié de pouvoir garder une suite interrogatoire prédéfinie pour une analyse et comparaison pertinentes. Toutefois, garder une certaine marge de liberté est important pour que l'enquêteur puisse effectuer quelques adaptations durant l'entretien en cours et selon la génération interrogée. Les sujets à aborder dans cette première partie de l'entretien seraient divisés sous deux sous-parties. On commencera par une discussion qui tourne autour des normes sociales en générale grâce à des questionnements sur :

³⁸ Le rappel de 24 heures est une méthode d'enquête alimentaire dont le concept et le déroulement seront expliqués en détail un peu plus bas.

- « bien manger », le « bon à manger », un « vrai repas », *etc.* ;
- le(s) rôle(s) de l'alimentation ;
- la description d'un repas typique ;
- et, l'alimentation saine.

Pour suivre, nous entamerons avec des questionnements plutôt personnels et relatifs à l'individu lui-même et son vécu comme :

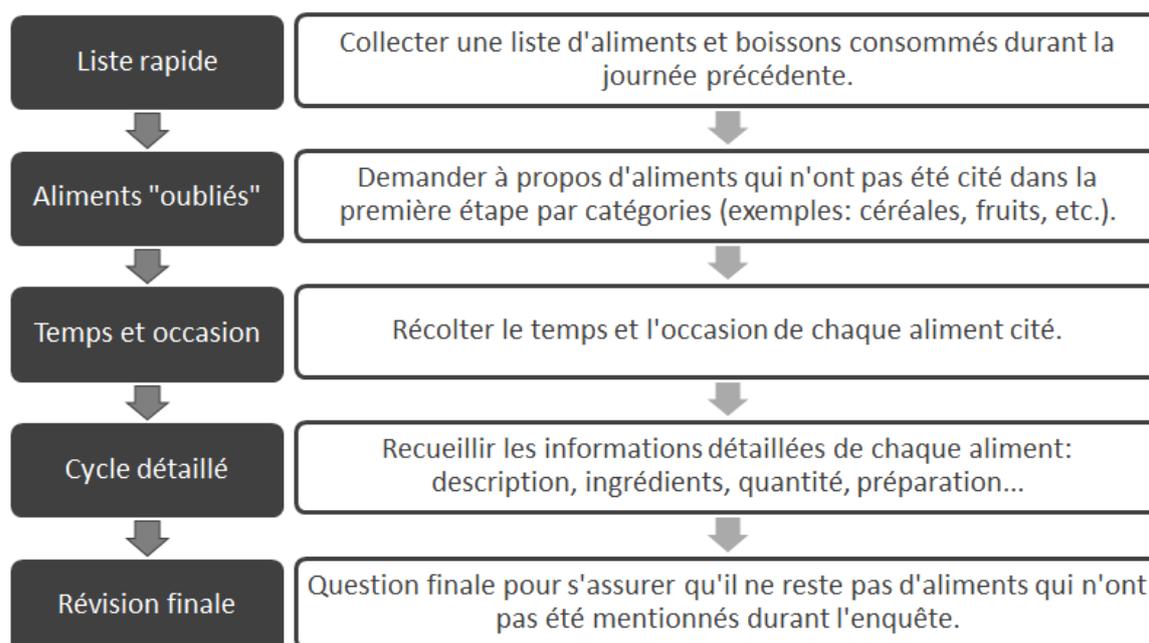
- sa satisfaction liée aux repas,
- les facteurs déclencheurs d'une prise alimentaire,
- et, son alimentation habituelle.

2.1.3.2. Les pratiques alimentaires

Après avoir discuté avec l'interrogé sur les représentations alimentaires, cette partie envisage de nous éclairer de manière concrète sur les pratiques et comportements alimentaires de la personne en question. Pour ce faire, nous allons avoir recours à l'enquête du rappel alimentaire de 24 heures. Effectivement, l'objectif principal d'un rappel alimentaire de 24 heures est la procuration d'informations sur la consommation d'aliments et boissons (et de suppléments nutritionnels si applicable) durant une journée entière (24 heures) qui précède le jour où a lieu l'entretien. Le rapport obtenu après l'entretien devrait être le plus détaillé possible et devrait contenir les ingrédients des aliments cités, leur méthode de préparation, la portion ingérée, la marque du produit, l'heure de consommation durant la journée, *etc.* La durée de l'entretien est de généralement de 20 à 60 minutes.³⁹ D'après le Département d'Agriculture des Etats-Unis (ou *USDA, United States Department of Agriculture*), le rappel alimentaire de 24 heures peut se faire de façon automatisée sous cinq étapes représentées grâce au schéma suivant.

³⁹ NATIONAL CANCER INSTITUTE. 24-hour Dietary Recall (24HR) At a Glance. *In*. Dietary Assessment Primer [en ligne]. [Consulté le 13 mars 2019]. Disponible à l'adresse : <https://dietassessmentprimer.cancer.gov/profiles/recall/>.

Figure 8 - Les cinq étapes du rappel alimentaire de 24 heures automatisé multi-passe⁴⁰



Cependant, si l'alimentation de l'interrogé était non représentative de sa consommation alimentaire habituelle ou différente des normes, son état sera troublé et il devra discerner quelle réponse donner. Plusieurs personnes répondront de manière « honnête » et qui modélise la réalité des choses, tandis que d'autres personnes énonceront des propos qui se rapprochent plus des « *normes sociales* » que des « *pratiques réelles* ». C'est ainsi que l'on réalise le risque d'obtenir des résultats biaisés puisque les informations collectées ne seront révélateurs « *ni vraiment des comportements des individus, ni tout à fait des représentations sociales.* » Suite à cette analyse, le baromètre santé nutrition 2008, expose une méthode d'enquête pour remédier à l'emmêlement entre pratiques et représentations alimentaires. En premier lieu, il s'agit de comprendre, dans le cadre des études de Mary Douglas, ce qu'est un « *vrai repas* » pour l'interrogé ; ce qui a été fait dans notre étude au début de l'entretien qui tourne autour des représentations alimentaires. En second lieu, après avoir relâché les

⁴⁰ ARS, 2016. AMPM - Features : USDA ARS. In. United States Department of Agriculture [en ligne]. 9 août 2016. [Consulté le 22 mars 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.ars.usda.gov/northeast-area/beltsville-md-bhnrc/beltsville-human-nutrition-research-center/food-surveys-research-group/docs/ampm-features/>.

« *pressions normatives* », il est maintenant possible d'aborder le déroulement du rappel de 24 heures, en mentionnant d'abord à l'individu interrogé qu'à partir de là, on s'attentionne à la réalité des aliments consommés la journée précédent l'enquête et non pas à ce qu'à son avis devrait être appliqué ou ce qu'il pratique usuellement. (Escalon et *al.*, 2009, p. 66, 67)

2.1.4. Administration de l'entretien

Parmi les différents modes d'administration, pour cette enquête, il apparaît important d'employer la méthode d'entretien administré en face-à-face. Comme nous l'avons déjà précisé, la nuance entre les notions est assez délicate et le risque d'obtention de données non fiable est élevé. Ainsi, l'administration en face-à-face permet-elle de minimiser le biais. Malgré le temps plus long exigé par cette méthode, l'enquêteur est capable, durant un entretien administré en face-à-face, de :

- s'assurer que l'interrogé ait compris correctement la consigne ;
- demander une clarification lorsqu'il lui paraît nécessaire ;
- de garantir que tous les questionnements ont trouvé leurs réponses ;
- et de ne pas rester figé à des questions fixes⁴¹, la raison pour laquelle l'entretien semi-directif a été choisi.

En effet, si l'on procède à un entretien auto-administré, il sera moins probable dans notre cas d'aboutir à des données claires et précises, et le taux de *liberté* souhaité dans l'interrogation ne pourra pas vraiment être gardé. Quant à l'administration par téléphone, elle ne permettra pas la création de lien de confiance entre l'enquêteur et l'interrogé. En réalité, cette confiance potentielle est importante pour les données résultantes de l'entretien dans la mesure où il sera plus facile d'obtenir des réponses réelles, notamment dans la seconde partie de l'entretien.

⁴¹ Oliveira Diana. *Etudes quantitatives*. Master 1 Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation, Institut Supérieur du Tourisme, de l'Hôtellerie et de l'Alimentation, Université Toulouse Jean Jaurès, 2018-2019.

2.2. Hypothèse 2

2.2.1. *Points clés à vérifier*

Notre seconde hypothèse suppose que les promoteurs de la santé nutritionnelle semblent conscients de l'importance de l'émergence de la cible par l'environnement des individus tout en montrant une fragilité de l'adoption de cette stratégie jusqu'à présent. Et, cette hypothèse se divise en deux sous-hypothèses :

- 1) La mise des inégalités sociales sur un piédestal se présente comme le but principal et le changement de stratégie des interventions nutritionnelles vers une approche par l'environnement comme un moyen pour y arriver.
- 2) Si les interventions dans le domaine de la nutrition communautaire et de la santé publique se retournent actuellement vers une approche par l'environnement pour établir un changement de comportement alimentaire, la focalisation sur l'environnement des individus demeure partielle avec une persistance de recours à la responsabilité individuelle.

Il s'agit ainsi de démontrer, au niveau de cette hypothèse et à travers la méthodologie probatoire, trois notions dont deux sont dépendantes de la première et chacune rattachée à une sous-hypothèse. En effet, nous voulons vérifier que l'approche par l'environnement n'est pas encore adoptée à fond. Mais aussi, que c'est d'une part, du fait que l'environnement n'est qu'un moyen pour réduire les inégalités sociales au niveau nutritionnel, et d'autre part, du fait de la persistance d'un recours partiel à la responsabilité individuel.

2.2.2. *Sélection de l'échantillon*

Cette hypothèse et ces sous-hypothèses que nous cherchons à vérifier se situent dans un cadre stratégique, il est donc intéressant de travailler d'une part, sur les professionnels de programmes et politiques de santé publique et nutrition communautaire en France, et d'autre part sur des personnes de nationalité française. C'est ainsi qu'en travaillant aux niveaux des professionnels et du public

qu'on obtiendra des données des deux points de vue, ce qui aidera à un meilleur modelage de notre analyse. Un échantillon de chacune de ces deux populations sera sélectionné pour la participation à une enquête différente chacun. La seconde population sera aussi divisée en deux sous-populations : des personnes de statut socio-économique non favorisé et d'autres de statut socio-économique favorisé de manière à faire participer les échantillons des deux classes sociales dans la même étude pour effectuer une comparaison ensuite lors de l'analyse. Cela nous permettra de comprendre la focalisation des inégalités sociales dans la stratégie par l'environnement. Et, l'autre enquête avec les professionnels de santé impliqués dans les interventions nutritionnelles permettra de répondre à un questionnement sur les stratégies utilisées : l'approche par l'environnement, les inégalités sociales et la responsabilité individuelle. Effectivement, les échantillons seront constitués de :

- 1) cinq professionnels de programmes et politiques de santé publique et nutrition communautaire en France ;
- 2) et quatorze⁴² personnes françaises appartenant au grand public, dont :
 - a) sept personnes appartenant à une catégorie sociale précaire,
 - b) et sept autres à une catégorie sociale aisée.

2.2.3. Méthodes et outils utilisés

Deux enquêtes auront lieu pour tester cette hypothèse et les sous-hypothèses qui en découlent et comme il a déjà été dit, chacune tournera autour d'une population de façon à obtenir des données complémentaires. En outre, pour les deux enquêtes, une méthodologie qualitative est envisagée dans la mesure où l'on cherche à comprendre une stratégie : les raisons de son choix par les professionnels, sa perception par le public, son implication dans leur vécu, *etc.* Néanmoins, les outils utilisés auprès de chaque enquête diffèrent.

⁴² Le choix du nombre de personnes est justifié par l'outil utilisé qui est l'entretien de groupe ; le nombre de personnes dans ce type d'entretien influence le déroulement de la discussion. De plus, c'est un nombre qui paraît réaliste vu la présence d'autres enquêtes qui devront aussi être menées.

2.2.3.1. Enquête avec les professionnels de la santé

Pour une raison qui rejoint celle de l'outil d'entretien utilisé pour l'hypothèse 1, des entretiens qualitatifs semi-directifs seront adoptés pour le pilotage de l'étude : les thèmes, sujets et questionnements principaux pourront être identiques pour tous les entretiens avec une possibilité de modifications et d'adaptations selon la personne interrogée. De cette manière, la discussion autour des stratégies mises en œuvre pour la favorisation et le changement de comportements alimentaires sains. Les questions posées tourneront autour des thèmes suivants⁴³ :

- l'évolution et l'efficacité des interventions nutritionnelles en France ;
- l'approche par l'environnement et la responsabilité individuelle ;
- l'approche par l'environnement et inégalités sociales ;
- une vision pour le futur des interventions.

2.2.3.2. Enquête avec des individus du public français

Pour cette enquête, des entretiens de groupes sont proposés. En effet, les entretiens de groupes renseignent sur l'évaluation des besoins d'une population cible, l'évaluation de l'efficacité d'un programme et permettent de tester un nouveau programme. Et ceci, grâce à la discussion créée au sein du groupe à propos de leurs croyances, expériences et préoccupations. (Boyle, 2016, p. 123) Le but de cette enquête étant non seulement de tester que l'approche par l'environnement demeure fragile pour l'instant mais aussi que les inégalités sociales semblent être le but principal et l'approche par l'environnement le moyen pour résoudre ces inégalités, l'entretien de groupe pourra faire émerger une discussion intéressante à ce sujet. Ainsi, deux focus groups seront menés : l'un avec sept personnes du public français de catégorie socio-économique défavorisée et l'autre avec sept personnes du public français de catégorie socio-

⁴³ Le guide d'entretien se trouve dans l'annexe E.

économique favorisée. La comparaison entre ces deux entretiens de groupe apportera des données qui pourront éclairer sur ce lien de « moyen – finalité » entre l’approche par l’environnement et les inégalités sociales. Pour obtenir une comparaison pertinente, les deux entretiens de groupe seront composés des mêmes thèmes et questions principales⁴⁴ :

- définition et caractéristiques d’un mode de vie sain ;
- définition et caractéristiques d’un régime alimentaire nutritif ;
- sources d’informations sur la nutrition et la santé et les recommandations ;
- facilité/difficulté des pratiques alimentaires « saines et nutritives » ;
- le rôle de l’environnement social dans un « mode de vie sain » ;
- derniers achats alimentaires et raison de ces achats et choix.

Effectivement, les sujets posés, sauf pour le dernier, ne se rapportent pas à des pratiques alimentaires dans le sens strict du terme pour ne pas gêner les participants en présence des autres membres du groupe ou obtenir des données biaisées par ce que les individus entretenus croient être la « bonne réponse ». Le dernier sujet sera posé après avoir expliqué qu’il n’y pas de « bonne ou mauvaise réponse » et que les derniers achats ne sont pas nécessairement représentatifs des achats habituels, et qu’essayer de se rappeler des derniers achats alimentaires exacts importe à notre recherche. Evidemment, pour la liste des achats, des relances pourront être éventuellement faites sur les catégories alimentaires, et pour les raisons aussi (besoin, utilité, prix, écologie, routine, culture, *etc.*). Cette information sur les achats avec les raisons intéressera notre étude pour illustrer un peu plus concrètement en fin de l’entretien de groupe un exemple d’aspect des pratiques alimentaires.

⁴⁴ Le guide d’entretien se trouve dans l’annexe F.

2.2.4. Administration des entretiens

Les deux enquêtes seront administrées en face-à-face pour les mêmes raisons que l'entretien concernant la première hypothèse. Pour les entretiens avec les professionnels impliqués dans les interventions nutritionnelles, il est important de discuter en face-à-face avec l'interrogé, adapter selon le déroulement de la discussion et l'implication exacte du professionnel dans le domaine. Si on prend l'exemple de mon premier entretien exploratoire du 6 février 2019, celui avec M. A, membre de l'équipe d'écriture du rapport d'évaluation de l'IGAS pour le PNNS 3, ma question sur l'environnement a été comprise comme l'environnement écologique, et vu qu'il a été administré par courriel, le malentendu n'a pas pu être corrigé. Cependant, dans des cas particuliers où l'entretien en face-à-face n'est pas possible pour des raisons de distance ou de disponibilité de l'interrogé, l'entretien téléphonique pourra prendre le relais. En outre, pour l'entretien de groupe, la discussion devrait évidemment se faire en administration présente de tous.

2.3. Localisation des entretiens

Pour la localisation des enquêtes, nous privilégierons Toulouse, les déplacements et la distance étant une contrainte vu les engagements académiques et les coûts qu'il faudrait prévoir pour la mobilité. Pour l'étude avec les professionnels, comme nous l'avons déjà dit, en cas de besoin, si le déplacement n'a pas été possible, un entretien téléphonique pourra remplacer l'entretien en face-à-face.

Conclusion de la Partie III

Après s'être lancé dans un travail exploratoire aussi bien grâce à la littérature scientifique que grâce à deux entretiens qualitatifs, l'un par courriel et l'autre en face-à-face tous deux avec des professionnels de santé impliqués dans l'intervention nutritionnelle, on a pu construire une problématique accompagnée d'hypothèses. Les propositions de méthodologies probatoires que nous venons de présenter ont pour but de tester les hypothèses émises après un processus de préparation, contact et sélection de participants, application, retranscription, analyse et interprétation. En effet, le contact et la prise de rendez-vous pour la demande d'entretien est une étape du travail à ne pas négliger et à commencer au plus tôt, surtout dans le cas de professionnels de la santé publique, de politiques publiques et de nutrition communautaire. Par expérience suite aux entretiens exploratoires, il s'avère que la disponibilité de ces personnes est assez restreinte due à leur travail surchargé.

De plus, il sera important dans notre cas où plusieurs études doivent être menées, de bien gérer le temps et les tâches. Vu la multitude des entretiens à administrer, il faudrait prévoir une organisation entre entretiens et leurs transcriptions de façon à ne pas les accumuler et de retranscrire lorsque les informations sont encore fraîches en tête.

CONCLUSION

En conclusion, nous sommes partis au début du travail de réflexion et d'écriture d'une question qui cherche à comprendre à quel point les campagnes d'interventions nutritionnelles en France atteignent l'impact voulu chez les individus concernés. Après s'être lancé dans l'exploration du thème grâce à une contextualisation qui nous a permis de comprendre concrètement et statistiquement, grâce aux résultats d'évaluations, que les insatisfactions des interventions nutritionnelles existent. Le sujet étant rattaché à une multitude de branches disciplinaires qui interagissent entre elles, l'étude de leur totalité n'était pas envisageable, il fallait cadrer sur un thème. Nous répétons alors une phrase issue de la pensée de Jean-Pierre Poulain que nous avons énoncé dans le paragraphe d'introduction : ce ne sont que la sociologie, les sciences de l'éducation et la santé publique qui viendront affirmer « comment faire » en révélant les « connaissances sur les méthodes permettant de changer les comportements. » (Poulain, 2009, p. 270) C'est cette orientation réflexive qui nous a incités à explorer ce qu'en pense les sciences sociales à ce propos, ceci nous a permis de poser la problématique suivante : à quel point les promoteurs de la santé sont-ils conscients des facteurs sociaux et culturels qui favorisent l'inefficacité de l'intervention nutritionnelle sur le changement des comportements et pratiques alimentaires des individus ?

De plus, l'intégration du déterminant nutritionnel alimentaire a été mesurée par rapport aux déterminants sociaux et culturels comme facteurs pris en compte par les professionnels intervenants dans le domaine de nutrition, et cette mesure d'intégration englobe les représentations, comportements et pratiques alimentaires. Nous avons aussi et surtout exploré l'émergence de l'approche environnementale par rapport au recours à la responsabilité individuelle, et le lien de cette approche avec la volonté de réduire les inégalités sociales de santé. La proposition de méthodologie pour tester les hypothèses dans le cadre de mémoire de deuxième année de Master en Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation nous met en garde à la fin de ce mémoire, sachant qu'une promesse de continuité est tenue.

Cette continuité permettra de rechercher des résultats sur le terrain pour ensuite les analyser.

Comme il a déjà été dit, et en se référant à la figure 3⁴⁵ montrant les déterminants des choix alimentaires et de l'activité physique, ce sujet de mémoire étudie les aspects du *microenvironnement*, les *facteurs interpersonnels* et les *facteurs sociétaux, politiques et législatifs* du schéma, qui entrent en jeu lors d'une intervention nutritionnelle. Certes, en fin de ce mémoire, il semble nécessaire de rappeler que la diversité de *facteurs individuels* est aussi impliquée dans l'efficacité des interventions nutritionnelles (plaisir, facteurs psychologiques, biologiques, génétique, *etc.*). Toutefois, leur prise en compte devrait se méfier d'aller jusqu'à engendrer un grand poids de responsabilité individuelle.

Pour finir, au niveau personnel, ce mémoire m'a permis en tant que nutritionniste et diététicienne, d'élargir les horizons de ma pensée vers d'autres domaines, comme ceux des sciences sociales, qui ne sont pas antagonistes à la nutrition mais complémentaires. Par exemple, connaître les autres déterminants alimentaires m'a permis de comprendre l'importance d'essayer d'établir une balance entre ces déterminants tout en prenant compte de la différence individuelle au niveau des déterminants mais aussi au niveau de leur appropriation des messages. Les entretiens probatoires éventuels me permettront de m'approfondir et de me renseigner davantage sur ce sujet. Et, pour l'approche par l'environnement, la discipline sociale est un moyen essentiel pour le lancement d'une intervention nutritionnelle qui vise à rendre l'environnement propice au changement. A ce propos, grâce aux études de terrain à deux niveaux, professionnels impliqués et public, je serai capable de consolider ma recherche l'an prochain. C'est ainsi que ce mémoire n'a pas fini de m'enrichir et de s'enrichir, en attendant sa continuité en mémoire de deuxième année avec un enthousiasme pour une plus grande découverte.

⁴⁵ La figure 3 se trouve à la page 28.

BIBLIOGRAPHIE

AFSSA, 2007. 2 : Etude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 2 [en ligne]. France. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA). [Consulté le 3 février 2019]. Etude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires (INCA). Disponible à l'adresse : <http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/EtudeInca2.pdf>.

AJZEN, Icek, 1991. The theory of planned behavior. *In*. Organizational Behavior and Human Decision Processes. University of Massachusetts at Amherst, 1991. p. 179-211.

ANSES, 2016. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité [en ligne]. S.I. Anses (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail). [Consulté le 1 février 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>.

BARTHÉLÉMY, Lucette, 2012. L'approche écologique en action en France et au Québec: Exemples d'intervention de prévention et promotion de la santé pour les aînés. *In*. Gérontologie et société. 2012. Vol. 35 / HS n° 1, n° 5, p. 101. DOI 10.3917/g.s.hs01.0101.

BERTRAND, Xavier et BUSSEREAU, Dominique, 2007. Arrêté du 27 février 2007 fixant les conditions relatives aux informations à caractère sanitaire devant accompagner les messages publicitaires ou promotionnels en faveur de certains aliments et boissons. 27 février 2007.

BLUM-BOISGARD, Claudine, CHABAUD, François, GAILLOT-MANGIN, Jacqueline et MATILLON, Yves, 1996. Evaluation en santé publique. *In*. Actualité et dossier en santé publique. décembre 1996. n° 17, p. 80.

BOOTH, Sarah L., SALLIS, James F., RITENBAUGH, Cheryl, HILL, James O., BIRCH, Leann L., FRANK, Lawrence D., GLANZ, Karen, HIMMELGREEN, David A., MUDD, Michael, POPKIN, Barry M., RICKARD, Karyl A., JEOR, Sachiko St et HAYS, Nicholas P., 2001. Environmental and Societal Factors Affect Food Choice and Physical Activity: Rationale, Influences, and Leverage Points. *In*. *Nutrition Reviews*. 1 mars 2001. Vol. 59, n° 3, p. S21-S36. DOI 10.1111/j.1753-4887.2001.tb06983.x.

BOUCHARD, Guy et VALOIS, Raynald, 1983. (Nouvelle) rhétorique et syllogisme. *In*. Laval théologique et philosophique. 1983. Vol. 39, n° 2, p. 127. DOI 10.7202/400026ar.

BOURDIEU, Pierre, 1979. La Distinction. Critique sociale du jugement. Editions de Minuit. France : s.n. Le sens commun. ISBN 978-2-7073-0275-5.

BOWLING, Ann, 2005. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *In*. Journal of Public Health. 1 septembre 2005. Vol. 27, n° 3, p. 281-291. DOI 10.1093/pubmed/fdi031.

BOYLE, Marie A., 2016. Community Nutrition in Action: An Entrepreneurial Approach. 7. S.I.: Cengage Learning. ISBN 978-1-305-63799-3.

CAILLAVET, France, CASTETBON, Katia, CÉSAR, Christine, CHAIX, Basile, CHARREIRE, Hélène, DARMON, Nicole, DE SAINT POL, Thibaut, LANG, Thierry, RICAN, Stéphane, ROMON, Monique, SINGH-MANOUX, Archana, SOLER, Louis-Georges et VUILLEMIN, Anne, 2014. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Paris : INSERM. Collection Expertise collective.

CASTETBON, Katia et HERCBERG, Serge, 2007. Etude Nationale Nutrition Santé 2006. *In*. Situation nutritionnelle en France selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme National Nutrition Santé (PNNS) [en ligne]. France : Institut de Veille

Sanitaire, Université Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers. 12 décembre 2007. p. 74. [Consulté le 3 février 2019]. Disponible à l'adresse : www.invs.sante.fr.

CRAWFORD, R., 1977. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *In*. International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation. 1977. Vol. 7, n° 4, p. 663-680. DOI 10.2190/YU77-T7B1-EN9X-G0PN.

DE BATZ, Charles, FAUCON, Félix et VOYNET, Dominique, 2016. 2 : Evaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010-2013. S.I. Inspection Générale des Affaires Sociales. Rapport IGAS.

DUMEZ, Hervé, 2011. Qu'est-ce que la recherche qualitative ? *In*. Le Libellio d'AEGIS. 2011. Vol. 7, n° 4-Hiver, p. 47-58.

ESCALON, Hélène, BOSSARD, Claire, BECK, François et BACHELOT-NARQUIN, Roselyne, 2009. Baromètre santé nutrition 2008. *In*. INPES. décembre 2009. p. 23.

ESCHWEGE, Eveline, CHARLES, Marie-Aline, BASDEVANT, Arnaud, MOISAN, Christine, BONNÉLYE, Geneviève, TOUBOUL, Chantal, GOULHAMOUSEN, Nilam et CRINE, Amandine, 2012. 5 : Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité 2012 [en ligne]. S.I. INSERM / KANTAR HEALTH / ROCHE. [Consulté le 1 février 2019]. ObÉpi. Disponible à l'adresse : http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf.

FISCHLER, Claude, 1979. Gastro-nomie et gastro-anomie. *In*. Communications. 1979. Vol. 31, n° 1, p. 189-210. DOI 10.3406/comm.1979.1477.

FOURNIER, Tristan, 2012. Suivre ou s'écarter de la prescription diététique. Les effets du « manger ensemble » et du « vivre ensemble » chez des personnes hypercholestérolémiques en France. *In*. Sciences Sociales et Santé. juin 2012. n° 2, p. 35-60. DOI 10.1684/sss.2012.0203.

HCSP, 2017. Propositions pour une Politique Nationale Nutrition Santé à la hauteur des enjeux de santé publique en France PNNS 2017-2021. S.I. Haut Conseil de la Santé Publique. PNNS.

INPES, 2006. Prévention du tabagisme - Agir au plus près des populations. *In*. [en ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé - Paris. 8 décembre 2006. p. 89. [Consulté le 12 mars 2019]. Disponible à l'adresse : http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/docs/colloque_prevention_tabagisme_2007.pdf.

INPES, 2011. Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention. *In*. Colloque scientifique : Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention ? [en ligne]. Palais des Congrès, Paris : s.n. 12 septembre 2011. Disponible à l'adresse : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/colloque-9dec/compte-rendu-colloque9dec.pdf>.

INRA, 2010. Comportements alimentaires. Rapport de l'expertise scientifique collective. S.I. INRA. Expertises collectives.

JOURDAIN MENNINGER, Danièle, LECOQ, Gilles, GUEDJ, Jérôme, BOUTET, Pierre, DANIEL, Jean-Baptiste et MATHIEU, Gérard, 2010. 1 : Evaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010. S.I. Inspection Générale des Affaires Sociales. Rapport IGAS.

JULIEN, Anne et LAFLAMME, Simon, 2008. Les pratiques culturelles sont-elles vraiment définies par l'origine de classe sociale ? *In*. Sociologie de l'Art. 2008. Vol. OPuS 11 & 12, n° 1, p. 171-193.

LAHLOU, Saadi, 1995. Penser Manger. Les représentations sociales de l'alimentation. Thèse de Psychologie Sociale pour le Doctorat nouveau régime. Paris : Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

LANG, Thierry et HERCBERG, Serge, 2018. Environnements favorables à une alimentation saine : une réponse aux inégalités ? *In.* 2018. n° 444, p. 4.

LEEMAN RF, FISCHLER C, ROZIN P. Medical doctors' attitudes and beliefs about diet and health are more like those of their lay countrymen (France, Germany, Italy, UK and USA) than those of doctors in other countries. *Appetite* 2011, 56, p. 558-563

MADORE, Odette, 1993. Le régime de soins de santé du Canada: efficacité et efficience. octobre 1993. S.I. : Canada. Bibliothèque du Parlement. Service de recherche.

MARTIN, Olivier, 2012. Analyse quantitative. *In.* Sociologie [en ligne]. 1 avril 2012. [Consulté le 22 février 2019]. Disponible à l'adresse : <http://journals.openedition.org/sociologie/1204>.

MASSON, Estelle, 2011. Les représentations de l'alimentation à l'épreuve des politiques préventives de santé publique: Commentaire. *In.* Sciences sociales et santé. 2011. Vol. 29, n° 4, p. 63. DOI 10.3917/sss.294.0063.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, 2001. Programme National Nutrition-Santé PNNS 2001 – 2005. *In.* . 2001. p. 40.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ et MANGER BOUGER, 2018. Villes et nutrition : améliorer la nutrition et la santé de la population par l'alimentation et l'activité physique [en ligne]. juillet 2018. S.I. : Conception Dicom Édition. [Consulté le 26 février 2019]. Disponible à l'adresse : https://medias.amf.asso.fr/upload/files/Guide%20PNNS_ville.pdf.

MORIN, Edgar, 1979. Le paradigme perdu: la nature humaine. Paris : Éddu Seuil. Points Sciences humaines 109. ISBN 978-2-02-005343-3.

MULLER, L. et SPITZ, E., 2012. Les modèles de changements de comportements dans le domaine de la santé. *In.* Psychologie Française. juin 2012. Vol. 57, n° 2, p. 83-96. DOI 10.1016/j.psfr.2012.03.008.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS U.S. (éd.), 2012. Healthy People 2010: final review. Hyattsville, MD : U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. DHHS publication, no. (PHS)2012-1038. ISBN 978-0-8406-0654-9. RA395.A3 H437 2012

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS U.S., 2001. Healthy People 2000 Final Review. Hyattsville, Maryland: Public Health Service : Library of Congress Catalog Card. DHHS publication.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS U.S., CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION et U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2017a. Nutrition and weight status. *In.* DHHS Publication. 2017. p. 21.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS U.S., CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION et U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2017b. Physical activity. *In.* DHHS Publication. 2017. p. 21.

PELLETIER, Marc L. et DEMERS, Marthe, 1994. Recherche qualitative, recherche quantitative : expressions injustifiées. *In.* Revue des sciences de l'éducation. 1994. Vol. 20, n° 4, p. 757. DOI 10.7202/031766ar.

POULAIN, Jean Pierre et CORBEAU, Jean-Pierre, 2002. Penser l'alimentation. Entre imaginaire et rationalité. Privat. Paris.

POULAIN, Jean Pierre, 2012. Dictionnaire des cultures alimentaires. S.l. : Presses Universitaires de France. ISBN 978-2-13-055875-0.

POULAIN, Jean-Pierre et FISCHLER, Claude, 2015. 1.1. Le statut bio-culturel du mangeur. *In*. ESNOUF, Catherine, FIORAMONTI, Jean et LAURIOUX, Bruno (éd.), L'alimentation à découvert [en ligne]. S.l. : CNRS Éditions. p. 21-22. [Consulté le 21 février 2019]. ISBN 978-2-271-08300-5. Disponible à l'adresse : <http://books.openedition.org/editionscnrs/10239>.

POULAIN, Jean-Pierre, 2002. Chapitre 1 - Les modèles alimentaires. *In*. Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques. [en ligne]. Privat. Paris : s.n. [Consulté le 18 février 2019]. Disponible à l'adresse : https://www.anisetoile.org/IMG/pdf/03_Chapitre1_01_Poulain.pdf.

POULAIN, Jean-Pierre, 2009. Sociologie de l'obésité. Paris : Presses Universitaires de France - PUF. ISBN 978-2-13-055313-7.

POULAIN, Jean-Pierre, 2017. Sociologies de l'alimentation: les mangeurs et l'espace social alimentaire. 4e édition. Paris : Puf. Quadrige. ISBN 978-2-13-078626-9. 394.12 POU, 394.1 POU, 306.461 POU

RECKINGER, Rachel et RÉGNIER, Faustine, 2017. Diet and public health campaigns: Implementation and appropriation of nutritional recommendations in France and Luxembourg. *In*. Appetite. mai 2017. Vol. 112, p. 249-259. DOI 10.1016/j.appet.2017.01.034.

RÉGNIER, Faustine et MASULLO, Ana, 2009. Obésité, goûts et consommation: Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *In*. Revue française de sociologie. 2009. Vol. 50, n° 4, p. 747. DOI 10.3917/rfs.504.0747.

SCHWARZER, Ralf, 2001. Social-Cognitive Factors in Changing Health-Related Behaviors. *In*. Current Directions in Psychological Science. avril 2001. Vol. 10, n° 2, p. 47-51. DOI 10.1111/1467-8721.00112.

SHEERAN, Paschal, GOLLWITZER, Peter M. et BARGH, John A., 2013. Nonconscious processes and health. *In*. Health Psychology. 2013. Vol. 32, n° 5, p. 460-473. DOI 10.1037/a0029203.

SNYDER, Leslie B., 2007. Health Communication Campaigns and Their Impact on Behavior. *In*. Journal of Nutrition Education and Behavior. mars 2007. Vol. 39, n° 2, p. S32-S40. DOI 10.1016/j.jneb.2006.09.004.

SOBAL, Jeffery et BISOGNI, Carole A., 2009. Constructing Food Choice Decisions. *In*. Annals of Behavioral Medicine. décembre 2009. Vol. 38, n° S1, p. 37-46. DOI 10.1007/s12160-009-9124-5.

SOBAL, Jeffery et NELSON, Mary K, 2003. Commensal eating patterns: a community study. *In*. Appetite. octobre 2003. Vol. 41, n° 2, p. 181-190. DOI 10.1016/S0195-6663(03)00078-3.

WHO, 1981. Health programme evaluation : guiding principles for its application in the managerial process for national health development [en ligne]. Geneva. World Health Organization. [Consulté le 10 février 2019]. Health for all series. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/iris/handle/10665/40674>.

ZAGRE, Ambroise, 2013. Méthodologie de la recherche en sciences sociales: manuel de recherche sociale à l'usage des étudiants. Paris : L'Harmattan. ISBN 978-2-343-00104-3. H61/ZAG/2013, H61/ZAG, 300.723 ZAG, 300.18 ZAG

ANNEXES ET TABLES DE SIGLES, FIGURES ET TABLEAUX

TABLE DES ANNEXES

Annexe A	Retranscription d'entretien avec M. A, membre de l'équipe d'écriture du rapport d'évaluation de l'IGAS pour le PNNS 3, Paris, 6 février 2019	88
Annexe B	Retranscription d'entretien avec M. B, membre du groupe de travail de la proposition du PNNS 2017-2020, Toulouse, 18 mars 2019	91
Annexe C	Résultats de l'étude INCA	98
Annexe D	Guide d'entretien de l'hypothèse 1	99
Annexe E	Guide d'entretien de l'hypothèse 2 avec les professionnels ...	103
Annexe F	Guide d'entretien de groupe de l'hypothèse 2	105

Annexe A – Retranscription d’entretien avec M. A, membre de l’équipe d’écriture du rapport d’évaluation de l’IGAS pour le PNNS 3, Paris, 6 février 2019

Le rapport d’évaluation de l’IGAS a poursuivi en détail l’évaluation de l’évolution du PNNS. Il est donc intéressant d’établir un entretien avec un des co-auteurs de l’évaluation du PNNS 3, surtout dans la mesure où le rapport a été rédigé durant une période qui précède la sortie du rapport de *Propositions pour une Politique Nationale Nutrition Santé à la hauteur des enjeux de santé publique en France PNNS 2017-2021* dans laquelle le changement de stratégie n’avait pas été encore publié.

L’entretien est qualitatif et directif. La méthode qualitative a été choisie puisque les informations recherchées sont l’avis de l’interlocuteur sur les thématiques interrogées. Et, l’entretien s’est déroulé de manière directive puisque l’échange a eu lieu par courriel. De plus, les questions se sont divisées en trois parties : la première portant sur l’efficacité du PNNS, la deuxième sur son évolution et la troisième sur l’environnement social.

I. Efficacité du PNNS

Quelle est selon vous l’efficacité nationale du PNNS en générale depuis sa première version ?

M. A : « Prétendant agir sur l’ensemble des déterminants de la santé, le programme n’a pas su trancher entre l’approche individuelle et l’approche collective. Les trois programmes nationaux nutrition santé successifs sont restés dans l’ambiguïté en s’adressant à la fois au grand public et aux professionnels de santé. A vouloir avancer par consensus, le PNNS n’a jamais été en capacité d’adopter des mesures dont l’efficacité est pourtant reconnue. Il a alors occulté, au nom du consensus et des intérêts des parties prenantes, des aspects importants de la problématique nutritionnelle. En particulier, il a insuffisamment pris en compte les actions possibles sur l’offre, tant le pouvoir des lobbies de l’agroalimentaire est puissant. »

On a tendance à citer ses limites, mais quelles seront en contrepartie ses atouts qui en font un programme national de base et même un programme sur lequel se basent d’autres pays ?

M. A : « *Principal atout : sa notoriété qui a inscrit le sujet de la nutrition dans le débat public ; mais en inversant la cause (la nutrition) et l'effet (la santé) le PNNS a conduit à des aberrations (le sport est considéré comme une composante de la nutrition ce qui non seulement est un non-sens mais encore sert les intérêts des lobbies agroalimentaire ; en effet « mangez-bougez » valide le sous-entendu « si vous mangez beaucoup c'est pas grave si vous bougez également beaucoup » ; le vrai slogan aurait dû être « mangez sainement et bougez beaucoup »).* »

II. Évolution du PNNS

Comment pourrez-vous décrire la prise en compte des évaluations sur le PNNS par les éventuelles versions du PNNS ?

M. A : « *Comme l'indique le rapport, il a été peu tenu compte des évaluations pour l'établissement des plans suivants.* »

Le PNNS 1 a commencé avec une approche plutôt individuelle pour devenir aussi collective ensuite dans les versions ultérieures. Comment cette évolution vers une multitude d'approches a-t-elle affectée l'efficacité du PNNS ? Dans votre rapport, vous dites qu'il vaut mieux limiter les objectifs du PNNS, mais en parallèle cette diversité n'est-elle pas nécessaire pour englober tous les enjeux nationaux ?

M. A : « *Comme le souligne le rapport, le PNNS vise trop de cibles à la fois et sur des registres trop différents ; nous avons préconisé que le PNNS, fort de sa notoriété, se concentre sur la prévention (le bien vivre) et vise le grand public ; d'autres plans doivent s'adresser aux professionnels de santé.* »

Quel est votre avis sur le rapport de *Propositions pour une Politique Nationale Nutrition Santé à la hauteur des enjeux de santé publique en France PNNS 2017-2021* ?

M. A : « *Il s'adresse aux professionnels de santé et opère la clarification souhaitée dans notre rapport (dissocier plan grand public et plan professionnels de santé) mais dans le sens inverse de ce que nous préconisons (nous proposons que le PNNS soit le vecteur grand public...); où se trouvent désormais les actions visant le grand public ? Question à poser à l'agence Santé publique France... »*

III. L'environnement social

Le rapport indique : « *Il apparaît clair pour le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) que la suite de la politique nutritionnelle de santé publique doit donc chercher à améliorer non seulement les déterminants individuels des comportements alimentaires et de pratique d'activité physique, mais aussi intervenir sur leurs déterminants environnementaux. (...) Il est donc nécessaire de trouver d'autres voies pour accélérer l'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments à grande échelle et favoriser l'accessibilité physique et économique à des aliments de meilleure qualité nutritionnelle, notamment pour les populations les plus fragiles (populations défavorisées, enfants, jeunes). Pour certaines mesures, seule la voie réglementaire pourra permettre aux populations vulnérables de bénéficier directement et à court terme des améliorations souhaitées sur le plan nutritionnel et de la santé. Enfin, les stratégies proposées doivent s'appuyer sur des outils communs, garantissant la cohérence globale de la politique nutritionnelle de santé publique.* » (HCSP, 2017, p. 7,8)

De plus, dans votre évaluation, vous citez à plusieurs reprises la nécessité de prêter une attention à l'environnement et aux inégalités sociales. De quelle manière l'environnement serait-il un enjeu principal du changement de comportement dans le cadre du PNNS ?

M. A : « *La consommation alimentaire « durable » c'est-à-dire respectueuse des capacités de la planète à nourrir un nombre toujours grandissant d'humains (moins d'aliments d'origine animale, davantage de protéines d'origine végétale) et utilisant des modes de production (moins d'intrants chimiques, moins de plats préparés), distribution (circuits courts, réduction des emballages, réduction du gâchis de denrée...) adaptés, forment un ensemble de finalités à même d'orienter à la fois les politiques publiques et les comportements individuels. »*

Comment vous évaluez la différence entre la focalisation sur les inégalités sociales inscrite par le PNNS dans plusieurs versions et celle faites en pratique ?

M. A : « *La disparition du caractère grand public du PNNS interroge sur la réelle volonté de s'attaquer aux inégalités sociales dans ce domaine et dont la plus criante est l'obésité qui touche plus largement les catégories sociales défavorisées ; des actions volontaristes en faveur de l'alimentation à l'école et de l'éducation nutritionnelle auraient pu/dû être envisagées et menées sur une très large échelle... »*

Annexe B – Retranscription d’entretien avec M. B, membre du groupe de travail de la proposition du PNNS 2017-2020, Toulouse, 18 mars 2019

Bonjour M. B, je vous remercie de me recevoir pour cet entretien. Je me présente : Lynn AKL ABOU JAOUDE, je suis nutritionniste et diététicienne et actuellement étudiante en Master 1 Sciences Sociales Appliquées à l’Alimentation à l’Institut Supérieur du Tourisme, de l’Hôtellerie et de l’Alimentation de l’Université Toulouse 2 Jean Jaurès. Dans le cadre de mon mémoire de première année, je travaille sur l’efficacité des interventions nutritionnelles et notamment sur les facteurs sociaux et culturels qui favorisent des insatisfactions quant au changement de comportements et pratiques alimentaires. Votre implication dans le PNNS ainsi que votre spécialisation spécifique ont suscité mon intérêt à vous demander de la possibilité d’un entretien.

I. Efficacité du PNNS

Je voudrais vous poser pour commencer une question un peu globale. Depuis le début du PNNS (en 2001) jusqu’à lors, comment trouvez-vous son efficacité et son impact.

M. B : « D’abord une première précision : moi je ne fais pas d’épidémiologie nutritionnelle, je fais de l’épidémiologie sociale. En fait, moi je n’ai intervenu qu’à partir du PNNS 4 dans l’équipe de travail, ça s’est très bien passé. Mais effectivement moi je mets une réflexion sur les inégalités sociales de la santé. En effet, on a travaillé un petit peu ici... je ne sais pas si on a écrit véritablement on a dû l’écrire qu’il y a une évolution dans le PNNS, c’est-à-dire le PNNS 1 ne fait pas mention du tout des inégalités sociales, le PNNS 2 il y a déjà quelque chose qui apparaît mais c’est la précarité, l’exclusion. Le PNNS 3, à ma connaissance, c’est après 2010 et il faut commencer à parler sérieusement des inégalités sociales de santé qu’il évoque mais il n’y a absolument pas d’instruments pour la réduction des inégalités de santé. Et, effectivement le PNNS 4 c’était une belle conjonction parce que moi c’est ma préoccupation et Serge Hercberg est arrivé à ce constat qu’en dehors de modifications sur l’environnement, on ne fera plus de progrès en matière de nutrition et d’inégalités sociales. Voilà comment ça s’est passé. »

Si on lit les rapports IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), on voit qu’on cite plutôt les points à améliorer du PNNS, quels atouts pourriez-vous y ajouter ?

M. B : « D’abord, on revient un peu en arrière, mais je trouvais que le Programme National Nutrition Santé était quand même dans le paysage français en soi une révolution. C’était la première fois à ma connaissance qu’il y avait un programme de santé publique qui visait une modification des

comportements pour obtenir une amélioration de l'état de santé, relativement peu importante au niveau individuel mais importante au niveau collectif. Et ça pour nous dans l'épidémiologie c'est important parce que c'est la théorie de Jeffrey Rose qui précisait qu'il y a 2 façons de changer les choses qui sont soit d'améliorer la situation des personnes à haut risque soit au contraire de modifier tout doucement l'ensemble de la population pour obtenir le résultat. Et le PNNS c'était vraiment la première fois à ma connaissance en termes de maladies chroniques qu'on veut modifier l'état de santé de la population dans son ensemble mais de façon très modeste : quelques millimètres de mercure... c'était modeste mais significatif. Donc ça c'était important, et puis après je pense que le Nutriscore est quelques chose qui est à la fois une gde avancée avec quelques limites aussi. La grande avancée c'est que ça donne une info sur les aliments assez compréhensive quand même et puis qui a été diffusée dans plusieurs pays de l'Europe. La limite c'est que comme c'est une information donc il faut que les gens se saisissent de l'information, c'est un problème qui peut renforcer les inégalités de santé. »

II. Environnement social et inégalités sociales

Pourquoi n'est-il qu'à l'heure actuelle que le PNNS a décidé de déplacer sa stratégie vers l'approche environnementale alors que comme vous le dite dans votre dossier *Environnements favorables à une alimentation saine : une réponse aux inégalités ?* « *Promouvoir les environnements favorables pour réduire les inégalités sociales de santé est une préoccupation ancienne en santé publique* » (Lang, Hercberg, 2018, p. 35) ?

M. B : « *La France est très en retard en matière de santé publique. Cette idée d'environnement favorable s'est portée par une partie des professionnels de santé publique qui appelle ça la promotion de la santé avec la charte d'Ottawa, etc... Mon opinion personnelle est que je pense qu'il y a une difficulté parce que vous avez par conséquent une partie des professionnels de santé publique qui se reconnaissent dans la promotion de la santé qui porte ces valeurs. Alors, typiquement, c'est de rendre le pouvoir aux individus, de rendre le pouvoir aux groupes, de favoriser des environnements sains et qui favorisent des comportements sains. Donc c'est vraiment cette philosophie... si vous dites promotion de la santé, charte d'Ottawa, ces gens-là, ils vont vous dire je vois ce que c'est. Il y a toute une partie de la santé publique qui ne sait pas très bien ce que c'est la promotion de la santé, qui l'ignore et du coup vous avez des gens qui travaille sur ce concept de la promotion de la santé et puis des professionnels de la santé publique qui sont un peu à l'écart de ça mais qui progressivement dans le courant principal de la santé publique sont de plus en plus persuadés que les environnements doivent persuader la santé, mais je n'appelle pas ça la promotion de la santé. C'est-à-dire qu'il y a beaucoup de gens qui sont d'accord avec les options du PNNS 4 mais beaucoup*

n'appelleraient pas ça la promotion de la santé. Il y a une espèce de division qui est liée au retard de la conception de la santé publique qui a très longtemps été centré sur les systèmes de soins puis les comportements individuels qui restent comme même le mode d'approche essentiel de santé publique en France. Et puis, venant de ce courant là il y a un certain nombre de professionnels de santé publique (dont je suis et auquel Serge Hercberg s'est rallié aussi) qui effectivement ont compris que sans modifier les environnements, on ne pourra pas modifier les comportements. Les intégristes de la promotion de la santé reconnaissent que le PNNS 4 serait de la promotion de la santé. Mais il y a des divisions, en France, on adore les divisions. »

J'aimerais vous poser une question sur la responsabilité individuelle maintenant que vous avez mentionné les comportements individuels. Quel est votre vision, dans une évolution de programme et politique nationale de nutrition, sur la possibilité que plus tard on n'utiliserait plus l'approche par la responsabilité individuelle ou bien son rôle persistera, même si partiellement ?

M. B : « C'est une question philosophique fondamentale. Vraiment, c'est une philosophie. C'est la question du libre arbitre. Est-ce qu'on met vraiment le jouet de l'ensemble des déterminismes ou est-ce qu'on a un moment de liberté ? C'est une question de liberté et déterminisme. »

Ce que je voulais dire, c'est qu'à votre avis, arriverons-nous un jour pratiquement à une non utilisation totale de l'approche par la responsabilité individuelle ?

M. B : « Non et heureusement que non, parce que je pense qu'il faut utiliser toutes les possibilités de favoriser des comportements sains par un environnement sain. Et ceci par l'accès à une alimentation saine, l'accès à des marchés, vendre des produits biologiques accessibles pas plus chers que les autres, taxer les produits... bon je trouve que tout ça vous l'avez lu. Après, moi je pense qu'il y a une erreur parmi les professionnels de santé en général, ils pensaient que la santé est une valeur dominante, notre bien le plus précieux. Et, moi je pense que ce n'est pas vrai. Je pense qu'il y a en permanence des arbitrages entre la santé et d'autres priorités. D'ailleurs, c'est comme ça que je pense qu'on peut expliquer les comportements d'accès aux soins, de renoncement aux soins parce qu'il y a d'autres priorités : des enfants à élever, le loyer à payer, des difficultés et problèmes conjugaux, que sais-je... La santé elle n'est pas au-dessus, elle est un petit peu en retrait. La santé se négocie et donc moi ça ne me choque pas qu'à un moment donné on est la responsabilité d'une nourriture qui n'est pas bonne. Mais c'est différent de vous dire ça en tant qu'individu et citoyen... En tant que professionnel de la santé publique, on doit agir par l'environnement. »

C'est donc la différence entre la théorie et la pratique ?

M. B : « *Disons qu'en tant que professionnel de la santé publique de la région, au moment la préoccupation de l'environnement c'est ça qui doit être notre priorité avant d'en appeler à la responsabilité individuelle, c'est de modifier les environnements. Et puis après, sur un plan philosophique, moi je reconnais une certaine responsabilité individuelle et une liberté. Mais notre rôle en tant que professionnels de la santé c'est de travailler sur les environnements favorables et non pas sur l'appel à la responsabilité individuelle.* »

Pour retourner au rapport du PNNS 4, on y revoit à plusieurs reprises, une répétition centrée sur les inégalités sociales. D'un côté, c'est important parce que ça améliore leur prise en charge, surtout vu que les évaluations qui ont précédé le PNNS 4 ont noté que les inégalités sociales de santé sont un problème qui demeurerait majeur, mais d'un autre côté comment peut-on accomplir cette prise en charge tout en évitant la stigmatisation ?

M. B : « *C'est une question difficile et il y a plusieurs niveaux de réponses. Les inégalités sociales de santé auxquels on fait référence ne sont pas les inégalités des populations marginales qui pourraient être effectivement discriminées. C'est plutôt un problème global qui traverse la société et qui concerne bien au-delà des gens marginaux des gens qui ont un travail, une famille, un logement, une voiture... A cet égard, si vous regardez un peu la sociologie des gilets jaunes, je pense qu'il y a beaucoup à voir avec le problème des inégalités sociales. C'est des gens intégrés mais qui ont des problèmes de condition de vie et de santé. Et bizarrement, les inégalités sociales de santé, personne n'en parle et il y a encore beaucoup de travail à faire pour les faire connaître. Mais normalement, ça touche ces gens-là. La question n'est pas de discriminer et faire des programmes qui soient spécifiques à tel ou tel groupe. C de mettre en œuvre des mesures qui permettent de rendre l'environnement favorable mais d'avoir en même temps l'idée que si l'environnement est favorable, ça ne veut pas dire qu'il va être directement saisi par les catégories les plus aisées de la population. Ce qui peut être le cas. Habituellement en prévention, quand vous mettez une mesure nouvelle, par exemple le dépistage du cancer de sein, vous avez le dépistage universel qui est remboursable par l'assurance maladie. Et, les personnes en haut de l'échelle sociale se font beaucoup trop de mammographies, alors qu'en bas elles le font peu. Donc il faut trouver des moyens pour que les mesures bénéficient à tout le monde si bien en haut de l'échelle sociale qu'en bas. Et ça, il faut y veiller et y faire très très attention. Il y a une théorie, parce que pour le moment ce n'est pas très mis en pratique, ça s'appelle l'universalisme proportionné : il s'agit de veiller que les mesures s'adressent à tout le monde mais qu'elles soient d'autant plus intenses et proportionnelles aux besoins. En principe, il n'y a pas de discrimination. Et, on avait réfléchi à ça dans le cadre du PNNS 4, par*

exemple si on avait dit qu'on va proposer des taxes sur certains produits sucrés ou gras et les sodas et des trucs comme ça, ce qui va rapporter de l'argent et après on peut distribuer pour favoriser la consommation des fruits et légumes, on peut faire des coupons qui permettent d'acheter des fruits et légumes. Evidemment, si vous demandez aux gens d'aller faire la queue pour retirer le coupon, là il y a une discrimination. Mais vous avez des systèmes où vous pouvez très bien recevoir votre coupon à domicile, mais après il faudrait s'assurer aux caisses des supermarchés que le processus n'est pas très compliqué et que la personne derrière vous, si vous avez un coupon, elle n'attende pas dix minutes de plus parce qu'il y a un coupon, et puis à ce moment-là vous êtes gêné. C'est des choses qu'il faut anticiper et penser avant. »

On lie souvent l'approche par l'environnement et les inégalités sociales. A quel point la création d'environnement favorable et les inégalités sociales sont-elles liés ? Ou en d'autres termes, à quel point l'approche est-elle envisagée pour tout le monde ? Vous avez dit précédemment que c'est pour tous mais avec une proportion relative aux besoins. Y aurait-il dans le PNNS des objectifs qui soient non nécessairement visés à des personnes plus que d'autres mais dans une proportion égale à tout le monde ?

M. B : « L'idée d'avoir des environnements favorables pour favoriser des comportements concerne tout le monde. Simplement, la première chose, c'est que d'une certaine façon, on l'oppose à l'appel à la responsabilité individuelle. Tout ce qui fait appel à la responsabilité individuelle sera plus rapidement capté par les catégories supérieures de la population. Et puis, les populations du bas de l'échelle sociale ne vont pas être mobilisées. Le postulat c'est que si vous transformez l'environnement, ça va être plus facile de lever les barrières en bas de l'échelle sociale qu'en haut de l'échelle sociale. Et puis, les personnes en haut de l'échelle sociale ont des ressources pour contourner les obstacles, et qu'en bas de l'échelle sociale, pas nécessairement. C'est en ça que le fait d'inclure les environnements favorable est important pour réduire les inégalités de santé. C'est cette notion de ressources. Et puis, si vous regardez les quartiers où habite la population aisée sont en général mieux sécurisés, et du coup plus dangereux en bas de l'échelle, ils avaient plus de pistes cyclables, plus éclairées... Et donc après vous ne pouvez pas demander aux gens de faire d'exercices, un jogging, du vélo s'il n'y a pas de pistes cyclables, si ce n'est pas éclairé et si c'est dangereux. Effectivement, s'il n'y a pas de pistes cyclables, c'est dangereux. Si effectivement, les rues, surtout pour les femmes, sont dangereuses, on ne peut pas leur dire de courir sur les rues. »

C'est donc pour ça en fait qu'au final, on fait plus cette concentration sur les inégalités sociales que sur autre chose ?

M. B : « C'est plus important. S'ils ont les ressources, ils vont toujours pouvoir aller en voiture à la piscine ou aller dans un stade ou encore avoir une piscine chez eux (exemple caricaturé). Avec les ressources, vous arrivez à vous protéger. L'argent n'a pas d'importance pour vous si ça coûte, vous allez sans doute travailler ça : le prix de la nourriture, avec les comportements... avec les populations défavorisées qui achètent de la charcuterie, du gras. En fait ils ont raison, c'est-à-dire la calorie quand vous achetez la charcuterie par exemple est beaucoup plus faible que quand vous achetez des légumes. C'est logique, leur comportement est tout à fait logique. Donc, si vous ajustez les prix, vous incitez les gens à manger des fruits et des choses plus agréables. »

D'accord, et j'aimerais savoir votre avis en fait sur l'efficacité jusque-là des interventions, des politiques et des programmes nutritionnels sur les personnes de catégorie sociale moyenne ou disons supérieure ?

M. B : « Sur les connaissances, je crois que c'est bon, c'est meilleur. Sur les modifications de comportement, je crois que c'est assez limité. Je ne crois pas que ça soit un succès assez phénoménal. Dans le rapport on peut trouver les détails mais je me souviens que ce n'était pas spectaculaire. »

Si vous devez relever des facteurs environnementaux et sociaux, qui sont des facteurs clés disons de la réussite d'une intervention nutritionnelle, quels seraient ces facteurs ?

M. B : « J'ai envie de vous dire trois mais peut être j'ai oublié des facteurs parce que je n'ai pas eu le temps d'y penser : les finances, l'urbanisme et les facteurs culturels.

- Les finances : c'est évident parce que ça a été largement montré que les taxes sur des produits modifient les comportements. C'est acquis. Sur les fruits et légumes, comme on disait, ce sont des catégories chères. Donc l'aspect financier est sûrement quelque chose d'important.
- L'urbanisme : par rapport à l'exercice physique, l'accès à des magasins d'alimentation saine. Si on a de petites boutiques qui produisent des aliments sains.
- L'aspect culturel : la société française est diverse : régionalement, ethniquement, d'origine géographique. Il faut traduire les recommandations nutritionnelles pour accommoder les spécificités culturelles. On avait eu un programme, là ça me revient, il y avait un programme dans les écoles où on demandait aux enfants ce qu'il fallait manger le matin. Les enfants disaient : « Du pain, de la confiture, etc.. ». Il y avait un gamin qui a répondu « huile d'olive sur un bout de pain » et en fait l'éducatrice l'avait renvoyé, réprimandé

alors que c'était une réponse très adaptée. Sauf que ce n'était pas l'alimentation culturelle française.

Donc il faut s'ouvrir à tout ça et les diversités culturelles, les recettes, l'éducation, la traduction. Il faut que tout soit adapté selon les habitudes. Et là, je pense que c'est très divers. Mais peut-être que quand vous serez partie, je me rappellerais d'autres facteurs. »

III. Evolution du PNNS

Et, pour finir, si pour une éventuelle nouvelle proposition pour cette politique ou programme nationale nutrition santé en France, s'il y aurait une amélioration ou une modification à faire quelque part dans la stratégie, que proposerez-vous maintenant après deux ans que le rapport soit passé ?

M. B : « Je crois que l'enjeu maintenant est que tous ces beaux principes, c'est pour ça que j'insiste beaucoup en fait parce que c'est un rapport de propositions. Vous avez peut-être noté que les trois premiers sont des programmes alors que le quatrième est une politique. C'est beaucoup plus large qu'un programme. Donc on avance, on avance quand même en France parce qu'il y a un comité ministre et interministériel de la santé qui devrait s'emparer de ce sujet. Donc c'était notre espoir mais je ne suis pas sûr qu'il l'ait fait encore. Maintenant, c'est un enjeu politique de l'équilibre entre les préoccupations de la santé et le domaine de l'agriculture et alimentaire. Donc sûrement, le rapport peut être plus complet, il peut aller plus loin mais après, ce sont des propositions qui visent l'amélioration de la santé et qui se heurtent à d'autres problèmes.

D'un point de vue scientifique, on va pouvoir avancer de façon plus ferme sur les effets des prix sur la consommation, la diversité culturelle, en savoir un peu plus sur le circuit agro-alimentaire. Donc ça, on va faire des progressions mais en termes de grandes propositions, c'est vraiment de se rapprocher du développement durable, de l'agriculture durable mais là on rentre dans des choix politiques très forts. On est vraiment face au ministère de l'agriculture. C'est l'alimentation conçue effectivement comme une nécessité économique et la protection de la santé autour de l'alimentation biologique. C'est vraiment un bras de fer entre les tenants de la santé et le bien agro-alimentaire mais si vous regardez l'alcool, je ne suis pas sûr que ça soit la santé qui est en train de gagner. Il y avait eu de grandes avancées dans la diminution de la consommation et la lutte contre la publicité pour l'alcool. Et là on va revenir vers les préoccupations en faveur du lobby vinicole qui propose de nouveau une publicité pour les terroirs. On est vraiment là dans un affrontement très fort entre les plaques tectoniques : C'est une triade. »

Je vous remercie beaucoup pour cet entretien.

Annexe C – Résultats de l'étude INCA

Consommation de :	Enfants de 3 à 14 ans	Adolescents de 15 à 17 ans	Adultes de 18 à 79 ans
Produits laitiers			Diminution
<i>Lait et fromage</i>	<i>Diminution</i>		
<i>Produits ultra-frais laitiers</i>	<i>Stabilité</i>		
Céréales		Stabilité	Stabilité
<i>Pain</i>	<i>Diminution</i>		<i>Diminution</i>
<i>Riz</i>			<i>Augmentation</i>
Viandes et abats	Diminution	Diminution	Diminution
Poissons et fruits de mer	Stabilité	Diminue	Stabilité
Légumes	Stabilité		Stabilité
Fruits	Stabilité	Augmentation	
<i>Fruits frais</i>			<i>Augmentation</i>
<i>Fruits ayant subis une transformation</i>	<i>Augmentation</i>		<i>Augmentation</i>
Aliments « snacking »		Stabilité	Stabilité
Sucres et dérivés	Diminution	Diminution	Diminution
<i>Glaces</i>			<i>Augmentation</i>
<i>Viennoiseries, pâtisseries et biscuits sucrés</i>	<i>Diminution</i>		
Boissons alcoolisées			Diminution

Apport en :	Enfants de 3 à 14 ans	Adolescents de 15 à 17 ans	Adultes de 18 à 79 ans
Apport calorique total	Diminution	Stabilité	Stabilité
Apports bruts en macronutriments	Diminution	Stabilité globale	Stabilité
<i>Lipides</i>	<i>11 à 14 ans: Diminution</i>	<i>Filles: Diminution</i>	<i>Stabilité (supérieure à la recommandation)</i>
<i>Protéines</i>	<i>Diminution</i>	<i>Filles: Diminution</i>	<i>Hommes: Stabilité Femmes: Diminution légère</i>
<i>Glucides</i>	<i>Diminution</i>	<i>Filles: Augmente</i>	<i>Inférieure à la recommandation</i>
<i>Glucides complexes</i>	<i>Diminution</i>	<i>Garçons: Stabilité</i>	<i>Diminution</i>
<i>Glucides simples</i>	<i>Diminution</i>	<i>Garçons: Stabilité Filles: Augmentation</i>	<i>Femmes: Augmentation</i>
<i>Fibres</i>	<i>Diminution</i>		<i>Inférieure à la recommandation Hommes: Stabilité Femmes: Augmentation légère</i>
Contribution des macronutriments à l'apport calorique en pourcentage	Stabilité	Garçons: Stabilité Filles: Diminution des protéines et augmentation des glucides	
Sel			Diminution

Annexe D – Guide d’entretien de l’hypothèse 1

Bonjour, je suis étudiante en Master Sciences Sociales Appliquées à l’Alimentation et j’effectue cet entretien dans le cadre de mon mémoire sur l’efficacité des interventions nutritionnelles. Je vous remercie d’avoir accepté de participer à mon étude et précisément cet entretien. Toute la discussion sera enregistrée dans le but de retranscrire plus tard ce qui a été dit et donc l’analyser, tout en sachant que l’anonymat est respecté. Nous allons ainsi commencer.

I. Données socio-démographiques

Dans cette partie préliminaire, il s’agit de collecter des informations comme le sexe, l’âge, la nationalité, le secteur professionnel, le revenu mensuel du foyer, le nombre de personnes rattachées au foyer, *etc.*

II. Représentations alimentaires

A. Normes sociales

Thèmes	Objectif(s)	Questions	Récapitulations et relances
« Bien manger », « bon manger », « vrai repas »	Se renseigner sur les dimensions de l'alimentation que se représente essentiellement l'interrogé. Assurer une bonne suite de conversation en comprenant les représentations.	Que signifie « bien manger » ? Qu'est-ce qu'un « vrai repas » pour vous ?	A quel domaine associez-vous l'expression « bien manger » ? Quels sont les critères qui doivent être présents pour dire qu'on a « bien mangé » ?
Rôle(s) de l'alimentation	Connaître les représentations sociales du rôle qu'accomplit l'alimentation.	Quel est (sont) le(s) rôle(s) de l'alimentation ?	Dans quel(s) but(s) pensez-vous que les individus mangent ? Qu'est-ce qui initie une prise alimentaire ?
Description d'un repas typique	Se renseigner sur les dimensions de l'alimentation que se représente essentiellement l'interrogé (culture, social, nutrition)	Pouvez-vous décrire la situation globale d'un repas typique ?	Où la scène se déroulerait ? Qui sera présent ? Quels aliments ou plats seraient présents à table ?
Alimentation saine	Se renseigner sur les connaissances et représentation que a l'interrogé d'une alimentation saine. Mesurer la facilité/difficulté d'intégrer santé et culture ensemble au niveau alimentaire.	Qu'est-ce qu'une alimentation saine ? De quelle manière est-il possible de « manger sain » dans le cadre d'une gastronomie française traditionnelle ?	Quelles sont les recommandations nutritionnelles que vous connaissez ? Comment définiriez-vous une alimentation qui englobe la gastronomie française et la santé ? Donnez-moi des exemples de plats/aliments sains et typiques français.

B. Personnellement

Thèmes	Objectifs	Questions	Récapitulations et relances
La satisfaction liée à un repas	Connaître le déterminant alimentaire qui donne le plus de satisfaction à l'interrogé.	Qu'est-ce qu'un repas satisfaisant pour vous ?	Comment caractériserez-vous un repas durant et après lequel vous vous sentirez satisfaits ?
Les facteurs déclencheurs d'une prise alimentaire	Après s'être renseigné plus haut sur le rôle de l'alimentation généralement, on s'approche ici d'une réponse plus personnelle et pratique relative à l'interrogé.	Lors de votre dernier repas, qu'est-ce qui vous a incité à initier une prise alimentaire ?	Quel était la raison pour laquelle vous avez débuté un repas la dernière fois ?
Alimentation habituelle	Obtenir un aperçu l'alimentation de l'interrogé plutôt du côté des représentations avant de se lancer dans le rappel de 24h pratique.	Racontez-moi s'il vous plaît à propos de votre alimentation habituelle.	Comment décririez-vous votre alimentation quotidienne d'habitude ? Quels sont les aliments que vous consommez régulièrement ?

III. Pratiques alimentaires (rappel alimentaire de 24 heures)

Pendant la première partie de l'entretien, nous nous sommes intéressés aux normes alimentaires communément considérées et à vos habitudes alimentaires. Nous allons maintenant pour la suite nous focaliser sur ce que vous avez *réellement* mangé *hier* durant votre journée depuis votre réveil jusqu'à la fin de votre journée, même si vous pensez que ce que vous avez consommé hier ne représente pas une journée habituelle au niveau alimentaire.

Étapes	Déroulement
Liste rapide	Quels sont les aliments que vous avez consommés hier ?
Aliments oubliés	Essayez s'il vous plaît de vous rappeler de tout aliment que vous auriez pu oublier en classant les aliments en sept catégories ⁴⁶ : peut-être des céréales ou féculents ? du lait ou des produits laitiers ? viandes, poissons, œufs ? des fruits et légumes ? des produits gras ? des produits sucrés ou sucre ? des boissons ? <i>Si une catégorie n'a pas été comprise par l'interrogé, lui donner des exemples, comme par exemple pour les féculents : riz, pâtes, etc.</i>
Temps et occasion	Nous allons à présent repasser sur la liste des aliments que vous avez cités et vous me direz l'ordre, l'heure, l'occasion et les circonstances de la prise alimentaire correspondante.
Cycle détaillé	Il est maintenant temps que l'on relit chaque aliment pour détailler ses caractéristiques, les ingrédients, la marque du produit, la quantité consommée, la méthode de préparation, etc. <i>L'enquêteur pourra utiliser des images, modèles d'aliments et des bols de référence pour les portions pour aider l'interrogé à déterminer de façon plus précise et facile les quantités.</i>
Révision finale	Nous allons répéter le tout pour s'assurer que vous n'avez rien oublié...

⁴⁶ Ambroise MARTIN, « ALIMENTATION (Aliments) - Classification et typologie », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 23 mars 2019. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/alimentation-aliments-classification-et-typologie/>

Annexe E – Guide d’entretien de l’hypothèse 2 avec les professionnels

Bonjour Mr./Mme., je vous remercie de me recevoir pour cet entretien. Je me présente : Lynn AKL ABOU JAOUDE, je suis nutritionniste et diététicienne et actuellement étudiante en Master Sciences Sociales Appliquées à l’Alimentation à l’Institut Supérieur du Tourisme, de l’Hôtellerie et de l’Alimentation de l’Université Toulouse 2 Jean Jaurès. Dans le cadre de mon mémoire, je travaille sur l’efficacité des interventions nutritionnelles et notamment sur les facteurs sociaux et culturels qui favorisent des insatisfactions quant au changement de comportements et pratiques alimentaires. Votre implication dans le domaine a suscité mon intérêt à vous demander de la possibilité d’un entretien. Je vais procéder, après votre accord, à un enregistrement de notre entretien afin de mieux recueillir les données. L’anonymat et la confidentialité seront bien respectés et gardés

Thèmes	Objectifs	Questions	Récapitulation et relances
Evolution et efficacité des interventions nutritionnelles	Contextualiser l’opinion du professionnel interrogé en France	Quel est votre avis sur l’efficacité du PNNS en France ? Et les autres interventions ? Comment décririez-vous l’évolution de ces interventions au fil du temps ?	
Approche par l’environnement et par la responsabilité individuelle	Comparer ces 2 approches, et interpréter la place actuelle de la stratégie par la responsabilité individuelle, et déduire celle de la stratégie par l’environnement.	Que serait à votre avis « une approche par l’environnement » ? Comment définissez-vous cette approche ? Quel est l’importance de la responsabilité individuelle des individus dans le changement de comportement alimentaire ?	Pouvez-vous me raconter à propos de la différence entre la tendance vers l’approche par l’environnement utilisée actuellement et les modèles et théories (tels que le modèles socio-écologique, les échelles d’analyse, le modèle de croyance en santé, théorie du comportement planifié, théories sociocognitives...) ? A quel point l’approche par l’environnement est-elle prometteuse pour de meilleurs résultats sur la santé ?

		Quel était le déclencheur, à votre avis, qui a fait que le rapport de propositions pour un PNNS 4 ait tellement insisté sur l'approche par l'environnement ?	Racontez-nous s'il vous plaît du rôle de la responsabilité individuelle qui reste, maintenant que l'approche par l'environnement a émergé.
Approche par l'environnement et inégalités sociales	Mesurer le lien de l'approche par l'environnement et la réduction des inégalités sociales (lien de moyen et finalité ?)	A quel point trouvez-vous important de centrer les interventions sur les inégalités sociales, et notamment avec la stratégie de l'approche par l'environnement?	Quelle définition donneriez-vous au terme « inégalités sociales » ? Quels seraient d'autres priorités à résoudre que les inégalités sociales ? A quel point la stratégie de l'environnement est-elle rattachée aux inégalités sociales ? Comment l'environnement pourrait-elle être mise au service d'autres populations cibles ou objectifs ?
Vision pour le futur des interventions	Le changement de stratégie étant nouveau : projeter pour la continuité.	Que proposeriez-vous comme modification ou évolution constructive pour une éventuelle politique nationale nutritionnelle ?	Que proposeriez-vous comme action au niveau de l'environnement social ?

Annexe F – Guide d’entretien de groupe de l’hypothèse 2

Bonjour, je suis étudiante en Master Sciences Sociales Appliquées à l’Alimentation et j’effectue cet entretien dans le cadre de mon mémoire sur l’efficacité des interventions nutritionnelles. Je vous remercie d’avoir accepté de participer à cette étude et plus précisément à cet entretien, notre recherche porte un grand intérêt envers vos propos. Je vous invite à faire un tour de table et de vous présenter à tour de rôle avant de débiter. Ceci est important afin que vous puissiez vous exprimer plus aisément, tout en sachant que vous n’avez pas à dire vos noms et prénoms, la confidentialité de vos données personnelles étant gardée. Toute la discussion sera enregistrée dans le but de retranscrire plus tard ce qui a été dit et donc l’analyser. Nous allons ainsi commencer, permettez-moi de guider la discussion aux thèmes qui nous intéressent durant cet entretien. Il est nécessaire que vous sachiez aussi et avant tout qu’il n’y a pas de bonnes et mauvaises réponses.

Thèmes	Objectifs	Questions	Récapitulations et relances
Définition et caractéristiques d’un mode de vie sain et puis d’un régime alimentaire nutritif	Connaître les représentations et connaissances à propos d’un mode de vie sain, et d’un régime alimentaire nutritif.	Comment définirez-vous un mode vie sain ?	Quels sont les domaines que vous considérez qui entrent en jeu pour parler d’un mode de vie sain ?
		Qu’est-ce qu’un régime alimentaire nutritif, selon vous ?	Donner des exemples.
Sources d’informations sur la nutrition et la santé et les recommandations	S’informer sur le moyen par lequel les informations nutritionnelles sont transmises selon la classe sociale.	Quelles sont les recommandations nutritionnelles que vous connaissez ? Où vous êtes-vous informé sur ces recommandations ?	Où les avez-vous lues, vues, entendues... ?

Facilité/difficulté d'une alimentation « saine et nutritive »	Collecter les éléments en faveur et défaveur d'une pratique alimentaire saine et nutritive selon la classe sociale.	Je vous invite à penser à une situation où vous vous intéressez à commencer un mode de vie plus sain nutritionnellement (<i>donner des exemples qu'ils auraient cités plus haut sur l'alimentation, l'activité physique...</i>), imaginez la situation pratiquement et réellement. Comment vous imaginez-vous la facilité de la pratique ?	Quels sont les éléments qui vous aideront à pratiquer ce mode de vie, quels sont les obstacles ?
Le rôle de l'environnement social dans un « mode de vie sain »	Connaître où se situe l'environnement sain dans la vie des individus pour comparer le rôle de l'environnement dans chaque classe sociale.	Quels sont les aménagements de votre entourage qui vous encouragent ou non pratiquer certains comportements « sains » ?	Quels sont les aménagements de l'environnement urbain motivantes / non motivantes? Pouvez-vous me raconter à propos de certains facilités et obstacles socio-économiques impliqués ?
Derniers achats alimentaires raison de ces achats et choix	Obtenir un exemple concret sur la pratique alimentaire.	Il est important de vous rappeler encore une fois qu'il n'y a pas de bonne et de mauvaise réponse, et nous savons que votre dernier achat alimentaire ne représente pas vos achats réguliers et habituels mais notre recherche s'intéresse à connaître la liste de vos achats alimentaires derniers, ainsi dans quel but avez-vous faits ces choix ?	<i>Relances grâce à des catégories alimentaires, et pour les raisons : besoin, utilité, prix, écologie, routine, culture, etc.</i>

TABLE DES SIGLES

ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ENNS	Etude Nationale Nutrition Santé
Etude INCA	Etude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAI	Programme National Alimentation Insertion
PNA	Programme National pour l'Alimentation
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PO	Plan Obésité
PSE	Plan National Santé Environnement

TABLE DES FIGURES

Figure 1 - Prévalence de la population obèse en fonction du revenu du foyer par mois entre 1997 et 2012 selon l'étude ObÉpi.....	20
Figure 2 - Le modèle socio-écologique	28
Figure 3 - Déterminants de l'activité physique et des choix alimentaires.....	28
Figure 4 - Les échelles d'observation selon Desjeux.....	30
Figure 5 - La théorie du comportement planifié selon Icek Ajzen	32
Figure 6 - L'espace social alimentaire de Jean-Pierre Poulain.....	38
Figure 7 - Les types de perception des messages sur l'alimentation et le poids corporel	41
Figure 8 - Les cinq étapes du rappel alimentaire de 24 heures automatisé multi-passe.....	72

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Les buts majeurs des programmes "Healthy People" 2000, 2010 et 2020	23
---	----

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
PARTIE I – CONTEXTE	9
Introduction à la Partie I	10
CHAPITRE 1 – La nutrition communautaire	11
1.1. Généralités.....	11
1.1.1. Définitions et nuances	11
1.1.2. La promotion de la santé	12
1.2. Méthodologie de l'élaboration d'un programme	13
1.3. L'intervention nutritionnelle en France	14
CHAPITRE 2 – Évaluation des interventions nutritionnelles	15
2.1. Définitions.....	15
2.2. Évaluations effectués et résultats.....	16
2.2.1. Exemple du Programme National Nutrition Santé (PNNS).....	16
2.2.1.1. Baromètre santé nutrition.....	16
2.2.1.2. Évaluations du PNNS par l'Inspection Générale des Affaires Sociales	17
2.2.1.3. Étude ObÉpi	19
2.2.1.4. Étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires (INCA).....	20
2.2.1.5. Étude nationale nutrition santé (ENNS)	21
2.2.2. Autres exemples dans le monde.....	22
2.2.2.1. Évaluations du « Healthy People »	22
2.2.2.2. Évaluation de la campagne « 5 A Day »	25
CHAPITRE 3 – Les stratégies des interventions nutritionnelles	26
3.1. La planification stratégique	26
3.2. Théories et modèles du changement de comportement	26
3.2.1. Le modèle socio-écologique	26
3.2.2. Echelles d'analyse	28
3.2.3. Modèle de croyance en santé.....	30
3.2.4. Théorie du comportement planifié.....	31
3.2.5. Théorie socio-cognitive	32
Conclusion de la Partie I	33
PARTIE II – PROBLEMATISATION ET HYPOTHESES	34
Introduction à la Partie II	35
CHAPITRE 1 – Problématisation	37
1.1. Déterminants sociaux et culturels de l'alimentation	37
1.1.1. L'espace social alimentaire	37
1.1.2. Identité culturelle.....	38

1.1.3. Classification sociale et statut socio-économique.....	39
1.1.4. La commensalité	41
1.1.5. Représentation du corps.....	43
1.2. Approches des stratégies des interventions nutritionnelles.....	43
1.2.1. Évaluation des théories et modèles	43
1.2.2. Les approches individuelle et environnementale.....	45
1.2.3. Exemple du rapport de Propositions pour une Politique Nationale Nutrition Santé à la hauteur des enjeux de santé publique en France, PNNS 2017-2021	46
1.2.4. Exemple du Healthy People 2020	48
1.3. Cacophonie alimentaire et gastro-anomie.....	48
1.4. Problématique	50
CHAPITRE 2 – Hypothèse 1 : Déterminants alimentaires sociaux, culturels et... nutritionnels?	52
CHAPITRE 3 – Hypothèse 2 : De l’individu à son environnement	55
3.1. Sous-hypothèse 1	56
3.2. Sous-hypothèse 2	57
Conclusion de la Partie II.....	59
PARTIE III - METHODOLOGIE PROBATOIRE.....	60
Introduction à la Partie III	61
CHAPITRE 1 – Les outils d’enquête.....	62
1.1. Méthode qualitative	62
1.1.1. L’entretien ou l’entrevue	62
1.1.1.1. L’entretien clinique.....	62
1.1.1.2. L’entretien en profondeur.....	63
1.1.1.3. L’entretien directif.....	63
1.1.1.4. L’entretien semi-directif.....	63
1.1.1.5. L’entretien libre ou non directif	63
1.1.1.6. L’entretien de groupe.....	64
1.1.2. Le sondage	64
1.1.3. L’histoire de vie ou la biographie.....	64
1.1.4. L’observation.....	64
1.2. Méthode quantitative	65
CHAPITRE 2 – La méthodologie exploratoire	66
2.1. Sélection de l’échantillon	66
2.2. Méthode et outils de l’entretien	66
2.3. Déroulement.....	67
2.4. Biais et freins de l’enquête	67

CHAPITRE 3 – La méthodologie probatoire	68
2.5. Hypothèse 1.....	68
2.1.1. Points clés à vérifier	68
2.1.2. Sélection de l'échantillon	68
2.1.3. Méthode et outils utilisés	69
2.1.3.1. Les représentations alimentaires	70
2.1.3.2. Les pratiques alimentaires.....	71
2.1.4. Administration de l'entretien	73
2.2. Hypothèse 2.....	74
2.2.1. Points clés à vérifier	74
2.2.2. Sélection de l'échantillon	74
2.2.3. Méthodes et outils utilisés.....	75
2.2.3.1. Enquête avec les professionnels de la santé.....	76
2.2.3.2. Enquête avec des individus du public français.....	76
2.2.4. Administration des entretiens	78
2.3. Localisation des entretiens.....	78
Conclusion de la Partie III.....	79
CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE	82
ANNEXES ET TABLES DE SIGLES, FIGURES ET TABLEAUX	86
TABLE DES ANNEXES	87
Annexe A – Retranscription d'entretien avec M. A, membre de l'équipe d'écriture du rapport d'évaluation de l'IGAS pour le PNNS 3, Paris, 6 février 2019	88
Annexe B – Retranscription d'entretien avec M. B, membre du groupe de travail de la proposition du PNNS 2017-2020, Toulouse, 18 mars 2019	91
Annexe C – Résultats de l'étude INCA.....	98
Annexe D – Guide d'entretien de l'hypothèse 1	99
Annexe E – Guide d'entretien de l'hypothèse 2 avec les professionnels.....	103
Annexe F – Guide d'entretien de groupe de l'hypothèse 2	105
TABLE DES SIGLES.....	107
TABLE DES FIGURES	108
TABLE DES TABLEAUX.....	108
TABLE DES MATIERES.....	109

RESUME

Les interventions nutritionnelles s'engagent de plus en plus dans l'action pour le changement de comportement alimentaire des individus vers des comportements plus « sains ». Cependant, les évaluations de ces interventions trouvent encore des insatisfactions dans l'impact et l'efficacité au sein des populations cible. En effet, les enjeux à ce propos sont pluridisciplinaires, et après avoir contextualisé le terrain de nutrition communautaire et de santé publique, nous avons décidé de nous focaliser sur les facteurs sociaux et culturels interagissant avec ces domaines. Ce mémoire cherche ainsi à comprendre à quel point les promoteurs de la santé sont-ils conscients des facteurs sociaux et culturels qui favorisent l'inefficacité de l'intervention nutritionnelle sur le changement des comportements et pratiques alimentaires des individus. La littérature montre en effet une certaine conscience sur ces facteurs mais les insatisfactions persistent à ce propos. Pour appuyer la recherche bibliographique, deux entretiens qualitatifs ont été conduits avec des professionnels de la santé impliqués dans le domaine de notre étude, l'un membre de l'équipe de travail de proposition de PNNS 4 et l'autre membre de l'équipe IGAS qui a évalué le PNNS 3, de façon à obtenir deux points de vue. D'une part, nos résultats exploratoires montrent un défi d'intégration du déterminant nutritionnel dans l'alimentation par rapport aux déterminants socioculturels de manière égale pour tous les individus et dans les représentations et pratiques alimentaires. D'autre part, la recherche se focalise sur l'approche par l'environnement social adoptée dernièrement comme stratégie d'intervention nutritionnelle, son utilisation comme moyen de réduction des inégalités sociale de santé et la persistance de recours à la responsabilité individuelle. Une méthode probatoire a été finalement proposée dans l'optique de valider les hypothèses et résultats exploratoires recueillis grâce à l'exploration de la littérature et d'entretiens.

Mots-clés : interventions nutritionnelles, efficacité, déterminants alimentaires socioculturels, environnement social

ABSTRACT

Nutritional interventions are increasingly engaging in actions to change people's eating behaviors towards more "healthy" ones. However, the evaluations conducted found unsatisfactory results concerning the interventions efficiency on the target populations. The stakes in this regard are multidisciplinary, so after contextualizing the field of community nutrition and public health, we decided to focus on the social and cultural factors interacting with these domains. In fact, this thesis seeks to understand the extent to which health promoters are aware of the social and cultural factors that contribute to the ineffectiveness of nutritional interventions in changing individuals' eating practices and behaviors. Literature shows indeed some consciousness about these factors, but we need more consideration from the professionals on this matter. To support the literature research, two qualitative interviews were conducted with health professionals involved in the field of our study, one is a member of the team who worked on the proposition of the fourth *French Nutrition and Health Policy* and the other a member of the *General Inspection of Social Affairs*, which evaluated the third *French Nutrition and Health Program*, in order to obtain two points of view. On the one hand, our exploratory results show a challenge of integrating the nutritional determinant in food with socio-cultural determinants equally for all individuals and in food representations and practices. On the other hand, the research focuses on the recently adopted social environment approach as a strategy for nutritional intervention, its use as a means of reducing social inequalities in health and the persistence of recourse to individual responsibility. A probationary method was finally proposed in order to validate the hypotheses and exploratory results collected through literature exploration and interviews.

Keywords: nutritional interventions, efficiency, sociocultural food determinants, social environment