

entre 30 % et 70 % selon les études en population générale), distribués plus fréquemment par les associations d'aide alimentaire, et également plus accessibles par ailleurs, les écarts sont moins importants avec les niveaux de consommations observés en population générale [4].

Ayant été interrogés au sein des associations et ainsi en situation de demande, une sous-estimation des consommations par les sujets ne peut être exclue. Mais il faut noter que l'alimentation décrite dans cette étude est tout à fait cohérente avec ce qui est observé pour les populations les plus pauvres dans les autres pays, avec notamment des consommations faibles en fruits et légumes et en poisson [5].

Les critères d'inclusion, notamment la nécessité de parler le Français, et les caractéristiques des sujets ayant refusé de participer, laissent penser que la situation alimentaire décrite grâce à cette étude tend à être pourtant plus favorable que celle connue par une partie des personnes recourant à l'aide alimentaire en France. La fermeture de certaines structures à d'autres périodes de l'année laisse présager de grandes difficultés pour une partie de cette population.

Ces premières données soulignent la place primordiale occupée par l'aide alimentaire pour une part de la population vivant en France, pour laquelle la situation s'avère tout à fait critique

d'un point de vue alimentaire. En l'absence d'amélioration de la situation économique d'une partie de la population, la diversité des aliments distribués par l'intermédiaire de l'aide alimentaire devrait être recherchée plus encore.

RÉFÉRENCES

- [1] Bellin-Lestienne C, Dauphin AG, Castetbon K, Darmon N. Enquête auprès des associations d'aide alimentaire. Rapport pour la Direction générale de la santé, juillet 2005. 52 p.
- [2] Deschamps V, Bellin-Lestienne C, Noukpoapé A, Hercberg S, Castetbon K. Caractéristiques sociodémographiques des personnes recourant à l'aide alimentaire, étude Abena, 2004-2005. Bull Epidemiol Hebdo 2006; 10-11:78-9.
- [3] Caillavet F, Darmon N, Lhuissier A, Régnier F. L'alimentation des populations défavorisées en France : synthèse des travaux dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. 2005. 36 p. (Disponible le 30/07/2005 sur : <http://www.social.gouv.fr/htm/pointsur/onpes/>).
- [4] Savanovitch C, Bertrais S, Castetbon K, Deheeger M, Deschamps V, Hercberg S, Rolland-Cachera MF. Situation et évolution des apports alimentaires de la population en France, 1997-2003. Institut de veille sanitaire, Conservatoire national des arts et métiers, 2005. 96 p.
- [5] Drewnowski A, Darmon N. Food choices and diet costs: an economic analysis. J Nutr 2005; 135: 900-4.

Marqueurs de l'état nutritionnel des personnes recourant à l'aide alimentaire, étude Abena, 2004-2005

Constance Bellin-Lestienne¹, Amivi Noukpoapé¹, Valérie Deschamps¹, Hervé Le Clésiau², Guillaume Delord³, Brigitte Varsat³, Rémi Didelot⁴, Jean-François Rohmer⁵, Serge Hercberg^{1,6}, Katia Castetbon (k.castetbon@smbh.univ-paris13.fr)¹

¹Usen, Institut de veille sanitaire, Université de Paris13, Conservatoire national des arts et métiers, Bobigny

²Centre de prévention sanitaire et social, Bobigny ³Centre d'examen de santé, Paris

⁴Centre d'examen de santé, Marseille ⁵Centre d'examen de santé, Dijon ⁶Unité mixte de recherche Inserm U557 / Inra / Cnam, Paris

INTRODUCTION

Dans les pays industrialisés, la morbidité et la mortalité des populations des plus faibles statuts socio-économiques (SSE) sont supérieures à celles des personnes vivant dans des conditions plus favorables [1]. Ces inégalités sociales de santé concernent les pathologies chroniques, et notamment celles liées à la nutrition, telles que l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose, la santé bucco-dentaire et certains cancers. Depuis le début des années 1980, ces inégalités s'aggravent en France, tant en termes de morbidité que de mortalité, les personnes les plus pauvres étant particulièrement touchées.

Des actions de santé publique liées à la nutrition et destinées aux personnes en situation de précarité, comme celles du Programme national nutrition santé (PNNS) et du Plan alimentation et insertion (PAI), ont été mises en place afin d'améliorer la situation sanitaire de ces populations. La connaissance de l'état nutritionnel des personnes en situation précaire permet d'ajuster ce type de programmes d'intervention en identifiant des besoins prioritaires, et d'évaluer l'efficacité des mesures mises en place.

La population des personnes en situation de précarité étant difficile à aborder dans sa globalité, une première approche possible pour décrire leur état nutritionnel était de mesurer des marqueurs de l'état nutritionnel chez des personnes ayant recours à l'aide alimentaire. Ce fut l'objet de l'étude Abena, dont un des objectifs était de décrire l'état nutritionnel des personnes ayant recours à l'aide alimentaire dans quatre zones urbaines de France métropolitaine [2]. Les premiers résultats disponibles sont présentés dans cet article.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Sélection des sujets

Les méthodes de sélection de la population sont décrites dans l'article précédent [2]. Il était proposé aux sujets d'effectuer un examen nutritionnel clinique et biologique, les enquêtrices leur en présentant le contenu. Une note d'information était alors remise au sujet ; puis celui-ci était mis en contact avec un médecin qui l'informait des détails et inconvénients éventuels de l'examen et recueillait son consentement éclairé. Pour des raisons d'organisation, la participation à l'examen nutritionnel

n'a pu être proposée que deux mois après le début de l'étude Abena. Les sujets ayant répondu au questionnaire alimentaire dans la première période de la réalisation de l'étude se sont vu proposer l'examen nutritionnel lorsqu'elles pouvaient être retrouvées dans les structures de distribution d'aide alimentaire.

Réalisation de l'examen et mesures recueillies

L'examen était réalisé dans des Centres d'examen de santé (CES) de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS). Les sujets qui le souhaitaient pouvaient bénéficier de l'examen périodique de santé proposé habituellement par le CES, en plus de l'examen nutritionnel spécifique de l'étude Abena. Il était demandé aux sujets d'arriver à jeun depuis 12 heures. L'examen comprenait la mesure du poids, de la taille et de la pression artérielle, et une prise de sang de 21 ml. Les mesures de l'hémoglobine, du cholestérol total, des triglycérides et de la glycémie étaient réalisées immédiatement par le laboratoire des CES, celles-ci ayant fait l'objet de procédures de qualité internes à chaque laboratoire. A partir du prélèvement restant, des aliquots ont été préparés, puis envoyés régulièrement dans un laboratoire spécialisé pour la réalisation de dosages vitaminiques et minéraux. Les résultats de ces derniers ne sont pas présentés dans cet article, les analyses étant en cours. Les résultats des analyses réalisées par les CES étaient remis directement au sujet au niveau du CES. Les sujets présentant des valeurs biologiques nécessitant une prise en charge médicale urgente étaient prévenus par les CES, qui leur indiquaient la conduite à tenir pour leur prise en charge.

Pour les personnes qui ne souhaitaient pas effectuer l'examen nutritionnel dans les CES, un relevé des mesures anthropométriques et de la pression artérielle était effectué dans les structures d'aide alimentaire. La mesure du poids et de la taille était alors réalisée avec les vêtements et, selon les circonstances, en enlevant ou en gardant les chaussures, conditions relevées dans le questionnaire. Au moment des analyses, 1 kg a été enlevé de manière systématique au poids. Dans le cas où les mesures avaient été effectuées avec les chaussures, 0,5 kg supplémentaires ont été retirés au poids, et 1,5 cm à la taille.

Les mêmes appareils et les mêmes procédures de mesures anthropométriques et de pression artérielle ont été utilisés dans les CES et dans les structures de distribution. La taille était mesurée avec la microtoise Seca « bodymeter 206 » et le poids,

avec un pèse-personne électronique à affichage numérique de marque Seca. Enfin, l'appareil automatique « OMRON M5-1 » a été utilisé pour mesurer la pression artérielle. Celle-ci a fait l'objet de deux mesures à 5 minutes d'intervalle au moins, le sujet étant assis, et un brassard spécifique pour les personnes obèses étant utilisé. La moyenne des deux mesures a été utilisée dans les analyses statistiques.

Analyses statistiques

Les données ont été analysées avec le logiciel SAS, avec une pondération sur la probabilité de réalisation des mesures des marqueurs de l'état nutritionnel. Les seuils de référence retenus sont ceux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la corpulence d'après l'estimation de l'indice de masse corporelle (IMC, poids/taille²) (maigreur : IMC < 18,5 ; poids normal : 18,5 ≤ IMC < 25,0 ; surpoids : 25,0 ≤ IMC < 30,0 ; obésité : IMC ≥ 30,0) et l'hypertension artérielle (pression systolique > 140 mmHg et/ou pression diastolique > 90 mmHg), de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé pour la définition de l'hyperglycémie (≥ 7 mmol/l), de la Nouvelle société française d'athérosclérose (ex-Arcol) pour la définition de l'hypertriglycéridémie (hypertriglycéridémie modérée :]1,7 – 2,3[; hypertriglycéridémie sévère : ≥ 2,3 mmol/l), et du Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examen de santé (Cetaf) pour la définition de l'hypercholestérolémie (hypercholestérolémie modérée : [5,2 – 7,0[; hypercholestérolémie sévère : ≥ 7 mmol/l). Les sujets étaient considérés à jeun s'ils n'avaient pas consommé d'aliments ou de boissons sucrées depuis 8 heures pour les mesures de la glycémie, et depuis 12 heures pour les mesures lipidiques.

RÉSULTATS

Participation à l'examen nutritionnel clinique et biologique

Sur les 951 personnes auxquelles l'examen nutritionnel a été proposé, 257 l'ont accepté et réalisé, soit un taux de participation de 27 %. La participation à l'examen était comparable entre les régions d'étude. En revanche, les personnes interrogées dans les structures distribuant des repas ont été relativement moins nombreuses que celles interrogées dans les structures de colis et de libre service à participer à ce dernier (repas : 21,7 %, colis : 32,1 %, libre-service : 25,9 %, p = 0,03). Initialement, plus de 400 sujets en avaient accepté le principe, mais seuls les deux tiers se sont finalement rendus dans les CES. Les mesures anthropométriques et de pression artérielle sont manquantes pour 3 personnes et, parmi les sujets ayant effectué les prélèvements sanguins, 213 étaient à jeun depuis 12 heures et 226, depuis 8 heures.

Les principales causes de refus de l'examen nutritionnel étaient le fait que la personne était déjà suivie par un médecin traitant (16,0 %), ou qu'elle ne souhaitait rien savoir sur son état de santé (13,7 %). Enfin, 27,5 % des personnes ayant refusé de participer à l'examen n'ont pas souhaité donner de raison précise de refus.

Les femmes représentaient 63,8 % des personnes venues à l'examen nutritionnel, par rapport à 58,1 % chez celles ayant refusé d'y participer (p = 0,11). L'âge moyen des personnes ayant effectué l'examen nutritionnel était de 42 ans, comme chez les personnes ayant refusé l'examen (p = 0,86). La proportion des sujets vivant en couple était de 39,1 % pour ceux ayant effectué l'examen nutritionnel, contre 37,4 % chez ceux l'ayant refusé (p = 0,64). Les autres caractéristiques socio-démographiques des sujets sont décrites précédemment [2].

Parmi les personnes ayant effectué l'examen de santé, 52 % considéraient que leur état de santé pour leur âge était bon ou excellent.

Mesures anthropométriques

L'IMC moyen mesuré dans les CES était de 28,5 kg/m², avec 37,6 % des sujets en surpoids, et 27,4 %, obèses (tableau 1). Enfin, 1,0 % des personnes mesurées pouvaient être considérées comme maigres. Parmi les personnes ayant effectué leurs mesures anthropométriques dans les structures de distribution d'aide alimentaire, l'IMC moyen était de 26,4 kg/m², avec 29,7 % des personnes en surpoids et 18,2 % obèses (tableau 1).

Pression artérielle

Au total, la pression artérielle a été mesurée chez 751 personnes (246 dans les CES et 505 dans les structures d'aide alimentaire). La pression systolique moyenne était de 128 mmHg, et la pression diastolique moyenne de 81 mmHg. La proportion de sujets présentant une hypertension artérielle était de 25,3 % (hommes : 25,3 % ; femmes : 25,3 %) chez ceux s'étant rendus

dans les CES, et de 29,4 % (hommes : 39,8 % ; femmes : 21,1 %) chez ceux dont la pression artérielle a été mesurée dans les structures de distribution.

Tableau 1

Répartition des sujets (%) dans les classes d'indice de masse corporelle (IMC, kg/m²) selon le lieu de mesure et le sexe

	IMC	Structures d'aide			CES		
		Hommes N = 190	Femmes N = 269	Total N = 459	Hommes N = 88	Femmes N = 158	Total N = 246
Maigreur	IMC < 18,5	1,2	1,9	1,6	1,5	0,7	1,0
Normal	18,5 ≤ IMC < 25,0	59,5	42,6	50,5	60,0	18,6	34,0
Surpoids	25,0 ≤ IMC < 30,0	28,6	30,7	29,7	25,5	44,7	37,6
Obésité	IMC ≥ 30	10,7	24,8	18,2	13,0	36,0	27,4

Marqueurs biologiques de l'état nutritionnel

Le taux d'hémoglobine moyen était de 13,7 g/dl, avec 12,8 % (hommes : 5,6 % ; femmes : 18,1 %) des sujets qui présentaient une anémie (tableau 2). Chez les sujets à jeun, la glycémie moyenne était de 5,4 mmol/l, et 3,4 % des sujets présentaient une hyperglycémie sévère (≥ 7 mmol/l) (tableau 2). Le taux moyen de cholestérol total était de 5,1 mmol/l, avec 5,9 % des sujets présentant une hypercholestérolémie sévère (≥ 7 mmol/l) (tableau 2). Enfin, 17 % des sujets à jeun avaient une hypertriglycéridémie modérée ou sévère (tableau 2).

Tableau 2

Marqueurs biologiques nutritionnels en fonction des valeurs de référence pour les sujets s'étant présentés à jeun pour la prise de sang

	Seuils	%		
		Hommes	Femmes	Total
Glycémie (mmol/l)*	< 6,1	92,2	92,9	92,6
	[6,1-7,0[	1,9	5,5	4,0
	≥ 7,0	5,9	1,6	3,4
Cholestérol total (mmol/l)	< 5,2	63,7	57,3	60,0
	[5,2-7,0[	29,1	37,7	34,1
	≥ 7,0	7,2	5,0	5,9
Triglycérides (mmol/l)	≤ 1,7	86,7	80,4	83,0
	] 1,7-2,3 [	9,1	12,7	11,2
	≥ 2,3	4,2	6,9	5,8
Hémoglobine (g/dl)	H : < 13 ; F : 12 g/dl	5,6	18,1	12,8
	H : ≥ 13 ; F : 12 g/dl	94,4	81,9	87,2

N = 213 (H : 74, F : 139) sauf a : N = 226 (H : 78, F : 148)
H : hommes ; F : femmes. En gras, valeurs anormales

DISCUSSION

La description de l'état nutritionnel des personnes recourant à l'aide alimentaire réalisée dans l'étude Abena montre une situation défavorable pour une proportion élevée des sujets, en ce qui concerne de nombreux facteurs de risque de maladies chroniques. Les résultats de notre étude confirment les prévalences élevées du surpoids et de l'obésité chez les femmes de faible statut socio-économique par rapport au reste de la population [3] ; la proportion d'obésité chez les femmes était deux à trois fois supérieure aux proportions observées en population générale (entre 7 % et 14 % selon les études [4]), alors qu'elle était comparable chez les hommes (entre 9 % et 12 % selon les études). En parallèle, les marqueurs de l'état nutritionnel décrits ici sont cohérents avec les données de consommation alimentaire, notamment la très faible consommation de fruits et légumes [5]. Étant donné les âges des personnes ayant effectué l'examen, les proportions de personnes présentant une hypertriglycéridémie et une hypercholestérolémie sont cohérentes avec celles observées en population générale [4]. La proportion de personnes présentant des niveaux modérés de dislipidémies peut être expliquée en partie par la prise de traitements hypolipémiants, non relevée dans notre étude. Cependant, une forte proportion de femmes présentant une hypertriglycéridémie est observée, en lien avec la forte prévalence de l'obésité chez les femmes de notre échantillon. Le pourcentage d'hypertendus est également très élevé (entre 6 % et 10 % chez les sujets de plus de 45 ans selon les études en population générale [4]), et est probablement sous-estimé en l'absence de relevé des médicaments hypotenseurs.

Le fait que les personnes aient à se déplacer vers les CES en transport en commun a très probablement conduit à l'exclusion de l'échantillon des sujets en moins bonne santé, qui ne se sentaient pas capables d'assumer de longs trajets. Par ailleurs, le faible taux de participation des personnes interrogées dans les structures de repas a conduit à une diminution de la

proportion de personnes isolées ayant effectué le bilan nutritionnel. Il peut donc être supposé que l'état nutritionnel décrit dans cette étude peut être meilleur que celui de l'ensemble de la population se rendant dans les structures d'aide alimentaire, d'autant que le suivi médical pour une maladie était l'une des causes de refus.

Ces premiers résultats soulignent l'importance des actions de préventions, notamment d'ordre nutritionnel, mais également les besoins de prise en charge médicale pour cette population en situation de précarité.

RÉFÉRENCES

[1] Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé. Inserm / La Découverte (Recherches). 2000. 448 p.

- [2] Deschamps V, Bellin-Lestienne C, Noukpoapé A, Darmon N, Hercberg S, Castetbon K. Caractéristiques sociodémographiques des personnes recourant à l'aide alimentaire, étude Abena, 2004-2005. Bull Epidemiol Hebdo 2006; 10-11:78-9.
- [3] Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the litterature. Psychol Bull 1989; 105:260-75.
- [4] Savanovitch C, Deschamps V, Castetbon K, Hercberg S. Situation et évolution du statut nutritionnel et de l'activité physique de la population en France, 1997-2003. Institut de veille sanitaire (InVS), Conservatoire national des arts et métiers (Cnam), 2006.
- [5] Bellin-Lestienne C, Dsechamps V, Noukpoapé A, Darmon N, Hercberg S, Castetbon K. Consommations alimentaires et place de l'aide alimentaire chez les personnes incluses dans l'étude Abena, 2004-2005. Bull Epidemiol hebdo 2006; 10-11:79-81.

Cette étude a été réalisée en collaboration avec les Centres d'examen de santé de la CnamTS de Paris, Bobigny, Dijon et Marseille. B. Faucheux, M. Lucq, D. Rome et F. Saccoccio ont

réalisé le recueil des données en tant que diététiciennes – enquêtrices. Les auteurs adressent leurs remerciements aux associations d'aide alimentaire les ayant accueillies.

Les usages de l'aide alimentaire à la lumière des liens sociaux : un aspect du volet socio-anthropologique de l'étude Abena

Christine César (christine.cesar@cnam.fr)

Usen, Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, Bobigny

INTRODUCTION

Le travail qualitatif d'analyse socio-anthropologique de l'étude Abena cherchait à décrire et analyser de façon approfondie l'articulation entre l'aide alimentaire et les conditions de vie des personnes y ayant recours. Une des finalités de ce travail est que soient pris en compte les effets des configurations sociales sur l'organisation et les comportements alimentaires, afin de mieux connaître les usages qui sont faits de l'aide alimentaire et compléter ainsi l'approche épidémiologique conduite en parallèle. L'objectif de cet article est d'explorer l'hypothèse de la dimension structurante des liens sociaux [1] (famille, amis, institutions, etc.) pour comprendre la place de l'aide alimentaire dans l'économie domestique et l'influence de ces liens sur les stratégies d'approvisionnement.

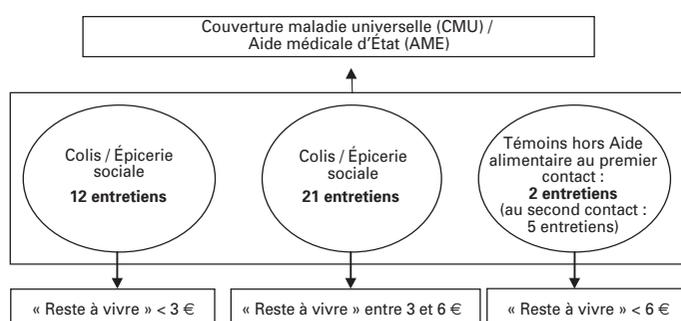
MÉTHODES

Recrutement des sujets

La construction d'un échantillon raisonné de 35 entretiens a cherché à faire varier les formes d'aide alimentaire (gratuite : colis ; payante : épicerie sociale) en limitant les effets de générations (âge compris entre 30 et 59 ans) et en prenant acte des niveaux de « reste à vivre », (ressources disponibles calculées hors charges fixes par jour et par personne) pour en apprécier le poids déterminant [2][3]. L'échantillon réalisé (figure 1) comprend trois groupes : deux groupes de populations ayant recours à l'aide alimentaire que nous proposons de classer *a posteriori* en fonction de leur « reste à vivre » par jour et par personne (douze entretiens dans des familles en dessous de 3 € et 21 dans des familles disposant de 3 à 6 €) ; le troisième groupe correspond à un groupe témoin regroupant des personnes qui au moment d'un premier contact (deux familles) ou d'un second contact n'ont pas recours à l'aide alimentaire. Les seuils de 3 ou 6 euros correspondent aux critères établis par les principales associations nationales pour ouvrir l'accès aux requérants de colis, d'épiceries sociales (ces différents seuils et organisations indiquent l'hétérogénéité du fonctionnement de l'aide alimentaire en France). Le seuil de pauvreté alimentaire est défini en fonction des sources à 3,45 € (Institut national de la statistique et des études économiques-Insee) [4], 3,70 € (Institut national de la recherche agronomique-Inra) [5], 3,50 € (Institut national de la santé et de la recherche médicale-Inserm) [6]. Le choix de n'inclure que des foyers avec enfant sert la maximisation des contraintes en matière d'alimentation. Les situations ont aussi été contrastées selon le niveau de formation, la morphologie sociale de la famille (famille nombreuse ou pas, monoparentale ou pas, intégrant une trajectoire migratoire ou pas). Ces éléments étaient saisis en consultant les dossiers établis par les associations caritatives ou lors des entretiens. Le recrutement d'un groupe témoin de personnes ne recourant jamais à l'aide alimentaire permet de mieux identifier les freins d'accès aux distributions. Ces bénéficiaires de la Couverture maladie universelle ont été identifiés dans un Centre d'examen de santé de la Caisse primaire d'assurance maladie.

Figure 1

Échantillon du volet socio-anthropologique de l'étude Abena



Recueil des données

L'étude s'est déroulée en trois sessions de deux mois (automne et hiver 2004, printemps 2005) en région parisienne sur quatre sites de distribution de colis et quatre épiceries sociales. Une exploration a été réalisée en milieu rural.

Les entretiens approfondis de type biographique ont été réalisés au sein des foyers afin d'accéder à l'unité familiale pour d'une part, fonder les déclarations sur des observations et d'autre part, saisir la disparité intrafamiliale des rapports à l'alimentation. Le recours à des méthodes ethnographiques comme l'utilisation de photographies des lieux de stockage, préparation et consommation s'est accompagné de l'enregistrement des entretiens et de leurs retranscriptions intégrales.

Quand cela a été possible, les entretiens ont été répétés pour appréhender notamment deux phénomènes : les effets de l'aide alimentaire sur les pratiques antérieures et la flexibilité du budget alimentaire. Pour apprécier ces changements, des personnes ont été sélectionnées à leur entrée dans l'un des dispositifs d'aide alimentaire et interviewées à nouveau deux mois après ; d'autres ont fait l'objet d'un entretien en début puis en fin de mois afin de mettre en évidence l'élasticité de la réponse alimentaire et la hiérarchisation des priorités dans le paiement des factures et autres frais variables.

RÉSULTATS

A ressources économiques comparables, il existe une forte hétérogénéité des usages de l'aide alimentaire en fonction des conditions matérielles d'existence (type d'hébergement, niveau d'équipement électroménager), qui s'éclairent à la lecture des soutiens mobilisables et des circuits d'informations disponibles. L'aide alimentaire peut alors correspondre à trois fonctions principales :

- un soutien, l'aide alimentaire étant utilisée en complément d'autres approvisionnements ;