

Seuls 5,5 % des sujets déclaraient occuper un emploi (tableau). Parmi les personnes sans emplois, les deux situations les plus fréquentes étaient le chômage (45,4 %) et la vie au foyer (16,8 %). Pour plus de la moitié des chômeurs, la durée de chômage était supérieure à 18 mois. Les trois principales sources de revenus citées étaient le RMI ou l'Allocation parents isolés (26,6 %), d'autres allocations de l'État (20,6 %), et un salaire (12,7 %), tandis que 12,4 % déclaraient ne disposer d'aucun revenu. Dans 85,4 % des foyers des individus interrogés, aucune personne ne travaillait.

L'ensemble des caractéristiques socio-démographiques et des conditions de vie variait de manière significative entre les zones géographiques (tableau). En résumé, si l'absence de revenu et/ou d'emploi est le trait commun à toutes les zones géographiques, les situations étaient particulièrement contrastées entre Paris d'une part, et Dijon et la Seine-Saint-Denis d'autre part, Marseille connaissant une situation intermédiaire. A Paris, l'échantillon est caractérisé par des proportions élevées d'hommes, sans domicile fixe ou vivant dans des hôtels, tandis qu'à Dijon ou en Seine-Saint-Denis, les personnes recourant à l'aide alimentaire étaient plutôt des femmes et vivant dans un logement « fixe ».

DISCUSSION

Comme il pouvait être attendu, les personnes incluses dans l'étude Abena connaissent une situation socioéconomique difficile, avec un accès très faible au travail et à des revenus, contexte que des études en population générale ne permettent

pas d'approcher. Avec plus de la moitié des sujets inclus qui avaient des enfants à charge, de grandes difficultés à accéder à une alimentation correcte peuvent être envisagées, avec une dépendance forte vis-à-vis de l'aide alimentaire [2].

L'étude Abena n'avait pas vocation à être représentative de l'ensemble des bénéficiaires de l'aide alimentaire, la langue excluant de fait une partie des personnes étrangères. Par ailleurs, quatre zones géographiques d'étude ont été choisies arbitrairement, avec l'hypothèse d'une variation des situations entre ces différentes zones. Les conditions de sélection des sujets permettent cependant de décrire correctement la population source. Avec un choix de population connaissant des conditions de vie *a priori* un peu meilleures que celles des personnes sans domicile [3], ces résultats permettent de dresser les contours d'une situation alarmante, qu'il conviendra de suivre dans l'avenir, au-delà de la mise en place d'actions de grande ampleur pour améliorer les conditions sanitaires de ces personnes.

RÉFÉRENCES

- [1] Dowler E. Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public Health Nutr* 2001; 4:701-9.
- [2] Bellin-Lestienne C, Deschamps 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.
- [3] De la Rochère B. La santé des sans domicile usagers des services d'aide. *Insee Première*, 2003; 893:1-4.

Consommations alimentaires et place de l'aide alimentaire chez les personnes incluses dans l'étude Abena, 2004-2005

Constance Bellin-Lestienne¹, Valérie Deschamps¹, Amivi Noukpoapé¹, Nicole Darmon², Serge Hercberg^{1,2},
Katia Castetbon (k.castetbon@smbh.univ-paris13.fr)¹

¹Usen, Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, Bobigny

²Unité mixte de recherche Inserm U557 / Inra / Cnam, Paris

INTRODUCTION

Les structures d'aide alimentaire ont le souci de distribuer des aliments en adéquation avec les recommandations, en proposant notamment à leur personnel bénévole et salarié, des formations pour la constitution de colis ou repas équilibrés d'un point de vue nutritionnel. Mais elles se heurtent souvent à de fortes contraintes d'approvisionnement. Elles sont en effet dépendantes des aides de l'État, des dons des acteurs privés ou de la population et sont souvent amenées, avec de faibles moyens, à les compléter par des achats directs [1]. La place relative de l'aide alimentaire dans l'alimentation globale des personnes servies et les stratégies individuelles d'approvisionnement alimentaire en dehors de cette aide, sont méconnues. Pourtant, ces informations sont indispensables pour ajuster au mieux la nature des aliments distribués.

Il est par ailleurs très utile d'identifier les besoins alimentaires et nutritionnels prioritaires des populations en situation de grande précarité. En effet, si les recommandations sont les mêmes pour l'ensemble de la population, les groupes les plus pauvres sont soumis à des contraintes d'approvisionnement telles que leurs consommations alimentaires peuvent s'en éloigner de façon un peu différente de ce qui est observé en population générale. La description des consommations alimentaires des personnes ayant recours à l'aide alimentaire permet donc de contribuer à la mise en place d'interventions basées sur une connaissance affinée de la situation alimentaire des personnes concernées.

D'après les données recueillies dans le cadre de l'étude sur l'alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire (étude Abena), l'objectif des premières analyses présentées ici est de décrire les consommations alimentaires des personnes incluses dans cette étude, ainsi que leurs contraintes et stratégies d'approvisionnement en matière alimentaire.

MÉTHODES

Les méthodes de sélection des sujets sont décrites dans un article précédent [2]. Quatre diététiciennes ont réalisé en 5 mois

les recueils de données sur questionnaire dans les quatre zones d'étude (Paris, Dijon, Marseille, Seine-Saint-Denis), après une période de formation et de standardisation de trois jours. Les questionnaires étaient saisis soit à l'aide d'un masque de saisie assistée par ordinateur (*Computer Assisted Personal Interview, CAPI*), soit sur un format papier dans les structures où l'utilisation de l'ordinateur était impossible. Dans la mesure du possible, la passation du questionnaire s'effectuait dans un espace isolé de l'activité de distribution alimentaire.

L'interrogatoire comprenait notamment des questions sur les approvisionnements alimentaires (critères de choix des aliments, lieux et fréquences d'approvisionnement, moyens de transport, perception de l'alimentation en qualité et quantité) et l'utilisation des centres de distribution (type, temps, fréquence, améliorations souhaitées). Un questionnaire de fréquence alimentaire mis au point d'après les repères de consommation du Programme national nutrition santé (PNNS), lorsque ceux-ci étaient chiffrés, a également été posé.

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS. Le test Anova a été utilisé pour l'analyse des données continues, et le test du χ^2 pour l'analyse des données à classes. Les données ont été pondérées sur la probabilité d'inclusion des personnes dans l'étude.

RÉSULTATS

Échantillon

Au total, 1 164 sujets ont répondu au questionnaire, avec un taux d'acceptation de 77,3 %. Les principales causes de refus de participation étaient le manque de temps (42,1 %) et le refus de donner des informations sur sa santé ou son alimentation (28,9 %).

Les femmes représentaient 59,4 % des sujets ayant répondu au questionnaire contre 57,9 % chez ceux n'ayant pas participé ($p = 0,63$). L'âge moyen des personnes ayant répondu au questionnaire était de 42,4 ans contre 44,4 ans chez celles ayant refusé d'y répondre ($p = 0,07$). Plus du tiers des sujets inclus (36,4 %) vivaient en couple, contre 50,3 % chez ceux ayant refusé de répondre au questionnaire ($p < 0,001$).

Sources d'approvisionnement et ressources alimentaires

L'aide alimentaire était citée comme première source d'approvisionnement pour l'ensemble des produits, à l'exception du pain, acheté en premier lieu dans les commerces locaux (tableau 1). La deuxième source d'approvisionnement la plus citée était le *Hard Discount*. Pour l'ensemble des commerces, le premier mode de transport pour s'y rendre cité était la marche et le second, les transports en commun.

Tableau 1

Premières sources d'approvisionnement des différents groupes d'aliments

	Sources d'approvisionnement			
	1 ^{er} lieu	%	2 ^e lieu	%
Conserves, lait UHT	Aide alimentaire	87	<i>Hard Discount</i>	9
Produits laitiers, beurre et œufs	Aide alimentaire	85	<i>Hard Discount</i>	11
Fromage	Aide alimentaire	84	<i>Hard Discount</i>	11
Viande et charcuterie	Aide alimentaire	66	Commerces locaux	19
Poisson	Aide alimentaire	76	<i>Hard Discount</i>	8
Fruits et légumes frais	Aide alimentaire	71	Marché	16
Produits surgelés	Aide alimentaire	80	<i>Hard Discount</i>	9
Produits non périssables ^a	Aide alimentaire	87	<i>Hard Discount</i>	9
Boissons	Aide alimentaire	42	<i>Hard Discount</i>	39
Pain	Commerces locaux	44	Aide alimentaire	36

^a pâtes, riz, céréales, farine, sucre, condiments

Près de 70 % (69,6 %) des sujets déclaraient posséder un réfrigérateur et 51,5 %, un congélateur. Au total, 31,7 % des sujets avaient accès à un four à micro-onde, 41,2 % à un four classique, 69,5 % à des plaques de cuisson et 10,1 % à une bouilloire. Des espaces suffisants de stockage d'aliments étaient disponibles pour 50,6 % des sujets, et 44 % possédaient un caddy.

En moyenne, les dépenses alimentaires mensuelles estimées par les sujets étaient de 157 €, soit 70 € par personne et par mois. La moitié des personnes interrogées déclarait dépenser moins de 60 € par personne et par mois pour l'alimentation.

Place de l'aide alimentaire

Au total, 46 % des personnes interrogées déclaraient avoir assez à manger mais pas toujours les aliments qu'elles souhaitaient, et 49,6 % déclaraient ne pas avoir assez à manger, parfois ou souvent. La durée moyenne d'utilisation de l'aide alimentaire était de 25 mois. Près de la moitié des sujets (48,6 %) déclaraient se rendre dans les structures d'aide alimentaire depuis un an ou moins, et 25 % des sujets, depuis 3 ans ou plus. Les trois-quarts (75,9 %) des personnes interrogées avaient eu recours à l'aide alimentaire plus d'une fois par mois pendant les 12 derniers mois, et 9,4 %, deux fois ou moins dans les 12 derniers mois.

Améliorations de l'aide alimentaire attendues par les bénéficiaires

Une minorité de sujets (23,2 %) déclaraient spontanément souhaiter des changements dans l'aide alimentaire. Lorsqu'une liste de changements était proposée, les changements considérés comme très importants ou importants par les sujets étaient d'avoir plus de diversité dans les aliments proposés (70,8 %), de disposer de plus de temps entre la distribution et la date limite de consommation des aliments (44,6 %), d'accéder à des aliments qui correspondent à leurs habitudes culturelles (41,1 %), et d'avoir des heures d'ouverture plus larges (40,4 %). Étaient ensuite cités la possibilité de choisir les aliments emportés (38,3 %), des changements dans l'adéquation des aliments proposés à l'âge des personnes (35,9 %) ou la mise à disposition de conseils nutritionnels (30,8 %).

Parmi les sujets interrogés, 35,3 % ne consommaient pas certains produits distribués par l'aide alimentaire car leurs traditions ne les encourageaient pas à en manger, 15,8 % car ils ne les aimaient pas ou n'avaient pas l'habitude d'en manger, 3,2 % car ils ne pouvaient pas les cuisiner et 0,6 % car ils ne savaient pas les cuisiner. Enfin, 4,2 % des sujets disaient ne pas consommer certains aliments, car ils ne les supportaient pas, pour des raisons de santé (allergies, etc.) ou pour d'autres raisons.

Fréquences de consommations alimentaires

Le nombre minimum de repas était de 2 par jour en médiane. Le nombre maximum de repas était de 3, le premier quartile du nombre de repas maximum par jour étant estimé à 2. Près de la moitié des sujets consommaient des féculents (hors légumes secs) au moins trois fois par jour (tableau 2). De même, la moitié des sujets avaient des fréquences de consommations au niveau

des recommandations du PNNS concernant la viande, les poissons ou les œufs, quoique seuls 27,3 % consommaient du poisson au moins deux fois par semaine (tableau 2). En revanche, une très faible proportion des personnes recourant à l'aide alimentaire déclarait des fréquences de consommation respectant les repères du PNNS concernant les fruits et légumes frais, en conserves ou surgelés (1,2 %) et les produits laitiers (9,2 %) (tableau 2). Parmi les personnes interrogées, 79,2 % déclaraient consommer principalement ou uniquement de l'eau, les autres consommant principalement ou uniquement d'autres boissons.

Tableau 2

Fréquences de consommation alimentaire selon les repères de consommation du Programme national nutrition santé

Groupes d'aliments	Fréquence	Paris	Marseille	Seine-Saint-Denis	Dijon	Total
Pain, pommes de terre, produits céréaliers	< 3 fois/j	57,1	33,7	51,2	56,0	51,3
	3 fois/j*	27,0	19,7	22,8	24,9	24,2
	> 3 fois/j	15,9	46,6	26,0	19,1	24,5
Fruits et légumes	< 3,5 fois/j	93,9	92,8	96,1	90,4	94,5
	3,5 à 5 fois/j	5,7	3,3	2,8	8,2	4,3
	≥ 5 fois/j	0,4	3,9	1,1	1,4	1,2
Viandes, poissons, œufs	< 1 fois/j	59,2	33,0	30,1	41,4	42,6
	1 à 2 fois/j	32,3	52,7	64,7	47,9	49,4
	> 2 fois/j	8,5	14,3	5,2	10,7	8,0
Poissons, autres produits de la pêche	< 2 fois/sem.	84,5	53,9	67,1	78,0	72,7
	≥ 2 fois/sem.	15,5	46,1	32,9	22,0	27,3
Produits laitiers	< 3 fois/j	96,6	72,4	89,2	77,1	89,4
	3 fois/j	3,3	19,9	10,5	17,5	9,1
	≥ 3 fois/j	0,1	7,7	0,3	5,4	1,5

En gras : repères de consommation du PNNS

* Repère de consommation du PNNS adapté

Par ailleurs, la majorité des sujets estimaient que leur consommation était juste celle qu'il faut pour les matières grasses ajoutées (66,7 %), pour les produits sucrés (69,9 %) et pour le sel (76,8 %). Les autres personnes estimaient que leurs consommations étaient trop importantes (matières grasses ajoutées : 21,6 % ; produits sucrés : 17,3 % ; sel : 19,4 %) ou insuffisantes. Pour l'ensemble des groupes d'aliments, les consommations alimentaires variaient de manière significative ($p < 0,01$) entre les différentes zones géographiques (tableau 2). En revanche, seules les consommations en produits laitiers variaient de manière significative entre les différents types de structures ($p < 0,001$), avec une consommation moindre chez les personnes fréquentant les structures distribuant des repas par rapport à celles fréquentant les structures de libre service.

DISCUSSION

Notre étude fournit des données originales sur les consommations alimentaires des personnes en situation de grande précarité et recourant à l'aide alimentaire, dont les contraintes sont entre autres reflétées par de faibles taux d'équipement ménager, et des dépenses alimentaires très inférieures aux seuils utilisés dans la définition de la pauvreté alimentaire [3]. Dans cet échantillon de sujets recrutés dans des associations d'aide alimentaire de quatre zones urbaines de France métropolitaine, l'aide alimentaire constitue une source d'approvisionnement de longue durée, et majoritaire, voire unique, pour la plupart des produits. La diversité de l'alimentation des personnes servies par l'aide alimentaire est donc fortement dépendante des aliments distribués par les structures, ce qui est d'ailleurs souligné comme un levier d'amélioration par les bénéficiaires eux-mêmes. Des différences importantes dans les consommations alimentaires sont notées par rapport aux recommandations du PNNS, mais également par rapport aux données disponibles en population générale [4]. Liées à un nombre de repas faible, des fréquences de consommation peu élevées sont observées, en particulier pour les fruits et légumes (fréquences de consommations ≥ 5 fois par jour entre 4 % et 25 % selon les études en population générale), ou le poisson et les viandes (fréquences de consommations de 1 à 2 fois par jour, entre 50 % et 80 % selon les études en population générale), aliments assez peu distribués par les structures d'aide. Pour les aliments tels que les féculents (fréquences de consommations ≥ 3 fois par jour

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,