



## NUMÉRO THÉMATIQUE

### Surveillance nutritionnelle des populations défavorisées : premiers résultats de l'étude Abena

#### Éditorial

#### Une situation très critique

L'InVS s'est engagé depuis plusieurs années, dans la surveillance des populations les plus défavorisées, qui, outre les nombreuses difficultés qu'elles rencontrent dans leur vie quotidienne, sont à risque particulièrement élevé de maladies. De nombreuses études dans les pays développés ont montré combien les personnes défavorisées économiquement étaient à risque élevé de diabète, maladies cardiovasculaires, cancers..., maladies chroniques dont la nutrition représente l'un des déterminants majeurs. Par ailleurs, l'obésité est particulièrement fréquente chez les personnes de faible statut socioéconomique, phénomène lié semble-t-il en grande partie, au faible coût relatif des aliments les plus caloriques et au coût plus élevé des aliments de bonne qualité nutritionnelle. Compte tenu du nombre élevé de personnes considérées comme pauvres en France (en 2003, selon l'Insee, entre 3,7 millions et 7,1 millions selon le seuil utilisé), le problème de leur état nutritionnel constitue une réelle priorité dans les actions de santé publique.

Dans son programme de travail, l'Usen a développé un axe de surveillance spécifique autour de cette question. En effet, en raison des modalités de recrutement et des contraintes liées au recueil des données, les personnes les plus pauvres sont, en général, exclues involontairement des enquêtes nationales en population générale. En 2003, le secrétariat d'État à la Lutte contre l'Exclusion et la Précarité (actuel ministère délégué à la Cohésion sociale et à la Parité) a saisi l'InVS pour que l'Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen) réalise une étude permettant de décrire les consommations alimentaires et l'état nutritionnel des personnes recourant à l'aide alimentaire. Un comité de suivi multidisciplinaire, comprenant également des représentants des principales associations d'aide alimentaire, a été associé étroitement au déroulement de l'étude proposée par l'Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen). Le choix a été fait de compléter l'approche épidémiologique par un volet socio-anthropologique. Ce numéro spécial du BEH présente les premiers résultats des deux volets de cette étude, sachant que les observations complètes feront l'objet de rapports diffusés dans quelques semaines.

Première réalisation de ce type en France, les résultats de cette étude apportent une lumière nouvelle sur une situation qu'il n'est sûrement pas abusif de juger comme très critique. Le premier article montre combien, dans les quatre zones urbaines étudiées, les situations socio-économiques et les conditions de vie des bénéficiaires de l'aide alimentaire peuvent être diverses. L'évaluation des niveaux de consommations alimentaires, décrite dans le second article, montre une très faible présence de certains groupes d'aliments fondamentaux sur le plan nutritionnel, tels que les fruits et légumes, dont la consommation est bien éloignée des repères diffusés dans le cadre du Pro-

gramme national nutrition santé (PNNS) et très en-dessous de ce qui est observé en population générale. La description des approvisionnements et des modalités de recours à l'aide alimentaire permet de comprendre ces données : alors que l'aide alimentaire n'est généralement pas conçue pour subvenir à l'ensemble des besoins nutritionnels, les personnes y recourant la décrivent, que ce soit dans le volet épidémiologique ou socio-anthropologique, comme étant leur source d'approvisionnement quasi-unique. De ce point de vue, c'est l'organisation même de l'aide alimentaire qui peut être remise en question. De façon cohérente avec ces consommations, le niveau des marqueurs de l'état nutritionnel montre que ces difficultés à accéder à une alimentation adaptée sont associées à un état morbide ou pré-morbide dont les conséquences en termes de prise en charge restent à prendre en compte. Enfin, les entretiens socio-anthropologiques, dont une des analyses est présentée dans le 4<sup>e</sup> article, permettent de mettre en évidence d'une part l'importance des liens sociaux dans les degrés de dépendance face à l'aide alimentaire, et d'autre part, la diversité des stratégies d'approvisionnement, dont le trait commun reste les immenses difficultés auxquelles doivent faire face ces personnes quotidiennement. Il ne fait aucun doute que ces résultats, même limités d'un point de vue géographique, doivent déboucher sur des décisions de politique de santé publique intégrant des mesures sociales fortes. Il sera également indispensable de répéter ce type d'étude de surveillance, dans la perspective de détecter les éventuelles évolutions de la situation, notamment à la lumière des mesures qui seront mises en place dans le cadre du PNNS.

**Pr Serge Hercberg**  
Directeur Centre de recherche  
en nutrition humaine  
d'Ile-de-France

**Pr Gilles Brücker**  
Directeur général  
de l'Institut  
de veille sanitaire

#### SOMMAIRE

<b>Caractéristiques sociodémographiques des personnes recourant à l'aide alimentaire, étude Abena, 2004-2005</b>	<b>p. 78</b>
<b>Consommations alimentaires et place de l'aide alimentaire chez les personnes incluses dans l'étude Abena, 2004-2005</b>	<b>p. 79</b>
<b>Marqueurs de l'état nutritionnel des personnes recourant à l'aide alimentaire, étude Abena, 2004-2005</b>	<b>p. 81</b>
<b>Les usages de l'aide alimentaire à la lumière des liens sociaux : un aspect du volet socio-anthropologique de l'étude Abena</b>	<b>p. 83</b>

**Coordination scientifique du numéro :**  
Katia Castetbon, Usen, Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers

# Caractéristiques sociodémographiques des personnes recourant à l'aide alimentaire, étude Abena, 2004-2005

Valérie Deschamps (v.deschamps@smbh.univ-paris13.fr)<sup>1</sup>

Constance Bellin-Lestienne<sup>1</sup>, Amivi Noukpoap<sup>1</sup>, Serge Hercberg<sup>1,2</sup>, Katia Castetbon<sup>1</sup>

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

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

## INTRODUCTION

La situation nutritionnelle des personnes vivant en situation de précarité est le plus souvent extrapolée à partir d'études analysant, en population générale, les relations entre les statuts socio-économiques les plus faibles et les comportements alimentaires [1]. L'Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen) a développé l'étude sur l'Alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire (Abena) pour répondre en partie et dans un premier temps à ce besoin de données, dans le cadre notamment du Plan alimentation insertion (PAI). L'objectif de cet article est de présenter les principales caractéristiques sociodémographiques des personnes incluses dans l'étude Abena.

## MÉTHODES

### Constitution de la base de sondage

Les structures d'aide alimentaire ont été sélectionnées à partir d'une liste à visée exhaustive, constituée lors de l'Enquête auprès des associations distributrices d'aide alimentaire (E3A), réalisée par l'UMR Inserm U557/Inra/Cnam et l'Usen. Elle incluait l'ensemble des structures distribuant de l'aide alimentaire sous forme de colis (denrées alimentaires distribuées dans des colis préparés à l'avance), repas (repas chauds ou froids servis et consommés dans la structure) ou libre service (denrées alimentaires distribuées avec un choix possible, même restreint, pour les usagers), et ce, dans un local fixe. Les structures de quatre zones urbaines (Paris, Marseille, Dijon et Seine-Saint-Denis) constituaient la base de sondage de l'étude Abena, soit 140 structures.

### Tirage au sort

Le premier degré de sondage a été stratifié sur la zone géographique et le type de structure (colis, repas et libre service), avec des probabilités d'inclusion inégales, selon le nombre moyen quotidien de personnes fréquentant la structure. Le nombre théorique de structures à enquêter (N = 12) par zone géographique a été estimé selon le nombre de sujets à inclure (hypothèses sur la prévalence de l'obésité) et la durée de l'étude (5 mois).

Le deuxième degré de sondage a été réalisé au sein des structures, avec le tirage aléatoire des sujets selon des procédures adaptées à leur mode de fonctionnement (liste préalable de personnes ayant un rendez-vous, tout venant avec un pas de sélection, etc.). Les principaux critères d'inclusion étaient d'être âgé de 18 ans ou plus, de ne pas avoir un membre du foyer déjà interrogé dans l'étude, et de comprendre le contenu et les enjeux de l'étude. Les sujets dans l'impossibilité de répondre au questionnaire (problème de langue sans présence possible d'un traducteur notamment) n'étaient pas inclus.

Les données présentées ici ont été recueillies au sein des structures d'aide alimentaire grâce à un questionnaire individuel. Les analyses ont été réalisées en pondérant les données par région et type de structure, en fonction des probabilités d'inclusion des structures dans la strate, et des sujets dans la structure.

## RÉSULTATS

### Participation à l'étude

Sur les 55 structures d'aide alimentaire contactées, l'étude n'était pas réalisable dans 18 d'entre elles, principalement par manque de place ; deux structures ont refusé que l'étude soit conduite dans leurs locaux. Les structures sélectionnées pour la conduite de l'enquête constituaient globalement un échantillon représentatif de l'ensemble des structures de la base de sondage initiale. En raison du mode de sondage, la principale différence observée portait sur la taille des structures, celles enquêtées distribuant un nombre de repas ou colis servis par jour plus important. Parmi les 1 666 personnes auxquelles l'étude a été proposée, 160 ne pouvaient être incluses dans

l'étude, principalement du fait de problèmes de langue (71,8 %). Parmi les 1 506 personnes incluables, 1 164 ont répondu au questionnaire (77,3 %). Les motifs de non participation invoqués étaient le manque de temps (42,1 %), et le refus de donner des informations sur son alimentation (28,9 %).

### Caractéristiques sociodémographiques

La proportion de femmes chez les sujets inclus était de 51,5 %. Près des trois quarts (74,2 %) des sujets avaient 35 ans ou plus (tableau). Les bénéficiaires étaient pour 89,5 % d'entre eux originaires de trois zones géographiques (pays du Maghreb, France et Afrique hors Maghreb). Les trois-quarts (75 %) des personnes nées hors de France métropolitaine y étaient arrivées après l'âge de 20 ans. Plus de la moitié des sujets déclaraient un niveau scolaire inférieur ou égal au certificat d'étude, ou son équivalent à l'étranger (tableau).

### Conditions de vie

Parmi les personnes interrogées, 65,2 % vivaient dans un appartement ou une maison, ou étaient hébergées par un proche. Au total, 35,3 % de l'échantillon a déclaré vivre en couple, et environ la moitié (51,6 %), avoir des enfants à charge (nombre moyen : 2,3).

Tableau

Principales caractéristiques sociodémographiques par zone géographique des sujets inclus dans l'étude Abena

	Paris	Marseille	Seine-Saint-Denis	Dijon	Total
<b>Nombre de sujets</b>	364	258	279	263	1 164
<b>Structure* (%)</b>					
Repas	32,7	31,0	23,3	6,5	24,2
Colis	26,6	31,8	43,0	36,5	33,9
Libre service	40,7	37,2	33,7	57,0	41,9
<b>Sexe* (%)</b>					
Hommes	73,4	54,2	24,1	36,9	48,5
Femmes	26,6	45,8	75,9	63,1	51,5
<b>Age* (%)</b>					
< 25 ans	3,1	4,4	4,4	10,7	4,1
25 - 34 ans	15,2	25,6	26,2	28,6	21,8
35-54 ans	62,9	53,4	58,8	44,9	59,2
≥ 55 ans	18,8	16,6	10,6	15,8	15,0
<b>Zone géographique d'origine* (%)</b>					
Maghreb	37,9	47,0	50,3	19,4	43,7
France	38,1	42,2	25,6	64,7	34,4
Afrique (hors Maghreb)	12,6	2,1	13,7	6,6	11,4
Asie, Amérique, Europe de l'Est, Moyen Orient, Antilles, Océanie	11,4	8,7	10,4	9,3	10,5
<b>Type de logement* (%)</b>					
Appartement, maison, hébergement chez un proche	42,8	60,6	86,5	82,4	65,3
Sans domicile fixe	30,2	5,9	3,3	1,1	14,3
Autre (Hôtel, hôtel social, CHRS**, foyer, etc.)	27,0	33,5	10,2	16,5	20,4
<b>Diplôme le plus élevé obtenu* (%)</b>					
Niveau certificat d'étude ou moins	55,9	62,5	60,8	45,3	58,5
Diplôme du secondaire (CAP, BEP, Baccalauréat technologique ou professionnel, etc.)	18,2	23,4	23,5	38,0	21,9
Baccalauréat général et plus	25,9	14,1	15,7	16,7	19,6
<b>Emploi* (%)</b>					
Occupe un emploi	6,0	2,2	6,0	7,5	5,5
Sans emploi	63,7	76,5	74,2	89,1	70,9
Situation administrative ne permettant pas de travailler	30,3	21,3	19,8	3,4	23,6

\* p < 0,001

\*\* CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

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-Lestienne<sup>1</sup>, Valérie Deschamps<sup>1</sup>, Amivi Noukpoapé<sup>1</sup>, Nicole Darmon<sup>2</sup>, Serge Hercberg<sup>1,2</sup>,  
Katia Castetbon (k.castetbon@smbh.univ-paris13.fr)<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Unité 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  $\chi^2$  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 <sup>er</sup> lieu	%	2 <sup>e</sup> 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 <sup>a</sup>	Aide alimentaire	87	<i>Hard Discount</i>	9
Boissons	Aide alimentaire	42	<i>Hard Discount</i>	36
Pain	Commerces locaux	44	Aide alimentaire	39

<sup>a</sup> 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  $\geq 5$  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  $\geq 3$  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-Lestienne<sup>1</sup>, Amivi Noukpoapé<sup>1</sup>, Valérie Deschamps<sup>1</sup>, Hervé Le Clésiau<sup>2</sup>, Guillaume Delord<sup>3</sup>, Brigitte Varsat<sup>3</sup>, Rémi Didelot<sup>4</sup>, Jean-François Rohmer<sup>5</sup>, Serge Hercberg<sup>1,6</sup>, Katia Castetbon (k.castetbon@smbh.univ-paris13.fr)<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Centre de prévention sanitaire et social, Bobigny <sup>3</sup>Centre d'examen de santé, Paris

<sup>4</sup>Centre d'examen de santé, Marseille <sup>5</sup>Centre d'examen de santé, Dijon <sup>6</sup>Unité 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/taille<sup>2</sup>) (maigre : 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/m<sup>2</sup>, 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/m<sup>2</sup>, 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/m<sup>2</sup>) 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
Maigre	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.

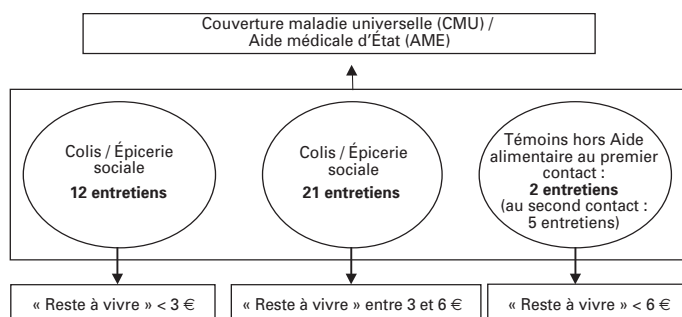
## MÉTHODES

### 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 ;

- une assistance, l'aide constituant alors l'essentiel de l'alimentation du foyer et quelques aliments étant achetés en complément ;  
- une dépendance, l'aide représentant la source exclusive de l'alimentation, les autres sources d'approvisionnements étant résiduelles (sel, ketchup, levure...).

### Effets de l'entourage sur l'alimentation

Les réponses familiales peuvent se décliner en dons en nature (aliments, équipements électroménagers), invitations à partager des repas (assortis de surplus à emporter), allant jusqu'à offrir un hébergement assurant gîte et couvert : l'aide alimentaire est alors un complément, une contribution au foyer hébergeant.

Quand la famille est éloignée, notamment du fait d'une trajectoire migratoire, certains « bénéficiaires » peuvent être accueillis à l'hôtel dans des conditions d'installation très précaires ; ces demandeurs d'asile ou ces « sans-papiers » (en l'occurrence ni régularisables, ni expulsables) relèvent régulièrement d'une dépendance exclusive face à l'aide alimentaire. Or la composition nutritionnelle moyenne d'un colis représente 800 kcal/jour/personne [7] et n'est donc pas adaptée à ce type de situation. Ils disposent cependant de savoirs techniques culinaires importants : maîtrise de la fermentation (fabrication du pain), pratique de la friture (beignets, frites artisanales), recyclage de tous les restes (pain perdu, pouding...), etc. L'accès au travail et aux minima sociaux peut faciliter l'installation dans un appartement et permet d'organiser des stocks.

La présence d'une parentèle dans l'hexagone n'est pas pour autant synonyme de contribution alimentaire et/ou matérielle. En particulier pour les personnes issues de fratries nombreuses et elles-mêmes exposées dès leur enfance à la pauvreté, les soutiens semblent limités, voire inversés : certains partagent leurs colis avec d'autres membres de leur fratrie.

La présence d'un lien de conjugalité n'est pas exempt de tensions générées par les difficultés matérielles et que l'alimentation peut cristalliser en affectant les rôles traditionnels. La prise de poids rapide, l'apparition de troubles du sommeil, de maladies chroniques perturbent les rythmes et habitudes alimentaires, affectant ainsi la vie du couple et l'image de soi. Les relations affinitaires (souvent construites à l'époque d'une insertion professionnelle, parfois sur les sites de distribution) peuvent prendre le relais du soutien familial. Nous avons pu constater que peut s'organiser alors un compagnonnage entre familles monoparentales, qui mutualisent des moyens (lieux de conservation, robots ménagers, voiture...), des compétences (échanges de techniques, partage des informations sur les réseaux d'aide alimentaire...) et des pratiques (s'approvisionner ensemble, s'échanger les denrées, se faire remplacer pour aller chercher les denrées distribuées en cas d'obligation administrative, s'inviter à manger entre soi, se mettre au régime ensemble pour maigrir...). Cela leur permet de renforcer leur capacité à « faire face », tout en limitant l'isolement social.

Au croisement de ces différences de liens sociaux, l'alimentation des enfants, plus particulièrement pour les anniversaires constitue un moment paroxystique des contraintes et possibilités de l'unité familiale (qui invite-t-on ? Peut-on rendre une invitation ? Qu'offre-t-on à manger ? Comment faire comprendre en fonction des âges, l'absence ou le rationnement de certains produits, etc.). Sur un mode plus quotidien, le goûter à l'école catalyse les tensions. Confrontés à une société globale qui valorise les produits industriels, tiraillés entre les différents impératifs financiers, les parents tentent de protéger leurs enfants des stigmates de la pauvreté économique.

### Les lieux d'approvisionnement

Les possibilités physiques d'accès [8] constituent une contrainte majeure : existence (ou non) dans le secteur de certains formes de commerces, coûts des déplacements, capacité de transport, problèmes de santé... Compte-tenu de ces éléments, 5 stratégies dominantes se dégagent (dont certaines seulement semblent pouvoir se cumuler) :

- la proximité, cette orientation est privilégiée par les familles n'utilisant pas les transports en commun et ne disposant pas de lieu adéquat de stockage. Sans ressources ou presque, elles achètent ponctuellement des condiments (sel...) et des légumes à l'unité (oignons...). Elles reconnaissent « faire les poubelles »

(origine de la plupart de l'électroménager et régulièrement de denrées comme le pain). Ce sont le plus souvent des dépendants exclusifs de colis ;

- la « baisse en gamme ». Il s'agit de conserver les mêmes lieux de chalandises (grandes et moyennes surfaces et *hard discounts*) mais en se concentrant sur les promotions et premiers prix. L'achat dans les marchés hebdomadaires (de catégorie I ou Extra) est supprimé. Cette veille constante, souvent solitaire, nécessite du temps pour « fouiner » (enfants scolarisés ou conjoint mobilisé) et des capacités de stockage. Elle semble être plus souvent le fait de personnes entrées récemment dans la précarité et/ou en déclassement social. L'épicerie sociale leur offre alors l'avantage de pouvoir maintenir un accès à des produits consommés auparavant ;

- la mutualisation d'achats chez les grossistes. Cette stratégie nécessite généralement une voiture et résulte d'une dynamique de compagnonnage qui semblerait plus présente chez les familles monoparentales ou les familles élargies. Elle s'assortit d'une capacité technique et matérielle à transformer des produits frais (notamment l'éché pour les fruits). Elle peut s'inscrire aux côtés des colis ou de l'épicerie ;

- le renoncement à la grande distribution. Cette situation est plus spécifique des familles ayant recours aux colis alimentaires et pour lesquelles le *hard discount* n'y occupe plus qu'une place marginale ; cette stratégie est synonyme d'une conversion au « marché de l'après-midi » où prévalent des fruits et légumes de catégorie II : il est alors possible de bénéficier de prix attractifs ;

- le jardinage reste anecdotique en milieu urbain mais plus significatif en milieu rural, notamment en situation de cohabitation intergénérationnelle ; il peut se conjuguer à la cueillette et plus souvent pour les exploitants agricoles au maintien d'une basse-cour.

### CONCLUSION

L'analyse des liens sociaux permet d'affiner la compréhension des usages qui sont faits de l'aide alimentaire et à même niveau de ressources disponibles, leur diversité apparaît tout à fait discriminante pour le rôle de ce type d'aide ; elle permet aussi d'appréhender la vulnérabilité de ces liens en situation de pauvreté. Les familles dotées d'un réseau diversifié peuvent y puiser quelques possibilités pour différer pour un temps les effets délétères d'une pauvreté économique structurellement organisée (par le faible niveau des minima sociaux et leurs conditions d'accès) mais elles apparaissent globalement comme en sursis tant ces situations de pauvreté s'avèrent corrosives pour l'estime de soi et l'équilibre alimentaire ; les moins soutenues sont aussi celles qui, disposant du moins de ressources financières, se trouvent livrées à la misère.

Le rapport d'étude complexifie cette analyse en intégrant d'autres variables (trajectoire professionnelle, niveau de formation, style de vie qui prévalait dans l'enfance ou avant l'entrée dans la pauvreté etc.) pour étudier aussi les usages du corps, les comportements alimentaires et les attentes face à la nourriture.

### RÉFÉRENCES

- [1] Paugam S. « La société française et ses pauvres », Paris, PUF, [1993], 2002, 317 p.
- [2] Murcott A. Nutrition and inequalities. A note on sociological approaches. Eur J Public Health 2002; 12:203-7.
- [3] Dowler E. « Poverty, Food and Nutrition » in Dowler E. (dir.), Berlin, Edition Sigma, 1997, 389 p.
- [4] Bertrand M. 20 ans de consommation alimentaire 1969-1989. Insee première 1992 ; 188:26-35.
- [5] Caillavet F, Combris P, Perchard S. L'alimentation des ménages à bas revenu en France, Alimentation et précarité 2002 ; 16:8-16.
- [6] Darmon N, Ferguson E. Impact of a cost constraint on nutritionally adequate food choices for French women: an analysis by linear programming. J Nutr Educ Behav 2006 [In Press].
- [7] 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.
- [8] Caraher M, Dixon P, Lang T, Carr-Hill R. Access to healthy foods: part I. Barriers to accessing healthy foods: differentials by gender, social class, income and mode of transport. Health Educ J 1998; 57:191-201.