

Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire

Etude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005

Mars 2013

Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire

Etude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005

Mars 2013

D. Grange¹, K. Castetbon², G. Guibert¹, M. Vernay², H. Escalon³, A. Delannoy¹, V. Féron¹, C. Vincelet¹.

¹ Observatoire régional de santé Île-de-France

² Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Institut de veille sanitaire – Université Paris 13)

³ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Personnes impliquées dans la conduite de l'étude Abena 2011-2012

Observatoire régional de santé Île-de-France (ORS-ÎdF)

Gaëlle Guibert, Dorothée Grange, Valérie Féron, Alexandra Delannoy, Catherine Vincelet

Appui statistique : Edouard Chatignoux, Cécile Sommen

Réalisation du recensement des structures d'aide alimentaire : Myriam Dalbarade

Enquêtrices dans les structures d'aide alimentaire : Elise Chavy, Doris Doucet, Barbara Martins Goncalves, Annabelle Lancien, Marie Laroche, Adelyne Tremblin

Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen, Institut de veille sanitaire - Université Paris 13)

Michel Vernay, Valérie Deschamps, Katia Castetbon

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Hélène Escalon

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Marianne Storogenko

Les examens de santé ont été réalisés par :

Le département des examens périodiques de l'adulte de Paris (CPAM de Paris) : Dr Delord, Dr Varsat

Le centre d'examens de santé de Dijon (CPAM de la Côte d'Or) : Dr Jemelen

Le centre d'examens de santé de Bobigny (CPAM de Seine-Saint-Denis) : Dr Le Clésiau, Dr Larroque

Le centre d'examens de santé de Marseille (CPAM des Bouches-du-Rhône) : Dr Didelot

Le centre municipal de santé de la ville de Malakoff : Dr May

Le centre municipal de santé de la ville de Vitry-sur-Seine : Dr Beaupin

Le centre municipal de santé de la ville de Champigny-sur-Marne : Dr Lopez

Le centre municipal de santé de la ville de Gennevilliers : Dr Tyrode, Dr Cartier

Le centre municipal de santé de la ville de Nanterre : Dr Colombani, Dr Terra

Les analyses biologiques ont été réalisées par :

Le laboratoire du département des examens périodiques de l'adulte de Paris (CPAM de Paris) : Dr Carrau, Dr Gabai

Le laboratoire du centre d'examens de santé de Dijon (CPAM de la Côte d'Or) : Dr Bidan

Le laboratoire Bonhoure pour le centre d'examens de santé de Bobigny : Dr Bonhoure, Dr Salabelle

Le laboratoire du centre d'examens de santé de Marseille (CPAM des Bouches-du-Rhône) :
Dr Guenoun

Le laboratoire du centre municipal de santé de la ville de Malakoff : Dr Vu

Le laboratoire du centre municipal de santé de la ville de Vitry-sur-Seine : Dr Méchain

Le laboratoire du centre municipal de santé de la ville de Champigny-sur-Marne : Dr Dejardin

Le laboratoire du centre municipal de santé de la ville de Gennevilliers et de la ville de
Nanterre : Dr Daikha

L'Institut de biologie et de pathologie du centre hospitalier universitaire de Grenoble : Pr Faure,
Pr Polack, Dr Laporte, Dr Ducros.

Comité de pilotage

M. Alberto (ARS-ÎdF), C. Alloncle (DRJSCS Bourgogne), M. Astier Dumas (Restaurants du
Cœur), L. Bacchioni (ARS-Paca), F. Caillavet (INRA), J-P. Carrau (CPAM Paris), K. Castetbon
(Usen, InVS-Paris 13), C. César (Inpes), C. Charpentier (CRF), M. Chauliac (DGS),
H. Colombani (CMS 92), P. Coulomb (DGAL), A. Cousin (Andes), S. Danet (DREES),
N. Darmon (Inra), F. Delaere (DRIAAF), A. Delannoy (ORS-ÎdF), V. Deschamps (Usen, InVS-
Paris 13), M. Duée (Insee), H. Escalon (Inpes), V. Féron (ORS-ÎdF), H. Gamble (CPAM Paris),
Y. Gayraud (CMS 94), D. Grange (ORS-ÎdF), I. Grémy (InVS), G. Guibert (ORS-ÎdF),
J. Henny (CETAF), S. Hercberg (Usen, Uren), P. Jemelen (CES Dijon), C. Larroque (CES
Bobigny), N. Lauer (DRJSCS Bourgogne), P. Lefelle (FFBA), C. Leroy (DRIAAF), M. Lony
(FFBA), R. Lopez (CMS 94), C. Méjean (Uren, Inserm-Inra-Cnam-Paris 13), M. Moisy
(DREES), J. Necciari (Restaurant du cœur), G. Pion (DGAL), M. Pouvelle (ARS-ÎdF),
B. Raimbault (CRF), L. Razanamehefa (DGS), P. Rodier (Secours populaire français),
M J. Rozière (FFBA), N. Sénécal-Garnier (ORS-ÎdF), C. Sommen (ORS-ÎdF), L. Souliac
(DGAL), M. Storogenko (DGCS), M. Vanbana (CMS 92), B. Varsat (CES Paris), M. Vernay
(Usen, InVS-Paris 13), J. Verstraeten (CMS 92), G. Vetillard (CRF), C. Vincelet (ORS-ÎdF),
F. Yaouancq (Insee).

Le comité de pilotage a été réuni les 4 mars 2011, 13 mai 2011, 20 octobre 2011 et le 22 octobre
2012.

Remerciements

Aux usagers rencontrés dans les structures d'aide alimentaire ayant accepté de répondre au questionnaire et de participer à l'examen clinique et biologique

Aux personnes bénévoles ou salariées des structures distributrices d'aide alimentaire ayant accepté que le recueil de données ait lieu dans leur structure, accueilli les enquêtrices et contribué au bon déroulement du terrain de l'enquête

Aux personnels des Centres d'examens de santé des Caisses primaires d'assurance maladie et des centres municipaux de santé pour la réalisation des examens cliniques et biologiques

Aux personnels des laboratoires des Centres d'examens de santé des Caisses primaires d'assurance maladie, des centres municipaux de santé et de l'Institut de biologie et de pathologie du Centre hospitalier universitaire de Grenoble pour la réalisation des bilans biologiques

A la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) et au Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé (Cetaf)

Aux personnes ayant relu tout ou partie de ce rapport : Jocelyne Boudot (Inpes), Christine Bouveresse (InVS), Christine Canet (ORS-ÎdF), Jean-Claude Desenclos (InVS), Michel Duée (Insee), Isabelle Grémy (InVS), Marianne Storogenko (DGCS)

Financement

L'étude a bénéficié d'un financement de l'InVS, de la DGCS, de l'IAU Île-de-France pour l'ORS Île-de-France, et de l'Inpes.

Citation recommandée

D. Grange, K. Castetbon, G. Guibert, M. Vernay, H. Escalon, A. Delannoy, V. Féron, C. Vincelet. Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Etude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005. Observatoire régional de santé Île-de-France, Institut de veille sanitaire, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, mars 2013, 184 pages.

Résumé

La première étude Abena réalisée en 2004-2005 par l'InVS avait permis de décrire les profils sociodémographiques et économiques, l'alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Alors que le contexte économique et social a changé, de même que l'organisation de l'aide alimentaire, l'étude a été reconduite en 2011-2012 pour réaliser un nouvel état des lieux et mesurer les évolutions depuis 2004-2005.

Cette nouvelle étude transversale a été conduite dans six territoires urbains (Paris, Marseille, Grand-Dijon, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Hauts-de-Seine) au cours de l'hiver 2011-2012. Les participants ont été recrutés selon un tirage au sort à deux degrés (structures d'aide alimentaire puis usagers). Le recueil des données a été réalisé en face-à-face dans les structures, auprès de 2 019 personnes et complété pour 422 d'entre elles, par un examen clinique et biologique dans un centre de santé. L'ensemble des analyses a été réalisé en tenant compte des probabilités d'inclusion et du plan de sondage. Les évolutions ont été analysées sur les quatre territoires communs aux éditions 2004-2005 et 2011-2012 (Paris, Marseille, Dijon, Seine-Saint-Denis), à l'aide de tests du Chi2 et de régressions logistiques afin de prendre en compte les évolutions des caractéristiques sociodémographiques.

En 2011-2012, l'état de santé des usagers de l'aide alimentaire demeurait préoccupant avec des prévalences des pathologies liées à la nutrition particulièrement élevées (obésité, hypertension artérielle (HTA), diabète, certains déficits vitaminiques) et une évolution contrastée depuis 2004-2005 (favorable pour l'anémie par déficit en fer mais défavorable pour l'obésité et l'HTA). L'étude souligne en outre l'écart important entre les consommations de certains groupes d'aliments et les recommandations nutritionnelles, en particulier pour les fruits et légumes et les produits laitiers, bien que de légères améliorations aient été observées depuis 2004-2005. L'étude rappelle par ailleurs les conditions de vie difficiles des usagers de l'aide alimentaire, en termes notamment d'isolement, de difficultés de logement, de faibles niveaux de diplôme, de difficultés face à l'emploi, ainsi que d'accès et de renoncement aux soins. De plus, une part importante des usagers était dépendante de l'aide alimentaire pour se procurer des aliments, l'aide alimentaire étant même, pour certains aliments, la source exclusive d'approvisionnement.

Ce constat s'inscrit dans le contexte actuel de crise économique et de discussions sur les modalités de financement de l'aide alimentaire via notamment le Programme Européen d'Aide aux plus Démunis et les instances nationales. Les données de cette étude peuvent être utiles pour les décideurs et les associations, l'amélioration de l'aide alimentaire devant se poursuivre, en complément d'une politique économique et sociale plus globale visant notamment à réduire les inégalités sociales de santé.

Sommaire

1. Introduction	9
1.1. Problématiques nutritionnelles des populations les moins socioéconomiquement favorisées ou bénéficiant de programmes d'aide sociale	11
1.1.1. Consommations alimentaires	12
1.1.2. Etat nutritionnel.....	13
1.2. Eléments clés de l'étude Abena 2004-2005	14
1.3. Programmes nationaux concernant l'aide alimentaire en France.....	15
2. Objectifs et Méthodes	19
2.1. Objectifs	20
2.2. Méthodes	20
2.2.1. Population d'étude et échantillonnage	20
2.2.2. Recueil des données.....	25
2.2.3. Traitement des données et analyses	28
3. Caractéristiques de l'échantillon	31
3.1. Caractéristiques des structures d'aide alimentaire	33
3.2. Participation des structures d'aide alimentaire à l'étude Abena 2011-2012	35
3.3. Participation des usagers de l'aide alimentaire à l'étude Abena 2011-2012.....	37
3.3.1. Participation des usagers au questionnaire.....	37
3.3.2. Participation des usagers à l'examen clinique et biologique.....	39
4. Profils sociodémographiques et conditions de vie	41
4.1. La situation en 2011-2012.....	43
4.1.1. Caractéristiques démographiques et de l'habitat.....	43
4.1.2. Environnement familial et social	47
4.1.3. Diplôme, emploi et revenus	49
4.1.4. Accès aux soins.....	53
4.2. Evolutions entre 2004-2005 et 2011-2012	55
4.2.1. Evolution des caractéristiques démographiques et de l'habitat.....	55
4.2.2. Evolution de l'environnement familial et des profils socioéconomiques	57
5. Approvisionnements alimentaires et recours à l'aide alimentaire	59
5.1. La situation en 2011-2012.....	61
5.1.1. Approvisionnements alimentaires.....	61
5.1.2. Recours à l'aide alimentaire.....	67
5.1.3. Perceptions et opinions sur l'aide alimentaire reçue.....	71

5.2. Evolutions entre 2004-2005 et 2011-2012	77
5.2.1. Evolution des approvisionnements alimentaires	77
5.2.2. Evolution du recours à l'aide alimentaire	81
5.2.3. Evolution des perceptions et opinions sur l'aide alimentaire reçue	81
6. Consommations alimentaires	85
6.1. La situation en 2011-2012	87
6.1.1. Prises alimentaires	87
6.1.2. Insécurité alimentaire	87
6.1.3. Fréquences de consommation alimentaire	89
6.1.4. Consommation de boissons	95
6.2. Evolutions entre 2004-2005 et 2011-2012	97
6.2.1. Evolution de l'insécurité alimentaire	97
6.2.2. Evolution des fréquences de consommation alimentaire	97
7. Etat de santé	101
7.1. La situation en 2011-2012	103
7.1.1. Pression artérielle	103
7.1.2. Anthropométrie	105
7.1.3. Marqueurs biologiques nutritionnels	107
7.1.4. Santé perçue et maladie chronique déclarée	111
7.1.5. Sommeil	111
7.1.6. Santé dentaire	113
7.1.7. Tabagisme	115
7.2. Evolutions entre 2004-2005 et 2011-2012	117
7.2.1. Evolution de l'hypertension artérielle et de l'obésité	117
7.2.2. Evolution des marqueurs biologiques nutritionnels	119
7.2.3. Evolution de la perception de l'état de santé	121
7.2.4. Evolution du tabagisme	121
Discussion	123
Conclusion	135
Références	139
Annexes	149

1.Introduction

Le renouvellement de l'étude sur l'alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire (Abena) pendant l'hiver 2011-2012 permet une description de la situation nutritionnelle d'une population considérée comme présentant des risques élevés. En effet, les personnes ayant recours à l'aide alimentaire connaissent des contraintes dans leurs conditions de vie qui ont un impact sur, entre autres, leur santé nutritionnelle, même si le recours à l'aide alimentaire devrait normalement permettre d'en atténuer les effets délétères.

La première étude Abena, réalisée pendant l'hiver 2004-2005 par l'InVS, avait donné lieu à une description des profils sociodémographiques et des difficultés alimentaires et nutritionnelles rencontrées par les utilisateurs de l'aide alimentaire dans quatre zones urbaines en France (1) (2). La réédition de cette étude, selon un protocole similaire à celui utilisé en 2004-2005, permet une présentation actualisée de ces différents aspects, alors que le contexte économique et social ainsi que le contexte de l'aide alimentaire ont profondément changé. Ces informations permettront, en outre, de contribuer à la réflexion sur l'amélioration de l'organisation de l'aide alimentaire en France.

1.1. Problématiques nutritionnelles des populations les moins socioéconomiquement favorisées ou bénéficiant de programmes d'aide sociale

D'une façon générale, les difficultés alimentaires et nutritionnelles des populations pauvres et précaires sont abordées de façon disparate. L'un des éléments pivot pouvant expliquer ce constat concerne la définition, en amont, des populations concernées par le champ d'analyse. Plusieurs approches sont envisageables : il est en effet possible de prendre en compte la notion de pauvreté monétaire, mais aussi l'absence de réseau social ou encore l'insécurité alimentaire ou financière, qui signent les situations de précarité pouvant évoluer négativement dans le temps. Les données économiques disponibles en France montrent qu'après une période de stabilisation depuis le milieu des années 1990, la pauvreté monétaire relative (60% du revenu médian) augmente depuis 2004. Le seuil de pauvreté s'établit à 964 euros mensuels en 2010 pour une personne seule et 8,6 millions de personnes (14,1% de la population) vivent en dessous de ce seuil, avec un taux de pauvreté particulièrement préoccupant pour les familles monoparentales (32,2% en 2010) (3). Les risques d'exclusion durable semblent particulièrement concentrés sur certains groupes sociaux tels les adultes isolés, notamment les femmes âgées de plus de 75 ans, les familles monoparentales, et les jeunes adultes sans qualification (4).

Par ailleurs, selon l'étude Individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca-2) réalisée en 2006-2007, 12% des adultes en population générale vivaient dans des ménages se trouvant dans une situation d'insécurité alimentaire (personnes déclarant ne pas avoir assez à

manger, souvent ou parfois, ou ne pas pouvoir manger tous les aliments qu'elles souhaitaient pour des raisons financières (5)).

Plus largement, les études en population générale permettent de dessiner un tableau des risques nutritionnels des populations précaires et pauvres, en comparant ces risques avec ceux des personnes vivant dans des conditions plus favorables d'un point de vue économique et social. Il est à noter que, pour autant, les personnes regroupées dans les catégories « les moins favorisées » ne sont pas forcément des personnes « pauvres » selon la définition monétaire par exemple. Cependant, des spécificités nutritionnelles des personnes les moins favorisées d'un point de vue économique et social émergent.

1.1.1. Consommations alimentaires

Les caractéristiques alimentaires des populations les moins favorisées socioéconomiquement comprennent une moindre adhésion aux recommandations nutritionnelles de façon globale (6) (7) et une moindre diversité de leur alimentation (8) par rapport à ce qui est observé dans les catégories plus favorisées. Ces personnes consomment en général moins de fruits et légumes en quantité ou en fréquence (9), et de façon moins diversifiée (10) que les personnes vivant dans des conditions socioéconomiques plus favorables. Ce type de disparités est également retrouvé pour le poisson (11) (12) de façon marquée. Pour d'autres groupes, comme les produits laitiers (13) (14), les viandes (12) ou les féculents (15), les variations selon le statut socioéconomique sont observables sur des sous-groupes de ces aliments, avec pour certains, une plus forte consommation de la part des populations de faible niveau socioéconomique. Ce pourrait être le cas du lait (14), des aliments sucrés (16), de certains féculents raffinés, des viandes transformées et des matières grasses ajoutées (17) (18). Cependant, les études ne sont pas forcément cohérentes entre elles, parfois pour des raisons culturelles et de perception de l'alimentation propres aux pays ou aux régions dans lesquels ces études sont conduites. Rappelons aussi à nouveau que ce qui est observé dans les groupes de Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) ou d'éducation les moins favorisés peut être assez différent de ce qui est observé dans les populations pauvres à proprement parler.

Les conséquences de ces variations sur les apports en macronutriments sont finalement assez peu marquées, que ce soit en termes d'énergie et d'apports en glucides, lipides et protéines (17), en raison des substitutions au sein de groupes d'aliments. En revanche, les apports en micronutriments (vitamines et minéraux), qui sont très directement dépendants de la consommation d'aliments spécifiques comme les fruits et légumes, connaissent des variations assez importantes, parallèles à celles observées pour ces aliments (19). Au final, dans les populations défavorisées ou précaires, l'écart par rapport aux recommandations nutritionnelles est particulièrement important (20), ce de façon plus marquée qu'en population générale (dans laquelle des écarts non négligeables sont aussi observés toutefois (21)). Le manque de diversité de l'alimentation est un des éléments explicatifs de ces observations.

Les raisons pour lesquelles des sous-groupes de populations sont particulièrement susceptibles d'avoir des consommations alimentaires défavorables sont souvent complexes et multiples. Concernant les personnes de faible statut socioéconomique, la faible accessibilité physique à des aliments de valeur nutritionnelle élevée a été mise en évidence, grâce notamment aux approches géographiques intégrées à celles de l'épidémiologie (22). En effet, il a pu être montré que les populations les plus défavorisées avaient un accès plus réduit à une alimentation de bonne qualité, tandis que les aliments de qualité médiocre se trouvaient être relativement aisés d'accès (23). Un autre élément charnière pouvant expliquer les disparités socioéconomiques (24) est le coût des aliments et des apports alimentaires respectant les recommandations, élevé pour ceux de bonne qualité et relativement faible pour ceux les moins intéressants d'un point de vue nutritionnel (25) (26). Les études d'intervention contrôlées évaluant l'intérêt d'aides financières directes ou par l'intermédiaire de coupons d'achat ont permis de souligner le rôle joué par le coût des aliments (27), sans pour autant négliger l'utilité de l'information sur l'amélioration des comportements (28). Enfin, l'exposition à la publicité alimentaire, possiblement accompagnée de connaissances nutritionnelles incomplètes, jouerait également un rôle dans le gradient socioéconomique observé des comportements alimentaires (29).

1.1.2. Etat nutritionnel

Les conséquences de tels comportements alimentaires sont mesurables à moyen ou long terme par le biais d'indicateurs nutritionnels comme la corpulence, la pression artérielle, les lipides sanguins ou encore le statut en vitamines et minéraux. En population générale, l'activité physique et la sédentarité ont aussi un rôle largement démontré (30) dans l'installation du surpoids, de l'obésité et du risque cardiovasculaire global. Dans le cas des populations précaires et pauvres, cette implication est beaucoup plus difficilement interprétable (31) (32) (33). Par ailleurs, il n'existe pas d'outil de recueil de l'activité physique et de la sédentarité qui soit complet, fiable et facilement utilisable dans le cadre d'une étude contrainte comme Abena. Dans ces conditions, les études Abena se limitent à l'interprétation des marqueurs de l'état nutritionnel en lien principalement avec l'alimentation.

Si l'on considère la corpulence, et bien que son lien univoque avec les comportements alimentaires reste discutable (34), des disparités socioéconomiques sont observées dans de nombreuses études en population générale (35), y compris en France (36) (37). Ce gradient est particulièrement marqué pour les femmes, en particulier celles recevant de l'aide alimentaire (38) (39) (40) (41) (42) (43). Chez les hommes, les variations de corpulence selon le statut socioéconomique sont généralement moins marquées (37). Notons par ailleurs que le gradient socioéconomique se retrouve également chez les enfants, quel que soit leur âge

(44). De plus, si une stabilisation des prévalences globales a été observée chez les enfants en population générale, en France (45) (46) comme dans de nombreux autres pays (47), les auteurs soulignent que cette stabilisation concerne différemment les enfants selon leur statut socioéconomique et leurs conditions de vie.

Les autres risques nutritionnels sont moins bien documentés, bien qu'ils semblent également plus fréquents dans les populations les moins favorisées. Cela semble être le cas pour l'anémie (48) et pour les risques de déficits en vitamines et minéraux antioxydants, marqueurs en général des apports en fruits et légumes (49) (50) (51). En ce qui concerne le risque cardiovasculaire, il apparaît plus fréquent dans les populations les moins favorisées mais pas de façon homogène si bien qu'il est difficile de conclure à une réelle augmentation des risques : par exemple, des inégalités selon le niveau d'étude sont rapportées pour les principaux facteurs de risque cardiovasculaires, comme l'hypertension artérielle, les lipides sanguins ou encore le syndrome métabolique mais de façon variable selon les études (52) (53) (54) (55).

1.2. Eléments clés de l'étude Abena 2004-2005

Après une étude préparatoire (56) ayant permis de recenser et décrire le fonctionnement et les difficultés rencontrées par les associations distribuant de l'aide alimentaire, la première édition de l'étude Abena a été mise en place pour décrire les comportements alimentaires et l'état nutritionnel des personnes ayant recours aux épiceries sociales, aux distributions de colis (paniers) et de repas, dans quatre zones urbaines (Paris, Seine-Saint-Denis, Grand-Dijon, Marseille) (1) (2). L'édition 2004-2005 d'Abena comprenait également, en complément de l'approche épidémiologique, un volet socio-anthropologique destiné à améliorer la compréhension des éléments quantitatifs obtenus (57).

Un échantillonnage aléatoire avait été constitué pour inclure des bénéficiaires de l'aide alimentaire âgés de 18 ans et plus, dans les quatre zones urbaines mentionnées. Ils ont répondu à des questions portant sur leurs caractéristiques sociodémographiques et économiques, leurs approvisionnements alimentaires, y compris par l'aide alimentaire, et les fréquences de consommation des principaux groupes d'aliments. Il leur était également proposé de passer un examen clinique et biologique dans les Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie.

Les données recueillies au cours de l'hiver 2004-2005, sur un échantillon de 1 164 bénéficiaires, ont permis de mettre en évidence plusieurs types de difficultés nutritionnelles plus fréquentes qu'attendu initialement (2) dans cette population. Ainsi, plus de 70% des individus déclaraient l'aide alimentaire comme unique source d'approvisionnement pour de nombreux groupes d'aliments. Le budget consacré à l'alimentation était estimé en moyenne à 70 euros par personne et par mois. Une très faible proportion d'individus déclarait une fréquence de consommation suffisante de fruits et légumes (seul 1% déclarait en consommer au moins cinq fois par jour) et de produits laitiers (9% en consommaient trois fois par jour). Dans le même

temps, la moitié des bénéficiaires atteignait les repères de consommation pour les féculents et les « viandes-poissons-œufs » (VPO) (une à deux fois par jour), tandis que 27% d'entre eux atteignaient le repère relatif à la consommation hebdomadaire de poisson (au moins deux fois par semaine).

Les facteurs associés aux faibles consommations déclarées des principaux groupes d'aliments avaient également été recherchés (58) (59). L'hypothèse sous-jacente était qu'il pouvait exister des variations de comportements, y compris au sein d'une population globalement précaire, et que l'identification de ces déterminants pouvait contribuer à comprendre pourquoi certains individus parvenaient, en dépit des difficultés importantes rencontrées, à maintenir une alimentation relativement favorable à la santé, tandis d'autres n'y parvenaient pas.

Plusieurs facteurs sociodémographiques et économiques ont pu ainsi être identifiés. Par exemple, une faible fréquence de consommation de féculents (< 3 fois par jour) était associée à une migration nord-africaine ($p = 0,01$) et à une fréquence de repas inférieure à trois par jour ($p < 10^{-3}$). Le fait d'être né hors de France était également associé à une faible consommation de fruits et légumes ($< 3,5$ fois par jour ; $p = 0,01$) et de produits laitiers (< 2 fois par jour ; $p = 0,007$). Un faible budget alimentaire mensuel ($p = 0,0009$), le fait d'être hébergé de façon temporaire ($p = 0,01$), une utilisation récente de l'aide alimentaire ($p = 0,0002$) et la prise de moins de trois repas par jour ($p = 0,02$) étaient des déterminants d'une faible fréquence de consommation de poisson (< 2 fois par semaine).

Concernant l'état nutritionnel, des prévalences élevées d'obésité (17% globalement, 30% chez les femmes) et d'hypertension artérielle (29%), accompagnées de fréquences importantes de déficits en vitamines et minéraux (15% d'anémie et 86% de déficit en vitamine D) ont été observées parmi les bénéficiaires de l'aide alimentaire (2). La prévalence très élevée de l'obésité chez les femmes a amené à en rechercher les déterminants au sein de cette population (60). Ce risque s'est révélé augmenté avec la classe d'âge, le fait d'être née en Afrique du Nord, de vivre avec des enfants (seule ou en couple) et celui d'avoir un niveau scolaire primaire ou secondaire. Par ailleurs, les femmes en insécurité alimentaire sévère présentaient un risque moindre d'obésité. Le sens des associations, malgré l'imprécision des estimations, était cohérent avec ce qui est habituellement observé en population générale ou dans le contexte nord-américain.

1.3. Programmes nationaux concernant l'aide alimentaire en France

L'étude Abena avait initialement été impulsée par la préparation du Programme alimentation insertion (PAI) (61), complémentaire du Programme National Nutrition Santé (PNNS), mais spécifiquement ciblé sur les populations les plus défavorisées, en particulier celles se rendant

dans les structures distributrices d'aide alimentaire.¹ Au moment de la mise en place de ce programme en 2003, très peu d'informations étaient disponibles sur les comportements alimentaires et l'état nutritionnel de ces populations. Les objectifs initiaux de ce programme portaient principalement sur la formation des bénévoles, dans la perspective d'atteindre pour les bénéficiaires, un bon équilibre nutritionnel, et de faire de l'alimentation un facteur d'insertion sociale.

Suite à la diffusion des résultats de l'étude Abena 2004-2005, le constat partagé a été que les actions mises en place dans le cadre de l'aide alimentaire devaient aller au-delà de la seule formation des bénévoles et qu'une réflexion devait, de façon urgente, être engagée quant à la qualité nutritionnelle des aliments distribués et l'organisation de l'aide alimentaire. C'est dans ce contexte qu'a été mis en place le Plan triennal interministériel d'amélioration de l'aide alimentaire par le Comité interministériel de lutte contre l'exclusion (Cile) pour la période 2006-2008.² Cinq objectifs prioritaires avaient été définis, à savoir : l'adaptation quantitative et qualitative de l'aide apportée ; l'amélioration de la connaissance des réseaux de distribution ; l'optimisation des moyens logistiques de gestion et de distribution des aliments ; l'assouplissement des réglementations européennes et nationales ; et le soutien aux partenariats et aux actions locales. C'est également dans ce cadre que l'Inpes a créé des actions de formation des bénévoles de façon structurée et avec des outils pédagogiques aboutis, suite à une expérimentation réalisée en 2006-2007.³

En parallèle, le Programme National d'Aide Alimentaire (PNAA)⁴ avait été mis en place alors que le Programme Européen d'Aide aux plus Démunis (PEAD) ne fournissait plus de viande en raison de l'absence de stock au niveau communautaire. La Direction générale des affaires sociales (devenue depuis la DGCS) a alors été chargée d'acheter l'équivalent pour couvrir les besoins non couverts. Depuis, à raison de 7 à 10 millions d'euros par an, ce dispositif permet de compenser les indisponibilités pour certaines catégories d'aliments (produits carnés, poissons, fruits et légumes...), ce qui contribue à l'amélioration de la qualité de l'alimentation proposée. Le PNAA comporte d'autres prérogatives également soutenues par la Charte « pour le développement de l'aide alimentaire » de mars 2009, prérogatives qui permettent de promouvoir une meilleure structuration de l'aide, en tenant compte notamment des enjeux logistiques très importants et y intégrant, de façon plus récente, la sécurité sanitaire des aliments (microbiologique principalement). Afin d'organiser au mieux l'aide alimentaire et améliorer la qualité du service rendu à l'utilisateur, le Gouvernement a inscrit cette aide tant dans le code rural

¹ Programme Alimentation Insertion, mis en place par Mme D.Versini, secrétaire d'Etat auprès du ministre des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, chargée de la lutte contre la précarité et l'exclusion. Disponible sur : <http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/PlanAlimentationInsertion.pdf>

² Plan triennal d'amélioration de l'aide alimentaire 2006-2008. Disponible sur : <http://www.mangerbouger.fr/pro/spip.php?article55>

³ Dispositif de formation et d'accompagnement méthodologique des intervenants de l'aide alimentaire. Disponible sur : <http://www.mangerbouger.fr/pro/spip.php?article216>

⁴ Programme National d'Aide Alimentaire : disponible sur : <http://agriculture.gouv.fr/reduire-l-injustice-alimentaire.9653>

que dans le code de l'action sociale et des familles (arrêté du 8 août 2012 (62)). Trois faits marquants caractérisent cette organisation : l'habilitation des personnes morales de droits privés souhaitant bénéficier de contributions publiques, un appel à candidature pour bénéficier des crédits du PEAD et du PNAA, et la mise en place d'un recueil de données chiffrées. Les premières habilitations seront délivrées en 2013.

Ces objectifs et ces actions sont réalisés de façon coordonnée avec les instances du PNNS, qui comprend, depuis 2004, dans ses objectifs, l'amélioration de l'état nutritionnel des populations défavorisées. Le PNNS 2011-2015 (63) prévoit une mesure spécifique vers ces populations et s'appuie notamment sur les actions du Programme National pour l'Alimentation (PNA) (programme interministériel) à travers un axe commun des deux programmes intitulé « Faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité ». La réalisation de la seconde édition de l'étude Abena est incluse dans le cadre de cette dernière phase du PNNS.

2.Objectifs et Méthodes

2.1. Objectifs

La problématique des risques nutritionnels des personnes recourant à l'aide alimentaire comporte de nombreux enjeux de premier plan, qu'il est devenu nécessaire de réévaluer en raison des changements intervenus depuis 2004-2005. Ces derniers concernent l'environnement socioéconomique, ce qui conduit à faire l'hypothèse d'une évolution des profils des personnes ayant recours à l'aide alimentaire. Suites aux résultats de la première étude Abena, ces changements ont aussi concerné l'organisation de l'aide alimentaire, notamment grâce à la mobilisation des différents acteurs de ce domaine.

Le renouvellement de l'étude « Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire » en 2011-2012 (Abena 2011-2012) avait pour principaux objectifs de :

- décrire les profils sociodémographiques et économiques, l'alimentation et l'état nutritionnel des personnes ayant recours à l'aide alimentaire en 2011-2012 dans six zones urbaines en France métropolitaine : Paris, Marseille, Grand-Dijon, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Hauts-de-Seine ;
- comparer la situation avec celle observée en 2004-2005 dans les quatre zones géographiques communes à Abena 2004-2005 et 2011-2012 (Paris, Marseille, Grand-Dijon, Seine-Saint-Denis).

2.2. Méthodes

2.2.1. Population d'étude et échantillonnage

Population et type d'étude

Les personnes interrogées étaient les usagers de l'aide alimentaire fréquentant les centres de distributions d'aide alimentaire localisés dans six territoires : Paris, Marseille, Grand-Dijon, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Hauts-de-Seine. L'étude a été conduite selon un schéma d'étude transversale comparable à celui utilisé dans Abena 2004-2005 (1), avec un recrutement des sujets sur une période allant de novembre 2011 à mi-avril 2012. Les personnes à inclure ont été tirées au sort selon un plan stratifié à deux degrés : dans un premier temps, tirage au sort des structures distribuant de l'aide alimentaire et dans un second temps, tirage au sort des usagers au sein de chaque structure sélectionnée.

Base de sondage des structures de distribution d'aide alimentaire

Préalablement à l'étude, un recensement des structures à visée exhaustive a été effectué au cours du premier semestre 2011 pour les six territoires retenus. Afin d'identifier l'ensemble des structures susceptibles d'être incluses dans l'enquête et réaliser le tirage au sort, un

questionnaire a été adressé à tous les responsables des associations recensées⁵. Il comprenait des questions sur le type d'aide alimentaire distribuée, le nombre d'usagers et le nombre de paniers, de repas, ou de chèques, bons d'achats ou remboursements distribués par jour. Des questions sur les périodes d'ouverture (jours et horaires) ont par ailleurs permis de prévoir l'organisation de l'enquête.

Ce recensement a permis de collecter de l'information sur un total de 312 sites de distribution : 43 structures distribuant des repas, 32 distribuant des paniers sans choix de leur composition pour les usagers, 194 distribuant des denrées alimentaires avec un choix possible pour les usagers (en « libre-service ») et 43 distribuant des « chèques » (**Tableau 1**).

Entre 2004 et 2011, peu d'évolution était observée concernant le nombre de structures distribuant des repas dans les zones géographiques enquêtées. Ce type de distribution est particulièrement rencontré à Paris, et moins représenté à Dijon ainsi que dans les départements de la petite couronne francilienne.

Le recensement a par contre montré, à l'exception de Dijon, une diminution très importante du nombre de structures distribuant des denrées sans choix pour le bénéficiaire au profit des distributions en « libre-service ». Cependant, dans certains cas, la distinction entre libre-service et paniers pré-préparés peut être délicate lorsque le choix réel pour l'utilisateur est de fait très restreint. Entre 2004 et 2011, l'appréciation de la personne ayant répondu au questionnaire a pu également varier compte-tenu des efforts visant à une amélioration de l'offre dans les structures. Enfin, le recensement a permis d'identifier, en particulier dans les départements de Seine-Saint-Denis et des Hauts-de-Seine, des distributions de chèques ou de remboursements de denrées alimentaires (ce type d'aide n'avait pas été recherché en 2004). Néanmoins, les informations disponibles montraient que la méthodologie envisagée dans l'étude Abena n'était pas adaptée pour enquêter les usagers de ce type d'aide. Ainsi, contrairement aux distributions de denrées, les passages dans ces structures sont très occasionnels : 55% des structures n'ont pu répondre à la question sur le nombre moyen de passages par jour et 58% des répondants ont estimé le nombre moyen de passages par jour d'ouverture à moins de dix. De plus, la limite devient ténue avec des aides financières directes, sans objet alimentaire spécifié, mais qui pourtant peuvent être utilisées pour des achats alimentaires (par exemple : aide à la rentrée scolaire).

Au vu de ces constats, et compte tenu des objectifs de l'étude Abena 2011-2012, en particulier la mesure de l'évolution depuis Abena 2004-2005, il a été décidé de regrouper les structures distribuant des paniers et celles distribuant des denrées en « libre-service » et de ne pas inclure les distributions de chèques ou de remboursements de denrées alimentaires dans le protocole de l'étude.

⁵ Quelques résultats de l'étude sur les structures sont présentés dans la partie résultats de ce rapport (point 3.1. Caractéristiques des structures d'alimentaire)

Tableau 1 : Nombre de structures de distribution d'aide alimentaire recensées en 2004 et en 2011 selon le territoire

Territoire	Type de distribution	Recensement 2004	Recensement 2011
Paris	Repas	22	26
	Paniers	18	9
	« Libre-service »	18	20
	Chèques, remboursements	-	3
Seine-Saint-Denis	Repas	4	3
	Paniers	36	1
	« Libre-service »	19	42
	Chèques, remboursements	-	20
Hauts-de-Seine	Repas	-	2
	Paniers	-	6
	« Libre-service »	-	40
	Chèques, remboursements	-	10
Val-de-Marne	Repas	-	6
	Paniers	-	1
	« Libre-service »	-	35
	Chèques, remboursements	-	3
Marseille	Repas	4	5
	Paniers	23	9
	« Libre-service »	12	49
	Chèques, remboursements	-	2
Grand-Dijon	Repas	1	1
	Paniers	6	6
	« Libre-service »	3	8
	Chèques, remboursements	-	5

Caractéristiques des lieux de recrutement

Les structures de distribution dans lesquelles ont été inclus les sujets sont donc de deux types, et ce dans chacune des six zones géographiques :

- **Distribution de denrées alimentaires à emporter** que ce soit sous forme de paniers sans choix possible pour les usagers, ou de paniers avec choix ou de denrées distribuées en « libre-service » ;
- **Distribution de repas** (repas chauds ou froids, servis et consommés dans la structure).

L'ensemble représentait donc un total de 12 strates (6 zones urbaines $\times$ 2 types de structure). Pour être au plus proche du plan de sondage réalisé lors de la première étude Abena, un tiers de l'échantillon a été tiré au sort parmi les usagers des structures distribuant des repas et deux tiers parmi les usagers des structures distribuant des denrées alimentaires à emporter.

Les structures distribuant de l'aide alimentaire sous forme de bons d'achats, de chèques et/ou de remboursements, en dehors d'aide directe sous forme d'aliments, n'ont pas été enquêtées comme indiqué précédemment. Cependant, la part des usagers ayant bénéficié de chèques ou de remboursements de denrées alimentaires en plus de l'aide alimentaire directe a été quantifiée lors de l'étude.

Par ailleurs, les centres d'hébergement ou de réinsertion sociale ont été volontairement exclus de l'étude en raison de la population particulière qui les fréquente, même si cette population est retrouvée pour partie dans les structures enquêtées.

Tirage au sort des structures avec allocation proportionnelle

Afin que toutes les personnes bénéficiant de l'aide alimentaire dans ces structures aient la même probabilité d'inclusion dans l'enquête, les structures incluses ont été sélectionnées selon une méthode de tirage au sort attribuant à chaque structure une probabilité d'inclusion proportionnelle à sa « capacité de distribution ». Cette capacité était estimée à partir du nombre moyen d'aides distribuées par jour ou du nombre de foyers inscrits en 2010, recueillis lors du recensement préalable. Cette technique a permis de ne pas surreprésenter les personnes fréquentant les structures à capacité d'accueil limitée.

Chaque structure avait un poids égal à sa capacité de distribution divisée par la capacité totale de distribution de l'ensemble des structures. Les structures ont été triées par taille croissante dans la base de sondage (poids croissant). Un nombre aléatoire compris entre 0 et l'inverse du nombre de structures à tirer (noté n) a été généré. La première structure tirée au sort était alors celle dont le poids cumulé était le plus proche et supérieur au nombre aléatoire. Puis un tirage systématique sur les poids cumulés a été réalisé avec un pas de $1/n$ pour tirer les autres structures.

Tirage au sort des individus

Au sein de chaque structure sélectionnée au 1^{er} degré, les usagers enquêtés ont été tirés au sort aléatoirement. Le premier sujet était sélectionné aléatoirement à l'aide d'une liste de nombres au

hasard : pour chaque visite de l'enquêtrice, un nombre N était attribué au hasard (en tenant compte du nombre estimé d'usagers susceptibles de se présenter lors des jours de présence de l'enquêtrice) et l'enquêtrice devait proposer l'enquête à la N^e personne se présentant dans la structure. Les sujets suivants ont été sélectionnés une fois le questionnaire précédent terminé et en respectant une règle définie au préalable selon le fonctionnement de la structure. Par exemple, la personne sélectionnée était la première personne se présentant au niveau d'un stand alimentaire prédéfini ou encore la première personne ayant terminé son repas.

Critères d'inclusion et d'exclusion des individus

Parmi les individus sélectionnés, ont été retenus les individus qui venaient recevoir de l'aide alimentaire dans une structure de distribution, pour la première fois ou non, et qui :

- Avaient 18 ans ou plus ;
- N'avaient pas un membre de leur foyer déjà interrogé dans le cadre de l'étude ;
- Etaient capables de comprendre le contenu et les enjeux de l'étude et de répondre au questionnaire (exclusion des personnes en cas de mauvaise compréhension du français sans présence possible d'un traducteur, ou d'incapacité physique ou psychologique) ;
- Etaient les personnes directement bénéficiaires de l'aide alimentaire ;
- Avaient donné leur accord de participation après avoir reçu les informations sur l'étude.

Nombre de sujets nécessaire

L'enquête Abena 2004-2005 a servi de base de réflexion pour définir le nombre de sujets à inclure dans l'enquête Abena 2011-2012 et pour calculer la taille de l'échantillon initial.

Lors de l'enquête Abena 2004-2005 (sur quatre zones d'étude), un total de 1 666 personnes se sont vues proposer de participer à l'enquête. Parmi elles, 160 (9,6%) n'étaient pas éligibles (1). Parmi les 1 506 personnes restantes, 1 164 avaient accepté de répondre au questionnaire, soit un taux de participation de 77,3 % parmi les personnes éligibles.

Afin d'améliorer la précision des analyses secondaires, il avait été choisi d'augmenter la taille de l'échantillon par rapport à l'enquête Abena 2004-2005, et d'étendre la zone d'étude à l'ensemble des départements franciliens de proche couronne en incluant les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne. Compte tenu des moyens à disposition, un objectif de 400 questionnaires complétés par territoire avait été fixé.

Par ailleurs, dans l'étude Abena 2004-2005, le protocole prévoyait, dans la mesure du possible, d'enquêter quatre structures par strate. Pour Abena 2011-2012, après prise en compte des éléments disponibles suite au recensement des structures, du nombre de territoires étudiés et des moyens enquêteurs disponibles, il avait été décidé de réaliser l'étude dans cinq structures pour la strate « Repas » et dix structures pour la strate « Denrées », ou dans l'ensemble des structures identifiées si leur nombre total sur le territoire était inférieur. Une dizaine de structures supplémentaires ont été identifiées en cours de recueil des données. Elles ont été incluses dans l'étude si le nombre de structures présentes dans la strate était insuffisant ou dans la base de

sondage pour un nouveau tirage au sort en cas de refus ou d'impossibilité de réaliser l'étude dans une structure initialement tirée au sort.

Le volet « examen clinique et biologique » de l'étude, réalisé dans un second temps, n'a concerné qu'une partie de l'échantillon, composée des personnes ayant donné leur consentement éclairé et venues pour l'examen. A partir de l'expérience de la première étude, le taux de réponse favorable était estimé à un maximum de 30%, conduisant, sur la base de 400 personnes par territoire incluses dans le volet questionnaire, à réaliser ce volet auprès de 120 personnes par territoire, soit un effectif théorique total de 720 examens.

2.2.2. Recueil des données

Prise de contact avec les structures de distribution tirées au sort

Les structures de distribution tirées au sort ont été contactées directement par l'équipe de l'enquête. Une information a par ailleurs été délivrée aux associations fédératives telles que la Fédération Française des Banques Alimentaires et les fédérations nationales représentées dans le comité de pilotage de l'étude (Association Nationale de Développement des Épiceries Solidaires, Restaurants du cœur, Secours populaire français et Croix-Rouge française). Une information des personnes bénévoles ou salariées de la structure a été réalisée par une enquêtrice au sein de chaque structure ayant accepté de participer.

Sélection des sujets, prise de contact, et accord de participation

Six enquêtrices, dont cinq diététiciennes, ont réalisé le recueil des données au sein des structures de distribution d'aide alimentaire, chaque enquêtrice étant affectée à un territoire donné. Chaque enquêtrice s'est rendue à plusieurs reprises dans les structures tirées au sort au sein du territoire considéré afin d'inclure le nombre d'usagers prévu dans l'étude. Elle proposait l'inclusion dans l'étude aux personnes se présentant dans la structure et selon l'échantillonnage aléatoire décrit précédemment. En cas de refus de participation à l'étude, la raison invoquée était relevée, ainsi que le sexe et l'âge de la personne.

En cas d'accord de participation (obtenu oralement pour le volet questionnaire), les sujets recrutés pour l'étude étaient reçus par l'enquêtrice dans un espace garantissant au mieux la confidentialité de l'entretien. Il leur était proposé de répondre à un questionnaire immédiatement ; éventuellement, un rendez-vous a pu être pris pour y répondre ultérieurement si la personne était dans l'impossibilité de rester sur le moment.

A l'issue du questionnaire, l'enquêtrice proposait à la personne de participer au volet clinique et biologique. Si elle en acceptait le principe, il lui était remis une note d'information et lui était proposé un contact avec un médecin par téléphone. Après signature du consentement pour cet examen, un rendez-vous dans le centre de santé du territoire concerné était fixé. Des titres de transports étaient distribués aux personnes qui le souhaitaient pour leur permettre de se rendre au centre de santé.

Données recueillies : modalité et contenu

Questionnaire

Le questionnaire comportait des informations sur (**Annexe 1**) :

- le recours à l'aide alimentaire : types d'aides, fréquence, historique du recours, améliorations souhaitées ;
- les modes d'approvisionnement alimentaire : lieux ou moyens d'obtention, « glanage », recours à la restauration collective pour les jeunes enfants ;
- les consommations alimentaires : répartition des prises alimentaires, fréquences de consommation de groupes d'aliments tels que définis dans le PNNS ;
- l'insécurité alimentaire : situation globale du foyer, situation pour les adultes et pour les enfants ;
- la santé et l'accès aux soins : état de santé perçu, pathologie chronique, santé bucco-dentaire, tabagisme, consommation d'alcool, sommeil, couverture maladie et renoncement aux soins, histoire pondérale ;
- des données sociodémographiques : âge, sexe, pays de naissance, niveau de diplôme, situation professionnelle, revenus, reste à vivre, budget consacré à l'alimentation ;
- l'environnement familial et social : composition du foyer, type de logement, équipements, isolement social.

Les personnes se voyaient également proposer en fin de questionnaire une mesure du poids, de la taille et de la pression artérielle au sein de la structure de distribution. La passation du questionnaire a duré en moyenne 35 minutes.

Pour la mesure de la pression artérielle, les enquêtrices disposaient d'un tensiomètre automatique Omron® M5-I. Les mesures étaient effectuées selon un protocole standardisé : une première mesure de la pression artérielle était effectuée au bras droit, puis une seconde mesure était réalisée au bras gauche. Une troisième mesure était réalisée au bras ayant la mesure la plus élevée, dans un délai minimal d'une minute après la dernière prise. Le choix du bras de référence était réalisé selon le schéma suivant : bras ayant la pression artérielle systolique (PAS) la plus élevée ou bras ayant la pression artérielle diastolique (PAD) la plus élevée si les deux PAS étaient identiques ou dernier bras mesuré si les deux mesures étaient identiques. En cas d'obésité, un brassard de taille adaptée était disponible. Si la mesure de la pression artérielle n'était pas possible à un bras (handicap, hémiplegie...), deux mesures étaient réalisées au bras accessible.

Pour la mesure du poids et de la taille, les enquêtrices disposaient d'un pèse personne électronique (Seca® Bellissima 841) et d'une toise électronique à ultrasons Soehnle®. La personne restait habillée (hors manteau) lors des mesures du poids et de la taille et, selon les circonstances, elle enlevait ou gardait ses chaussures, conditions notées dans le questionnaire. En cas de refus ou d'impossibilité de mesures, le sujet était invité à déclarer son poids et sa taille.

Examen clinique et biologique

Pour la réalisation des examens cliniques et biologiques, un partenariat a été mis en œuvre avec les centres d'examens de santé des CPAM de Paris, Dijon, Marseille et la Seine-Saint-Denis (Bobigny). En l'absence de centre d'examens de santé, le partenariat a été réalisé avec les centres municipaux de santé des communes de Nanterre, Gennevilliers et Malakoff pour les Hauts-de-Seine et de Vitry-sur-Seine et Champsigny-sur-Marne pour le Val-de-Marne,

Le bilan réalisé en centre de santé comprenait des mesures anthropométriques (poids, taille, tour de taille et tour de hanche), une mesure de la pression artérielle (selon le même protocole de mesure que dans les structures de distribution) et un recueil des médicaments déclarés par la personne. Par ailleurs, une prise de sang était réalisée en vue de doser les indicateurs suivants : glycémie à jeun, cholestérolémie (totale, LDL et HDL), triglycérides, hémoglobine, ferritine, hémoglobine glyquée, ainsi que les vitamines A, D, B9, B12, le β -carotène, le fer sérique et la transferrine. Le fait que la personne était à jeun était systématiquement renseigné, et dans le cas contraire, le délai depuis la dernière prise alimentaire ainsi que la composition (y compris les boissons) de celle-ci étaient enregistrés. Les sujets ont été considérés comme à jeun s'ils n'avaient pas consommé d'aliments ou de boissons sucrées depuis 8 heures pour la mesure de la glycémie et depuis 12 heures pour les mesures lipidiques.

Une première partie des examens biologiques (glycémie à jeun, cholestérolémie, triglycérides, hémoglobine, ferritine) a été réalisée immédiatement à l'issue de l'examen clinique et biologique par les laboratoires des centres de santé participants. Les autres dosages ont été réalisés en différé de manière centralisée au laboratoire des centres d'examens de santé de la CPAM de Paris pour l'hémoglobine glyquée et à l'Institut de biologie et de pathologie du Centre hospitalier universitaire de Grenoble pour les vitamines et minéraux.

Les procédures de réalisation des mesures biologiques effectuées par les laboratoires des centres de santé étaient celles appliquées en routine par chaque laboratoire. En outre, les centres d'examens de santé de l'Assurance maladie appliquent des procédures opératoires standardisées validées par le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (CETAF). Les procédures de réalisation des aliquotes en vue de la réalisation des dosages complémentaires étaient standardisées et faisaient l'objet d'un protocole commun fourni par l'équipe projet. Celui-ci prévoyait notamment la procédure de congélation, puis de transfert des échantillons sanguins congelés par un transporteur agréé en vue de leur stockage à - 80 °C au Centre de recherche en nutrition humaine d'Ile-de-France (Bobigny), avant tri et envoi dans les laboratoires réalisant les dosages différés.

Les résultats des dosages immédiats ont été transmis aux sujets par les centres de santé. En cas de valeurs anormales, et avec l'accord du sujet, des résultats d'analyses biologiques ont été adressés au médecin traitant. Dans le cas où le sujet n'avait pas de médecin traitant, il était orienté vers les structures de soins adaptées.

2.2.3. Traitement des données et analyses

Traitement des données recueillies

L'ensemble des données recueillies dans les structures de distribution sur questionnaire papier ont été saisies informatiquement par les enquêtrices. Des contrôles qualité ont été mis en place pour la saisie des questionnaires. Les questionnaires papier renseignés par les médecins lors des examens cliniques et biologiques ont été adressés à l'ORS Île-de-France qui en a assuré la saisie informatique. Les résultats des dosages biologiques ont été directement transmis par les laboratoires sous forme de fichiers informatisés anonymisés. Un numéro permettait de faire le lien entre les différentes bases de données.

Pour la pression artérielle, la valeur retenue était la moyenne des deux mesures au bras de référence. Si la mesure ne pouvait être réalisée qu'à un seul bras, la valeur de la pression artérielle retenue était la moyenne des deux mesures réalisées à ce bras. Si la troisième mesure n'était pas réalisée, la pression artérielle retenue était celle du bras de référence, c'est-à-dire la plus élevée. Si une seule mesure de pression artérielle était disponible, elle était retenue comme la valeur de la pression artérielle. En cas de prises de mesures de la pression artérielle en centre de santé et en structure de distribution pour un même individu, les prises de mesures de la pression artérielle réalisées en centre de santé ont été privilégiées pour les analyses.

Pour les analyses des mesures anthropométriques réalisées dans les structures d'aide alimentaire, 1 kg a été enlevé de manière systématique au poids, et si les mesures avaient été effectuées avec les chaussures, 0,5 kg supplémentaire était retiré au poids et 1,5 cm à la taille. Les femmes enceintes ont été exclues pour les analyses de la corpulence.

Pour le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC, poids (kg) / taille² (m)), les données mesurées, que ce soit en centre de santé ou dans les structures d'aide alimentaire, ont été prises en compte. Lorsque les mesures avaient été effectuées en centre de santé et dans les structures de distribution pour un même individu, les mesures effectuées en centre de santé étaient privilégiées. Les IMC calculés à partir des données de poids et taille déclarées ont été analysés séparément et n'ont pas été inclus dans les calculs de prévalence du surpoids et de l'obésité.

Seuils de référence utilisés pour les marqueurs biologiques de l'état nutritionnel

Les seuils de référence retenus étaient :

- corpulence d'après l'IMC : maigreur : $IMC < 18,5$; poids normal : $18,5 \leq IMC < 25,0$; surpoids : $25,0 \leq IMC < 30,0$; obésité : $IMC \geq 30,0$ (64) ;
- hypertension artérielle : pression artérielle systolique ≥ 140 mmHg et/ou pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg et/ou prise de médicaments hypotenseur (65) (66) ;
- anémie : hémoglobine < 12 g/dl pour les femmes et < 13 g/dl pour les hommes (67) ;
- déplétion des réserves en fer : ferritine < 15 μ mol/l (68) ;
- diabète : hyperglycémie à jeun glycémie (≥ 7 mmol/l) et/ou traitement par médicaments hypoglycémiant (69) ;

- hémoglobine glyquée élevée : $\geq 6,5\%$ (69) ;
- hypercholestérolémie : modérée : $5,2 \leq \text{cholestérolémie} < 7,0 \text{ mmol/l}$,
sévère : cholestérolémie $\geq 7 \text{ mmol/l}$ (70) ;
- hypertriglycéridémie modérée : $1,7 \leq \text{triglycéridémie} < 2,3 \text{ mmol/l}$;
sévère : triglycéridémie $\geq 2,3 \text{ mmol/l}$ (70) ;
- dyslipidémie : triglycéridémie $\geq 1,7 \text{ mmol/l}$ et/ou LDLémie $\geq 4,1 \text{ mmol/l}$ et/ou
HDLémie $\leq 1,0 \text{ mmol/L}$ et/ou prise de médicaments hypolypémiants (70) ;
- déficit en vitamine D (25(OH)D) : déficit sévère : $< 10 \text{ ng/ml}$; déficit modéré : $[10-20[\text{ ng/ml}$;
risque de déficit : $[20-30[\text{ ng/ml}$ (71) ;
- risque de déficit en folates : $< 4,4 \text{ ng/ml}$ (72) ;
- déficience en β carotènes : $< 0,3 \mu\text{mol/l}$ (2) ;
- déficience en vitamine A (rétinol) : $< 1,05 \mu\text{mol/l}$ (73).

Analyses des données

Pour chaque chapitre du rapport, deux parties ont été distinguées : d'une part une analyse descriptive des données de l'étude Abena 2011-2012 et d'autre part, une analyse des évolutions entre Abena 2004-2005 et Abena 2011-2012.

Pour la première partie, les analyses ont été présentées stratifiées principalement selon le type d'aide alimentaire (« Denrées » *versus* « Repas ») et, pour certains résultats, selon le territoire d'étude (résultats présentés dans des encadrés spécifiques).

Les analyses des données issues des questionnaires administrés en face à face dans les structures d'aide alimentaire ont été réalisées en pondérant les données par strate (territoires et types de structure) par l'inverse de la probabilité d'inclusion des structures de la strate et des usagers de la structure. La probabilité d'inclusion d'un usager au sein d'une structure était égale au nombre total d'usagers inclus dans cette structure divisé par le nombre total d'usagers éligibles venus dans la structure pendant les jours d'enquête. Les données des examens cliniques et biologiques réalisés dans les centres de santé ont été analysées en les pondérant par l'inverse de la probabilité de réalisation de l'examen clinique et biologique calculée à partir du nombre d'examens cliniques effectués et du nombre d'usagers éligibles venus dans la structure. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel STATA (version 10 ; Stata Press, College Station, TX), en utilisant la procédure svy prenant en compte le plan de sondage et la pondération. Les comparaisons des données ont été effectuées à l'aide du test du Chi2 pour les données en classes et du test de Student pour les variables quantitatives.

Afin de guider le lecteur, des points de repères nationaux ont été positionnés en bas de page dès que des informations similaires étaient disponibles. Il faut noter des structures d'âge différentes, qui rendent les usagers de l'aide alimentaire pas directement comparables à la population générale, en particulier pour les conclusions concernant l'état de santé.

Pour la seconde partie concernant les évolutions, les analyses ont été restreintes pour l'étude Abena 2011-2012 aux données des quatre territoires communs avec Abena 2004-2005, à savoir

Marseille, Dijon, Paris et la Seine-Saint-Denis. Les résultats présentés peuvent donc différer des résultats portant sur les six territoires d'Abena 2011-2012. Les analyses ont été systématiquement présentées selon le type d'aide distribuée pour les indicateurs communs aux deux études. Les données ont également été pondérées, par les poids respectifs calculés pour les deux études, que ce soit pour l'échantillon total ou pour l'échantillon de personnes ayant bénéficié d'un examen clinique et biologique. Afin de tenir compte des évolutions sociodémographiques des populations entre les deux études, des analyses multivariées ont été effectuées à l'aide de régressions logistiques ajustées sur le sexe, l'âge, la situation familiale, le pays de naissance, le niveau d'éducation et la situation professionnelle. Ces analyses permettent d'étudier dans quelle mesure les évolutions constatées pour ce qui concerne l'alimentation ou les indicateurs de l'état de santé, sont indépendantes ou non des changements de structure sociodémographique des personnes enquêtées dans les deux études.

Aspects éthiques et réglementaires

Pour la partie « questionnaire » réalisée dans les structures et totalement anonyme, les personnes recrutées ont été informées en face à face par l'enquêtrice. Pour les personnes acceptant de participer au volet clinique et biologique de l'étude, une lettre d'information leur a été remise (informations détaillées sur les objectifs et le contenu de l'enquête, ainsi que sur les droits des personnes enquêtées) et expliquée autant que nécessaire. Le consentement éclairé des personnes enquêtées, requis pour ce volet de l'étude qui comporte des dosages biologiques, a été recueilli. Cette étude a reçu une autorisation de recherches médicales de la CNIL (demande n°911287, autorisation de mise en œuvre du traitement en date du 13 septembre 2011), un avis favorable du CCTIRS (dossier n°11.370, avis favorable en date du 16 juin 2011) et un avis favorable délivré par le CPP de Créteil (dossier n°11-030, avis favorable donné le 08 juillet 2011). Enfin, la base de données constituée dans le cadre de l'enquête préalable auprès des structures de distribution d'aide alimentaire a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL (N°1503172v0).

3.Caractéristiques de l'échantillon

Tableau 2 : Recensement des structures d'aide alimentaire dans les six territoires en 2011-2012 - Abena

Nombre de structures	Marseille	Grand-Dijon	Paris	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Total
« Denrées »	58	14	29	46	43	36	226
« Repas »	5	1	26	2	3	6	43

Tableau 3 : Caractéristiques des structures d'aide alimentaire recensées selon leur type en 2011-2012 - Abena (%)

	Denrées N=226	Repas N=43	Total N=269
Appartenance à un réseau ou une fédération			
Oui	73,9	44,2	69,1
Non	16,8	32,6	19,4
Ne sait pas	9,3	23,3	11,5
Nombre de mois d'ouverture par an ^a			
12	31,0	53,7	34,5
10 - 11	34,9	29,3	34,1
8 - 9	23,9	9,7	21,7
< 8	10,2	7,3	9,7
Nombre de jours d'ouverture par mois ^b			
≥ 20	10,3	51,2	16,9
10 - 19	32,1	16,3	29,6
5 - 9	19,6	13,9	18,7
< 5	38,0	18,6	34,8
Nombres d'aides distribuées par jour d'ouverture [*]			
≥ 1 000	18,1	0,0	11,9
[100 - 1 000 [	11,5	44,2	21,9
[40 - 100 [	25,2	11,6	23,0
[20 - 40 [	17,7	25,6	13,8
< 20	14,2	14,0	17,5
Ne sait pas	13,3	4,6	11,9
Nombres de foyers inscrits en 2010 ^c			
≥ 800	10,6	-	-
[400 - 800 [	21,7	-	-
[200 - 400 [	26,1	-	-
[100 - 200 [	18,1	-	-
< 100	23,5	-	-
Critères d'attribution de l'aide [§]			
Orientation par un service social	73,2	39,0	67,9
Commission d'attribution	29,9	21,9	28,7
Reste à vivre	52,7	9,8	46,0
Quotient familial	40,6	4,9	35,1
Projet d'insertion	1,8	2,4	1,9
Participation financière demandée ^d	49,8	13,9	44,0
Durée de l'aide accordée			
Déterminée et non reconductible	23,5	4,7	19,0
Déterminée et reconductible	43,4	11,6	35,0
Indéterminée	29,6	72,1	39,8
Ne sait pas	3,5	11,6	6,1
Mise en place d'actions autour de l'alimentation et de la santé ^e	53,8	54,3	53,8

Données manquantes : ^a DM=2 dans les structures « Repas » ; ^b DM=2 dans les structures « Denrées » ; ^c DM=37 dans les structures « Repas », résultats non présentés ; ^d DM=1 dans les structures « Denrées » ; ^e DM=14 dans les structures « Denrées » et DM=8 dans les structures « Repas ».

* Le nombre d'aides correspond, pour les structures « Denrées », au nombre de paniers distribués en moyenne un jour de distribution.

§ Plusieurs réponses possibles.

3.1. Caractéristiques des structures d'aide alimentaire

En préalable à l'étude auprès des usagers, un recensement des structures distribuant de l'aide alimentaire dans un local avait été réalisé sur les six territoires début 2011.

Au total, 269 structures avaient été recensées : 226 distribuaient des denrées alimentaires à emporter et 43 distribuaient des repas (**Tableau 2**). De fortes disparités territoriales ont été observées, avec plus de la moitié des structures distribuant des repas implantées sur Paris.

Près des trois quarts des structures « Denrées » déclaraient appartenir à un réseau ou une fédération ; elles étaient 44,2% dans ce cas pour les structures « Repas » (**Tableau 3**).

Une ouverture sur les douze mois de l'année était déclarée par plus de la moitié des structures « Repas » et moins du tiers des structures « Denrées ». Un peu moins de 10% des structures étaient ouvertes moins de huit mois par an. En moyenne, tout type de distribution confondu, les structures déclaraient être ouvertes dix mois par an.

La moitié des structures distribuant des « Repas » étaient ouvertes plus de vingt jours par mois, le nombre de jours d'ouverture des structures « Denrées » étant plus variable. La médiane du nombre de jour d'ouverture des structures se situait à 2 jours par semaine.

Les structures « Denrées » distribuaient, pour 29,6% d'entre elles, plus d'une centaine de paniers par jour d'ouverture en moyenne ; 44,2% des structures « Repas » servaient en moyenne plus de cent personnes par jour d'ouverture.

Les critères d'attribution de l'aide différaient selon le type de structure, avec davantage de structures déclarant se baser sur une orientation par un service social, le reste à vivre ou le quotient familial dans les structures « Denrées ». Ainsi, seules 2,7% des structures « Denrées » déclaraient se baser sur aucun des cinq critères d'attribution cités dans le tableau, contre 43,9% des structures « Repas ».

Une participation financière était demandée aux usagers dans la moitié des structures « Denrées », beaucoup plus rarement dans les structures « Repas ». Les structures « Denrées » proposaient majoritairement une aide sur une période déterminée, le plus souvent reconductible, alors que pour les structures « Repas », la durée de l'aide accordée était le plus souvent indéterminée (72,1%).

Interrogées sur le type de denrées distribuées, les structures « Denrées » déclaraient proposer aux usagers des produits secs pour 93,4% d'entre elles, des produits frais pour 81,0% et des produits surgelés pour 76,1%. Un peu plus de la moitié des structures déclaraient proposer des actions autour de l'alimentation et de la santé, principalement sous la forme d'ateliers cuisines (pour 27,1% de l'ensemble des structures).

Points de repères de l'étude E3A de 2004 (56)

- Les trois quarts des associations interrogées déclaraient appartenir à un réseau.
- Les structures étaient ouvertes en moyenne 10 mois par an et 2 à 3 jours par semaine.
- Le principal critère retenu pour l'attribution d'une aide par les associations était l'envoi par un service social (82,6%).

Tableau 4 : Participation des structures « Denrées » selon le territoire en 2011-2012 - Abena

	Marseille	Grand-Dijon	Paris	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Total
Structures identifiées	58	14	29	46	43	36	226
Structures contactées ^a	12	14	11	11	13	13	74
<i>Structures non éligibles</i>	2	4	0	1	3	2	12
Structures éligibles	10	10	11	10	10	11	62
<i>Refus</i>	0	2	1	0	0	1	4
Structures enquêtées	10	8	10	10	10	10	58

^a Après tirage au sort selon le protocole d'étude.

Tableau 5 : Participation des structures « Repas » selon le territoire en 2011-2012 – Abena

	Marseille	Grand-Dijon	Paris	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Total
Structures identifiées	5	1	26	2	3	6	43
Structures contactées ^a	5	1	6	2	3	5	22
<i>Structures non éligibles</i>	0	0	1	0	0	0	1
Structures éligibles	5	1	5	2	3	5	21
<i>Refus</i>	1	0	0	0	1	0	2
Structures enquêtées	4	1	5	2	2	5	19

^a Après tirage au sort selon le protocole d'étude.

Tableau 6 : Causes de non éligibilité et de refus des structures contactées en 2011-2012 - Abena

Causes de non éligibilité (N=13)	Nombre de structures
Configuration du local ne permettant pas la réalisation de l'étude	7
Structures injoignables ou fermées durant la période du terrain	4
Aide distribuée de manière irrégulière et ponctuelle	1
Repas distribués à l'extérieur	1
Causes de refus (N=6)	
Incompréhension de l'intérêt d'une telle étude	2
Réorganisation interne de la structure	1
L'étude ne correspond pas à « l'esprit » de la structure	1
Pas de raison précise donnée	2

3.2. Participation des structures d'aide alimentaire à l'étude Abena 2011-2012

Au total, 96 structures (74 structures « Denrées » et 22 structures « Repas ») ont été contactées pour participer à l'étude. Celle-ci n'était pas réalisable dans 13 d'entre elles (**Tableau 4**, **Tableau 5**), principalement en raison d'une configuration des lieux ne permettant pas la réalisation d'un entretien en face à face dans des conditions, notamment de confidentialité, satisfaisantes.

Six structures (quatre structures « Denrées » et deux structures « Repas ») ont refusé de participer à l'étude, principalement pour des raisons d'incompréhension de l'intérêt d'un tel travail, de réorganisation interne qui ne permettait pas la réalisation de l'étude, ou sans aucune raison précise donnée (**Tableau 6**).

Au total, 77 structures ont accepté de participer à l'étude, 58 structures « Denrées » et 19 structures « Repas ». Le taux de participation des structures était donc de 92,8%.

Sur certains territoires, compte tenu du faible nombre de structures « Repas » existantes, l'échantillon a été constitué de l'ensemble des structures identifiées sur le territoire (c'est le cas à Dijon et dans les Hauts-de-Seine) ou de l'ensemble des structures identifiées et ayant accepté de participer (à Marseille et en Seine-Saint-Denis).

Pour les structures « Denrées », à l'exception de Dijon où l'ensemble des structures identifiées ont été contactées, les structures où les usagers ont été enquêtés étaient issues du tirage au sort.

Tableau 7 : Causes de non éligibilité des usagers de l'aide alimentaire en 2011-2012 – Abena (%)

Causes de non éligibilité (N=1 493)	%
Ne parle pas et/ou ne comprend pas suffisamment bien le français	84,1
N'est pas le bénéficiaire inscrit dans la structure	9,6
Ne comprend pas les enjeux de l'étude	5,2
Mineur	1,9

Tableau 8 : Participation au questionnaire selon le territoire et le type de structures en 2011-2012 – Abena

	Nombre de questionnaires		Taux de participation
	Proposés	Réalisés	%
Territoire			
Marseille	825	361	43,8
Dijon	708	330	46,6
Paris	919	432	47,0
Hauts-de-Seine	873	335	38,4
Seine-Saint-Denis	605	264	43,6
Val-de-Marne	648	297	45,8
Type de structure			
Denrées	3 777	1 575	41,7
Repas	801	444	55,4
Total	4 578	2 019	44,1

Tableau 9 : Causes de refus de participation au questionnaire en 2011-2012 – Abena (%)

Causes de refus (N=2 559)	%
Manque de temps, doit s'absenter	77,7
Ne veut pas donner d'informations sur son alimentation ou sur sa santé	6,4
Ne souhaite pas participer car est malade, fatigué ou n'est pas intéressé...	3,9
A peur de donner des informations / A des craintes par rapport à l'étude	0,8
Abandons en début de questionnaire	0,5
Pas de raison précise donnée	7,2
Autres raisons	3,5

Tableau 10 : Répartition des personnes enquêtées selon le territoire et le type de structures en 2011-2012 – Abena

	Marseille	Grand-Dijon	Paris	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne
Nombre de personnes enquêtées (%)						
Denrées	250 (69,2)	270 (81,8)	297 (68,7)	266 (79,4)	241 (91,3)	251 (84,5)
Repas	111 (30,8)	60 (18,2)	135 (31,3)	69 (20,6)	23 (8,7)	46 (15,5)
Total	361	330	432	335	264	297

Données non pondérées.

3.3. Participation des usagers de l'aide alimentaire à l'étude Abena 2011-2012

3.3.1. Participation des usagers au questionnaire

Parmi les 6 071 personnes à qui l'étude a été initialement proposée, 1 493 (24,6%) n'étaient pas éligibles. La proportion de personnes non-éligibles était semblable dans les deux types de structures.

La principale cause de non-éligibilité était le fait de ne pas parler et/ou ne pas comprendre suffisamment bien le français pour pouvoir répondre au questionnaire, et de ne pas être accompagné de quelqu'un pouvant aider à la traduction (84,1%) (**Tableau 7**). Cette proportion variait selon les différents territoires : de 67,4% à Marseille à 90,4% à Paris et 90,8% à Dijon.

Près de 10% des personnes non-éligibles n'étaient pas les bénéficiaires inscrits dans la structure, avec une proportion plus importante à Marseille (28,4%) que dans les autres territoires.

Le questionnaire a donc été proposé à 4 578 personnes éligibles. Au total, 2 019 personnes ont accepté de participer à l'étude, soit un taux de participation de 44,1% (**Tableau 8**). Le taux de participation était variable selon le territoire et selon le type de structure. Par ailleurs, la participation était plus importante chez les hommes (49,0%) que chez les femmes (41,4%). Les moyennes d'âge des participants et des non participants n'étaient pas significativement différentes.

Pour 27 usagers, l'entretien en face-à-face a été réalisé en présence d'un membre de la famille ou d'un ami ayant pu traduire le questionnaire avec l'enquêtrice.

La principale cause de refus de répondre au questionnaire était le manque de temps (77,7%) (**Tableau 9**).

La répartition des sujets inclus dans les différents types de structures variait en fonction du territoire (**Tableau 10**). Peu de personnes ont été incluses dans les structures « Repas » en Seine-Saint-Denis ou dans le Val-de-Marne par rapport aux autres territoires, contrairement à Marseille et Paris où les proportions de personnes interrogées dans les structures « Repas » étaient les plus importantes, ce qui reflète le nombre et la taille des structures existantes sur les différents territoires.

Tableau 11 : Participation à l'examen clinique et biologique selon le territoire et le type de structures en 2011-2012 – Abena

	Questionnaires réalisés dans les structures	Examens non proposés	Examens non réalisés		Examens réalisés	Taux de participation à l'examen (%) ^a
			Refus lors du questionnaire	Désistements après accords lors du questionnaire		
Territoire						
Marseille	361	16	199	90	56	16,2
Dijon	330	12	180	49	89	28,0
Paris	432	27	191	100	114	28,1
Hauts-de-Seine	335	12	212	50	61	18,9
Seine-Saint-Denis	264	46	141	26	51	23,4
Val-de-Marne	297	18	188	40	51	18,3
Type de structures						
Denrées	1 575	112	873	237	353	24,1
Repas	444	19	238	118	69	16,2
Total	2 019	131	1 111	355	422	22,4

^a Le taux de participation à l'examen clinique et biologique correspond au rapport entre le nombre d'examens réalisés et le nombre d'examens proposés. Données non pondérées.

Tableau 12 : Causes de non-participation à l'examen clinique et biologique en 2011-2012 – Abena (%)

Causes de refus (N=1 466)	%
Est déjà suivi par un médecin traitant / A déjà fait un bilan ou examen de santé récemment	41,7
Désistement après accord lors du questionnaire	24,2
N'a pas le temps ou est dans l'incapacité de se rendre au centre de santé	11,9
Pas de raison précise donnée	4,8
Ne veut rien savoir sur son état de santé	3,6
N'a pas de soucis de santé pour faire un examen de santé	3,6
N'a pas envie de faire un examen de santé / N'est pas intéressé	2,2
A besoin de réfléchir	2,2
A peur de réaliser une prise de sang	1,9
A peur de donner son identité	0,6
Ne comprend pas suffisamment les enjeux de cet examen	0,6
Autres raisons	2,8

Données non pondérées.

3.3.2. Participation des usagers à l'examen clinique et biologique

Sur les 2 019 personnes ayant répondu au questionnaire, l'examen en centre de santé n'a pas pu être proposé à 131 d'entre elles, principalement par manque de temps, les personnes étant parties très rapidement à la fin du questionnaire. Initialement, 41,2% des personnes (N=777) avaient, à l'issue de la passation du questionnaire, signé la lettre de consentement et accepté de prendre un rendez-vous pour l'examen de santé.

Au total, 422 examens cliniques et biologiques ont été réalisés dans l'ensemble des territoires, soit un taux de participation à l'examen clinique et biologique de 22,4% (**Tableau 11**).

Le taux de participation à ces examens était plus important à Paris (28,1%) et à Dijon (28,0%) par rapport à l'ensemble des territoires (22,4%). Il variait aussi selon le type de structures, avec un taux plus important dans les structures « Denrées » (24,1%) que dans les structures « Repas » (16,2%).

Parmi les personnes s'étant vu proposer l'examen clinique et biologique, la principale cause de refus de participation était le fait que la personne était déjà suivie médicalement, soit elle était suivie par un médecin, soit elle avait effectué un bilan de santé proposé par la CPAM ou un bilan biologique très récemment (41,7%) (**Tableau 12**). Près d'un quart des personnes qui avaient initialement donné leur accord pour un examen en centre de santé n'étaient finalement pas venues sans que leurs raisons soient connues. Une personne sur dix (11,9%) avait refusé de participer à l'examen clinique et biologique faute de temps pour se rendre au centre de santé ou en raison de difficultés pour s'y rendre (enfants en bas âge, malade, très fatigué, horaires des centres de santé trop matinaux ou centres de santé trop éloignés du domicile).

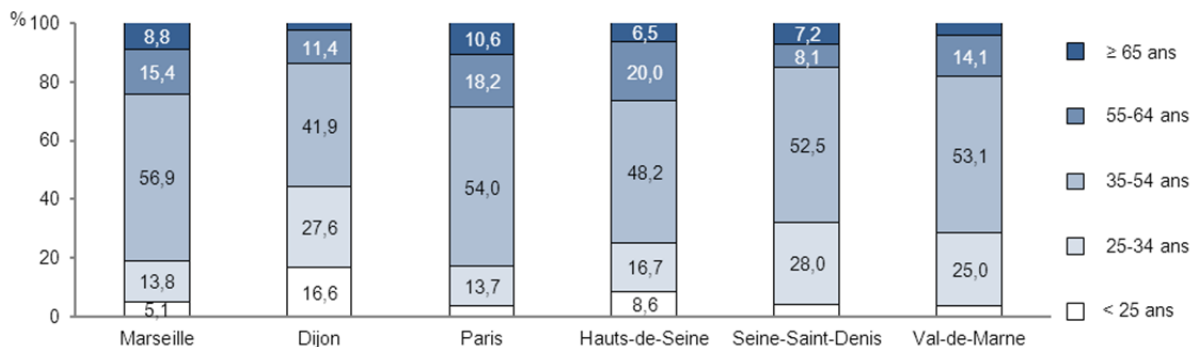
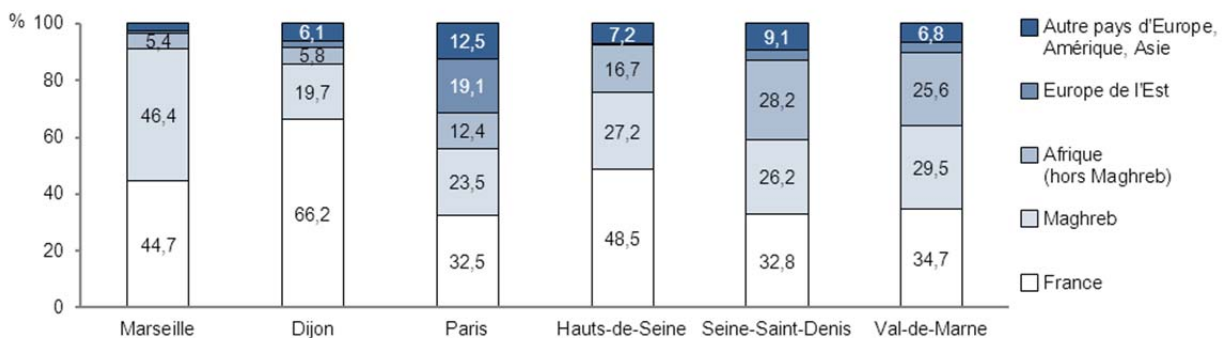
Les personnes qui avaient réalisé l'examen de santé étaient comparables à celles ne l'ayant pas effectué mais ayant répondu au questionnaire au sein de la structure, en termes de sexe, d'âge, de pays de naissance et de niveau de diplôme. La proportion de personnes ayant réalisé l'examen de santé était plus importante chez les personnes en couple (23,9%) que chez les personnes seules (19,5%), et chez les personnes avec enfants (23,1%) que sans enfant (18,7%). Elle était également plus importante chez les personnes en situation administrative ne permettant pas de travailler (34,4%) ou chez les personnes occupant un emploi (24,2%) que chez les personnes sans emploi (19,1%). Les personnes qui avaient déclaré avoir renoncé à des soins de santé pour raison financière au cours des douze derniers mois étaient 26,3% à avoir réalisé l'examen de santé ; elles étaient 19,3% parmi celles n'ayant pas renoncé à des soins pendant l'année écoulée (comparaisons réalisées sur des données non pondérées).

4.Profils sociodémographiques et conditions de vie

Tableau 13 : Caractéristiques démographiques selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées N=1 575	Repas N=444	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
Sexe^b			***		
Homme	24,4	87,2		34,9	[29,9 - 40,3]
Femme	75,6	12,8		65,1	[59,7 - 70,1]
Âge^c			*		
< 25 ans	5,7	3,4		5,4	[3,9 - 7,3]
25 - 34 ans	21,9	10,0		19,9	[16,6 - 23,6]
35 - 54 ans	51,9	55,7		52,5	[48,5 - 56,5]
55 - 64 ans	13,7	18,9		14,5	[12,4 - 17,0]
≥ 65 ans	6,8	12,0		7,7	[5,5 - 10,6]
Pays de naissance^d			***		
France	38,7	40,6		39,0	[35,1 - 43,1]
dont DOM-TOM	3,5	5,6		3,9	[2,6 - 5,7]
Europe de l'Est	2,5	23,4		6,0	[4,2 - 8,7]
Afrique (hors Maghreb)	19,3	8,5		17,4	[14,2 - 21,3]
Maghreb	32,2	15,8		29,5	[25,4 - 33,9]
Autres pays d'Europe	1,8	3,4		2,1	[1,3 - 3,1]
Amérique	3,7	5,1		3,9	[2,5 - 6,0]
Asie	1,8	3,2		2,1	[1,3 - 3,3]
Durée écoulée depuis l'arrivée en France métropolitaine^e			**		
Moins de 2 ans	7,6	15,5		8,9	[6, 6 - 11, 9]
De 2 à 4 ans	12,7	19,6		13,8	[10, 8 - 17, 5]
De 5 à 9 ans	19,1	12,7		18,1	[14, 4 - 22, 5]
10 ans et plus	60,6	52,2		59,2	[54, 4 - 63, 8]

^a Comparaisons selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.
Données manquantes : ^b DM=0 ; ^c DM=4 ; ^d DM=12 ; ^e DM=17 (chez les personnes nées hors France métropolitaine).

Figure 1 : Distribution des âges selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)**Figure 2 : Distribution des pays de naissance selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)**

4.1. La situation en 2011-2012

4.1.1. Caractéristiques démographiques et de l'habitat

Une population plus féminine et moins âgée dans les structures « Denrées » que dans les structures « Repas »

Les caractéristiques démographiques des personnes fréquentant les structures « Denrées » étaient différentes de celles des personnes fréquentant les structures « Repas », en particulier le sexe, l'âge et le pays de naissance (**Tableau 13**). Ainsi, dans les structures « Denrées », 75,6% des usagers étaient des femmes. La moyenne d'âge y était de 43,6 ans et 20,5% avaient plus de 55 ans. Les pays de naissance les plus représentés étaient la France, puis le Maghreb et les autres pays d'Afrique. En revanche, les structures « Repas » étaient fréquentées dans 87,2% des cas par des hommes. La moyenne d'âge y était de 48,3 ans et 30,9% avaient plus de 55 ans. Environ 40% des usagers étaient nés en France, puis les deux régions de naissance les plus fréquemment rencontrés étaient l'Europe de l'Est et le Maghreb.

Une arrivée en France remontant à plus de dix ans pour la majorité des personnes nées hors de France

Plus de 80% des personnes nées hors France métropolitaine y étaient arrivées à 18 ans ou plus, sans différence entre les deux types de structures de distribution. Environ trois personnes sur cinq fréquentant les structures « Denrées » (60,6%) étaient arrivées en France depuis plus de dix ans ; elles étaient une sur deux dans ce cas (52,2%) dans les structures « Repas ».

Zoom selon le territoire (Figure 1, Figure 2, Annexe 2)

La proportion d'hommes était particulièrement importante dans les structures d'aide alimentaire de Paris. Cependant, la proportion d'hommes fréquentant les structures « Denrées » parisiennes était comparable à celle fréquentant les structures « Denrées » des autres territoires.

A Dijon, les usagers étaient plus jeunes : 16,6% y avaient moins de 25 ans, contre 5,4% sur l'ensemble des territoires.

Près de 40% des usagers étaient nés en France. Cette proportion était plus importante à Dijon (66,2%). Il était observé une proportion importante de personnes nées au Maghreb à Marseille (46,4%), de personnes nées en Europe de l'Est à Paris (19,1%), notamment dans les structures « Repas », et de personnes nées dans les pays d'Afrique hors Maghreb en Seine-Saint-Denis (28,2%) et dans le Val-de-Marne (25,6%).

Points de repères nationaux (disponibles sur : www.insee.fr)

- Répartition de la population en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2012 parmi les 18 ans ou plus : < 25 ans : 11,1% ; 25-34 ans : 15,8% ; 35-54 ans : 34,5% ; 55-65 ans : 16,4% ; ≥ 65 ans : 22,2%.
- En 2008, 8,4% de la population totale vivant en France était immigrée ; sept personnes sur dix étaient arrivées depuis plus de dix ans.

Tableau 14 : Conditions de logement selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées N=1 575	Repas N=444	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
Type d'habitation^b			***		
Appartement, maison	79,2	32,1		71,4	[66,3 - 75,9]
Hébergement chez un proche	8,8	10,7		9,1	[7,0 - 11,8]
Centre d'hébergement et de réinsertion, foyer, maison relais, appartement thérapeutique	3,8	12,9		5,3	[3,8 - 7,2]
Hôtel, hôtel social	4,2	9,5		5,1	[3,6 - 7,2]
Personnes sans abri ou vivant dans un endroit non prévu pour l'habitation ou en centre d'hébergement d'urgence	3,6	33,9		8,7	[6,2 - 11,9]
Autre	0,4	0,9		0,4	[0,2 - 1,1]

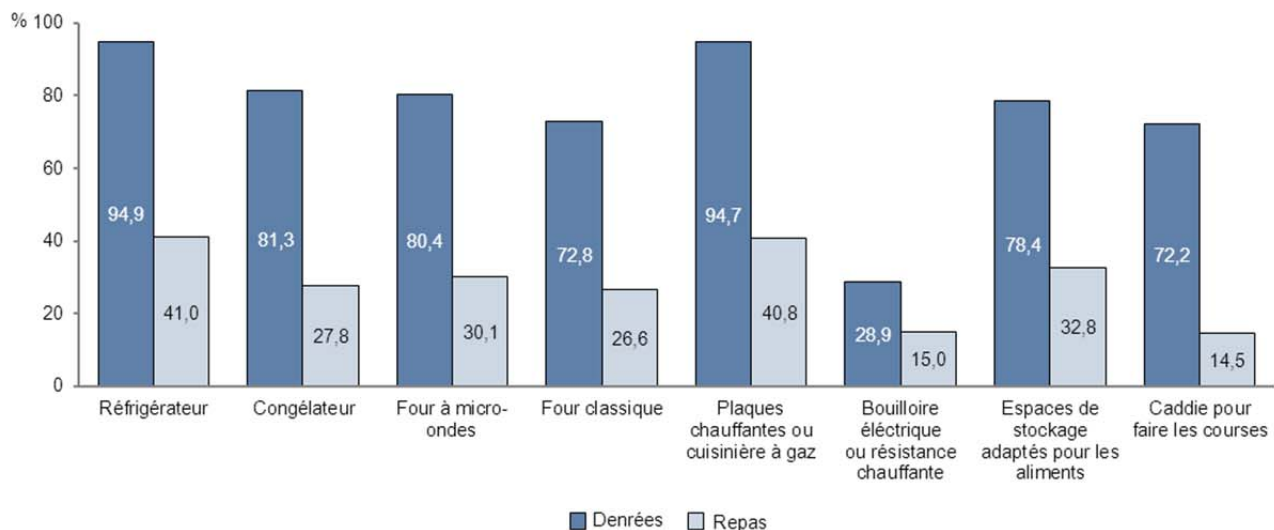
^a Comparaison selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.
Données manquantes : ^b DM=11.

Tableau 15 : Possibilité de prendre un repas le soir dans son lieu d'habitation[£] selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées N=1 563	Repas N=380	p ^a	Total N=1 943	[IC à 95%]
Possibilité de faire la cuisine dans son logement ^b	96,2	50,7	***	90,0	[86,9 - 92,3]
Possibilité de réchauffer un plat dans son logement mais pas d'y faire la cuisine ^b	2,9	5,7	NS	3,3	[2,1 - 5,2]
Présence d'une cafétéria, d'une cantine ou d'un restaurant ^b	1,1	14,5	***	2,9	[1,7 - 4,9]

[£] Exclusion des personnes sans abri ou vivant dans un endroit non prévu pour l'habitation. Plusieurs réponses possibles.

^a Comparaisons selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.
Données manquantes : ^b DM=14.

Figure 3 : Accès à un équipement selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

Près de 80% des personnes fréquentant les structures « Denrées » vivaient dans leur logement

Les conditions de logement différaient selon le type de structure fréquenté. Près de huit usagers des structures « Denrées » sur dix (79,2%) vivaient dans leur propre appartement ou maison (**Tableau 14**). Seul un tiers des usagers des structures « Repas » vivait dans leur appartement ou leur maison et un tiers était sans abri ou vivait dans un endroit non prévu pour l'habitation ou en centre d'hébergement d'urgence.

Des lieux de vie moins adaptés à la prise de repas pour les usagers des structures « Repas »

En dehors des personnes vivant sans abri ou dans un endroit non prévu pour l'habitation, 29,2% des personnes fréquentant les structures « Repas » déclaraient ne pas pouvoir prendre de repas le soir sur leur lieu d'habitation ; elles étaient 0,6% dans ce cas parmi les personnes fréquentant les structures « Denrées ». Environ la moitié (50,7%) des personnes des structures « Repas » déclarait pouvoir cuisiner le soir sur leur lieu d'habitation (**Tableau 15**).

Environ un usager fréquentant les structures « Denrées » sur cinq ne disposait pas d'espace de stockage pour les aliments

Si la plupart des personnes fréquentant les structures « Denrées » disposaient d'un réfrigérateur, près de 20% d'entre elles n'avaient pas de congélateur (**Figure 3**). D'autre part, l'absence d'espace de stockage adapté pour les aliments était déclarée par plus de 20% de ces usagers. La part des usagers fréquentant les structures « Denrées » mais ne disposant pas de matériel permettant le chauffage des aliments était peu élevée : en effet, 98,7% des personnes disposaient d'au moins un four micro-onde ou d'un four classique ou de plaques chauffantes. Quel que soit le type d'équipement, les personnes fréquentant les structures « Repas » étaient moins équipées que celles fréquentant les structures « Denrées ».

Zoom selon le territoire (Annexe 2, Annexe 3)

Les conditions de logement différaient selon les territoires : ainsi, les usagers de l'aide alimentaire de Dijon vivaient plus souvent dans leur logement (86,2%) ; à Paris, les usagers étaient davantage sans abri ou vivaient dans un lieu non prévu pour l'habitation ou en centre d'hébergement d'urgence (22,1%) ou en hôtel ou hôtel social (10,1%).

Concernant les équipements, en se limitant aux personnes fréquentant les structures « Denrées », 69,1% des usagers du Val-de-Marne déclaraient avoir un congélateur alors qu'ils étaient plus de 80% sur les autres territoires. La disponibilité d'un espace de stockage suffisant pour les aliments était moindre pour les usagers des structures « Denrées » parisiennes (61,5% contre 78,4% sur l'ensemble des territoires).

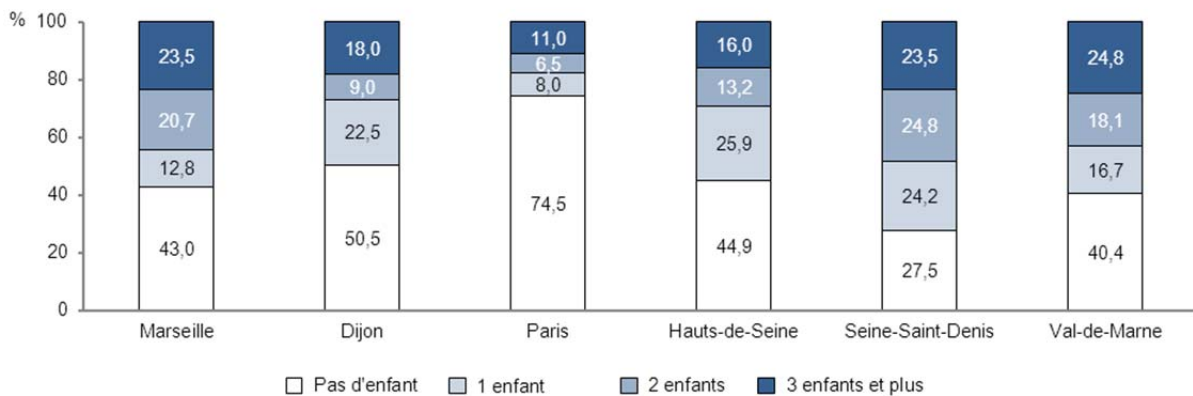
Points de repères nationaux (disponibles sur : www.insee.fr)

- En France métropolitaine, dans la deuxième moitié des années 2000, il était estimé que 133 000 personnes étaient sans domicile (dont 33 000 dans la rue et les dispositifs d'urgence). Par ailleurs, 117 000 personnes étaient à l'hôtel ou en hébergement contraint.
- En France métropolitaine, en 2006, 97,5% des ménages disposaient d'un réfrigérateur, 77,5% d'un four à micro-ondes et 96,4% d'une cuisinière ou de plaques de cuisson ou d'un four.

Tableau 16 : Environnement familial et social selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées N=1 575	Repas N=444	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
Situation familiale^b			***		
Famille monoparentale	33,8	1,3		28,4	[24,4 - 32,8]
Seul(e) sans enfant à charge	30,0	83,3		38,9	[34,5 - 43,5]
En couple avec enfant(s) à charge	30,1	2,6		25,5	[21,8 - 29,6]
En couple sans enfant à charge	6,1	12,8		7,2	[5,6 - 9,1]
Nombre d'enfants à charge^b			***		
Aucun	36,1	96,4		46,1	[41,4 - 50,9]
1	21,4	1,0		18,0	[15,6 - 20,6]
2	19,6	1,7		16,6	[14,2 - 19,4]
≥ 3	22,9	0,9		19,3	[15,9 - 23,2]
Nombre de personnes vivant dans le foyer^b			***		
1	23,8	79,6		33,1	[28,3 - 38,4]
2	19,3	12,6		18,2	[15,3 - 21,5]
3	19,6	4,6		17,1	[14,6 - 20,0]
4	16,7	1,4		14,2	[11,7 - 17,1]
≥ 5	20,5	1,8		17,4	[14,8 - 20,3]
Personnes de l'entourage sur qui compter en cas de difficulté matérielle^c			*		
Non	45,8	56,3		47,5	[42,7 - 52,4]
Oui	54,2	43,7		52,5	[47,6 - 57,3]

^a Comparaisons selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.
Données manquantes : ^b DM=2 ; ^c DM=38.

Figure 4 : Nombre d'enfants à charge selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

4.1.2. Environnement familial et social

Des personnes avec enfant(s) dans les structures « Denrées », des personnes vivant seules dans les structures « Repas »

L'environnement familial et social des personnes fréquentant les structures « Denrées » était très différent de celui des personnes fréquentant les structures « Repas » (**Tableau 16**).

Les structures « Denrées » étaient majoritairement fréquentées par des personnes avec enfants (63,9%) ; 22,9% avaient trois enfants ou plus à charge. La proportion de familles monoparentales (33,8%) était similaire à celle de personnes en couple avec enfants (30,1%), et à celle de personnes seules sans enfant (30,0%).

Les structures « Repas » étaient essentiellement fréquentées par des personnes seules sans enfant à charge (83,3%).

Un peu plus d'une personne sur deux déclarait pouvoir compter sur une tierce personne en cas de difficulté matérielle

Le fait de pouvoir compter sur une personne de son entourage en cas de difficultés matérielles différait peu entre les usagers des structures « Denrées » et ceux des structures « Repas ». Globalement, environ une personne sur deux déclarait pouvoir compter sur une personne de son entourage dans ce type de situation.

Zoom selon le territoire (Figure 4, Annexe 4)

Il y avait davantage de personnes sans enfant dans les structures de Paris (74,5%). La proportion de personnes avec enfant fréquentant les structures de Seine-Saint-Denis était particulièrement élevée : 72,5% avaient des enfants à charge, alors que dans les autres territoires - excepté Paris - cette proportion se situait autour de 50%.

Les personnes fréquentant les structures d'aide alimentaire de Marseille ou des Hauts-de-Seine déclaraient pouvoir davantage compter sur une personne de leur entourage en cas de difficultés matérielles, que les personnes des autres territoires.

Points de repères nationaux (disponibles sur : www.insee.fr)

- *Composition des ménages en 2009 (France métropolitaine) : personnes seules : 33,7% ; couples sans enfant : 26,2% ; couples avec enfant(s) : 27,1% ; familles monoparentales : 7,9% ; ménages complexes : 5,1%.*
- *Nombre d'enfants de moins de 18 ans dans les familles en 2009 (France métropolitaine) : 1 enfant : 45,2% des familles ; 2 enfants : 38,4% ; ≥ 3 enfants : 16,5%.*

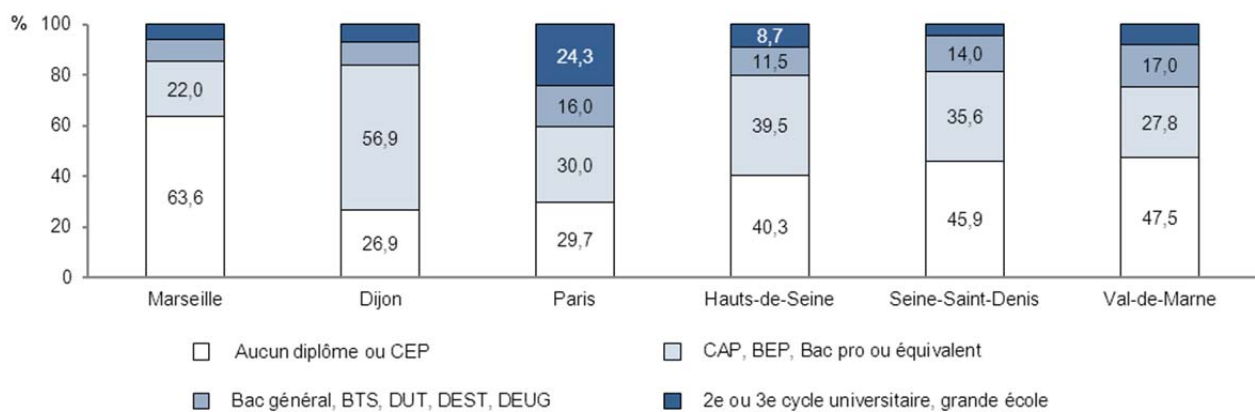
Tableau 17 : Niveau de formation et situation professionnelle selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées N=1 575	Repas N=444	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
Niveau de formation^b			***		
Aucun diplôme ou certificat d'études primaires (CEP)	46,5	30,7		43,9	[39,6 - 48,2]
CAP, BEP, Bac pro ou équivalent	32,8	31,4		32,6	[29,2 - 36,1]
Bac général, BTS, DUT, DEST, DEUG	12,8	14,8		13,1	[11,1 - 15,6]
2e ou 3e cycle universitaire, grande école	7,9	23,1		10,4	[8,1 - 13,3]
Situation professionnelle^c			*		
Avec emploi	10,8	9,4		10,6	[8,2 - 13,5]
Sans emploi	80,5	75,7		79,7	[75,5 - 83,3]
Chômeur inscrit ou non à Pôle emploi	41,2	42,5		41,4	[38,4 - 44,5]
Femme ou homme au foyer (ne cherchant pas de travail)	15,9	6,0		14,2	[11,8 - 17,1]
Retraité, préretraité, retiré des affaires	8,9	12,8		9,6	[7,4 - 12,3]
Etudiant	2,5	1,4		2,3	[1,1 - 4,6]
Autre inactif ^ε	12,0	13,0		12,1	[10,3 - 14,3]
Situation administrative ne permettant pas de travailler	8,7	14,9		9,8	[7,4 - 12,9]
Durée du chômage (en mois) parmi les chômeurs^d			NS		
0 - 6	22,7	31,0		24,0	[20,1 - 28,5]
7 - 12	22,0	18,6		21,5	[17,9 - 25,5]
13 - 24	18,7	19,7		18,9	[15,2 - 23,2]
≥ 25	36,6	30,7		35,6	[30,5 - 41,1]

^a Comparaisons selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Données manquantes : ^b DM=34 ; ^c DM=23 ; ^d DM=20 (chez les chômeurs).

^e Autre inactif : invalide, handicapé, en congé maladie > 3 mois, titulaire d'une pension de réversion.

Figure 5 : Niveau de formation selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

4.1.3. Diplôme, emploi et revenus

Un niveau de formation peu élevé...

Un peu moins d'une personne sur deux fréquentant les structures « Denrées » et un peu moins d'une personne sur trois fréquentant les structures « Repas » n'avait aucun diplôme ou un certificat d'études primaires. Les personnes fréquentant les structures « Repas » étaient davantage à avoir un niveau de formation élevé : 23,1% avaient un diplôme de 2^e ou 3^e cycle universitaire ou de grande école tandis qu'elles étaient 7,9% dans les structures « Denrées » (**Tableau 17**). En outre, des différences dans les niveaux de formation étaient observées selon les pays de naissance des usagers : 23,8% des personnes nées en Europe de l'Est avaient un diplôme de 2^e ou 3^e cycle universitaire ou de grande école contre 7,2% pour celles nées en France métropolitaine.

... et peu de personnes ayant un emploi

La majorité des usagers (79,7%) se déclaraient sans emploi, 41,4% étaient au chômage et 14,6% étaient chômeurs depuis plus de deux ans (**Tableau 17**). Un usager sur dix (10,6%) déclarait occuper un emploi. La proportion de personnes se déclarant en situation administrative ne permettant pas de travailler était plus importante dans les structures « Repas » (14,9%) que dans les structures « Denrées » (8,7%).

Zoom selon le territoire (Figure 5, Annexe 4)

La répartition des usagers selon le niveau de diplôme différait selon les territoires : ainsi, à Marseille, la proportion de personnes déclarant n'avoir aucun diplôme était plus élevée (63,6%) que dans les autres territoires. A Paris, la proportion de personnes avec un 2^e ou 3^e cycle universitaire ou un diplôme d'une grande école était plus importante (24,3%).

La proportion de personnes occupant un emploi était plus importante à Dijon (33,2%). Par ailleurs, le pourcentage d'étudiants était plus élevé dans les Hauts-de-Seine (6,6%).

Points de repères nationaux (disponibles sur : www.insee.fr)

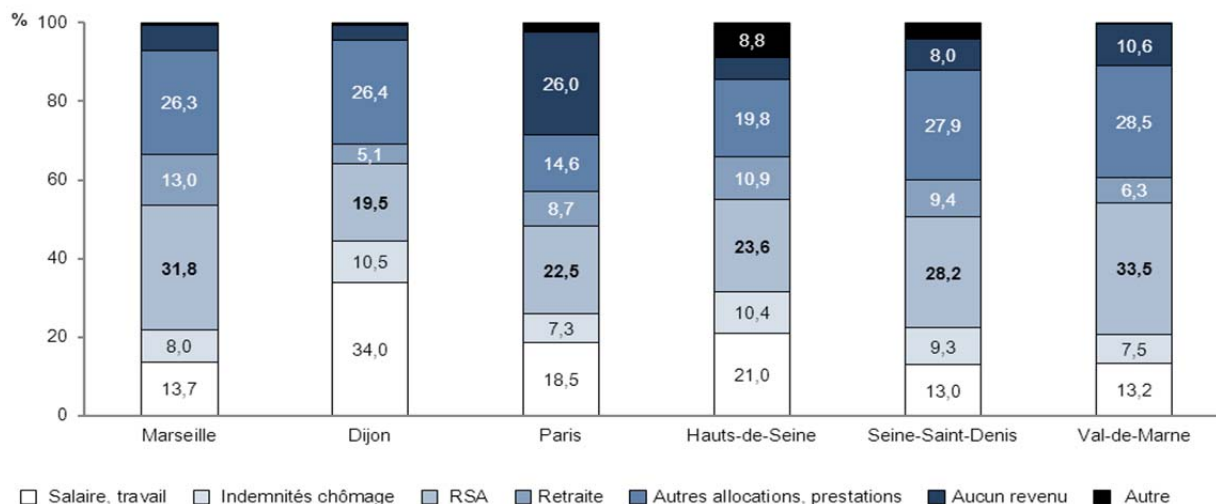
- En 2010 (France métropolitaine), 26,8% des 15 ans ou plus n'avaient aucun diplôme ou un certificat d'études primaires (CEP).
- Au troisième trimestre 2011, le taux de chômage des 15 ans ou plus en France métropolitaine était de 9,3%.

Tableau 18 : Revenus du foyer selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées N=1 575	Repas N=444	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
Nombre de personnes ayant une activité rémunérée dans le foyer^b					
0	74,1	82,6	*	75,5	[71,7 - 79,0]
≥ 1	25,9	17,4		24,5	[21,0 - 28,3]
Principale source de revenu du foyer^c					
Salaire, travail	17,0	14,6	***	16,6	[13,3 - 20,4]
Indemnités chômage	9,0	6,8		8,6	[7,3 - 10,3]
RSA	28,2	20,7		27,0	[24,3 - 29,8]
Autres allocations, prestations [£]	25,4	12,2		23,2	[20,6 - 26,0]
Retraite	9,5	10,3		9,6	[7,6 - 12,2]
Aucun revenu	7,2	33,2		11,5	[9,1 - 14,4]
Autre	3,7	2,1		3,4	[1,9 - 6,1]
Appréciation de la capacité financière du foyer^d					
Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes	25,5	19,2	***	24,5	[20,4 - 29,0]
Vous y arrivez difficilement	36,5	52,4		39,1	[36,2 - 42,1]
Il faut faire attention / C'est juste	34,3	15,6		31,2	[27,3 - 35,5]
Vous êtes à l'aise / Ca va	3,7	12,7		5,2	[3,8 - 7,1]
Reste à vivre mensuel par personne du foyer^e					
0 ou a des dettes	37,1	34,3	***	36,6	[32,9 - 40,5]
] 0 - 100 [euros	26,8	11,3		24,2	[20,8 - 28,0]
[100 - 250 [euros	16,1	14,6		15,9	[12,7 - 19,7]
[250 - 500 [euros	2,9	13,7		4,7	[3,4 - 6,4]
≥ 500 euros	0,1	3,8		0,7	[0,3 - 1,4]
Ne sait pas / non réponse	17,0	22,5		17,9	[15,2 - 21,0]
Dépenses alimentaires mensuelles par personne du foyer^e					
0	4,4	17,4	***	6,6	[5,1 - 8,4]
] 0 - 50 [euros	29,0	13,8		26,5	[23,4 - 29,8]
[50 - 100 [euros	25,6	15,7		24,0	[20,7 - 27,6]
[100 - 200 [euros	12,9	12,2		12,8	[11,2 - 14,7]
≥ 200 euros	3,1	15,4		5,2	[3,3 - 8,0]
Ne sait pas / non réponse	24,9	25,5		25,0	[21,9 - 28,4]

^a Comparaisons selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001. Données manquantes ^b DM=27 ; ^c DM=28 ; ^d DM=62 ; ^e DM=2.

[£] Autres allocations, prestations : allocations familiales, allocation parentale d'éducation, allocation d'études, bourses, allocation temporaire d'attente, indemnités journalières, allocation veuvage, allocation aux adultes handicapés...

Figure 6 : Principale source de revenu du foyer selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

Des situations financières très précaires

Note méthodologique : Le reste à vivre est défini comme la somme restante une fois payées toutes les « charges incontournables » liées au logement (dont le loyer), les assurances, les impôts, les emprunts, les déplacements... Cette somme n'inclut pas les dépenses pour se nourrir, se vêtir, et les loisirs... La notion de « charges incontournables » a été difficilement comprise par les enquêtés. Ainsi, les dépenses de nourriture ont pu parfois, malgré les relances des enquêtrices, être incluses dans les charges, contribuant ainsi à sous-estimer le reste à vivre.

La grande majorité des usagers de l'aide alimentaire vivait dans un foyer où aucune personne n'avait d'activité rémunérée : c'était le cas pour 74,1% des personnes fréquentant les structures « Denrées » et pour 82,6% de celles fréquentant les structures « Repas ».

Plus d'une personne sur deux déclarait comme principale source de revenu du foyer des allocations (RSA ou autres allocations) (Tableau 18). La principale source de revenu du foyer était différente selon le type de structure fréquenté. Les structures « Denrées » étaient fréquentées par des personnes dont la principale source de revenu du foyer était le RSA (28,2%) et des allocations ou d'autres prestations (25,4%). Le salaire était déclaré comme principale source de revenu du foyer par 17,0% des usagers. Les personnes fréquentant les structures « Repas » déclaraient vivre principalement dans un foyer sans aucun revenu (33,2%), ou dont la principale source de revenu du foyer était le RSA (20,7%). Le salaire était déclaré comme principale source de revenu du foyer par 14,6% des usagers.

Concernant l'appréciation de la capacité financière du foyer, 62,0% des personnes fréquentant les structures « Denrées » déclaraient y arriver difficilement ou ne pas y arriver sans faire de dettes. Elles étaient plus de 70% à déclarer être dans ce cas dans les structures « Repas ».

Interrogées sur le reste à vivre (voir encadré), 17,9% des personnes n'étaient pas en mesure de répondre à la question (Tableau 18). Plus d'une personne sur trois (36,6%) déclarait un reste à vivre nul ou avoir des dettes. Au total, dans les structures « Denrées », 63,9% des personnes déclaraient un reste à vivre mensuel par personne inférieur à 100 €, elles étaient 45,6% dans ce cas dans les structures « Repas ». Les dépenses mensuelles par personne du foyer consacrées à l'alimentation ont pu être estimées par 75,0% des personnes (Tableau 18). En moyenne, elles étaient de 68 € (2,3 €/personne/jour) avec des valeurs extrêmes comprises entre 0 et 600 €. Davantage de dépenses alimentaires étaient déclarées comme nulles par les personnes fréquentant les structures « Repas », alors que les personnes fréquentant les structures « Denrées » déclaraient, pour plus de la moitié d'entre elles, des dépenses mensuelles non nulles mais inférieures à 100 € par personne.

Zoom selon le territoire (Figure 6, Annexe 4)

La proportion de personnes déclarant un salaire comme principale source de revenu du foyer était plus importante à Dijon (34,0%). Dans le même sens, Dijon était la ville où la proportion de foyers avec au moins une personne ayant une activité rémunérée était la plus importante. La proportion de personnes vivant dans un foyer sans aucun revenu était plus importante à Paris (26,0%). Concernant le reste à vivre déclaré, la moyenne la plus faible était observée en Seine-Saint-Denis (45 euros) et la plus élevée à Dijon (96 euros).

Points de repères nationaux (disponibles sur : www.insee.fr)

- Part de la population des 25-64 ans allocataires du RSA en 2010 (France métropolitaine) : 5,6%

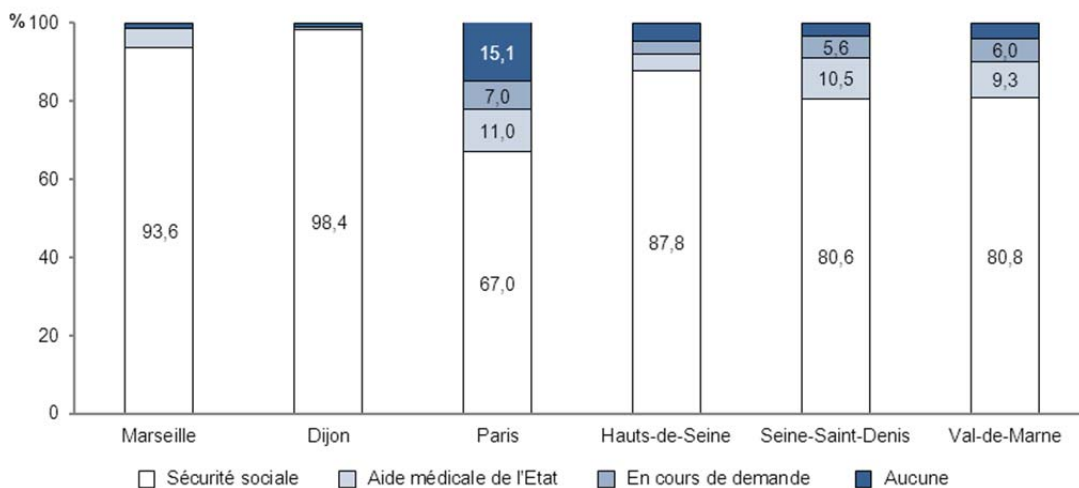
Tableau 19 : Couverture maladie et renoncement aux soins selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées N=1 575	Repas N=444	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
Couverture maladie^b			***		
Aucune couverture maladie	2,9	20,4		5,8	[4,1 - 8,3]
Demande en cours	3,7	7,7		4,3	[3,2 - 5,9]
Aide médicale de l'Etat (AME)	7,6	10,2		8,0	[5,7 - 10,2]
Sécurité sociale	85,8	61,6		81,8	[77,9 - 85,1]
<i>Aucune complémentaire</i>	13,5	18,9		14,4	[12,4 - 16,7]
<i>CMUc</i>	53,9	25,0		49,0	[44,6 - 53,5]
<i>Mutuelle</i>	17,6	16,4		17,4	[14,5 - 20,8]
<i>Complémentaire sans précision</i>	0,3	0,3		0,3	[0,1 - 1,3]
<i>Ne sait pas</i>	0,5	1,1		0,6	[0,2 - 1,7]
Renoncement à des soins de santé au cours des 12 derniers mois^c	31,0	35,9	NS	31,9	[28,5 - 35,4]
Motifs de renoncement à des soins^f					
Ne peut pas les payer ^d	79,4	72,9	NS	78,0	[72,3 - 82,9]
Problème de papier ^e	16,7	6,5	**	14,8	[10,6 - 20,2]
Problème de couverture sociale ^f	10,4	1,5	*	8,7	[5,2 - 14,3]
Préfère attendre que ça passe ^e	28,5	12,0	**	25,4	[19,6 - 32,3]
N'a pas le temps ^d	10,1	3,1	NS	8,8	[5,3 - 14,1]
A peur des soins ^d	7,5	8,2	NS	7,7	[5,5 - 10,6]
Ne sait pas qui consulter ^d	4,9	2,3	NS	4,5	[2,7 - 7,3]
Trop compliqué d'y aller ^e	4,8	0,5	***	4,0	[2,8 - 6,7]
Problème de langue ^d	1,9	2,7	NS	2,0	[1,0 - 4,2]

^a Comparaisons selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

^f Parmi les personnes ayant renoncé aux soins. Plusieurs motifs possibles.

Données manquantes : ^b DM=24 ; ^c DM=30 ; ^d DM=1 (parmi les personnes ayant renoncé aux soins) ; ^e DM=2 (idem) ; ^f DM=0 (idem).

Figure 7 : Couverture maladie selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

4.1.4. Accès aux soins

Plus d'une personne sur dix déclarait ne pas bénéficier d'une couverture maladie au moment de l'enquête

Les personnes ne bénéficiant d'aucune couverture maladie représentaient 5,8% des usagers et 4,3% avaient une demande en cours au moment de l'enquête, soit au total plus d'une personne sur dix était sans couverture maladie au moment de l'enquête (**Tableau 19**). On observait une différence selon le type de structure avec 6,6% de personnes sans couverture maladie au moment de l'enquête dans les structures « Denrées » et 28,1% dans les structures « Repas ».

Un peu plus d'une personne sur deux dans les structures « Denrées » et une personne sur quatre dans les structures « Repas » étaient couvertes par la CMUc. Par ailleurs, 14,4% des usagers bénéficiaient d'une couverture maladie de base mais n'avaient pas de complémentaire santé (13,5% des personnes fréquentant les structures « Denrées » et 18,9% de celles fréquentant les structures « Repas »).

L'Aide médicale de l'Etat concernait 8,0% des usagers.

Un quart des personnes déclarait avoir renoncé à des soins médicaux au cours des douze derniers mois pour des raisons financières

Les renoncements à des soins médicaux au cours des douze derniers mois concernaient 31,9% des personnes (**Tableau 19**). Il n'y avait pas de différence significative selon le type de structures et selon le sexe de la personne enquêtée. Parmi les personnes déclarant avoir renoncé à des soins médicaux, le principal motif était une raison financière, citée par 78,0% des personnes. Sur l'ensemble des usagers, ce sont 24,8% des personnes qui ont déclaré avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois pour raisons financières.

Zoom selon le territoire (Figure 7, Annexe 4)

La proportion de personnes sans couverture maladie selon le territoire était inégale avec un maximum à Paris (22,1%). De plus, la proportion de personnes n'ayant pas d'assurance complémentaire alors qu'elles bénéficiaient d'une couverture maladie de base était particulièrement élevée à Paris (18,1%), dans les Hauts-de-Seine (17,8%) et à Dijon (16,0%).

Points de repères nationaux

- Depuis 1999, année de création de la CMU, il est estimé que la population couverte par l'assurance maladie représente désormais 99,9% de la population moyenne (disponible sur <http://www.ecosante.fr/FRANFRA/501.html>).
- En 2010, 5,8% de la population française métropolitaine était bénéficiaire de la CMUc (disponible sur <http://www.irdes.fr/>).
- Selon l'enquête ESPS 2010 (74), 4,2% des personnes ne bénéficiaient pas d'une couverture complémentaire privée, ni de la CMUc. Dans cette même étude, 15,1% des personnes avaient renoncé à des soins pour raisons financières au cours des 12 derniers mois.

Tableau 20 : Evolution des profils démographiques entre 2004-2005 et 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées			Repas			Total		
	2004-2005 N=883	2011-2012 N=1 058	p ^a	2004-2005 N=281	2011-2012 N=329	p ^a	2004-2005 N=1 164	2011-2012 N=1 387	p ^a
Sexe^b			NS			NS			NS
Homme	20,6	19,9		92,7	88,0		48,5	34,9	
Femme	79,4	80,1		7,3	12,0		51,5	65,1	
Âge^c			*			NS			*
< 25 ans	4,5	5,3		3,5	3,3		4,1	4,8	
25-34 ans	24,1	22,8		18,1	9,9		21,7	20,0	
35-54 ans	59,3	52,8		59,0	56,0		59,2	53,5	
55-64 ans	9,8	11,7		14,8	18,9		11,8	13,3	
≥ 65 ans	2,3	7,4		4,6	11,9		3,2	8,4	
Pays de naissance^d			**			***			**
France	29,2	36,8		42,5	39,4		34,4	37,3	
DOM-TOM	1,6	3,7		1,6	5,7		1,6	4,1	
Europe de l'Est	3,6	3,1		7,5	24,2		5,1	7,8	
Afrique (hors Maghreb)	13,3	18,7		8,3	8,7		11,4	16,5	
Maghreb	48,5	34,1		36,0	15,8		43,7	30,0	
Autres pays	5,3	7,4		5,7	12,0		5,5	8,4	
Durée écoulée depuis l'arrivée en France métropolitaine^e			NS			NS			*
Moins de 2 ans	6,7	5,3		17,5	15,4		10,4	7,5	
De 2 à 4 ans	17,9	12,4		27,3	19,6		21,2	14,0	
De 5 à 9 ans	22,7	23,3		17,1	12,7		20,8	21,0	
10 ans et plus	52,7	59,0		38,1	52,3		47,6	57,5	

Analyse restreinte aux 4 territoires communs aux deux études Abena (Marseille, Dijon, Paris, Seine-Saint-Denis).

^a Comparaisons entre 2004-2005 et 2011-2012, test du Chi2 sur les effectifs pondérés sans ajustement ; NS=non significatif ; *p<0,05 ;

p<0,01 ; *p<0,001.

Données manquantes : ^b DM=0 ; ^c DM=9 ; ^d DM=13 ; ^e DM=46 (parmi les personnes nées hors France métropolitaine).

Tableau 21 : Evolution des conditions de logement entre 2004-2005 et 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées			Repas			Total		
	2004-2005 N=883	2011-2012 N=1 058	p ^a	2004-2005 N=281	2011-2012 N=329	p ^a	2004-2005 N=1 164	2011-2012 N=1 387	p ^a
Type de logement^b			**			NS			**
Appartement, maison	72,7	81,2		15,3	30,7		50,4	70,0	
Hébergement chez un proche	15,2	9,3		14,2	10,8		14,8	9,6	
Centre d'hébergement et de réinsertion, foyer, maison relais...	1,5	2,4		23,5	13,3		10,0	4,8	
Hôtel, hôtel social	7,3	3,9		11,5	9,8		8,9	5,2	
Personnes sans abri ou vivant dans un endroit non prévu pour l'habitation ou en centre d'hébergement d'urgence	1,2	2,8		35,2	34,4		14,3	9,8	
Autre	2,2	0,4		0,4	1,0		1,5	0,5	

Analyse restreinte aux 4 territoires communs aux deux études Abena (Marseille, Dijon, Paris, Seine-Saint-Denis).

^a Comparaisons entre 2004-2005 et 2011-2012, test du Chi2 sur les effectifs pondérés sans ajustement ; NS=non significatif ; *p<0,05 ;

p<0,01 ; *p<0,001.

Données manquantes : ^b DM=12.

4.2. Evolutions entre 2004-2005 et 2011-2012

Rappel :

Pour l'ensemble des paragraphes « Evolutions », les analyses ont été limitées aux quatre territoires communs (Marseille, Dijon, Paris et la Seine-Saint-Denis) et aux indicateurs communs (formulation identique ou comparable des questions) aux études Abena 2004-2005 et 2011-2012.

4.2.1. Evolution des caractéristiques démographiques et de l'habitat

Des usagers plus âgés en 2011-2012 qu'en 2004-2005

Si la tendance était à une augmentation de la proportion de femmes usagers de l'aide alimentaire entre les deux études, la différence n'était pas significative (**Tableau 20**). En 2011-2012, les usagers de l'aide alimentaire étaient en moyenne plus âgés qu'en 2004-2005 (respectivement 44,5 ans contre 42,0 ans). La différence se remarquait notamment chez les 65 ans ou plus quel que soit le type de structure fréquenté. Au total, 8,4% des usagers de l'aide alimentaire avaient 65 ans ou plus en 2011-2012 alors qu'ils n'étaient que 3,2% en 2004-2005. Ceci tend à être observé sur l'ensemble des territoires, à l'exception de Dijon (**Annexe 5**). De manière générale, la part des moins de 25 ans reste peu importante (inférieure à 5%).

Une répartition différente des pays de naissance entre les deux études

La proportion de personnes nées en Europe de l'Est était plus importante en 2011-2012 parmi les personnes fréquentant les structures « Repas », passant de 7,5% en 2004-2005 à 24,2% en 2011-2012. Parmi les personnes fréquentant les structures « Denrées », les proportions de personnes nées en France et nées en Afrique (hors Maghreb) ont augmenté. La proportion de personnes nées au Maghreb a diminué dans les deux types de structures. Ces évolutions sont à nuancer selon les territoires avec des différences significatives sur Paris (proportionnellement davantage de personnes nées en Europe de l'Est) et en Seine-Saint-Denis (proportionnellement davantage de personnes nées en Afrique hors Maghreb) (**Annexe 5**).

D'avantage de personnes vivaient dans leur logement en 2011-2012

En 2011-2012, 70,0% des usagers de l'aide alimentaire vivaient dans leur logement, tandis qu'ils étaient 50,4% en 2004-2005. La proportion de personnes sans abri ou vivant dans un lieu non prévu pour l'hébergement ou en centre d'hébergement d'urgence est restée stable parmi les personnes fréquentant les structures « Repas », avec plus du tiers d'entre elles dans cette situation lors des deux enquêtes.

Tableau 22 : Evolution des caractéristiques socioéconomiques des usagers de l'aide alimentaire et de leur foyer entre 2004-2005 et 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées			Repas			Total		
	2004-2005 N=883	2011-2012 N=1 058	p ^a	2004-2005 N=281	2011-2012 N=329	p ^a	2004-2005 N=1 164	2011-2012 N=1 387	p ^a
Situation familiale ^b			*			NS			NS
Famille monoparentale	32,7	33,5		5,1	1,4		22,0	26,4	
Seul(e) sans enfant à charge	16,8	27,8		83,5	83,3		42,7	40,0	
En couple avec enfant(s) à charge	46,8	33,1		2,5	2,7		29,6	26,4	
En couple sans enfant à charge	3,8	5,6		8,9	12,6		5,7	7,1	
Nombre d'enfants à charge ^c			*			NS			NS
0	20,6	33,4		92,4	96,2		48,4	47,2	
1	22,1	20,5		2,4	1,1		14,5	16,2	
2	30,2	21,6		2,9	1,8		19,6	17,3	
≥ 3	27,1	24,5		2,3	0,9		17,5	19,3	
Nombre de personnes vivant dans le foyer ^d			NS			NS			NS
1	12,3	21,6		87,1	79,9		41,3	34,4	
2	14,0	18,6		8,6	12,5		11,9	17,3	
3	22,2	19,8		2,8	4,6		14,7	16,5	
4	25,0	17,4		0,8	1,4		15,6	13,9	
≥ 5	26,6	22,5		0,7	1,6		16,6	17,9	
Niveau de formation ^e			*			***			***
Aucun diplôme ou CEP	59,7	48,2		56,5	30,2		58,5	44,2	
CAP, BEP, Bac pro ou équivalent	23,3	31,6		19,6	31,4		21,9	31,5	
Bac général, BTS, DUT, DEST, DEUG	10,8	12,5		16,2	14,7		12,8	13,0	
2 ^e ou 3 ^e cycle universitaire, grande école	6,2	7,7		7,6	23,6		6,7	11,2	
Situation professionnelle ^f			***			*			***
Avec emploi	5,5	11,7		5,6	8,8		5,5	11,1	
Sans emploi	74,5	80,0		65,2	76,2		70,9	79,1	
Chômeur inscrit ou non à Pôle Emploi	36,1	40,5		27,6	42,8		32,8	41,1	
Femme ou homme au foyer (ne cherchant pas de travail)	19,7	16,3		0,1	6,3		12,1	14,1	
Retraité, préretraité, retiré des affaires	2,4	9,5		7,9	12,6		4,5	10,2	
Etudiant	1,6	1,4		2,5	1,4		1,9	1,4	
Autre inactif	14,8	12,2		27,1	13,1		19,5	12,4	
Situation administrative ne permettant pas de travailler	20,0	8,3		29,2	15,0		23,6	9,8	
Nombre de personnes ayant une activité rémunérée dans le foyer ^g			NS			*			**
0	80,6	74,2		92,9	83,2		85,4	76,2	
≥ 1	19,4	25,8		7,1	16,8		14,6	23,8	
Principale source de revenu du foyer ^h			**			***			***
Salaire, travail	16,8	16,5		6,2	13,9		12,7	16,0	
Indemnités chômage	12,4	8,8		2,5	7,0		8,6	8,4	
RSA, RMI, API	26,6	28,5		26,2	21,0		26,4	26,9	
Autres allocations, prestations	21,9	26,4		18,3	12,3		20,5	23,3	
Retraite	4,1	9,8		5,6	10,1		4,7	9,8	
Aucun revenu	8,6	7,3		18,1	33,6		12,3	13,1	
Autre	9,5	2,7		23,0	2,1		14,8	2,6	
Appréciation de la capacité financière du foyer ⁱ			***			**			***
Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes	24,0	26,6		19,3	19,7		22,2	25,1	
Vous y arrivez difficilement	63,7	34,9		59,2	53,3		61,9	39,0	
Il faut faire attention / C'est juste	11,9	35,7		20,0	14,9		15,1	31,1	
Vous êtes à l'aise / Ca va	0,4	2,7		1,5	12,1		0,8	4,8	

Analyse restreinte aux 4 territoires communs aux deux études Abena (Marseille, Dijon, Paris, Seine-Saint-Denis).

^a Comparaisons entre 2004-2005 et 2011-2012, test du Chi2 sur les effectifs pondérés sans ajustement ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.Données manquantes : ^b DM=6 ; ^c DM=3 ; ^d DM=2 ; ^e DM=42 ; ^f DM=34 ; ^g DM=23 ; ^h DM=25 ; ⁱ DM=71.

4.2.2. Evolution de l'environnement familial et des profils socioéconomiques

Davantage de personnes vivant seules sans enfant en 2011-2012

Seule la situation familiale des personnes fréquentant les structures « Denrées » différait significativement entre les deux études (**Tableau 22**), avec une augmentation de la proportion de personnes vivant seules sans enfant (16,8% en 2004-2005 contre 27,8% en 2011-2012). La proportion de personnes en couple avec enfants à charge a diminué (46,8% en 2004-2005 contre 33,1% en 2011-2012), tandis que la proportion de familles monoparentales est restée stable.

Davantage de personnes diplômées du supérieur en 2011-2012

La proportion de personnes sans diplôme a diminué parmi les personnes fréquentant les structures « Denrées », comme parmi celles fréquentant les structures « Repas », passant chez l'ensemble des usagers de 58,5% en 2004-2005 à 44,2% en 2011-2012 (**Tableau 22**). A l'inverse, la proportion de personnes ayant un niveau de formation supérieur au baccalauréat a augmenté depuis 2004-2005, notamment les 2^e ou 3^e cycles universitaires ou les grandes écoles.

Des proportions plus importantes de chômeurs, de retraités et de personnes occupant un emploi en 2011-2012

La proportion de personnes en situation administrative ne permettant pas de travailler a diminué, quel que soit le type de structure, passant chez l'ensemble des usagers de 23,6% en 2004-2005 à 9,8% en 2011-2012. La proportion de chômeurs était plus importante en 2011-2012, augmentation plus marquée parmi les personnes fréquentant les structures « Repas », la part des chômeurs étant passée de 27,6% à 42,8%. Enfin, la proportion des usagers de l'aide alimentaire retraités et de ceux occupant un emploi a augmenté entre les deux études, ceci dans les deux types de structures.

Les usagers de l'aide alimentaire vivaient davantage dans des foyers où au moins une personne avait une activité rémunérée en 2011-2012 (23,8%) qu'en 2004-2005 (14,6%). La différence n'était significative que pour les usagers des structures « Repas ».

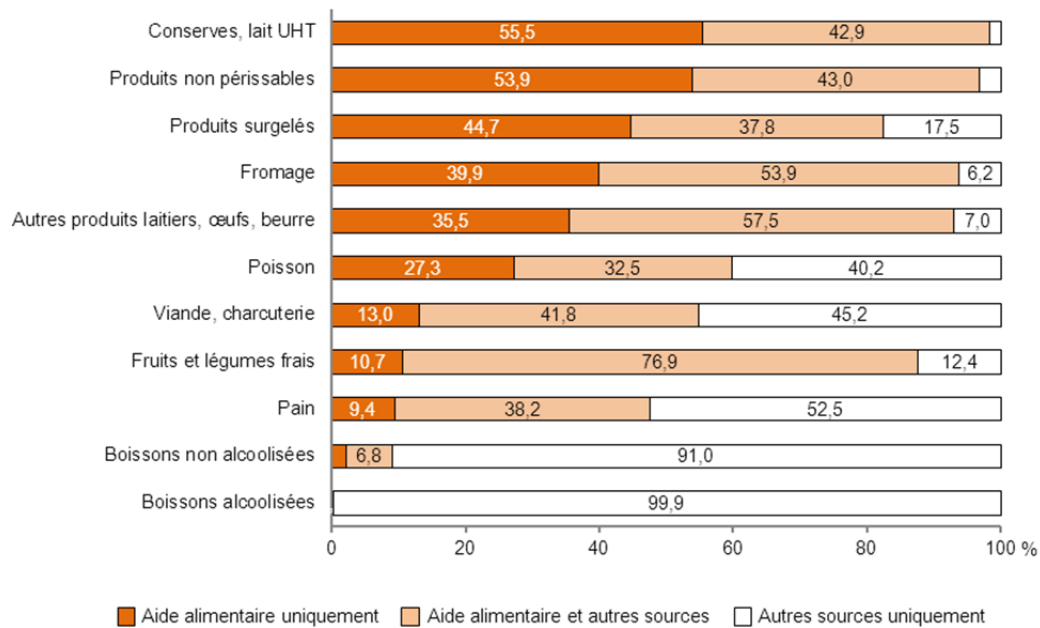
Une situation financière perçue de façon plus positive

Globalement, la répartition de la principale source de revenus des foyers différait significativement entre les deux études. Ceci reflète l'évolution des situations face à l'emploi, avec notamment davantage de personnes retraitées et de personnes ayant des revenus liés au travail.

Concernant la capacité financière du foyer, les usagers en avaient une appréciation plus positive en 2011-2012 qu'en 2004-2005 (**Tableau 22**). L'évolution était significative dans les structures « Denrées » comme dans les structures « Repas ».

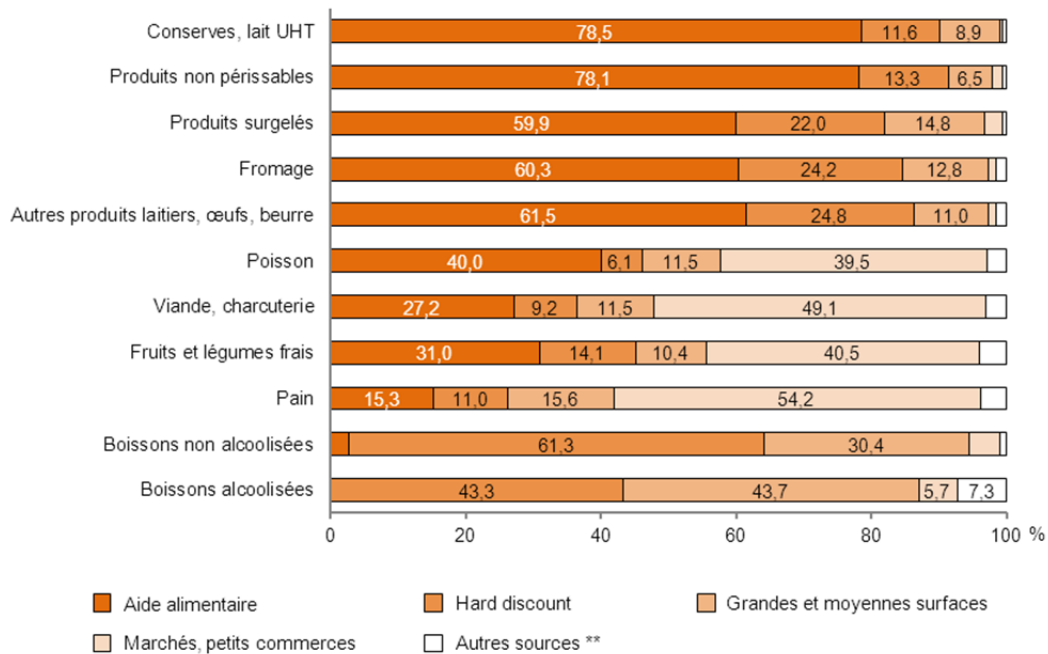
5. Approvisionnements alimentaires et recours à l'aide alimentaire

Figure 8 : Sources d'approvisionnement alimentaire parmi les usagers des structures « Denrées »* selon le type d'aliments en 2011-2012 – Abena (%)



* Parmi les personnes qui se procuraient ces types d'aliments.

Figure 9 : Première source d'approvisionnement alimentaire parmi les usagers des structures « Denrées »* selon le type d'aliments en 2011-2012 – Abena (%)



* Parmi les personnes qui se procuraient ces types d'aliments.

** Autres sources : autres dons que l'aide alimentaire, échanges, fins de marchés, poubelles.

5.1. La situation en 2011-2012

5.1.1. Approvisionnements alimentaires

Note méthodologique : Le questionnaire (Annexe 1) comportait une question permettant de renseigner, pour différents types d'aliments, si la personne interrogée s'en procurait. Si c'était le cas, il lui était demandé de préciser les sources d'approvisionnement, en distinguant l'aide alimentaire, les hard discounts, les grandes et moyennes surfaces, les marchés et les petits commerces, les autres dons que l'aide alimentaire, les échanges, les fins de marchés et les poubelles. Enfin, la première source d'approvisionnement était également recueillie, c'est-à-dire la source où la personne estimait s'en procurer « le plus ».

L'aide alimentaire, principale source d'approvisionnement pour de nombreux types d'aliments chez les usagers des structures « Denrées »

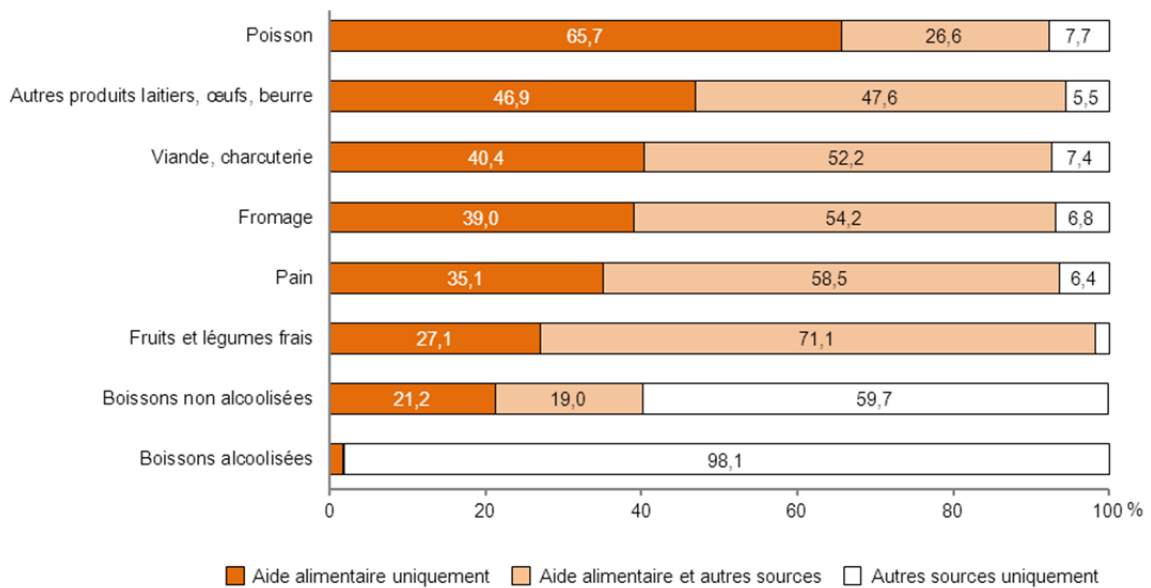
Parmi les personnes fréquentant les structures « Denrées », plus de neuf sur dix déclaraient se procurer, quelle que soit la source d'approvisionnement, des produits non périssables (100,0%), des conserves ou du lait UHT (99,9%), des fruits et légumes frais (99,5%), du fromage (97,3%), d'autres produits laitiers, des œufs ou du beurre (99,7%), du pain (97,3%), de la viande ou de la charcuterie (95,6%) ou des produits surgelés (90,9%). En revanche, seuls 78,1% déclaraient se procurer du poisson, 88,0% des boissons non alcoolisées et 21,1% des boissons alcoolisées.

Plus de huit usagers des structures « Denrées » sur dix déclaraient avoir recours à l'aide alimentaire (uniquement ou associée à d'autres sources d'approvisionnement) pour se procurer tous les types d'aliments hors poisson, viande ou charcuterie, pain et boissons (**Figure 8**). En particulier, plus de la moitié des usagers déclaraient avoir recours uniquement à l'aide alimentaire pour se procurer des conserves ou du lait UHT et des produits non périssables. En outre, plus des trois quarts des usagers considéraient que l'aide alimentaire était leur première source d'approvisionnement pour ces types d'aliments (**Figure 9**). Les proportions d'usagers ayant recours uniquement à l'aide alimentaire étaient plus faibles pour les produits frais, en particulier les fruits et légumes, la viande ou la charcuterie et le poisson (**Figure 8**). L'aide alimentaire représentait toutefois la première source d'approvisionnement pour 27% à 40% des usagers pour ces types d'aliments (**Figure 9**).

Une place importante des hard discounts et des marchés et petits commerces pour les usagers des structures « Denrées »

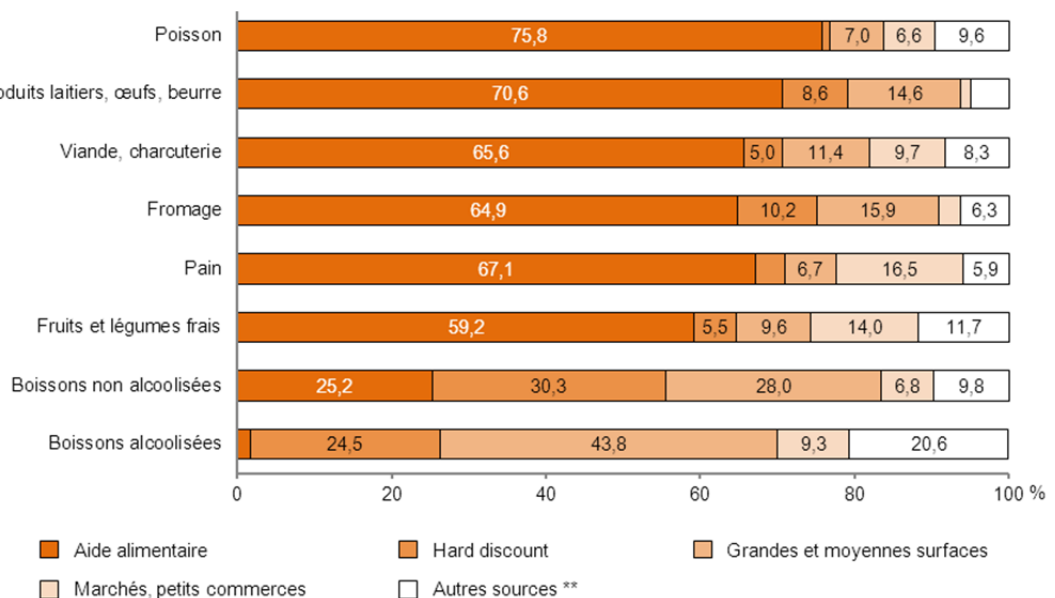
Près d'un quart des usagers des structures « Denrées » déclarait que les hard discounts étaient leurs premières sources d'approvisionnement pour le fromage, les autres produits laitiers, les œufs ou le beurre et les produits surgelés (**Figure 9**). Les hard discounts et les grandes et moyennes surfaces étaient par ailleurs les principales sources d'approvisionnement en boissons. Enfin, les marchés et petits commerces étaient les premiers lieux d'approvisionnement en pain pour plus de la moitié des personnes, en viande ou charcuterie pour près d'une personne sur deux et en fruits et légumes frais et en poisson pour quatre personnes sur dix.

Figure 10 : Sources d'approvisionnement alimentaire parmi les usagers des structures « Repas »* selon le type d'aliments en 2011-2012 – Abena (%)



* Parmi les personnes qui se procuraient ces types d'aliments.

Figure 11 : Première source d'approvisionnement alimentaire parmi les usagers des structures « Repas »* selon le type d'aliments en 2011-2012 – Abena (%)



* Parmi les personnes qui se procuraient ces types d'aliments.

** Autres sources : autres dons que l'aide alimentaire, échanges, fins de marchés, poubelles.

L'aide alimentaire, principale source d'approvisionnement pour la plupart des types d'aliments parmi les usagers des structures « Repas »

Parmi les personnes fréquentant les structures « Repas », plus de neuf sur dix déclaraient se procurer, quelle que soit la source d'approvisionnement, du pain (99,8%), des fruits et légumes frais (99,4%), du fromage (94,2%), d'autres produits laitiers, des œufs ou du beurre (98,7%), de la viande ou de la charcuterie (93,0%). De plus, seuls 79,9% des usagers déclaraient se procurer du poisson, 77,4% des boissons non alcoolisées et 43,2% des boissons alcoolisées.

Pour tous les types d'aliments hors boissons, plus de neuf usagers des structures « Repas » sur dix déclaraient avoir recours à l'aide alimentaire pour se les procurer (**Figure 10**) et l'aide alimentaire était la première source d'approvisionnement pour la majorité des personnes (**Figure 11**). En outre, près des deux tiers des usagers avaient recours uniquement à l'aide alimentaire pour se procurer du poisson, quatre sur dix pour se procurer de la viande ou de la charcuterie, du fromage ou d'autres produits laitiers, des œufs ou du beurre (parmi ceux qui se procuraient ces types d'aliments).

Zoom selon le territoire (Annexe 7)

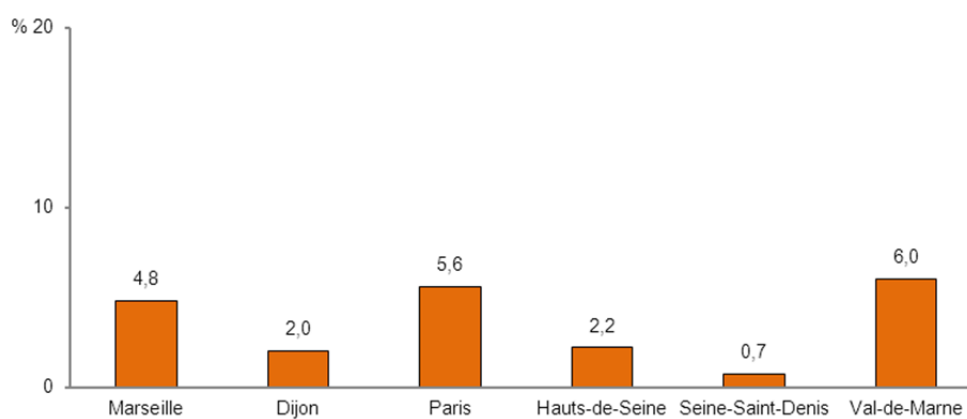
La place de l'aide alimentaire dans l'approvisionnement différait selon le territoire, structures « Denrées » et « Repas » confondues. Pour la plupart des aliments, le recours uniquement à l'aide alimentaire était plus fréquent parmi les usagers des structures parisiennes et des départements franciliens de proche couronne. Ainsi, 29,3% des usagers des structures de Paris avaient recours uniquement à l'aide alimentaire pour se procurer de la viande ou de la charcuterie, 20,0% dans le Val-de-Marne, 18,8% dans les Hauts-de-Seine, 15,5% en Seine-Saint-Denis, contre 5,5% à Dijon et 5,2% à Marseille.

Concernant les fruits et légumes frais, 22,9% des usagers des structures de Paris avaient recours uniquement à l'aide alimentaire pour s'en procurer, 24,0% dans le Val-de-Marne, 10,9% dans les Hauts-de-Seine, 9,6% en Seine-Saint-Denis, 5,5% à Marseille et 3,7% à Dijon.

Tableau 23 : Recours aux fins de marché ou aux poubelles selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées N=1 575	Repas N=444	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
Se procure des aliments en fin de marché ou dans les poubelles ^b	2,4	8,4	**	3,4	[2,3 - 5,1]
Se procure des aliments en fin de marché ou dans les poubelles depuis plus de 2 ans ^c	1,5	4,4	*	2,0	[1,2 - 3,1]
Se procure des aliments en fin de marché ou dans les poubelles plusieurs fois par semaine ^d	1,3	4,5	**	1,8	[1,2 - 2,8]

^a Comparaisons selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.
Données manquantes : ^b DM=3 ; ^c DM=8 ; ^d DM=10.

Figure 12 : Recours aux fins de marché ou aux poubelles selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

Une faible proportion d'utilisateurs déclarait avoir recours aux fins de marché ou aux poubelles

Parmi les utilisateurs des structures « Repas », les dons (autres que ceux de l'aide alimentaire), les échanges, les fins de marchés ou les poubelles représentaient la première source d'approvisionnement en fruits et légumes frais pour plus d'un utilisateur sur dix (**Figure 11**) et pour près d'un sur dix, en poisson, en boissons non alcoolisées, en viande ou charcuterie et en produits non périssables. Pour les boissons alcoolisées, la proportion était d'un utilisateur sur cinq. Les proportions étaient plus faibles pour les utilisateurs des structures « Denrées » (**Figure 9**).

En outre, une faible proportion d'utilisateurs déclaraient avoir recours aux fins de marchés ou aux poubelles pour s'approvisionner : 8,4% des utilisateurs des structures « Repas » et 2,4% des utilisateurs des structures « Denrées » (**Tableau 23**). Les utilisateurs déclaraient davantage avoir recours aux fins de marchés (7,4 % des utilisateurs des structures « Repas » et 2,2% de ceux des structures « Denrées ») qu'aux poubelles (2,7% des personnes fréquentant les structures « Repas » et 0,7% de celles fréquentant les structures « Denrées »).

Par ailleurs, pour plus de la moitié des personnes concernées, il s'agissait d'une pratique ancienne et régulière : 4,4% des utilisateurs des structures « Repas » y avaient recours depuis plus de deux ans et 4,5% plusieurs fois par semaine (**Tableau 23**).

Les personnes ayant recours aux fins de marché ou aux poubelles récupéraient principalement des fruits et légumes (91% des personnes ayant ce type de recours), mais aussi du fromage (16%), du pain (15%), de la viande ou de la charcuterie (14%), des produits non périssables (13%), d'autres produits laitiers, des œufs ou du beurre (12%), des conserves ou du lait UHT (11%) ou des boissons non alcoolisées (11%).

Zoom selon le territoire (Figure 12)

Le recours aux fins de marché ou aux poubelles était plus fréquent dans le Val-de-Marne, à Paris et à Marseille que dans les autres territoires.

Tableau 24 : Ancienneté du recours à l'aide alimentaire selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées N=1 575	Repas N=444	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
0 - 5 mois	28,7	21,6	NS	27,5	[23,5 - 31,9]
6 - 11 mois	4,4	5,9		4,6	[3,3 - 6,5]
[1 - 2 ans[	17,7	13,7		17,0	[12,9 - 22,2]
[2 - 5 ans[	26,9	22,4		26,1	[22,9 - 29,7]
≥ 5 ans	22,4	36,4		24,7	[20,9 - 28,9]

^a Comparaison selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.
Données manquantes : DM=70.

Tableau 25 : Continuité du recours parmi les personnes ayant recours à l'aide alimentaire depuis un an ou plus selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées N=933	Repas N=296	p ^a	Total N=1 229	[IC à 95%]
Recours tous les ans ^b	67,9	61,4	NS	66,7	[62,0 - 71,2]
Recours au moins une fois par mois au cours des douze derniers mois ^c	25,2	53,1	***	30,1	[23,0 - 38,3]
Raisons du recours moins d'une fois par mois au cours des douze derniers mois ^ε					
Pas de besoin régulier ^d	25,8	81,3	***	32,3	[25,9 - 39,6]
Structure fermée ^e	66,2	9,0	***	59,4	[51,7 - 66,7]
Autre raison citée [#]	18,4	15,6	NS	18,0	[15,2 - 21,3]

^a Comparaisons selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

^ε Parmi les personnes ayant eu recours à l'aide alimentaire moins d'une fois par mois au cours des douze derniers mois ; plusieurs réponses possibles.

[#] Autres raisons citées : problèmes de santé, problèmes administratifs, déménagement ou absence, problème d'information, manque de temps, etc.

Données manquantes : ^b DM=54 ; ^c DM=50 ; ^d DM=5 (parmi les personnes ayant eu recours à l'aide moins d'une fois par mois au cours des douze derniers mois ; n=820) ; ^e DM=6 (idem).

5.1.2. Recours à l'aide alimentaire

Un recours à l'aide alimentaire ancien...

La proportion de personnes ayant recours à l'aide alimentaire depuis cinq ans ou plus était plus élevée parmi les usagers des structures « Repas » (36,4%) que parmi ceux des structures « Denrées » (22,4%) (**Tableau 24**). En outre, plus de deux usagers sur trois avaient recours à l'aide alimentaire depuis un an ou plus et un usager sur quatre avait recours à l'aide alimentaire depuis moins de six mois, sans différence significative entre les structures « Denrées » et « Repas ».

...et le plus souvent de façon continue sur les années précédentes

Parmi les usagers ayant recours à l'aide alimentaire depuis un an ou plus, deux sur trois y avaient eu recours tous les ans (**Tableau 25**), sans différence significative selon le type de structures. Par ailleurs, plus d'un usager des structures « Repas » sur deux et un usager des structures « Denrées » sur quatre avaient eu recours à l'aide alimentaire au moins une fois par mois au cours des douze derniers mois. Dans les structures « Denrées », la principale raison pour laquelle les usagers avaient eu recours à l'aide alimentaire moins d'une fois par mois au cours des douze derniers mois était liée à la fermeture des structures à certaines périodes de l'année. Dans les structures « Repas », la principale raison était le fait de ne pas avoir un besoin régulier.

Zoom selon le territoire (Annexe 8)

L'ancienneté du recours ne différait pas significativement selon le territoire, que ce soit le recours depuis cinq ans ou plus, un an ou plus ou six mois ou plus.

Tableau 26 : Structures de distribution d'aide alimentaire fréquentées au cours des douze derniers mois selon leur type en 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées N=1 575	Repas N=444	Total N=2 019	[IC à 95%]
Distribution de denrées uniquement	97,1	-	80,9	[74,8 - 85,9]
Distribution de repas uniquement	-	87,5	14,6	[10,2 - 20,4]
Distributions de repas et de denrées	2,9	12,5	4,5	[3,0 - 6,8]

Données manquantes : DM=1.

Tableau 27 : Fréquentation des structures de distribution d'aide alimentaire au cours des douze derniers mois ou depuis le début du recours en 2011-2012 – Abena (%)

	Total N=2 019	[IC à 95%]
Au moins une structure distribuant des denrées ^b	85,4	[79,6 - 89,8]
Fréquence du recours ^c		
≤ 1 fois par mois	13,6	[10,9 - 16,9]
> 1 et ≤ 2 fois par mois	22,9	[18,8 - 27,7]
> 2 fois par mois et ≤ 1 fois par semaine	32,7	[28,0 - 37,8]
> 1 fois par semaine	30,8	[26,8 - 35,1]
Une seule structure distribuant des denrées ^b	79,0	[73,2 - 83,9]
Participation financière ^d	27,8	[18,4 - 39,5]
Au moins une structure distribuant des repas ^b	19,1	[14,1 - 25,2]
Fréquence du recours ^e		
≤ 1 fois par mois	7,9	[5,2 - 12,0]
> 1 et ≤ 2 fois par mois	2,6	[1,3 - 5,2]
> 2 fois par mois et ≤ 1 fois par semaine	6,3	[4,2 - 9,2]
> 1 et ≤ 2 fois par semaine	6,2	[2,9 - 12,7]
> 2 et ≤ 7 fois par semaine	44,6	[39,7 - 49,6]
> 1 fois par jour	32,4	[27,1 - 38,2]
Une seule structure distribuant des repas ^b	43,2	[35,6 - 51,2]
Participation financière ^f	4,6	[2,4 - 8,7]

Données manquantes : ^b DM=0 ; ^c DM=52 et ^d DM=7 (parmi les personnes ayant fréquenté au moins une structure distribuant des denrées) ; ^e DM=24 et ^f DM=1 (parmi les personnes ayant fréquenté au moins une structure distribuant des repas).

Guide de lecture : 85,4% des usagers de l'aide alimentaire ont eu recours à au moins une structure distribuant des denrées au cours des douze derniers mois. Parmi eux, 13,6% y ont eu recours 1 fois par mois ou moins, 79,0% ont eu recours à une seule structure distribuant des denrées et 27,8% ont participé financièrement.

Peu d'usagers avaient recours à la fois à des structures « Denrées » et des structures « Repas »

Plus de 80% des usagers de l'aide alimentaire avaient fréquenté au cours des douze derniers mois uniquement des structures distribuant des denrées, 14,6% uniquement des structures distribuant des repas et 4,5% des structures distribuant des denrées et des structures distribuant des repas (**Tableau 26**). Si l'on tient compte du recours à des structures distribuant des bons d'achats, des chèques ou des remboursements, 8,2% des usagers de l'aide alimentaire avaient fréquenté des structures distribuant des denrées et des structures distribuant des bons d'achats, 0,2% des structures distribuant des repas et des structures distribuant des bons d'achats et 1,0% des structures distribuant des denrées, des repas et des bons d'achats.

La plupart des usagers des structures « Denrées » fréquentait une seule structure

Parmi les usagers ayant eu recours à au moins une structure distribuant des denrées au cours des douze derniers mois, 13,6% y avaient eu recours une fois par mois ou moins, 22,9% une à deux fois par mois, 32,7% deux à quatre fois par mois et 30,8% plusieurs fois par semaine (**Tableau 27**). La plupart de ces usagers (79,0%) avait fréquenté une seule structure de ce type et pour un peu plus d'un quart, une participation financière leur avait été demandée.

Par ailleurs, parmi les usagers ayant eu recours à au moins une structure distribuant des repas au cours des douze derniers mois, huit sur dix y avaient eu recours plusieurs fois par semaine, voire plusieurs fois par jour et plus d'un sur deux avait eu recours à plusieurs structures distribuant des repas. Une participation financière avait été demandée à une proportion très faible de ces usagers (4,6%).

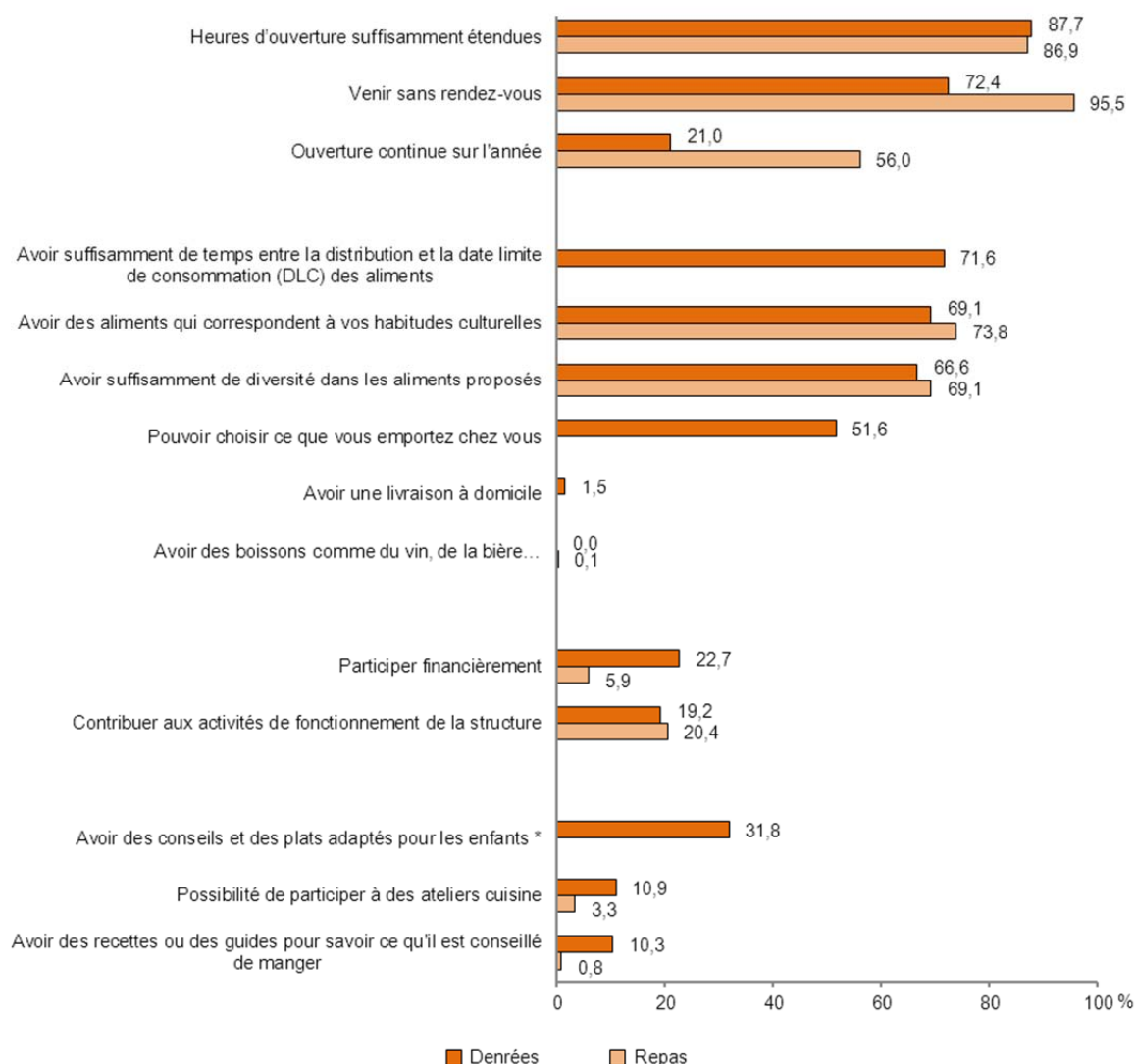
En parallèle, 9,4% des usagers avaient fréquenté une structure distribuant des bons d'achats, des chèques ou des remboursements au cours des douze derniers mois. Parmi eux, 50,1% y avaient eu recours une fois au cours des douze derniers mois, 40,5% deux à cinq fois et 9,4% plus de cinq fois.

Zoom selon le territoire (Annexe 9)

Le recours à la fois à des structures distribuant des denrées et à celles distribuant des repas différait selon le territoire, avec un maximum pour les usagers des structures des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne (respectivement 9,9% et 8,1%) et un minimum pour les usagers des structures de Dijon (1,8%).

Par ailleurs, le recours à des structures distribuant des bons d'achats concernait davantage les personnes fréquentant les structures franciliennes de proche couronne : plus de 13% des usagers des structures des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne avaient fréquenté au moins une structure de ce type au cours des douze derniers mois, contre moins de 6% dans les autres territoires.

Figure 13 : Caractéristiques déclarées[£] de l'aide alimentaire reçue au cours des douze derniers mois selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)



[£] Il s'agit des caractéristiques déclarées par les personnes, celles ayant répondu « Ne sait pas » n'ont pas été exclues lors des calculs des pourcentages.

* Parmi les personnes qui ont des enfants à charge.

Guide de lecture : 87,7% des usagers des structures « Denrées » déclaraient que les heures d'ouverture des structures qu'ils avaient fréquentées au cours des douze derniers mois étaient suffisamment étendues.

5.1.3. Perceptions et opinions sur l'aide alimentaire reçue

Des heures d'ouverture considérées comme suffisamment étendues, mais une ouverture majoritairement discontinue sur l'année

Près de neuf usagers des structures d'aide alimentaire sur dix déclaraient que les heures d'ouverture des structures qu'ils fréquentaient étaient suffisamment étendues (**Figure 13**). De plus, 72,4% des usagers des structures « Denrées » déclaraient qu'il leur était possible de venir sans rendez-vous, 95,5% des usagers des structures « Repas » étaient dans ce cas. Par ailleurs, seuls 21,0% des usagers des structures « Denrées » déclaraient que les structures fréquentées étaient ouvertes de manière continue sur l'année. C'était le cas de 56,0% des usagers des structures « Repas ».

Une majorité d'usagers satisfaits de la diversité des aliments proposés

Concernant la distribution des aliments, sept usagers sur dix déclaraient que le temps entre la distribution et la date limite de consommation des aliments était suffisant, que les aliments proposés étaient suffisamment diversifiés, qu'ils avaient la possibilité d'avoir des aliments qui correspondaient à leurs habitudes culturelles. En outre, 51,6% des usagers des structures « Denrées » déclaraient pouvoir choisir ce qu'ils emportaient chez eux. En revanche, la quasi-totalité des usagers de l'aide alimentaire déclaraient que les structures fréquentées ne proposaient pas de boissons alcoolisées, ni de livraison à domicile.

Des guides, recettes ou « ateliers cuisine » accessibles pour un usager sur dix

Concernant le fonctionnement des structures, 22,7% des usagers des structures « Denrées » et 5,9% de ceux des structures « Repas » déclaraient participer financièrement. Près de 20% des usagers déclaraient qu'il était possible de contribuer aux activités de fonctionnement des structures qu'ils fréquentaient.

Enfin, concernant les activités et conseils proposés par les structures, 31,8% des usagers des structures « Denrées » avec au moins un enfant à charge déclaraient avoir des conseils ou des plats adaptés pour les enfants. Un usager des structures « Denrées » sur dix déclarait avoir la possibilité de participer à des « ateliers cuisine », un sur dix déclarait avoir des recettes ou des guides pour savoir ce qu'il est conseillé de manger, ces proportions étant très faibles parmi les usagers des structures « Repas ».

Zoom selon le territoire (Annexe 10)

Les caractéristiques des structures fréquentées différaient selon les territoires pour la quasi-totalité des caractéristiques citées, que ce soit les conditions d'ouverture des structures, la distribution des aliments (choix, diversité des aliments proposés, accès à des aliments correspondant aux habitudes culturelles, temps entre la distribution et la date limite de consommation des aliments), ou encore le fonctionnement et les activités des structures. Ces différences reflétaient la structuration de l'aide alimentaire au sein des territoires.

Tableau 28 : Absence déclarée de certaines caractéristiques de l'aide alimentaire reçue et importance estimée d'un changement parmi les usagers des structures « Denrées » en 2011-2012 – Abena (%)

	Absence déclarée [£] N=1 575	Changement important [#]
Avoir des boissons comme du vin, de la bière... ^a	96,8	5,6
Avoir une livraison à domicile ^b	92,9	27,5
Avoir des recettes ou des guides pour savoir ce qu'il est conseillé de manger ^c	81,9	58,0
Participer financièrement ^d	76,5	28,3
Avoir la possibilité de participer à des ateliers cuisine ^e	71,9	58,6
Contribuer aux activités de fonctionnement de la structure ^f	71,8	67,1
Ouverture continue sur l'année ^c	63,5	81,1
Avoir des conseils et des plats adaptés pour les enfants * ^a	57,2	62,3
Pouvoir choisir ce que vous emportez chez vous ^g	47,7	56,8
Avoir suffisamment de diversité dans les aliments proposés ^h	32,0	91,4
Avoir des aliments qui correspondent à vos habitudes culturelles ^h	30,1	71,5
Venir sans rendez-vous ^g	27,3	20,6
Avoir suffisamment de temps entre la distribution et la date limite de consommation (DLC) des aliments ^g	24,2	90,3
Heures d'ouverture suffisamment étendues ⁱ	12,0	91,7

[£] Les personnes ayant répondu « Ne sait pas » n'ont pas été exclues lors des calculs des pourcentages.

[#] Parmi les personnes ayant déclaré l'absence de cette caractéristique ; données manquantes : ^a DM=1 ; ^b DM=7 ; ^c DM=4 ; ^d DM=15 ; ^e DM=8 ; ^f DM=14 ; ^g DM=3 ; ^h DM=2 ; ⁱ DM=0.

* Parmi les personnes qui ont des enfants à charge.

Guide de lecture : 96,8% des usagers des structures « Denrées » déclaraient que les structures fréquentées ne distribuaient pas de boissons alcoolisées et parmi eux, 5,6% estimaient qu'un changement sur ce plan serait important.

Tableau 29 : Absence déclarée de certaines caractéristiques de l'aide alimentaire reçue et importance estimée d'un changement parmi les usagers des structures « Repas » en 2011-2012 – Abena (%)

	Absence déclarée [£] N=444	Changement important [#]
Avoir des boissons comme du vin, de la bière... ^a	99,9	17,1
Avoir des recettes ou des guides pour savoir ce qu'il est conseillé de manger ^a	97,5	32,9
Avoir la possibilité de participer à des ateliers cuisine ^b	93,1	44,8
Participer financièrement ^b	90,7	30,1
Contribuer aux activités de fonctionnement de la structure ^c	76,6	63,4
Avoir suffisamment de diversité dans les aliments proposés ^a	28,8	86,5
Ouverture continue sur l'année ^a	26,6	71,7
Avoir des aliments qui correspondent à vos habitudes culturelles ^a	24,3	58,2
Heures d'ouverture suffisamment étendues ^c	13,1	95,4
Venir sans rendez-vous ^a	4,0	39,3

[£] Les personnes ayant répondu « Ne sait pas » n'ont pas été exclues lors des calculs des pourcentages.

[#] Parmi les personnes ayant déclaré l'absence de cette caractéristique ; données manquantes : ^a DM=1 ; ^b DM=3 ; ^c DM=0.

Guide de lecture : 99,9% des usagers des structures « Repas » déclaraient que les structures fréquentées ne distribuaient pas de boissons alcoolisées et parmi eux, 17,1% estimaient qu'un changement sur ce plan serait important.

Note méthodologique : Pour chaque caractéristique de l'aide alimentaire, les personnes ayant déclaré que cette caractéristique n'était pas présente dans l'aide alimentaire reçue au cours des douze derniers mois étaient interrogées sur l'importance qu'elles accordaient à un éventuel changement. Les données présentées sur les changements souhaités portent donc sur cette part de la population. Les **Tableau 28** et **Tableau 29** présentent les résultats pour chaque caractéristique, par ordre décroissant des proportions de personnes en ayant déclaré l'absence.

Un souhait, pour les usagers des structures « Denrées », d'une ouverture continue sur l'année et d'un accès à des conseils, des guides ou des « ateliers cuisine »

Parmi les usagers des structures « Denrées » déclarant que les structures d'aide alimentaire fréquentées n'étaient pas ouvertes de manière continue sur l'année (63,5%), 81,1% estimaient qu'un changement serait important sur ce plan (**Tableau 28**).

Par ailleurs, parmi les usagers des structures « Denrées » déclarant que les structures fréquentées ne proposaient pas de recettes ou de guides pour savoir ce qu'il est conseillé de manger (81,9%), 58,0% estimaient qu'un changement serait important sur ce plan (**Tableau 28**). Quant aux « ateliers cuisine », 71,9% des usagers des structures « Denrées » déclaraient que les structures fréquentées n'en proposaient pas, et parmi eux, 58,6% estimaient qu'un changement à ce sujet serait important. En revanche, les usagers des structures « Repas » étaient moins nombreux à exprimer un souhait de changement concernant les guides et ateliers : plus de neuf usagers sur dix déclaraient que les structures ne proposaient pas de tels guides ou de tels ateliers, et parmi eux, respectivement 32,9% et 44,8% estimaient le changement important (**Tableau 29**). Enfin, parmi les usagers des structures « Denrées » ayant des enfants à charge et déclarant que les structures fréquentées ne proposaient pas de conseils ou de plats adaptés pour les enfants (plus de la moitié des usagers), 62,3% estimaient qu'un changement serait important sur ce plan.

Un souhait de contribuer aux activités de fonctionnement des structures

Parmi les usagers déclarant qu'il n'était pas possible de contribuer aux activités de fonctionnement des structures qu'ils fréquentaient (plus de sept sur dix), deux usagers sur trois estimaient qu'un changement serait important sur ce plan (**Tableau 28 ; Tableau 29**). En revanche, parmi les usagers déclarant ne pas participer financièrement, une plus faible proportion estimait le changement important (trois sur dix).

Des souhaits d'avoir davantage de diversité et de choix dans les aliments distribués exprimés par une partie des usagers

Parmi les usagers déclarant que les structures ne proposaient pas suffisamment de diversité dans les aliments (trois sur dix), neuf sur dix estimaient qu'un changement sur ce plan serait important. De plus, parmi les usagers des structures « Denrées » déclarant ne pas avoir accès à

Tableau 30 : Absence de consommation de certains des aliments distribués selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées N=1 575	Repas N=444	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
Absence de consommation car...					
Ne sait pas les cuisiner ^{£ b}	5,8	-		-	-
Ne peut pas les cuisiner ^{£ c}	2,4	-		-	-
Ne les aime pas, n'a pas l'habitude d'en manger ^d	20,7	19,7	NS	20,5	[17,5 - 23,8]
Ses traditions ne l'y encouragent pas, lui déconseillent ^e	16,1	12,8	NS	15,5	[12,3 - 19,5]
Ne les supporte pas, lui provoquent des allergies, pour des raisons de santé ^f	4,3	11,8	**	5,5	[4,0 - 7,6]

[£] Questions non posées aux personnes fréquentant uniquement des structures « Repas ».

^a Comparaisons selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Données manquantes : ^b DM=24 (parmi les personnes fréquentant des structures distribuant des denrées) ; ^c DM=23 (idem) ; ^d DM=53 ;

^e DM=53 ; ^f DM=54.

des aliments correspondant à leurs habitudes culturelles, sept sur dix estimaient qu'un changement serait important (six sur dix parmi les usagers des structures « Repas »).

Par ailleurs, près de la moitié des usagers des structures « Denrées » déclaraient ne pas pouvoir choisir les aliments qu'ils emportaient et parmi eux, près de six sur dix estimaient qu'un changement serait important sur ce plan.

Enfin, concernant les boissons alcoolisées, de faibles proportions d'usagers estimaient qu'un changement serait important (5,6% parmi les usagers des structures « Denrées » et 17,1% parmi ceux des structures « Repas »). En outre, un usager des structures « Denrées » sur quatre estimait qu'un changement permettant d'avoir une livraison à domicile serait important, certains précisant toutefois que ceci devrait concerner les personnes ayant besoin de ce type de service.

Certains aliments distribués non consommés, principalement pour des raisons de goût ou d'habitude

Un usager sur cinq déclarait ne pas consommer certains aliments distribués car il n'aimait pas ces aliments ou n'avait pas l'habitude d'en manger, sans différence significative selon le type de structures (**Tableau 30**). Interrogés sur les types d'aliments concernés, les usagers citaient principalement des légumes, mais aussi des viandes, des poissons ou des fruits de mer, certains féculents ou encore des plats préparés.

En outre, 15,5% des usagers déclaraient ne pas consommer certains aliments car leurs traditions ne les encourageaient pas à consommer ces aliments ou le leur déconseillaient. Il s'agissait essentiellement d'aliments à base de porc ou d'aliments non halal.

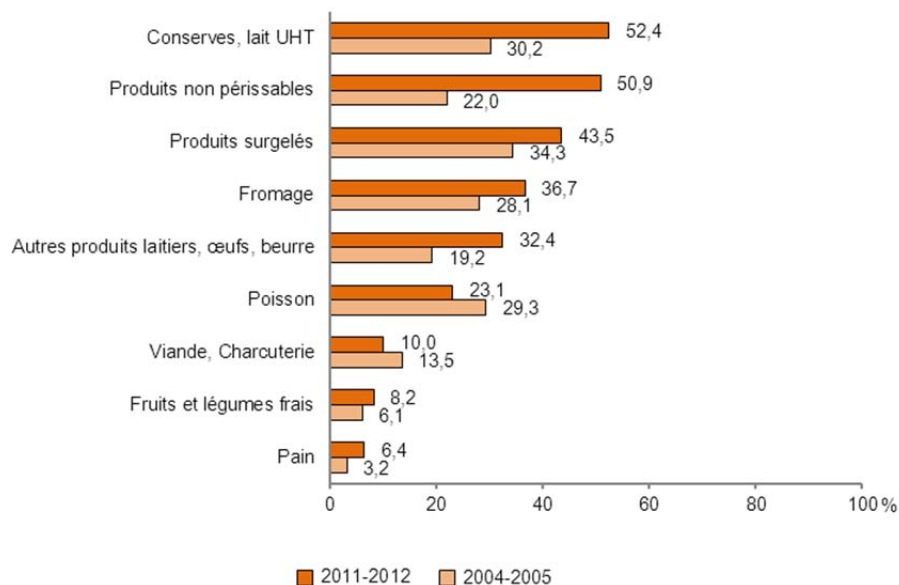
Dans les structures « Repas », plus d'un usager sur dix déclarait ne pas consommer certains aliments pour des raisons de santé (car il ne les supportait pas ou ces aliments lui provoquaient des allergies), la proportion était de 4,3% dans les structures « Denrées ». Les usagers citaient notamment les aliments qu'ils considéraient « trop gras » ou « trop sucrés », certains produits laitiers ou légumes.

Enfin, 5,8% des usagers des structures « Denrées » déclaraient ne pas consommer certains aliments distribués car ils ne savaient pas les cuisiner (ils citaient certains légumes et féculents, la farine...), 2,4% car ils ne pouvaient pas les cuisiner (aliments à cuire au four, à réchauffer au four micro-ondes, produits surgelés).

Zoom selon le territoire (Annexe 11)

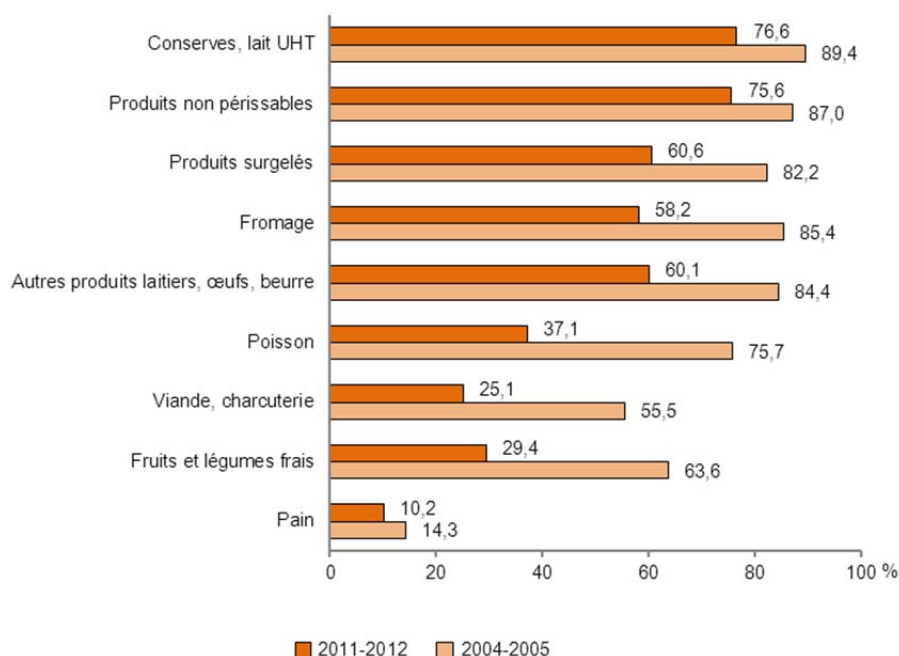
Les proportions d'usagers déclarant ne pas consommer certains aliments distribués différaient selon les territoires, quelle que soit la raison évoquée.

Figure 14 : Evolution entre 2004-2005 et 2011-2012 des proportions d'utilisateurs des structures « Denrées »* pour lesquels l'aide alimentaire est la seule source d'approvisionnement selon le type d'aliments – Abena (%)



* parmi les personnes qui se procuraient ces types d'aliments

Figure 15 : Evolution entre 2004-2005 et 2011-2012 des proportions d'utilisateurs des structures « Denrées »* pour lesquels l'aide alimentaire est la première source d'approvisionnement selon le type d'aliments – Abena (%)



* parmi les personnes qui se procuraient ces types d'aliments

5.2. Evolutions entre 2004-2005 et 2011-2012

5.2.1. Evolution des approvisionnements alimentaires

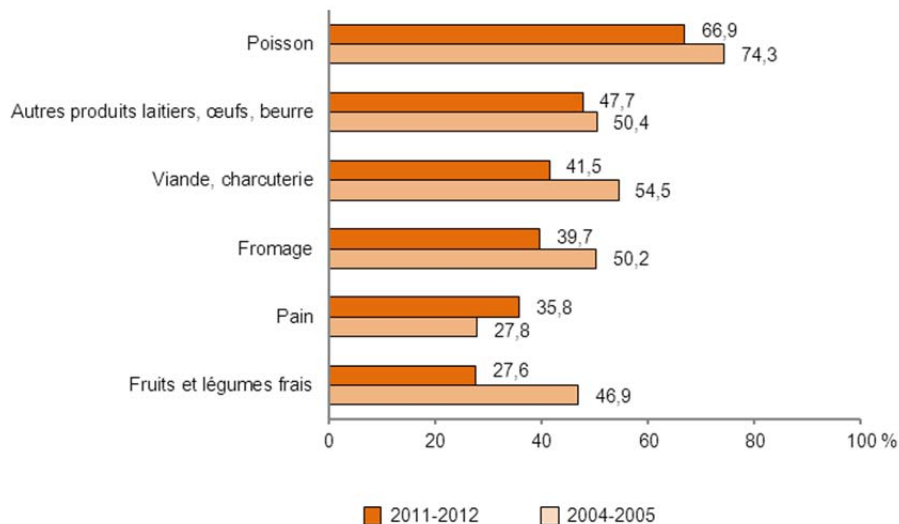
Un recours uniquement à l'aide alimentaire plus fréquent pour certains types d'aliments parmi les usagers des structures « Denrées »

En 2011-2012, davantage d'usagers des structures « Denrées » avaient recours uniquement à l'aide alimentaire pour se procurer des conserves ou du lait UHT, des produits non périssables, du fromage et d'autres produits laitiers, des œufs ou du beurre par rapport à 2004-2005 (**Figure 14**). L'augmentation était particulièrement marquée pour les conserves et le lait UHT et pour les produits non périssables. Ainsi, si trois usagers des structures « Denrées » sur dix avaient recours uniquement à l'aide alimentaire pour se procurer des conserves ou du lait UHT en 2004-2005, ils étaient plus de la moitié en 2011-2012 (parmi les personnes se procurant ces types d'aliments). Ces augmentations restaient significatives après prise en compte des évolutions des profils sociodémographiques des usagers, excepté pour le fromage.

En revanche, les proportions d'usagers ayant recours uniquement à l'aide alimentaire ont diminué légèrement pour la viande et la charcuterie et pour le poisson, la diminution étant significative après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques pour la viande et la charcuterie.

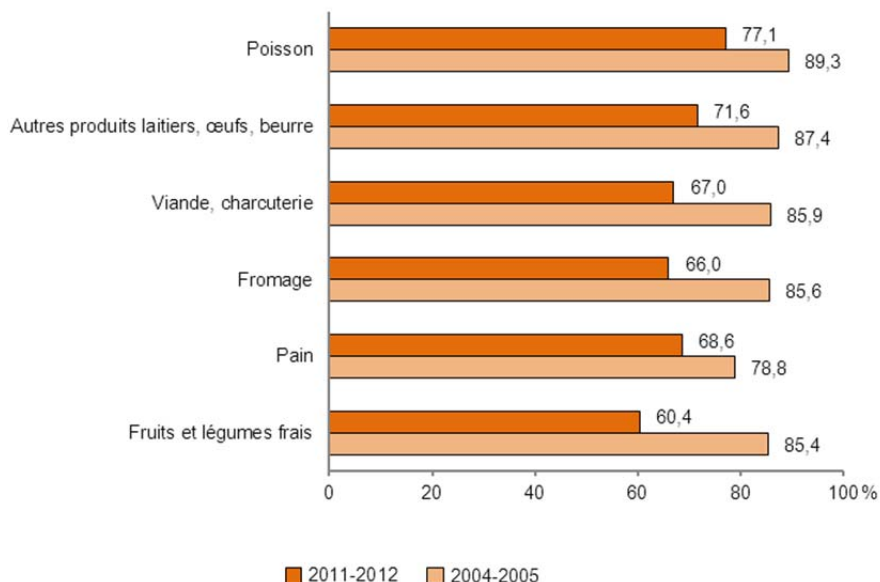
Par ailleurs, entre 2004-2005 et 2011-2012, les proportions d'usagers des structures « Denrées » considérant l'aide alimentaire comme leur première source d'approvisionnement alimentaire ont diminué pour tous les types d'aliments (parmi les personnes se procurant ces aliments) (**Figure 15**). Les diminutions étaient significatives sans et avec ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques, pour tous les types d'aliments excepté pour le pain. Ainsi, en 2004-2005, neuf usagers des structures « Denrées » sur dix déclaraient que l'aide alimentaire était leur première source d'approvisionnement en conserves et lait UHT, contre les trois quarts en 2011-2012. Les diminutions étaient également marquées pour les produits frais, tels que les fruits et légumes frais, la viande et la charcuterie et le poisson. Par exemple, pour les fruits et légumes frais, 63,6% des usagers des structures « Denrées » déclaraient, en 2004-2005, que l'aide alimentaire était leur première source d'approvisionnement, contre 29,4% en 2011-2012.

Figure 16 : Evolution entre 2004-2005 et 2011-2012 des proportions d'utilisateurs des structures « Repas »* pour lesquels l'aide alimentaire est la seule source d'approvisionnement selon le type d'aliments – Abena (%)



* parmi les personnes qui se procuraient ces types d'aliments

Figure 17 : Evolution entre 2004-2005 et 2011-2012 des proportions d'utilisateurs des structures « Repas »* pour lesquels l'aide alimentaire est la première source d'approvisionnement selon le type d'aliments – Abena (%)



* parmi les personnes qui se procuraient ces types d'aliments

L'aide alimentaire, moins souvent la première source d'approvisionnement en fruits et légumes frais parmi les usagers des structures « Repas »

Entre 2004-2005 et 2011-2012, la proportion d'usagers des structures « Repas » ayant recours uniquement à l'aide alimentaire pour se procurer des fruits et légumes frais a diminué significativement, passant de 46,9% à 27,6% (**Figure 16**). Cette diminution restait significative après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques des usagers. Les proportions n'ont pas évolué significativement pour les autres types d'aliments.

De même, la proportion d'usagers des structures « Repas » considérant l'aide alimentaire comme leur première source d'approvisionnement en fruits et légumes frais a diminué significativement entre 2004-2005 et 2011-2012, passant de 85,4% à 60,4% (**Figure 17**). Cette diminution restait significative après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques des usagers. Les proportions n'ont pas évolué significativement pour les autres types d'aliments, les diminutions étant à la limite de la significativité après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques pour la viande et la charcuterie et pour le fromage.

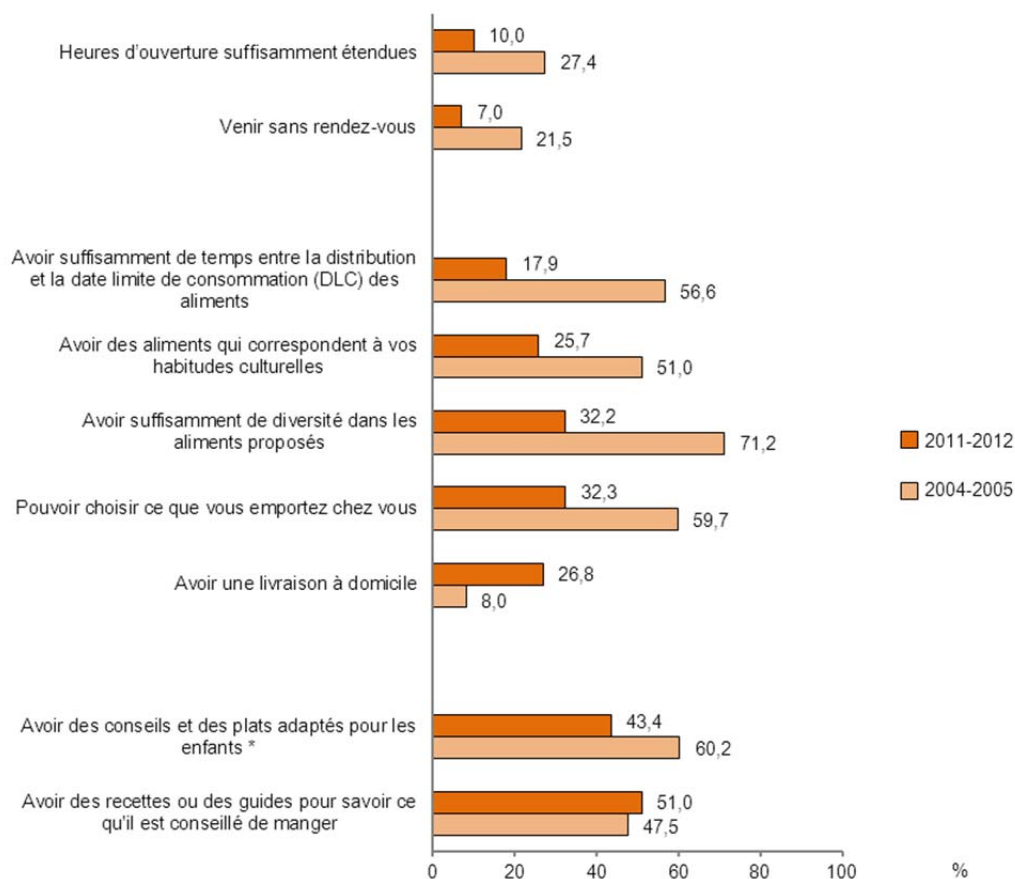
Tableau 31 : Evolution de l'ancienneté du recours à l'aide alimentaire entre 2004-2005 et 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées			Repas			Total		
	2004-2005	2011-2012	p ^a	2004-2005	2011-2012	p ^a	2004-2005	2011-2012	p ^a
	N=883	N=1 058		N=281	N=329		N=1 164	N=1 387	
0 - 6 mois	41,4	28,4	*	36,1	22,3	*	39,4	27,0	**
7 - 12 mois	6,1	7,2		14,1	8,1		9,2	7,4	
13 - 24 mois	17,1	16,4		16,7	11,1		16,9	15,3	
> 24 mois	35,4	48,0		33,1	58,5		34,5	50,3	

Analyse restreinte aux 4 territoires communs aux deux études Abena (Marseille, Dijon, Paris, Seine-Saint-Denis).

^a Comparaisons entre 2004-2005 et 2011-2012, test du Chi2 sur les effectifs pondérés sans ajustement ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Données manquantes : DM=53.

Figure 18 : Evolution entre 2004-2005 et 2011-2012 des proportions d'usagers des structures « Denrées » estimant qu'un changement serait important – Abena (%)

* Parmi les personnes qui ont des enfants à charge

Guide de lecture : 10,0% des usagers des structures « Denrées » estimaient en 2011-2012 qu'un changement permettant d'avoir des heures d'ouverture plus étendues serait important ; ils étaient 27,4% dans ce cas en 2004-2005.

5.2.2. Evolution du recours à l'aide alimentaire

Un recours à l'aide alimentaire plus ancien

Entre 2004-2005 et 2011-2012, la proportion d'usagers ayant recours à l'aide alimentaire depuis plus de deux ans (quel que soit le type d'aide) a augmenté (**Tableau 31**). En effet, en 2011-2012, la moitié des usagers de l'aide alimentaire avait recours à l'aide alimentaire depuis plus de deux ans, alors qu'en 2004-2005, ils étaient un peu plus d'un tiers dans ce cas. Inversement, la proportion d'usagers ayant recours à l'aide alimentaire depuis six mois ou moins a diminué. Ces différences étaient observées dans les structures « Denrées » et dans les structures « Repas » (**Tableau 31**). Elles restaient significatives après prise en compte des évolutions des caractéristiques sociodémographiques des usagers.

5.2.3. Evolution des perceptions et opinions sur l'aide alimentaire reçue

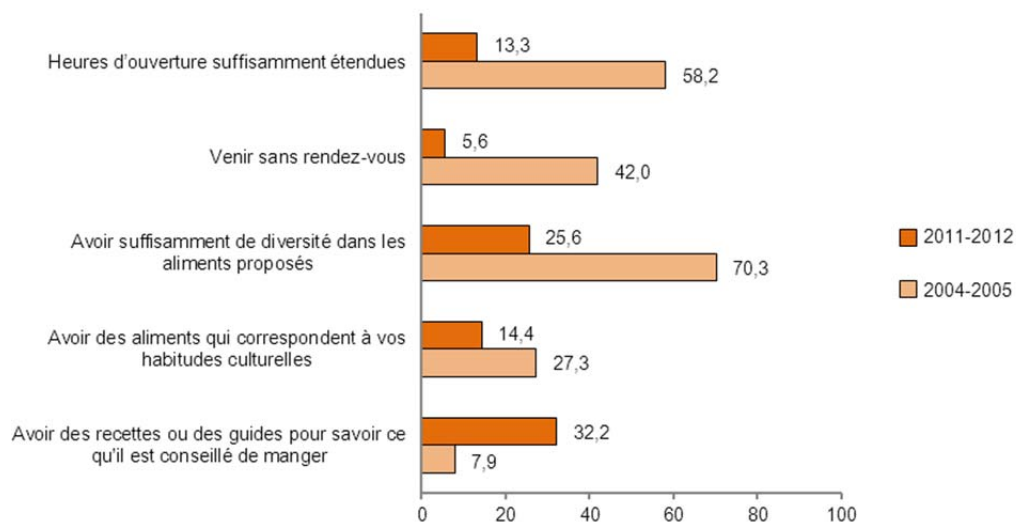
Note méthodologique : En 2011-2012, les questions concernant les changements souhaités dans l'aide alimentaire reçue n'ont pas été posées exactement de la même manière qu'en 2004-2005 pour affiner les analyses (Annexe 1, et rapport de l'étude Abena 2004-2005 (1)). En 2004-2005, une question directe sur l'importance d'un changement de certaines caractéristiques de l'aide était posée, sans que l'on sache si cette caractéristique était présente ou pas dans l'aide reçue. En 2011-2012, la question était décomposée en deux étapes, portant sur l'existence de ces caractéristiques puis sur l'importance du changement. Pour permettre les comparaisons, l'importance du changement a été estimée sur l'échantillon global. On considère que les indicateurs sont comparables bien que la modification de la question ait pu entraîner un biais dont le sens est difficile à estimer.

Des souhaits de changements moins fréquents parmi les usagers

Entre 2004-2005 et 2011-2012, les souhaits de changement des usagers des structures « Denrées » ont significativement diminué, à l'exception des souhaits concernant la possibilité d'une livraison à domicile (augmentation) et de disposer de recettes ou de guides pour savoir ce qu'il est conseillé de manger (stabilité) (**Figure 18**).

De même, les souhaits de changement des usagers des structures « Repas » ont significativement diminué pour la possibilité de venir sans rendez-vous, l'étendue des heures d'ouverture et la diversité des aliments (**Figure 19**). En revanche, les souhaits de changement concernant l'accès à des aliments correspondant aux habitudes culturelles n'avaient pas significativement évolué et les souhaits de disposer de recettes ou de guides avaient augmenté. Les mêmes résultats étaient observés après prise en compte des évolutions des profils sociodémographiques des usagers.

Figure 19 : Evolution entre 2004-2005 et 2011-2012 des proportions d'usagers des structures « Repas » estimant qu'un changement serait important – Abena (%)



Guide de lecture : 13,3% des usagers des structures « Repas » estimaient en 2011-2012 qu'un changement permettant d'avoir des heures d'ouverture plus étendues serait important ; ils étaient 58,2% dans ce cas en 2004-2005.

Tableau 32 : Evolution de l'absence de consommation de certains des aliments distribués entre 2004-2005 et 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées			Repas			Total		
	2004-2005 N=883	2011-2012 N=1 058	p ^a	2004-2005 N=281	2011-2012 N=329	p ^a	2004-2005 N=1 164	2011-2012 N=1 387	p ^a
Absence de consommation car...									
Ne sait pas les cuisiner ^{£ b}	0,9	3,4	**	-	-		-	-	-
Ne peut pas les cuisiner ^{£ c}	3,3	1,4	NS	-	-		-	-	-
Ne les aime pas, n'a pas l'habitude d'en manger ^d	14,6	16,4	NS	17,8	18,6	NS	15,8	16,9	NS
Ses traditions ne l'y encouragent pas, lui déconseillent ^e	43,2	14,7	***	22,8	13,1	NS	35,3	14,3	***
Ne les supporte pas, lui provoquent des allergies, pour des raisons de santé ^f	2,8	3,4	NS	6,2	12,1	NS	4,2	5,3	NS

Analyse restreinte aux 4 territoires communs aux deux études Abena (Marseille, Dijon, Paris, Seine-Saint-Denis).

[£] Questions non posées aux personnes fréquentant uniquement des structures « Repas ».

^a Comparaisons entre 2004-2005 et 2011-2012, test du Chi2 sur les effectifs pondérés sans ajustement ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Données manquantes : ^b DM=14 ; ^c DM=13 ; ^d DM=16 ; ^e DM=15 ; ^f DM=17.

Une plus faible proportion d'utilisateurs ne consommant pas certains aliments distribués du fait de leurs traditions

Entre 2004-2005 et 2011-2012, la proportion d'utilisateurs de l'aide alimentaire déclarant ne pas consommer certains aliments distribués car leurs traditions ne les encourageaient pas à les consommer a fortement diminué, passant de 35,3% à 14,3% (**Tableau 32**). Cette diminution était significative parmi les utilisateurs des structures « Denrées », y compris après prise en compte de l'évolution des profils sociodémographiques des utilisateurs.

De manière plus marginale, la proportion d'utilisateurs des structures « Denrées » déclarant ne pas consommer certains aliments car ils ne pouvaient pas les cuisiner a légèrement diminué entre 2004-2005 et 2011-2012 (passant de 3,3% à 1,4%), la diminution étant significative après prise en compte de l'évolution des caractéristiques sociodémographiques des utilisateurs.

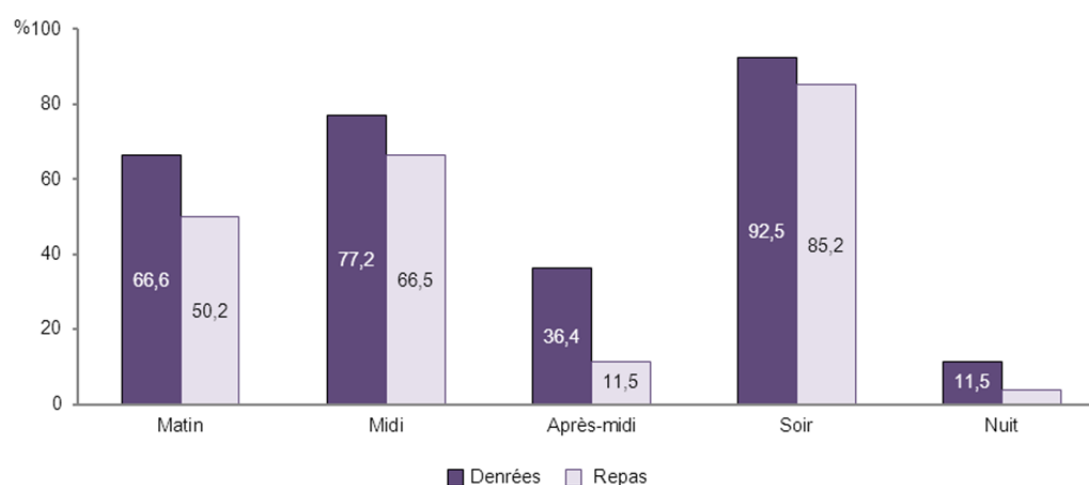
Enfin, davantage d'utilisateurs des structures « Denrées » déclaraient, en 2011-2012 par rapport à 2004-2005, ne pas consommer certains aliments distribués car ils ne savaient pas les cuisiner, la proportion passant de 0,9% à 3,4%. Cette différence restait significative après prise de l'évolution des caractéristiques sociodémographiques des utilisateurs.

6. Consommations alimentaires

Tableau 33 : Nombre de prises alimentaires la veille de l'enquête selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

	Repas N=444	Denrées N=1 575	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
≤ 1	25,5	8,8	***	11,6	[9,6 - 13,9]
2	34,6	26,6		27,9	[24,6 - 31,6]
3	33,4	37,9		37,2	[34,5 - 39,9]
≥ 4	6,6	26,7		23,3	[19,5 - 27,6]

^a Comparaison selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.
Données manquantes : DM=10.

Figure 20 : Prises alimentaires la veille de l'enquête selon le moment de la journée et le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)**Tableau 34 : Insécurité alimentaire[£] selon le type de structures – Abena 2 (%)**

	Denrées N=1 575	Repas N=444	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
Situation du foyer en termes d'accès à l'alimentation^b			NS		
A suffisamment de tous les aliments souhaités	25,1	25,3		25,1	[21,9 - 28,7]
A suffisamment mais pas toujours de tous les aliments souhaités	43,4	41,1		43,0	[40,0 - 46,1]
N'a parfois pas suffisamment à manger	22,0	21,6		22,0	[19,3 - 25,0]
N'a souvent pas suffisamment à manger	9,5	12,0		9,9	[8,3 - 11,7]

[£] Seule la question portant sur l'insuffisance alimentaire est exploitée ici.

^a Comparaison selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.
Données manquantes : ^b DM=96.

6.1. La situation en 2011-2012

6.1.1. Prises alimentaires

Un nombre de prises alimentaires parfois faible la veille de l'enquête, en particulier chez les usagers des structures « Repas »

Les usagers déclaraient avoir mangé la veille de l'enquête en moyenne 2,7 fois (médiane à 3 prises alimentaires). Toute prise alimentaire aussi minime soit-elle était comptabilisée, même limitée à un biscuit par exemple ; en revanche, une consommation d'une boisson type café ou thé isolée n'était pas considérée comme une prise alimentaire. Le nombre de prises était plus élevé chez les personnes fréquentant les structures « Denrées » que chez celles fréquentant les structures « Repas » : un quart des personnes fréquentant les structures « Repas » n'avait eu qu'une prise alimentaire ou moins la veille de l'enquête, tandis qu'elles étaient 8,8% parmi celles fréquentant les structures « Denrées » (**Tableau 33**). Dans les structures « Repas », les personnes déclarant aucune prise alimentaire la veille de l'enquête étaient 5,6% ; elles étaient 0,4% dans les structures « Denrées ».

Aucune prise alimentaire le matin et le midi pour une part importante des usagers

Seuls les deux tiers des personnes fréquentant les structures « Denrées » et la moitié des personnes fréquentant les structures « Repas » avaient mangé le matin la veille de l'enquête (**Figure 20**). Pour les prises alimentaires du midi, elles étaient respectivement 77,2% et 66,5% à avoir mangé la veille de l'enquête. Le repas du soir était le plus fréquemment déclaré comme pris.

6.1.2. Insécurité alimentaire

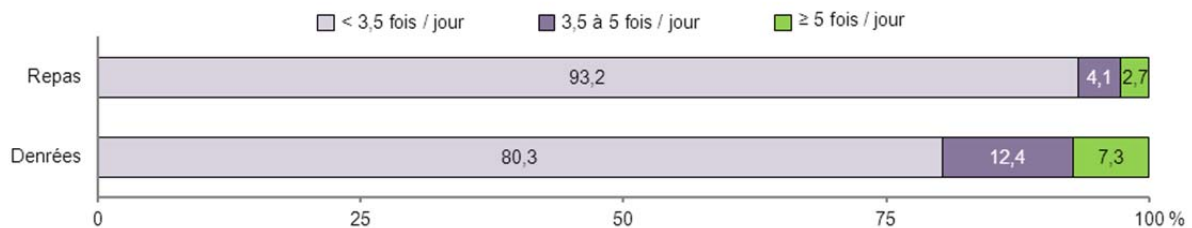
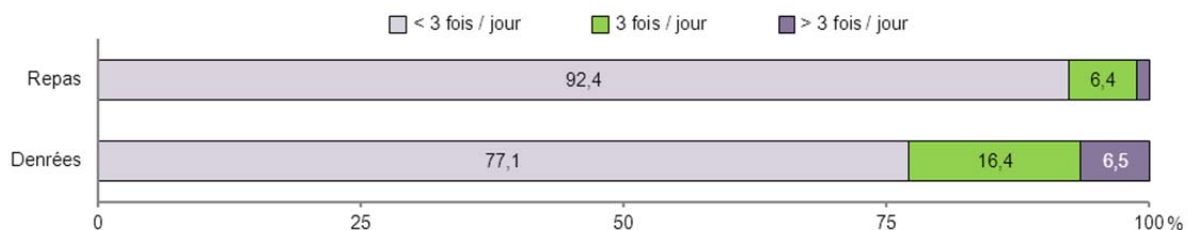
Près d'un tiers des usagers déclarait ne pas avoir suffisamment à manger

Concernant la situation du foyer en termes d'accès à l'alimentation, 31,9% des usagers déclaraient appartenir à un foyer où il n'y avait pas eu, souvent ou parfois, suffisamment à manger au cours des douze derniers mois, sans différence significative entre les usagers des structures « Denrées » et « Repas » (**Tableau 34**).

Zoom selon le territoire (Annexe 12)

La proportion de personnes n'ayant eu qu'une prise alimentaire ou moins la veille de l'enquête était plus importante à Paris (22,0%) et à Dijon (17,6%) que dans les autres territoires.

La proportion d'usagers déclarant ne pas avoir eu, souvent ou parfois, suffisamment à manger au cours des douze derniers mois différait selon le territoire. Les proportions les plus élevées étaient observées parmi les usagers des structures du Val-de-Marne et de Marseille (près de 40%). Ils étaient 20,1% parmi les usagers des structures de Dijon.

Figure 21 : Fréquences de consommation de fruits et légumes et de produits laitiers selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)**Fruits et légumes ^a****Produits laitiers ^b**

^a Les fruits et légumes comprennent les fruits, y compris les jus de fruits 100%, et les légumes (sauf les pommes de terre).

^b Les produits laitiers comprennent le lait, le yaourt et les fromages. Étaient exclus les produits laitiers gras et sucrés comme les crèmes desserts et les glaces.

En vert : fréquences de consommation cohérentes avec les repères du PNNS.

Tableau 35 : Distribution des fréquences de consommation des fruits et légumes et des produits laitiers selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées N=1 575	Repas N=444	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
Fruits et légumes ^b			NS		
5 fois / jour ou plus	7,3	2,7		6,5	[5,0 - 8,4]
4 fois / jour	10,8	3,9		9,7	[7,5 - 12,4]
3 fois / jour	14,0	11,3		13,6	[10,9 - 16,7]
2 fois / jour	18,7	22,1		19,2	[17,1 - 21,6]
1 fois / jour	30,3	40,3		31,9	[29,1 - 34,9]
5 à 6 fois / semaine	9,9	8,1		9,6	[8,1 - 11,3]
2 et 4 fois / semaine	7,7	11,0		8,3	[5,8 - 11,6]
Moins de 2 fois / semaine	1,3	0,6		1,2	[0,6 - 3,5]
Produits laitiers ^c			***		
4 fois / jour ou plus	6,5	1,2		5,6	[4,1 - 7,7]
3 fois / jour	16,4	6,4		14,7	[11,6 - 18,5]
2 fois / jour	35,9	25,3		34,1	[31,4 - 36,9]
1 fois / jour	25,0	40,8		27,7	[23,7 - 32,0]
5 à 6 fois / semaine	3,7	7,8		4,4	[3,1 - 6,1]
2 à 4 fois / semaine	6,8	11,4		7,6	[6,0 - 9,5]
Moins de 2 fois / semaine	5,7	7,1		5,9	[4,0 - 8,9]

^a Comparaisons selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Données manquantes : ^b DM=11 ; ^c DM=4.

6.1.3. Fréquences de consommation alimentaire

Note : Les fréquences de consommation des grandes catégories d'aliments relèvent des fréquences de consommations habituelles déclarées par les usagers, sans évaluation quantitative des portions. Le fait que ces déclarations soient influencées par la perception que les personnes interrogées ont de leurs fréquences de consommation (perception qui est plus ou moins éloignée de celle qu'ils ont des « portions ») est à prendre en compte pour l'interprétation des résultats. Cette approche, volontairement simplifiée compte tenu des conditions de l'enquête, diffère des méthodes usuelles des enquêtes épidémiologiques utilisées notamment pour mesurer la concordance des comportements avec les recommandations nutritionnelles, en particulier celles du PNNS. Celui-ci comporte des repères qui font appel, de façon variable selon les groupes d'aliments, à des fréquences avec une référence implicite à des quantités standard ou des portions. Par simplicité, les fréquences observées dans cette enquête ont été comparées directement aux repères du PNNS, mais les limites indiquées ici doivent être gardées à l'esprit lors de la lecture.

Des fréquences de consommation de « fruits et légumes » et « produits laitiers » très éloignées des repères du PNNS

Les usagers de l'aide alimentaire, notamment ceux des structures « Repas », déclaraient consommer, de manière générale, très peu de fruits et légumes et de produits laitiers (**Figure 21**). Seulement 7,3% des personnes fréquentant les structures « Denrées » et 2,7% des personnes fréquentant les structures « Repas » déclaraient consommer des fruits et légumes au moins cinq fois par jour, c'est-à-dire à hauteur du repère du PNNS. La très grande majorité des personnes étaient considérées comme « petits consommateurs de fruits et légumes » (moins de 3,5 fois par jour), cette proportion étant plus importante parmi les usagers des structures « Repas ». Une part importante des usagers déclarait ne consommer qu'une fois des fruits et légumes par jour : ils étaient 30,3% parmi les usagers des structures « Denrées » et 40,3% parmi ceux des structures « Repas » (**Tableau 35**). Enfin, près de 20% des personnes déclaraient ne pas consommer des fruits et légumes tous les jours (18,9% dans les structures « Denrées » et 19,7% dans les structures « Repas »).

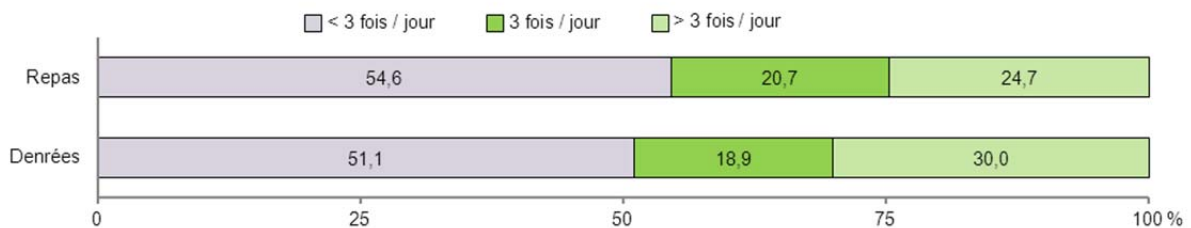
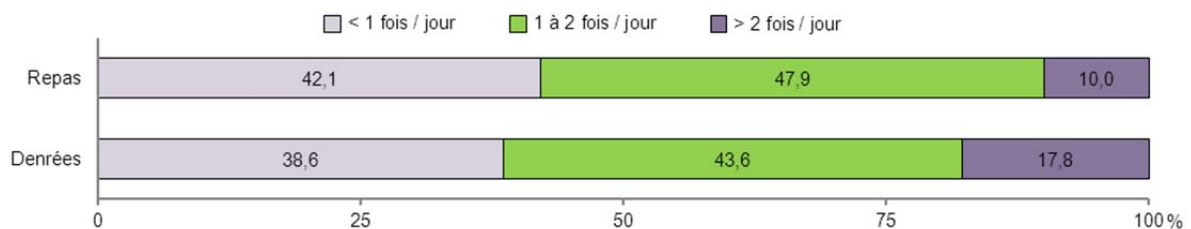
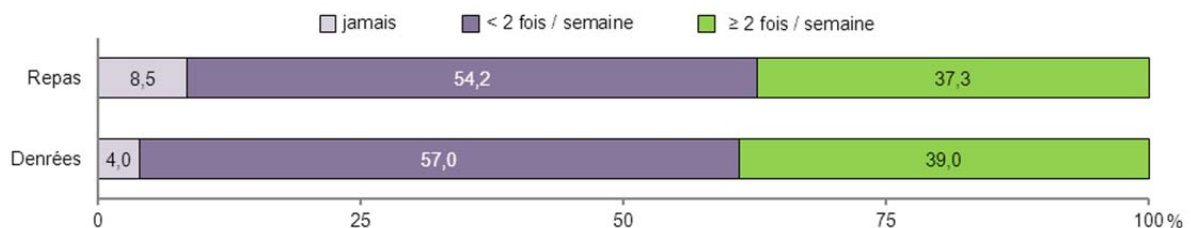
Les usagers étaient 16,4% parmi ceux fréquentant les structures « Denrées » et 6,4% parmi ceux fréquentant les structures « Repas » à déclarer consommer trois produits laitiers par jour comme recommandé dans le PNNS⁶ (**Figure 21**). La proportion d'usagers consommant moins de trois

Zoom selon le territoire (Annexe 13)

Plus de 80% des personnes fréquentant les structures d'aide alimentaire de Marseille, Dijon, Paris, des Hauts-de-Seine ou de Seine-Saint-Denis étaient de petits consommateurs de fruits et légumes (moins de 3,5 fois par jour). Cette proportion était plus faible parmi les personnes fréquentant les structures du Val-de-Marne (69,8%).

Les usagers des structures parisiennes consommaient peu de produits laitiers (90,3% en consommaient moins de trois fois par jour), alors que ceux de Seine-Saint-Denis étaient 70,1% dans ce cas.

⁶ Pour les produits laitiers, la recommandation du PNNS est d'en consommer 3 par jour, et 3 ou 4 par jour pour les personnes au-delà de 55 ans.

Figure 22 : Fréquences de consommation de féculents, « viande, poisson, œufs », et produits de la pêche selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)**Fécule^a****Viande, poisson, œufs^b****Produits de la pêche^c**

^a Les féculents comprennent le pain, les biscottes, les céréales, le riz, les pâtes, les pommes de terre, la semoule. Les légumes secs n'ont pas été inclus.

^b Le groupe « viande, poisson, œufs » comprend la viande, la volaille, les œufs et les produits de la pêche.

^c Les produits de la pêche incluent le poisson et les autres produits de la pêche, y compris en conserve.

En vert : fréquences de consommation cohérentes avec les repères du PNNS.

Tableau 36 : Distribution des fréquences de consommation des féculents et du groupe « viande, poisson, œufs » selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées N=1 575	Repas N=444	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
Fécule^b			NS		
Plus de 3 fois / jour	30,0	24,7		29,1	[26,5 - 31,9]
3 fois / jour	18,9	20,7		19,2	[16,5 - 22,4]
2 fois / jour	26,6	27,2		26,7	[23,1 - 30,7]
1 fois / jour	21,5	25,3		22,1	[19,7 - 24,8]
Moins de 1 fois / jour	3,0	2,1		2,8	[2,0 - 3,9]
Viande, poisson, œufs^c			**		
Plus de 2 fois / jour	17,8	10,0		16,6	[13,8 - 19,8]
1 à 2 fois / jour	43,6	47,9		44,3	[41,2 - 47,5]
5 à 6 fois / semaine	15,1	19,2		15,7	[13,3 - 18,6]
2 à 4 fois / semaine	20,6	21,0		20,6	[17,17 - 24,6]
Moins de 2 fois / semaine	2,9	1,9		2,8	[1,9 - 4,1]

^a Comparaisons selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Données manquantes : ^b DM=6 ; ^c DM=13.

produits laitiers était plus importante dans les structures « Repas » que dans les structures « Denrées ». Par ailleurs, la proportion de personnes consommant moins d'un produit laitier par jour était de 16,2% parmi celles fréquentant les structures « Denrées » et de 26,3% parmi celles fréquentant les structures « Repas » (**Tableau 35**).

Les repères « féculents » et « viande, poisson, œufs » atteints par près d'un usager sur deux

Les usagers de l'aide alimentaire étaient 48,3% à déclarer consommer des féculents au moins trois fois par jour, en conformité avec les messages du PNNS relatifs à leur consommation « à chaque repas » (**Tableau 36**). Par ailleurs, plus de 20% des personnes déclaraient consommer plus d'une fois par semaine des légumes secs.

Le repère du PNNS concernant le groupe « viande, poisson, œufs » (une à deux fois par jour) était suivi par 43,6% des usagers des structures « Denrées » et 47,9% des usagers des structures « Repas » (**Figure 22**).

Les proportions de personnes déclarant consommer des féculents moins de trois fois par jour et des aliments du groupe « viande, poisson, œufs » moins d'une fois par jour n'étaient pas significativement différentes selon le type de structures fréquentées.

Les fréquences de consommation des « produits de la pêche » insuffisantes

Plus de 60% des personnes consommaient moins de deux fois par semaine des produits de la pêche (**Figure 22**). La proportion de personnes en dessous du seuil recommandé par le PNNS pour les produits de la pêche n'était pas significativement différente selon le type de structure fréquenté.

Zoom selon le territoire (Annexe 13)

La proportion de personnes déclarant consommer moins de trois fois par jour des féculents était plus importante parmi les usagers fréquentant les structures de Dijon et de Paris (un peu plus de 60%). Elle était de 39,5% dans le Val-de-Marne. Ce résultat restait significatif après ajustement sur le type de structure.

Plus de 40% des personnes fréquentant les structures de Marseille, de Dijon, de Paris ou des Hauts-de-Seine déclaraient consommer moins d'une fois par jour un aliment du groupe « viande, poisson, œufs », tandis qu'elles étaient 28,6% en Seine-Saint-Denis. Ce résultat restait significatif après ajustement sur le type de structure.

La fréquence de consommation des produits de la pêche ne différait pas entre les territoires.

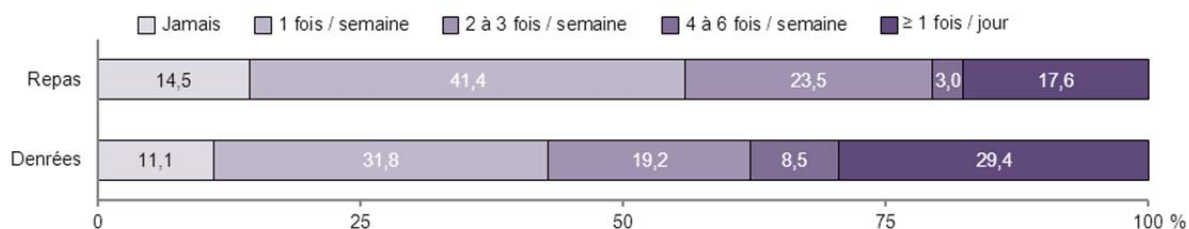
Points de repères nationaux de l'étude ENNS 2006-2007 (75) (76)

Sur la base d'un questionnaire identique à celui utilisé dans l'étude Abena :

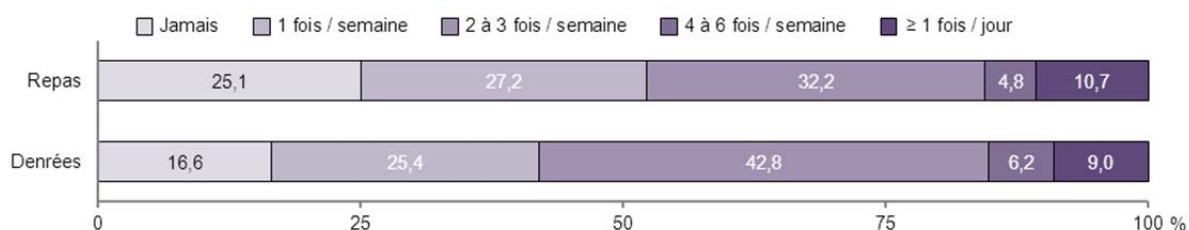
- Au moins cinq fruits et légumes par jour : 12,4%.
- Trois produits laitiers par jour : 30,1%.
- Au moins trois fois par jour des féculents : 70,4%.
- Une à deux fois par jour des aliments du groupe « viande, poisson, œufs » : 50,3%.
- Au moins deux fois par semaine des produits de la pêche : 30,2%.

Figure 23 : Fréquences de consommation des aliments gras et salés et des aliments sucrés selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

Produits sucrés ^a



Produits gras et salés ^b



^a Les produits sucrés incluent les gâteaux, les viennoiseries, les crèmes desserts et les glaces.

^b Les produits gras et salés concernés sont les chips, les biscuits apéritifs et les aliments de type « snack » (hamburgers, kebabs, pizzas...).

Près de trois usagers des structures « Denrées » sur dix déclaraient consommer quotidiennement des aliments sucrés

Les consommations de produits sucrés différaient significativement selon le type de structure. Ainsi, la proportion de personnes déclarant consommer tous les jours des produits sucrés était plus importante dans les structures « Denrées » (29,4%) que dans les structures « Repas » (17,6%) (**Figure 23**).

La proportion de personnes ne consommant jamais de produits gras et salés était de 18,0%. Moins de 10% des personnes en consommaient tous les jours et 6,0% quatre à six fois par semaine, sans différence significative selon le type de structure.

Zoom selon le territoire (*Annexe 14*)

La proportion de personnes consommant au moins une fois par jour des produits sucrés était plus importante parmi les usagers des structures des Hauts-de-Seine (47,0% contre 27,4% dans l'ensemble des territoires).

Concernant les consommations de produits gras et salés, il n'était pas observé de différence significative selon les territoires.

Tableau 37 : Boissons consommées selon le type de structures en 2011-2102 – Abena (%)

	Denrées N=1 575	Repas N=444	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
Uniquement de l'eau sans ajout	21,5	20,2	NS	21,3	[17,9 - 25,2]
Principalement de l'eau sans ajout	54,6	53,9		54,5	[49,3 - 59,7]
Principalement d'autres boissons	20,4	24,1		21,0	[18,2 - 24,1]
Uniquement d'autres boissons	3,5	1,8		3,2	[2,2 - 4,6]

^a Comparaison selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.
Données manquantes : DM=4.

Tableau 38 : Consommations de boissons sucrées[£] au cours des douze derniers mois selon le type de structures en 2011-2102 – Abena (%)

	Denrées N=1 575	Repas N=444	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
Fréquence de consommation de boissons sucrées			*		
Jamais	29,0	54,6		33,2	[28,9 - 38,6]
< 2 fois / semaine	22,0	17,3		21,2	[18,4 - 24,2]
≥ 2 fois / semaine	20,5	14,7		19,6	[16,5 - 23,0]
Tous les jours	28,5	13,4		26,0	[22,6 - 29,8]

[£] Les boissons sucrées comprennent les sodas et sirops, hors produits « zéro » ou light.

^a Comparaison selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.
Données manquantes : DM=14.

Tableau 39 : Consommations de boissons alcoolisées au cours des douze derniers mois selon le type de structures en 2011-2102 – Abena (%)

	Denrées N=1 575	Repas N=444	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
Fréquence de consommation d'alcool^b			***		
Jamais	72,0	52,3		68,7	[64,7 - 72,6]
< 2 fois / semaine	18,1	22,8		18,9	[16,4 - 21,6]
≥ 2 fois / semaine	5,5	9,1		6,1	[4,7 - 7,8]
Tous les jours	4,4	15,9		6,3	[4,8 - 8,2]
Nombre de verres d'alcool consommés lors d'une journée ordinaire^b			***		
Ne consomme jamais d'alcool	72,0	52,3		68,7	[64,7 - 72,6]
1	11,1	10,6		11,0	[9,2 - 13,2]
2	9,5	12,4		10,1	[7,9 - 12,8]
3	1,9	3,8		2,2	[1,5 - 3,1]
> 3	5,5	20,9		2,2	[5,2 - 10,8]

^a Comparaisons selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.
Données manquantes : ^b DM=9.

6.1.4. Consommation de boissons

Un quart des personnes déclarait avoir consommé des boissons sucrées quotidiennement au cours des douze derniers mois

Trois quarts des usagers déclaraient boire principalement ou uniquement de l'eau (**Tableau 37**). Il n'y avait pas de différence significative selon le type de structures.

La proportion de personnes déclarant consommer des boissons sucrées, comme les sodas et les sirops, tous les jours était de 26,0% (**Tableau 38**). Davantage d'usagers des structures « Denrées » déclaraient en consommer tous les jours (28,5 % contre 13,4% parmi ceux des structures « Repas »).

Deux tiers des personnes déclaraient ne jamais consommer d'alcool

Au cours des douze derniers mois, 68,7% des personnes déclaraient n'avoir jamais consommé de boissons alcoolisées. A l'opposé, 6,3% des personnes déclaraient avoir consommé de l'alcool tous les jours (**Tableau 39**), avec une proportion plus faible dans les structures « Denrées » (4,4%) que dans les structures « Repas » (15,9%). Les usagers des structures « Repas » déclaraient également consommer un nombre plus important de verres d'alcool lors d'une journée ordinaire (plus de trois verres pour 20,9% d'entre eux, contre 5,5% des usagers des structures « Denrées »).

Par ailleurs, selon le sexe, la déclaration de consommation quotidienne d'alcool était différente, avec 14,9% des hommes qui étaient concernés contre 1,7% des femmes.

Zoom selon le territoire (Annexe 15)

La consommation quotidienne de boissons sucrées était fréquente à Dijon (31,8%), ainsi que dans les Hauts-de-Seine (38,3%). A l'inverse, une proportion plus faible de personnes déclarait en consommer quotidiennement à Paris (11,0%).

Des différences étaient également observées selon le territoire pour les consommations d'alcool : à Paris, les usagers étaient 11,5% à déclarer consommer de l'alcool tous les jours, tandis qu'en Seine-Saint-Denis, seulement 0,4% déclaraient en consommer tous les jours.

Tableau 40 : Evolution de l'insécurité alimentaire[£] entre 2004-2005 et 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées			Repas			Total		
	2004-2005	2011-2012	p ^a	2004-2005	2011-2012	p ^a	2004-2005	2011-2012	p ^a
	N=883	N=1 058		N=281	N=329		N=1 164	N=1 387	
Situation du foyer en termes d'accès à l'alimentation^b			***			***			***
A suffisamment de tous les aliments souhaités	3,9	25,8		5,4	25,0		4,5	25,6	
A suffisamment mais pas toujours de tous les aliments souhaités	50,3	44,4		39,1	41,2		46,0	43,7	
N'a parfois pas suffisamment à manger	39,0	21,5		43,3	22,0		40,7	21,7	
N'a souvent pas suffisamment à manger	6,8	8,2		12,2	11,8		8,9	9,0	

[£] Seule la question portant sur l'insuffisance alimentaire est exploitée ici.

Analyse restreinte aux 4 territoires communs aux deux études Abena (Marseille, Dijon, Paris, Seine-Saint-Denis).

^a Comparaisons entre 2004-2005 et 2011-2012, test du Chi2 sur les effectifs pondérés sans ajustement ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Données manquantes : ^b DM=89.

Tableau 41: Evolution des fréquences de consommation de fruits et légumes et de produits laitiers entre 2004-2005 et 2011-2012 – Abena (%)

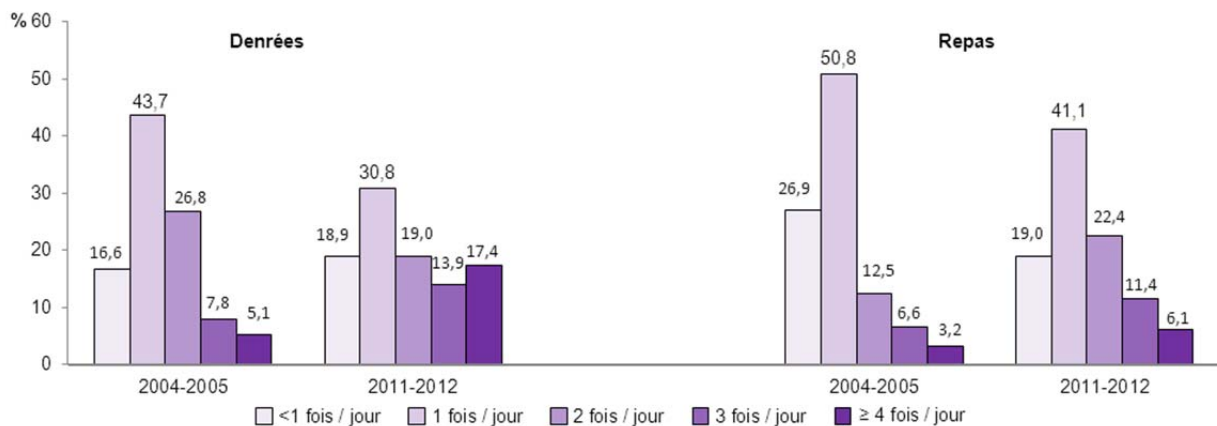
	Denrées			Repas			Total		
	2004-2005	2011-2012	p ^a	2004-2005	2011-2012	p ^a	2004-2005	2011-2012	p ^a
	N=883	N=1 058		N=281	N=329		N=1 164	N=1 387	
Fruits et légumes^b			***			NS			***
<3,5 fois par jour	94,7	81,2		94,3	93,7		94,5	83,9	
3,5 à 5 fois par jour	3,7	12,4		5,1	3,6		4,3	10,5	
≥ 5 fois par jour	1,6	6,4		0,6	2,7		1,2	5,6	
Produits laitiers^c			**			NS			***
<3 fois par jour	85,0	75,6		96,3	92,7		89,4	79,3	
3 fois par jour	12,8	17,0		3,3	6,3		9,1	14,7	
>3 fois par jour	2,2	7,4		0,4	1,0		1,5	6,0	

Analyse restreinte aux 4 territoires communs aux deux études Abena (Marseille, Dijon, Paris, Seine-Saint-Denis).

En gras : fréquences de consommation cohérentes avec les repères du PNNS.

^a Comparaisons entre 2004-2005 et 2011-2012, test du Chi2 sur les effectifs pondérés sans ajustement ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Données manquantes : ^b DM=12 ; ^c DM=6.

Figure 24 : Evolution des fréquences de consommation de fruits et légumes entre 2004-2005 et 2011-2012 – Abena (%)

6.2. Evolutions entre 2004-2005 et 2011-2012

6.2.1. Evolution de l'insécurité alimentaire

Vers une plus faible proportion d'usagers déclarant ne pas avoir suffisamment à manger

Entre 2004-2005 et 2011-2012, la proportion d'usagers déclarant ne pas avoir suffisamment à manger (souvent ou parfois) a diminué, passant de 49,6% à 30,7% (**Tableau 40**). Cette diminution restait significative après prise en compte des évolutions sociodémographiques parmi les usagers des structures « Denrées », alors qu'elle n'était plus significative parmi les usagers des structures « Repas ».

6.2.2. Evolution des fréquences de consommation alimentaire

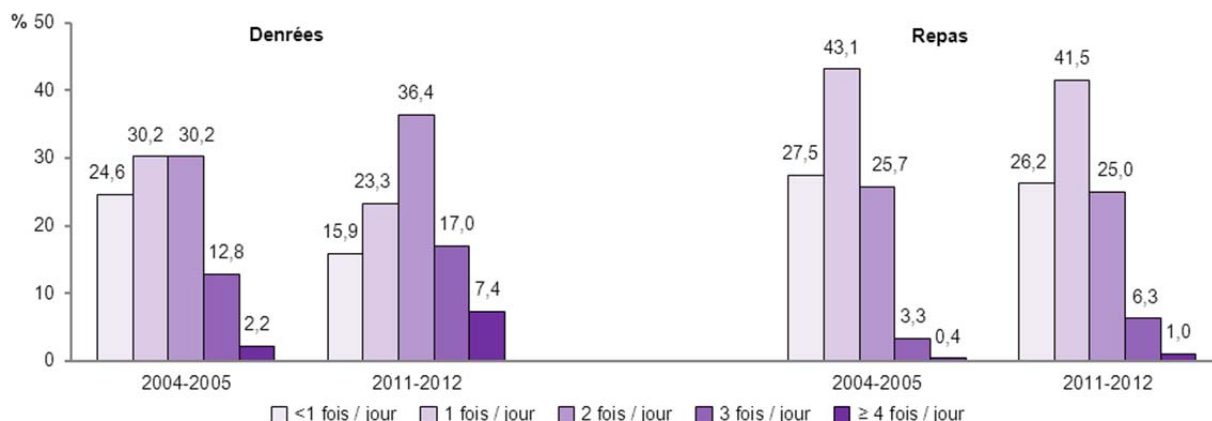
Une évolution favorable des fréquences de consommation de fruits et légumes parmi les usagers des structures « Denrées »

Les usagers des structures « Denrées » déclaraient consommer plus de 3,5 fois par jour des fruits et légumes dans 18,8% des cas en 2011-2012 ; ils étaient 5,3% en 2004-2005 (**Tableau 41**). La diminution de la proportion des petits consommateurs de fruits et légumes restait significative après prise en compte des caractéristiques sociodémographiques.

L'analyse plus détaillée des fréquences de consommation au quotidien montre la diminution importante de la part des personnes déclarant ne consommer qu'une fois par jour des fruits et légumes (30,8% en 2011-2012 contre 43,7% en 2004-2005), avec un décalage vers des fréquences de consommation supérieures à 3 fois par jour (**Figure 24**). La part des personnes consommant moins d'une fois par jour des fruits et légumes demeurait néanmoins élevée en 2011-2012 (18,9%).

Parmi les usagers des structures « Repas », la proportion de petits consommateurs de fruits et légumes se situait autour de 94% quelle que soit la date de l'enquête.

Au niveau des territoires, une diminution significative entre les deux études des proportions de petits consommateurs (< 3,5 fois par jour) était observée uniquement à Paris et en Seine-Saint-Denis (Annexe 16).

Figure 25 : Evolution des fréquences de consommation de produits laitiers entre 2004-2005 et 2011-2012 – Abena (%)**Tableau 42: Evolution des fréquences de consommation de féculents, de « viande, poisson, œufs » et de produits de la pêche entre 2004-2005 et 2011-2012 – Abena (%)**

	Denrées			Repas			Total		
	2004-2005	2011-2012	p ^a	2004-2005	2011-2012	p ^a	2004-2005	2011-2012	p ^a
	N=883	N=1 058		N=281	N=329		N=1 164	N=1 387	
Féculents^b			NS			NS			NS
< 3 fois par jour	49,5	54,7		54,2	54,5		51,3	54,7	
3 fois par jour	24,6	18,2		23,5	21,1		24,1	18,8	
> 3 fois par jour	25,9	27,1		22,3	24,4		24,5	26,5	
Viande, poisson, œufs^c			***			NS			**
< 1 fois par jour	36,7	37,0		52,0	41,5		42,6	37,9	
1 à 2 fois par jour	57,0	44,1		37,4	48,7		49,5	45,1	
> 2 fois par jour	6,3	18,9		10,6	9,8		8,0	17,0	
Produits de la pêche^d			**			NS			**
Jamais	8,6	3,4		9,7	8,7		9,0	4,5	
< 2 fois par semaine	58,7	56,2		71,5	53,6		63,6	55,6	
≥ 2 fois par semaine	32,7	40,4		18,8	37,7		27,3	39,8	

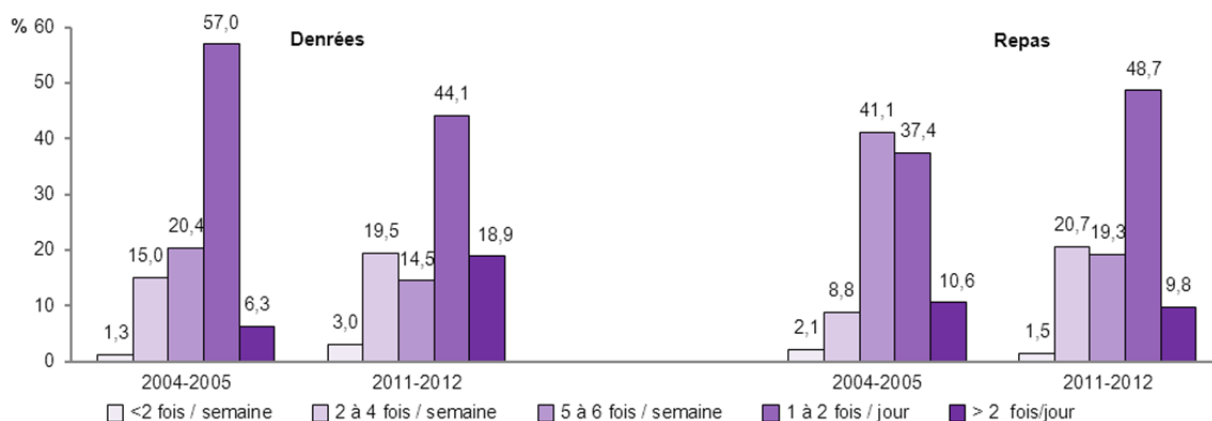
Analyse restreinte aux 4 territoires communs aux deux études Abena (Marseille, Dijon, Paris, Seine-Saint-Denis).

En gras : fréquences de consommation cohérentes avec les repères du PNNS.

^a Comparaisons entre 2004-2005 et 2011-2012, test du Chi2 sur les effectifs pondérés sans ajustement ; NS=non significatif ; *p<0,05 ;

p<0,01 ; *p<0,001.

Données manquantes : ^b DM=12 ; ^c DM=13 ; ^d DM=13.

Figure 26 : Evolution des fréquences de consommation de « viande, poisson, œufs » entre 2004-2005 et 2011-2012 – Abena (%)

Une légère augmentation de la fréquence de consommation en produits laitiers parmi les usagers des structures « Denrées »

En 2011-2012, 17,0% des usagers des structures « Denrées » déclaraient consommer trois produits laitiers par jour, alors qu'ils n'étaient que 12,8% dans ce cas en 2004-2005 (**Tableau 41**). Cette différence restait significative après prise en compte de l'évolution des profils sociodémographiques. Chez ces usagers, l'évolution de la distribution des fréquences de consommation des produits laitiers montrait une diminution de la part des personnes consommant au maximum un produit laitier par jour (54,8% en 2004-2005 contre 39,2% en 2011-2012) (**Figure 25**).

Parmi les usagers des structures « Repas », la distribution des fréquences de consommation des produits laitiers était très proche d'une étude à l'autre.

Les fréquences de consommations de féculents n'ont pas significativement évolué depuis 2004-2005.

Les produits de la pêche davantage consommés en 2011-2012

La proportion de personnes consommant moins de deux fois par semaine des produits de la pêche a diminué depuis 2004-2005. La diminution restait significative après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques uniquement chez les personnes fréquentant les structures « Denrées » (**Tableau 42**).

L'évolution de la consommation des aliments du groupe « viande, poisson, œufs » se caractérise par une augmentation des consommations de plus de deux fois par jour entre 2004-2005 et 2011-2012 parmi les usagers des structures « Denrées » (passant de 6,3% à 18,9%). La proportion des personnes consommant moins d'une fois par jour des aliments de ce groupe n'a par contre pas évolué entre les deux études (**Tableau 42 ; Figure 26**).

La proportion de personnes consommant moins d'une fois par jour des aliments du groupe « viande, poisson, œufs » a diminué depuis 2004-2005 chez les personnes fréquentant les structures « Repas » (de 52,0% à 41,5%), mais cette différence n'est pas significative après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques (**Tableau 42**).

7. Etat de santé

Tableau 43 : Réalisation de la mesure de la pression artérielle selon le territoire en 2011-2012 – Abena

	Marseille N=361	Dijon N=330	Paris N=432	Hauts-de- Seine N=335	Seine-Saint- Denis N=264	Val-de- Marne N=297	Total N=2 019
Centres de santé (n)	55	89	112	61	51	50	418
Structures d'aide alimentaire (n) ^a	228	192	218	118	49	45	850
Personnes ayant au moins une mesure réalisée							
Effectif (n)	283	281	330	179	100	95	1 268
Pourcentage (%) ^b	80,0	85,9	72,1	66,8	36,4	31,6	58,9

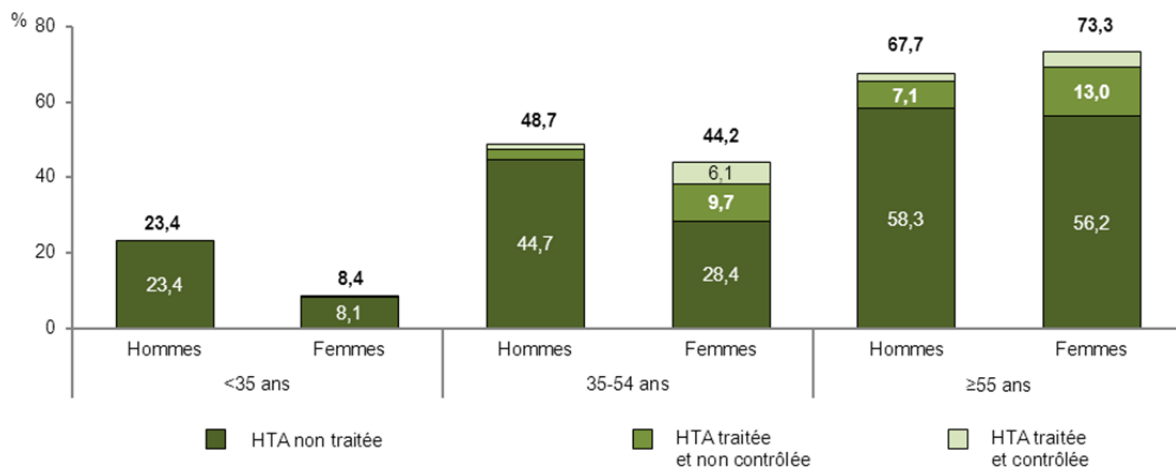
^a Nombre de personnes ayant eu une mesure de la pression artérielle dans la structure d'aide alimentaire sans mesure ultérieure en centre de santé.

^b Pourcentages sur effectifs pondérés.

Tableau 44 : Distribution des valeurs de la pression artérielle systolique (PAS) et diastolique (PAD) et prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) selon le lieu de la mesure en 2011-2012 – Abena

	Centres de santé N=418	Structures d'aide alimentaire N=850	p ^a	Total N=1 268
PAS (mmHg)			NS	
Moyenne	133,9	132,9		133,2
Minimum	95,0	93,5		93,5
P25	116,5	117,0		116,5
P50	131,0	130,0		130,0
P75	146,0	146,5		146,5
Maximum	215,5	213,0		215,5
PAD (mmHg)			NS	
Moyenne	81,9	82,1		82,0
Minimum	52,5	53,0		52,5
P25	73,5	73,0		73,0
P50	80,0	80,5		80,5
P75	87,5	89,0		89,0
Maximum	139,5	137,0		139,5
Pression artérielle élevée (%)	39,6	40,2	NS	40,0
Pression artérielle élevée et/ou prise d'hypotenseurs (%)	44,9	41,8	NS	42,9

^a Comparaisons selon le lieu des mesures, test du Chi2 pour les pourcentages et test de Student pour les moyennes, sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Figure 27 : Prévalence de l'hypertension artérielle (HTA non traitée, HTA traitée et non contrôlée et HTA traitée et contrôlée) selon le sexe et l'âge en 2011-2012 – Abena (%)

7.1. La situation en 2011-2012

7.1.1. Pression artérielle

Définition : L'hypertension artérielle (HTA) est définie par une pression artérielle élevée (pression artérielle systolique (PAS) supérieure ou égale 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) supérieure ou égale 90 mmHg) et/ou prise d'un traitement médicamenteux hypotenseur. L'HTA est considérée comme non contrôlée si, malgré un traitement hypotenseur déclaré, la mesure de PAS demeure supérieure ou égale à 140 mmHg et/ou celle de la PAD supérieure ou égale à 90 mmHg.

Une mesure de la pression artérielle réalisée pour six participants sur dix

Au total 1 268 personnes avaient réalisé au moins une mesure de la pression artérielle, soit 58,9% des participants. Les mesures avaient été réalisées en centre de santé (418 personnes) ou dans les structures d'aide alimentaire (850 autres personnes ne s'étant pas rendues dans un centre de santé) (Tableau 43).

Davantage d'hommes ont eu une mesure de la pression artérielle (65,1% contre 55,5% pour les femmes). Par contre, le fait d'avoir eu une mesure ne différait pas selon l'âge, la situation familiale, le pays de naissance ou le niveau de diplôme.

Il n'y avait pas de différence entre les mesures de la pression artérielle réalisées en centre de santé ou dans une structure d'aide alimentaire (Tableau 44).

Deux personnes sur cinq présentaient une HTA

La PAS et la PAD moyenne étaient respectivement de 133,2 mmHg et 82,0 mmHg. La PAS était plus élevée chez les hommes : 138,5 mmHg contre 129,9 mmHg chez les femmes (différence significative). Les PAD moyennes étaient de 82,6 mmHg chez les hommes et 81,6 mmHg chez les femmes.

Pour 5,3% des usagers, un traitement médicamenteux contre l'HTA a été relevé. Après prise en compte de ces personnes, la prévalence de l'HTA était de 42,9% (48,5% chez les hommes et 39,3% chez les femmes). La prévalence augmentait avec l'âge, variant de 8,4% chez les femmes de moins de 35 ans à 73,3% chez les femmes de 55 ans ou plus, et de 23,4% chez les hommes de moins de 35 ans à 67,7% chez les hommes de 55 ans ou plus (Figure 27).

Parmi les personnes déclarant un traitement hypotenseur, 67,6% d'entre elles n'avaient pas une pression artérielle contrôlée.

Zoom selon le territoire (Tableau 43, Annexe 17)

La réalisation des mesures de pression artérielle différait selon le territoire avec des pourcentages de mesures réalisées faibles dans le Val-de-Marne et en Seine-Saint-Denis (respectivement 31,6% et 36,4%). La prévalence de l'hypertension artérielle ne différait pas significativement selon le territoire.

Points de repères nationaux - ENNS 2006-2007 (18-74 ans) (76)

- Prévalence de l'HTA (pression artérielle élevée et/ou prise de médicament hypotenseur) : 34,2% [29,9 - 38,4] chez les hommes et 27,8% [24,7 - 30,8] chez les femmes.
- Prise de médicaments hypotenseurs : 15,7% [13,8 - 17,5].

Tableau 45 : Réalisation des mesures de poids et de taille selon le territoire en 2011-2012 – Abena

	Marseille N=361	Dijon N=330	Paris N=432	Hauts-de- Seine N=335	Seine-Saint- Denis N=264	Val-de- Marne N=297	Total N=2 019
Centres de santé (n)	53	88	111	58	50	49	409
Structures d'aide alimentaire (n) ^a	233	117	163	109	68	52	742
Personnes ayant au moins une mesure réalisée							
Effectif (n)	286	205	274	167	118	101	1 151
Pourcentage (%) ^b	77,7	59,7	53,5	62,5	46,0	30,2	55,1

^a Nombre de personnes ayant eu une mesure de poids et de taille dans la structure d'aide alimentaire sans mesure ultérieure en centre de santé.

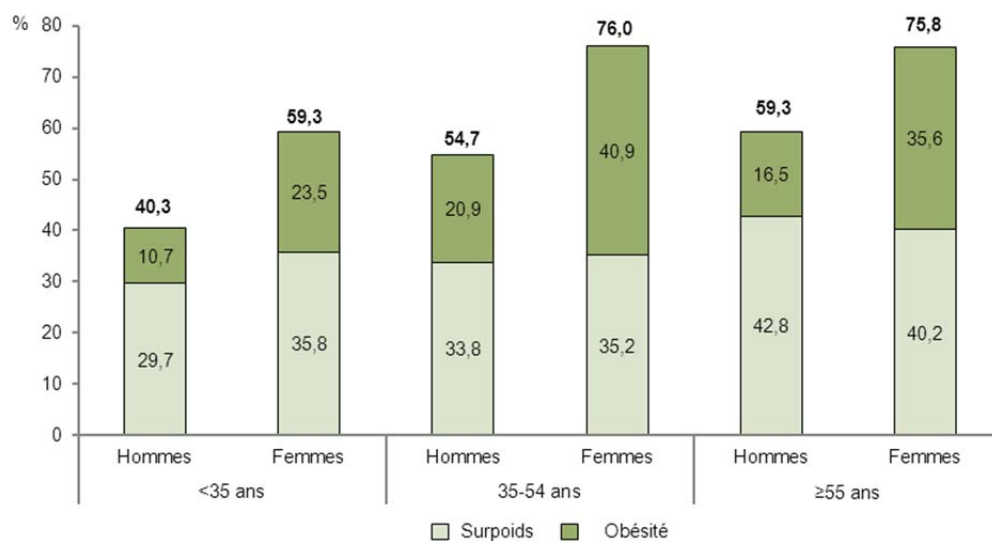
^b Pourcentages sur effectifs pondérés.

Tableau 46 : Distribution des indices de masse corporelle (IMC) et de la corpulence mesurés (selon le lieu de mesure) et déclarés en 2011-2012 – Abena

	Mesurés Centres de santé N=409	Mesurés Structures d'aide alimentaire N=742	p ^a	Mesurés Total N=1 151	Déclarés Structures d'aide alimentaire N=673
IMC (kg/m²) ^b			NS		
Moyenne	28,2	27,5		27,8	27,0
Minimum	15,8	15,2		15,2	13,8
P25	23,8	23,6		23,6	22,6
P50	27,4	26,7		26,9	25,9
P75	31,3	30,6		30,9	31,2
Maximum	51,9	56,1		56,1	66,7
Corpulence (%) ^b			NS		
Maigre	0,5	2,3		1,6	5,1
Poids normal	31,5	34,7		33,6	37,9
Surpoids	37,1	35,4		36,0	28,5
Obésité	30,9	27,6		28,8	28,5

^a Comparaisons selon le lieu de mesure, test du Chi2 pour les pourcentages et test de Student pour les moyennes, sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Données manquantes : ^b DM=853 + 15 femmes exclues car enceintes.

Figure 28 : Corpulence mesurée selon le sexe et l'âge en 2011-2012 – Abena (%)

7.1.2. Anthropométrie

Définition : La corpulence d'après l'IMC est définie en 4 classes :

maigreur : IMC <18,5 ; poids normal : 18,5 ≤ IMC <25,0 ; surpoids : 25,0 ≤ IMC <30,0 ; obésité : IMC ≥30,0

Des mesures de poids et de taille disponibles pour un peu plus d'un usager sur deux

Au total 1 151 personnes avaient réalisé au moins une mesure du poids et de la taille (55,1%). Les mesures avaient été réalisées en centre de santé (409 personnes) ou dans une structure d'aide alimentaire (742 personnes qui ne se sont pas rendues ultérieurement en centre de santé) (**Tableau 45**). Par ailleurs, 673 personnes ont déclaré un poids et une taille sans qu'une mesure n'ait pu être réalisée. Ces données déclarées et potentiellement biaisées sont présentées séparément à titre indicatif (77). Les personnes ayant refusé les mesures anthropométriques ne différaient pas de celles les ayant acceptées selon leurs caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, situation familiale, pays de naissance et niveau de diplôme).

Deux personnes sur trois en surpoids ou obèses

L'IMC moyen était de 27,8 kg/m², sans différence significative selon le lieu de prise des mesures (**Tableau 46**). Cette moyenne était de 28,7 kg/m² chez les femmes et de 26,0 kg/m² chez les hommes. La prévalence de l'obésité était de 28,8% et celle du surpoids (hors obésité) de 36,0%, soit au total 64,8% des personnes en situation d'excès de poids. La prévalence de la maigreur était de 1,6%.

Les prévalences de l'obésité et du surpoids étaient respectivement de 30,6% et 36,2% dans les structures « Denrées » et de 18,7% et 35,2% dans les structures « Repas ». Par ailleurs, la corpulence différait significativement selon le sexe, avec une prévalence de l'obésité chez les femmes de 35,1% contre 17,6% chez les hommes (au total, 71,4% des femmes et 53,1% des hommes étaient en excès de poids). Un effet de l'âge était observé, avec des prévalences de l'obésité et du surpoids très importantes chez les personnes de 35 ans ou plus (**Figure 28**).

Pour les IMC calculés sur données déclarées, la moyenne était de 27,0 kg/m², et le pourcentage de personnes maigres ou de poids normal était plus important comparé aux personnes pour lesquelles la mesure a pu être réalisée (**Tableau 46**).

Zoom selon le territoire (**Tableau 43, Annexe 17**)

La réalisation des mesures différait selon le territoire avec des pourcentages de mesures réalisées faibles dans le Val-de-Marne et en Seine-Saint-Denis (respectivement 30,2% et 46,0%). Des différences étaient observées selon le territoire, avec une prévalence maximale d'obésité en Seine-Saint-Denis (36,9%).

Points de repères nationaux - ENNS 2006-2007 (18-74 ans) (76)

- Prévalence de l'obésité : 16,1% [14,8 - 19,3] chez les hommes et 17,6% [15,0 - 20,2] chez les femmes.
- Prévalence du surpoids et de l'obésité : 57,2% [52,6 - 61,7] chez les hommes et 41,4% [38,1 - 44,7] chez les femmes.

Tableau 47 : Distribution des marqueurs biologiques minéraux et vitaminiques en 2011-2012 – Abena

	N	Moyenne	Minimum	P25	P50	P75	Maximum
Hémoglobine (g/dl)	422	13,7	8,0	12,9	13,6	14,6	17,8
Ferritinémie (µg/l)	410	90,8	3,0	25	59	101	842
Folates (ng/ml)	396	6,2	0,7	4,2	5,6	7,3	29,8
β carotènes (µmol/l)	420	0,5	<0,2	0,3	0,5	0,7	2,2
Rétinol (µmol/l)	420	1,4	0,4	1,1	1,4	1,7	3,1
Vitamine D (ng/ml)	419	11,7	2,9	7,6	10,4	15,0	76,4

Tableau 48 : Prévalence des anomalies biologiques minérales et vitaminiques en 2011-2012 – Abena (%)

	Hommes N=176	Femmes N=246	p ^a	Total N=422	[IC à 95%]
Anémie ^b	3,5	9,9	*	7,2	[4,2 - 12,3]
Déplétion des réserves en fer ^c	5,1	14,0	NS	10,2	[5,9 - 17,1]
Anémie ferriprive ^c	0,9	5,9	*	3,8	[1,6 - 8,8]
Risque de déficit en folates ^d	30,9	24,6	NS	27,2	[21,0 - 34,3]
Déficience en β carotène ^e	30,4	23,8	NS	26,6	[20,9 - 33,1]
Déficience en rétinol ^e	6,5	21,2	**	15,1	[10,0 - 22,1]
Vitamine D ^f			NS		
Déficit sévère	46,6	45,3		45,9	[38,3 - 53,6]
Déficit modéré	45,6	43,3		44,2	[37,3 - 51,5]
Insuffisance	5,7	9,8		8,1	[4,8 - 13,4]
Normal	2,1	1,6		1,8	[0,6 - 5,3]

^a Comparaisons selon le sexe, test du Chi2 sur les effectifs pondérés de l'examen biologique ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Données manquantes : ^b DM=0 ; ^c DM=12 ; ^d DM=26 ; ^e DM=2 ; ^f DM=3.

Définitions :

Anémie : hémoglobine <12g/dl pour les femmes et <13g/dl pour les hommes ;

Déplétion des réserves en fer : ferritine : <15µmol/l ;

Anémie ferriprive : anémie associée à une déplétion des réserves en fer ;

Risque de déficit en folates : <4,4ng/ml ;

Déficience en βcarotène : <0,3µmol/l ;

Déficience en rétinol : <1,05µmol/l ;

Vitamine D : déficit sévère : <10ng/ml, déficit modéré [10-20ng/ml], insuffisance : [20-30ng/ml], normal : ≥30ng/ml.

7.1.3. Marqueurs biologiques nutritionnels

Note méthodologique : Les données biologiques ne sont disponibles que pour l'échantillon ayant réalisé l'examen clinique et biologique en centre de santé. Les effectifs étant limités, les données sont présentées uniquement selon le sexe.

La distribution des marqueurs biologiques de l'état nutritionnel est présentée dans le **Tableau 47** et dans le **Tableau 49**.

Près de 10% des femmes présentaient une anémie

Une anémie était mise en évidence chez 7,2% des personnes. Les femmes étaient plus souvent concernées (9,9%) que les hommes (3,5%) (**Tableau 48**). L'anémie ferriprive concernait 5,9% des femmes, avec une prévalence de 7,6% chez les femmes en âge de procréer (18-49 ans).

Des prévalences de déficits en vitamines très variables

La prévalence du risque de déficit en folates était de 27,2%, sans différence entre les hommes et les femmes (**Tableau 48**). Chez les femmes en âge de procréer, elle était de 27,3%.

Les déficiences en β carotène et en rétinol concernaient respectivement 26,6% et 15,1% des personnes.

La prévalence des déficits sévères en vitamine D était de 45,9%, dont 4,7% ayant un dosage de vitamine D inférieur à 5 ng/l. Au total, le pourcentage de personnes ayant un dosage de vitamine D considéré comme insuffisant s'élevait à 98,2%, sans différence selon le sexe (**Tableau 48**).

Points de repères nationaux - ENNS 2006-2007 (18-74 ans) (76)

- Prévalence de l'anémie : 1,9% [0,8 - 3,0] chez les hommes et 4,5% [3,1 - 5,9] chez les femmes.
- Prévalence de la déplétion des réserves en fer : 1,3% [0,4 - 2,2] chez les hommes et 8,7% [6,4 - 11,0] chez les femmes.
- Prévalence de l'anémie ferriprive : 3,0% [1,6 - 4,4] chez les femmes en âge de procréer.
- Prévalence du risque de déficience en folates : 24,1% [20,0 - 28,7] chez les hommes et 19,2% [16,1 - 22,7] chez les femmes.
- Prévalence des déficits en vitamine D (25(OH)D) : sévère (< 10 ng/ml) : 4,8% [3,6 - 6,3] ; insuffisance (< 30 ng/ml) : 80,1% [77,0 - 82,8].

Tableau 49 : Distribution des marqueurs biologiques du risque cardio-vasculaire en 2011-2012 – Abena

	N	Moyenne	Minimum	P25	P50	P75	Maximum
Bilan lipidique							
Triglycérides (mmol/l)	419	1,2	0,3	0,8	1,0	1,6	6,6
Cholestérol total (mmol/l)	421	5,0	2,8	4,3	4,9	5,8	9,4
LDL-cholestérol (mmol/l)	415	3,1	0,9	2,6	3,0	3,7	6,8
HDL-cholestérol (mmol/l)	418	1,4	0,7	1,1	1,3	1,6	4,4
Glycémie à jeun (mmol/l)	404	5,7	2,7	4,8	5,1	5,5	21,9
Hémoglobine glyquée (%)	421	5,8	4,0	5,2	5,5	5,8	15,2

Tableau 50 : Prévalence des anomalies du bilan lipidique selon les valeurs de référence en 2011-2012 – Abena (%)

	Hommes N=176	Femmes N=246	p ^a	Total N=422	[IC à 95%]
Cholestérolémie ^b			NS		
HC sévère : ≥ 7 mmol/l	4,5	4,7		4,6	[2,4 - 8,6]
HC modérée : [5,2 - 7[mmol/l	38,7	30,9		34,1	[26,7 - 42,4]
Valeur normale : < 5,2 mmol/l	56,8	64,4		61,3	[53,0 - 68,9]
Triglycéridémie ^c			*		
HTG sévère : ≥ 2,3 mmol/l	10,9	5,6		7,8	[4,8 - 12,2]
HTG modérée : [1,7 - 2,3[mmol/l	19,9	7,2		12,4	[8,0 - 18,7]
Valeur normale : < 1,7 mmol/l	69,2	87,2		79,8	[72,6 - 85,6]
LDL ≥ 4,1 mmol/l ^d	15,2	10,9	NS	12,6	[8,3 - 18,9]
HDL ≤ 1,0 mmol/l ^e	13,9	4,8	NS	8,6	[5,3 - 13,7]
Dyslipidémie ^b	50,6	24,1	**	35,1	[28,1 - 42,7]

^a Comparaisons selon le sexe, test du Chi2 sur les effectifs pondérés de l'examen biologique ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Données manquantes : ^b DM=1 ; ^c DM=3 ; ^d DM=7 ; ^e DM=4.

Tableau 51 : Prévalence des anomalies du bilan glycémique selon les valeurs de référence en 2011-2012 – Abena (%)

	Hommes N=176	Femmes N=246	p ^a	Total N=422	[IC à 95%]
Glycémie à jeun^b					
Hyperglycémie : ≥ 7 mmol/l	10,6	7,5	NS	8,8	[5,1 - 14,8]
Hyperglycémie modérée : [6,1 - 7[mmol/l	9,6	3,9		6,2	[3,5 - 10,7]
Valeur normale : $< 6,1$ mmol/l	79,8	88,6		85,0	[78,2 - 90,0]
Hyperglycémie à jeun et/ou prise de médicament hypoglycémiant ^c	11,9	8,9	NS	10,1	[6,3 - 15,9]
Hémoglobine glyquée^d					
$\geq 6,5\%$	20,6	3,8	***	10,8	[6,2 - 18,1]

^a Comparaisons selon le sexe, test du Chi2 sur les effectifs pondérés de l'examen biologique ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Données manquantes : ^b DM=18 ; ^c DM=17 ; ^d DM=1.

Définitions :

Hypercholestérolémie (HC) : modérée : [5,2 - 7,0 mmol/l], sévère ≥ 7 mmol/l ;

Hypertriglycéridémie (HTG) : modérée : [1,7 - 2,3 mmol/l], sévère : $\geq 2,3$ mmol/l ;

Dyslipidémie : triglycéridémie $\geq 1,7$ mmol/l et/ou LDLémie $\geq 4,1$ mmol/l et/ou HDLémie $\leq 1,0$ mmol/l et/ou traitement par médicaments hypolypémiants ;

Glycémie à jeun : hyperglycémie : ≥ 7 mmol/l ; hyperglycémie modérée : [6,1 - 7 mmol/l]

Hémoglobine glyquée significative d'un diabète : $\geq 6,5\%$.

Un peu plus du tiers des personnes souffrait d'une dyslipidémie

Une dyslipidémie était observée chez 35,1% des personnes. Cette proportion variait selon le sexe avec la moitié des hommes (50,6%) qui présentait une dyslipidémie et un quart des femmes (24,1%) (**Tableau 50**).

Chez les 45 ans ou plus, la prévalence des dyslipidémies était de 56,4% chez les hommes et 47,6% chez les femmes (différence non significative).

La prise de médicaments hypolipémiants était relevée pour 6,3% des personnes ; elle concernait 13,5% des 45 ans ou plus. Parmi les personnes traitées par des médicaments hypolipémiants, 44,8% présentaient une anomalie du bilan lipidique malgré leur traitement.

Une personne sur dix présentait une hyperglycémie à jeun et/ou prenait un traitement hypoglycémiant

Au total, 8,8% des personnes présentaient une hyperglycémie à jeun (**Tableau 51**). La prévalence de l'hyperglycémie à jeun et/ou de traitement médicamenteux hypoglycémiant était de 10,1%, sans différence significative selon le sexe. Une personne sur cinq chez les 45 ans ou plus étaient dans ce cas (respectivement 17,5% chez les hommes et 22,0% chez les femmes, différence non significative).

La prise d'un traitement hypoglycémiant était enregistrée pour 7,2% des personnes, la proportion étant de 14,6% chez les 45 ans et plus. Parmi les personnes prenant un traitement et ayant eu une mesure de la glycémie à jeun, 83,8% présentaient une hyperglycémie le jour de la mesure.

Une hémoglobine glyquée de 6,5% ou plus était mesurée chez 10,8% des personnes, avec une fréquence de dosages élevés plus élevée chez les hommes (20,6% contre 3,8% chez les femmes).

Points de repères nationaux - ENNS 2006-2007 (18-74 ans) (76)

- Prévalence des dyslipidémies : 50,5% [40,5 - 55,5] chez les hommes et 37,6% [33,9 - 41,6] chez les femmes.
- Prévalence de l'hyperglycémie à jeun et/ou des traitements hypoglycémiants : 6,2% [3,8 - 8,5] chez les hommes et 3,3% [2,1 - 4,5] chez les femmes.

Tableau 52 : Santé perçue et problème(s) de santé chronique selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées N=1 575	Repas N=444	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
Etat de santé perçue^b			NS		
Excellent / bon	43,1	47,0		43,7	[40,7 - 46,8]
Assez bon	30,4	26,8		29,8	[27,2 - 32,6]
Mauvais / très mauvais	26,5	26,2		26,5	[23,5 - 29,6]
Problème(s) de santé chronique^c	53,0	48,3	NS	52,2	[48,9 - 55,5]

^a Comparaisons selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.
Données manquantes : ^b DM=31 ; ^c DM=36.

Tableau 53 : Troubles déclarés[£] et qualité perçue du sommeil selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées N=1 575	Repas N=444	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
Difficulté pour s'endormir^b	48,0	36,9	*	46,2	[41,8 - 50,6]
Réveil nocturne et difficulté pour se rendormir^c	50,2	27,7	***	46,4	[42,1 - 50,8]
Réveil précoce et impossibilité de se rendormir^d	42,8	20,3	***	39,1	[34,9 - 43,4]
Insomnie^{#e}	48,1	37,3	**	46,3	[42,6 - 50,1]
Satisfaction vis-à-vis de la qualité du sommeil^f			NS		
Très ou plutôt satisfait	49,5	56,3		50,6	[47,2 - 54,0]
Ni satisfait, ni insatisfait	17,9	12,0		17,0	[14,5 - 19,8]
Pas ou pas du tout satisfait	32,6	31,7		32,4	[29,5 - 35,5]

[£] Sont considérés comme troubles du sommeil des troubles survenant au moins trois fois par semaine depuis au moins un mois.

[#] L'insomnie est définie par la présence d'au moins l'un des trois troubles associée à un retentissement sur la journée qui suit.

^a Comparaisons selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.
Données manquantes : ^b DM=21 ; ^c DM=22 ; ^d DM=24 ; ^e DM=33 ; ^f DM=26.

7.1.4. Santé perçue et maladie chronique déclarée

Plus de la moitié des usagers ne se percevaient pas en bonne santé

Plus de la moitié des personnes percevaient leur état de santé comme « assez bon », « mauvais » ou « très mauvais », et déclaraient un problème de santé chronique (**Tableau 52**), sans différence significative selon le type de structures. Des différences étaient observées selon le sexe, les femmes se percevant en moins bonne santé que les hommes (59,3% déclaraient un état de santé perçu comme « assez bon », « mauvais » ou « très mauvais », contre 50,6% des hommes) et déclarant plus fréquemment un problème de santé chronique (55,3% contre 46,4% pour les hommes).

Zoom selon le territoire (Annexe 18)

La perception de l'état de santé différait selon le territoire, environ un usager sur deux déclarant un état de santé « assez bon », « mauvais » ou « très mauvais » à Dijon et en Seine-Saint-Denis, contre 71,6% dans le Val-de-Marne.

Points de repères nationaux - enquête ESPS 2010 (16 ans ou plus) (74)

- Personnes déclarant leur état de santé « assez bon », « mauvais » ou « très mauvais » : 29,7% chez les hommes et 33,8% chez les femmes.
- Personnes déclarant une maladie ou un problème de santé chronique : 36,5% chez les hommes et 39,7% chez les femmes.

7.1.5. Sommeil

Près d'une personne sur deux déclarait des problèmes d'insomnie

Les personnes étaient 46,2% à déclarer des difficultés d'endormissement, 46,4% à déclarer se réveiller la nuit avec des difficultés pour se rendormir, et 39,1% à déclarer se réveiller trop tôt le matin sans pouvoir se rendormir. (**Tableau 53**).

Les troubles du sommeil étaient plus souvent déclarés par les personnes fréquentant les structures « Dénrées » que par celles fréquentant les structures « Repas ». Les femmes déclaraient davantage de problèmes de sommeil que les hommes : 50,9% déclaraient des difficultés d'endormissement (37,4% chez les hommes), 52,3% des réveils la nuit avec des difficultés pour se rendormir (35,5% chez les hommes), et 44,5% déclaraient se réveiller trop tôt le matin sans pouvoir se rendormir (29,0% chez les hommes).

Parmi les personnes qui souffraient de troubles du sommeil, 77,7% se plaignaient d'un retentissement de ces problèmes sur la journée qui suit.

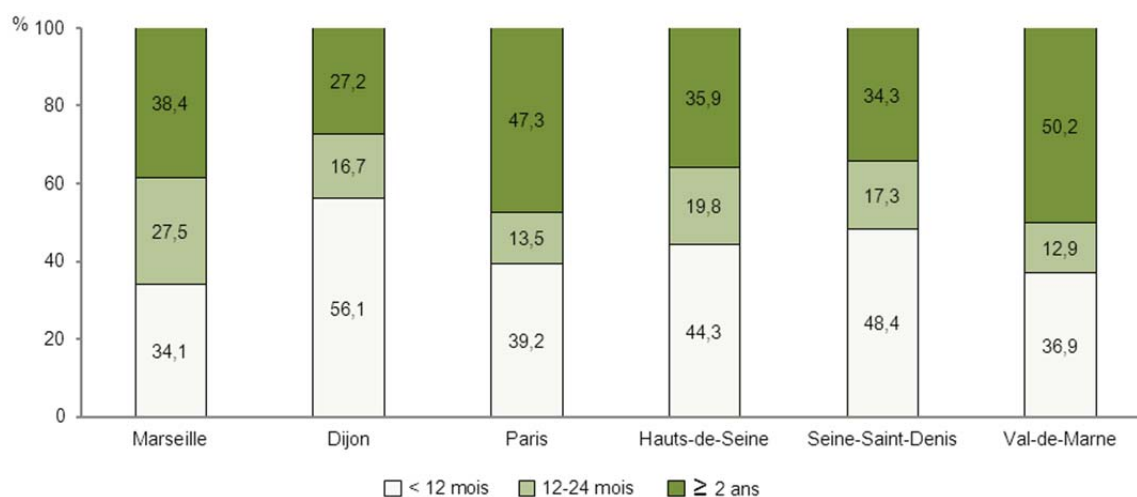
Au total, la prévalence de l'insomnie (définie par la présence d'au moins l'un des trois troubles du sommeil au moins trois fois par semaine depuis au moins un mois, et associée à un retentissement sur la journée qui suit) était de 46,3%. Cette prévalence était de 35,9% chez les hommes et de 52,0% chez les femmes.

Tableau 54 : Santé dentaire selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées N=1 575	Repas N=444	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
Dernière visite chez le dentiste^b			**		
< 12 mois	43,7	33,7		42,1	[38,3 - 46,0]
12-24 mois	19,5	12,0		18,2	[15,6 - 21,3]
≥ 2 ans	29,6	49,5		32,9	[29,5 - 36,5]
Jamais	7,2	4,8		6,8	[5,0 - 9,1]
Nombre de dents manquantes^{ε c}			***		
Aucune	41,1	35,5		40,2	[36,9 - 43,5]
1 à 4	38,4	29,1		36,8	[33,9 - 39,9]
5 à 14	18,1	27,0		19,6	[15,9 - 23,8]
≥ 15	2,4	8,4		3,4	[2,5 - 4,8]
Gêne liée aux dents au cours des 12 derniers mois^d			NS		
Jamais	58,2	63,8		59,1	[55,7 - 62,3]
De temps en temps	16,5	13,8		16,0	[14,0 - 18,4]
Souvent	25,3	22,4		24,9	[22,0 - 27,9]

^ε dents non remplacées.

^a Comparaisons selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.
Données manquantes : ^b DM=40 ; ^c DM=49 ; ^d DM=25.

Figure 29 : Dernière visite chez le dentiste selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

Près d'un tiers des personnes n'étaient pas satisfaites de leur sommeil

Les usagers de l'aide alimentaire étaient 32,4% à déclarer ne pas être satisfaits de leur sommeil (**Tableau 53**), sans différence significative selon le type de structure ou le sexe.

Zoom selon le territoire (Annexe 18)

Que ce soit pour les troubles déclarés du sommeil ou pour la satisfaction à l'égard du sommeil, des différences étaient observées selon les territoires, le Val-de-Marne se distinguant par davantage de troubles déclarés et de personnes insatisfaites de leur sommeil.

Points de repères nationaux - Baromètre santé 2010 (18-85 ans)

- Prévalence de l'insomnie : 11,8% chez les hommes et 18,8% chez les femmes.

7.1.6. Santé dentaire

Près de quatre usagers sur dix n'avaient pas eu de visite chez le dentiste au cours des deux dernières années

Pour 32,9% des personnes, la dernière visite chez le dentiste datait de plus de deux ans et 6,8% des personnes déclaraient n'y avoir jamais été (**Tableau 54**). L'absence de recours à un dentiste au cours des deux dernières années concernait plus d'un usager sur deux dans les structures « Repas » (54,3%) et plus d'un sur trois dans les structures « Denrées » (36,8%).

Près d'un quart des personnes avait cinq dents manquantes ou plus (23,0%) (**Tableau 54**). Davantage de personnes déclaraient avoir cinq dents manquantes ou plus dans les structures de type « Repas » (35,4%) que dans les structures « Denrées » (20,5%).

Une gêne liée à l'état de santé bucco-dentaire déclarée par un quart des personnes

Un quart des personnes se plaignaient d'avoir souvent une gêne liée à leur état bucco-dentaire (24,9%) (**Tableau 54**). On n'observait pas de différence selon le type de structure fréquentée, ni selon le sexe.

Zoom selon le territoire (Figure 29, Annexe 18)

Une absence de visite chez le dentiste au cours des deux dernières années était plus fréquemment rencontrée chez les personnes fréquentant les structures du Val-de-Marne (50,2%) et de Paris (47,3%). Des différences étaient également observées quant à une gêne liée à l'état bucco-dentaire avec un maximum déclaré par les usagers fréquentant les structures du Val-de-Marne (44,2%).

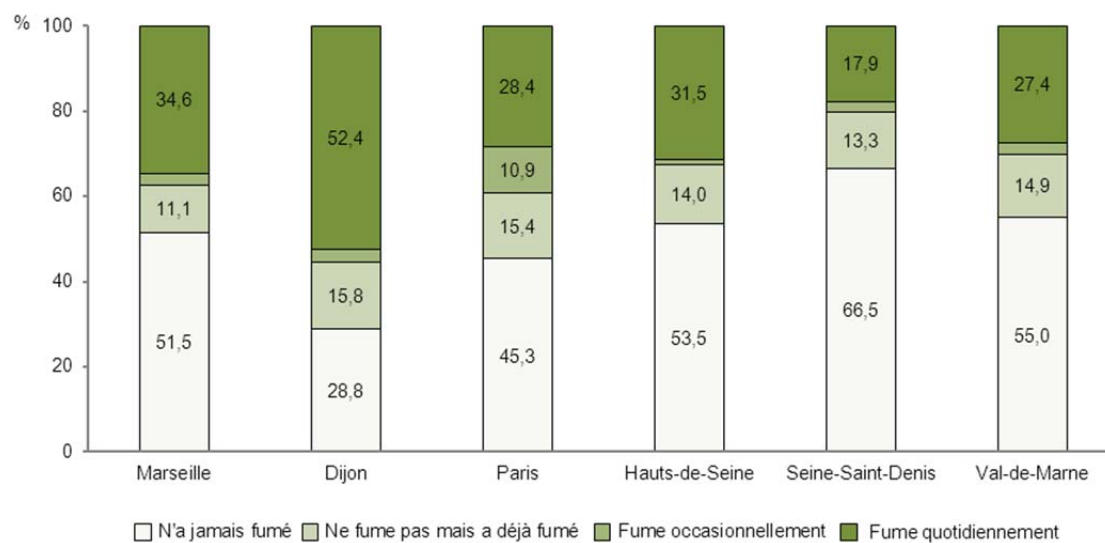
Points de repères nationaux - enquête ESPS 2008 (16 ans ou plus) (78)

- Personnes n'ayant pas consulté de dentiste au cours des deux dernières années : 25,9%.
- Personnes de 16 ans ou plus ayant au moins une dent manquante non remplacée : 52,1%.
- Personnes de 16 ans ou plus déclarant avoir été gênées au cours des douze derniers mois par un problème lié à leur état de santé buccodentaire : 42,6%.

Tableau 55 : Tabagisme selon le type de structures en 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées N=1 575	Repas N=444	p ^a	Total N=2 019	[IC à 95%]
Usage du tabac ^b			***		
Fume quotidiennement	25,6	39,6		27,9	[25,0 - 31,0]
Fume occasionnellement	2,6	11,7		4,1	[2,7 - 6,3]
Ne fume pas mais a déjà fumé	13,5	15,2		13,8	[12,0 - 15,8]
N'a jamais fumé	58,3	33,5		54,2	[50,4 - 57,9]

^a Comparaison selon le type de structures, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.
Données manquantes : ^b DM=23.

Figure 30 : Tabagisme selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

7.1.7. Tabagisme

Plus d'un quart des usagers déclaraient fumer quotidiennement

La proportion de personnes fumant quotidiennement était de 27,9%, celle-ci étant plus importante parmi les personnes fréquentant les structures « Repas » (39,6%) que parmi celles fréquentant les structures « Denrées » (25,6%) (**Tableau 55**). Des différences étaient observées selon le sexe des personnes avec 42,6% de fumeurs quotidiens parmi les hommes contre 20,0% parmi les femmes.

Zoom selon le territoire (Figure 30, Annexe 17)

La fréquence des fumeurs quotidiens variait selon le territoire, avec un maximum de 52,4% à Dijon et un minimum de 17,9% en Seine-Saint-Denis.

Points de repères nationaux - enquêtes ESPS 2010 (74) et Baromètre santé 2010 (79)

- Prévalence du tabagisme quotidien (ESPS) : 26,4% chez les hommes et 20,7% chez les femmes.
- Prévalence du tabagisme quotidien (Baromètre santé) : 32,4% chez les hommes et 26,1% chez les femmes.

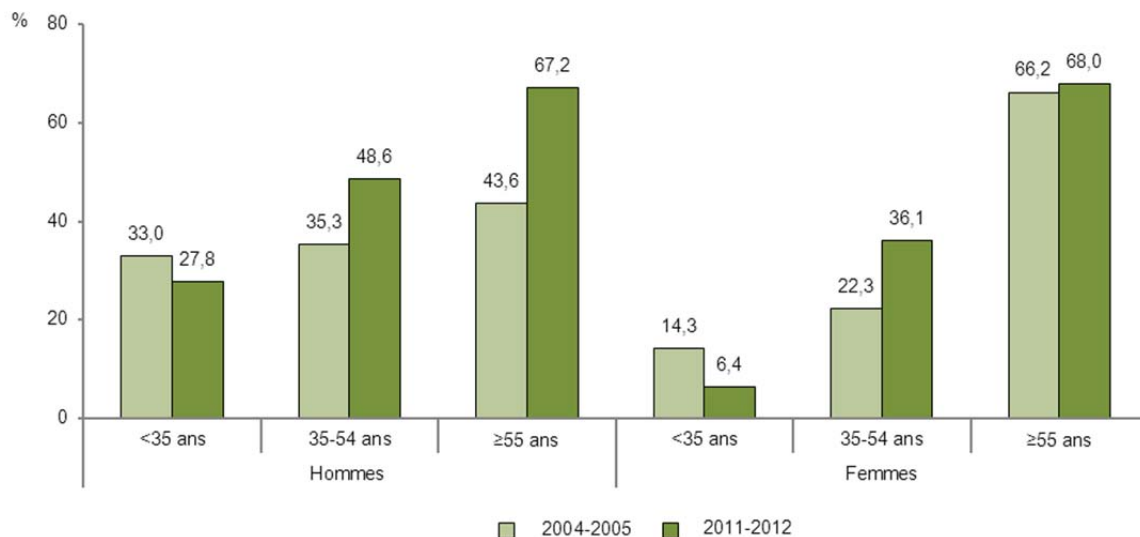
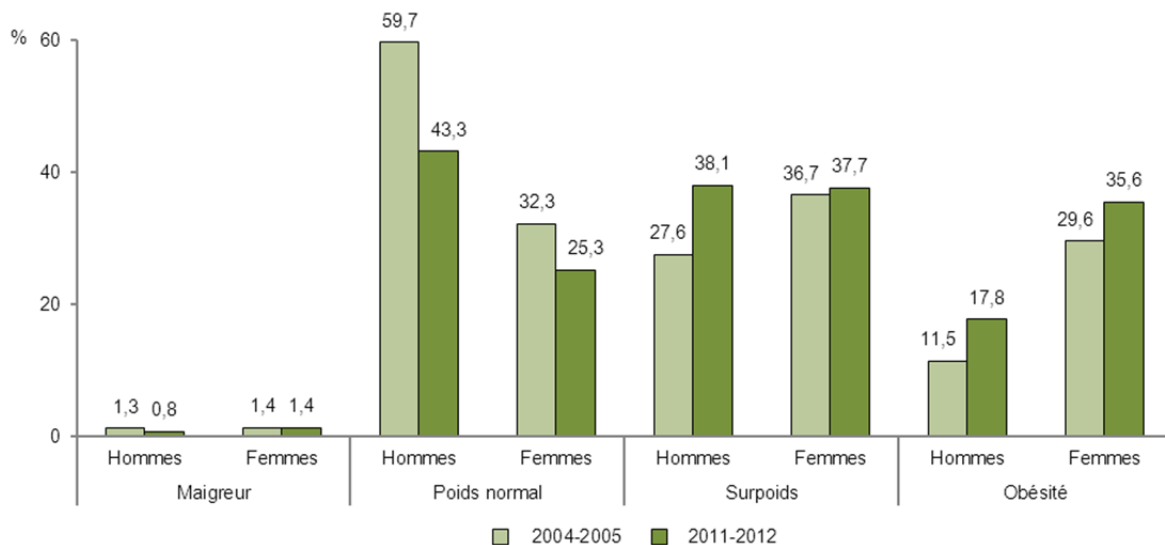
Tableau 56 : Evolution de l'hypertension artérielle et de la corpulence entre 2004-2005 et 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées			Repas			Total		
	2004-2005 N=883	2011-2012 N=1 058	p ^a	2004-2005 N=281	2011-2012 N=329	p ^a	2004-2005 N=1 164	2011-2012 N=1 387	p ^a
Hypertension artérielle^b	26,6	36,1	**	35,4	50,1	NS	29,4	39,7	**
Corpulence^c			NS			NS			*
Maigreur	1,6	1,1		0,9	1,7		1,3	1,2	
Poids normal	36,1	28,4		59,0	44,5		44,1	31,6	
Surpoids	35,5	38,6		27,8	35,1		32,8	37,9	
Obésité	26,9	32,0		12,4	18,6		21,8	29,3	

Analyse restreinte aux 4 territoires communs aux deux études Abena (Marseille, Dijon, Paris, Seine-Saint-Denis).

^a Comparaisons entre 2004-2005 et 2011-2012, test du Chi² sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Données manquantes : ^b DM=806 ; ^c DM=963.

Figure 31 : Evolution de l'hypertension artérielle à la mesure entre 2004-2005 et 2011-2012 selon le sexe et l'âge – Abena (%)**Figure 32 : Evolution de la corpulence entre 2004-2005 et 2011-2012 selon le sexe – Abena (%)**

7.2. Evolutions entre 2004-2005 et 2011-2012

7.2.1. Evolution de l'hypertension artérielle et de l'obésité

Une hausse de la prévalence de l'HTA chez l'homme

Entre 2004-2005 et 2011-2012, la prévalence de l'HTA chez les usagers était passée de 29,4% à 39,7% (**Tableau 56**). Chez les hommes, les prévalences étaient respectivement de 36,6% et 49,6% ; chez les femmes de 24,2% et 33,1% (différences significatives). Après prise en compte des caractéristiques sociodémographiques, en particulier de l'âge, seule l'évolution de l'HTA chez les hommes restait significative. Ainsi, la prévalence de l'HTA chez les hommes de 55 ans ou plus était passée de 43,6% à 67,2% (**Figure 31**).

Une augmentation de l'obésité chez les femmes

Entre 2004-2005 et 2011-2012, la prévalence de l'obésité était passée de 21,8% à 29,3% (**Tableau 56**). Chez les hommes, les prévalences étaient respectivement de 11,5% et 17,8% ; chez les femmes de 29,6% et 35,6% (différences non significatives) (**Figure 32**). Après prise en compte des caractéristiques sociodémographiques, la hausse de l'obésité chez les femmes apparaissait significative.

Surpoids et obésité confondus, la prévalence était chez les hommes de 39,1% en 2004-2005 et de 55,9% en 2011-2012 (différence significative) ; chez les femmes, elle était respectivement de 66,3% et 73,3% (différence non significative). Après prise en compte des caractéristiques sociodémographiques des usagers, ces évolutions n'étaient pas significatives.

Tableau 57 : Evolution des prévalences des anomalies des marqueurs biologiques nutritionnels entre 2004-2005 et 2011-2012 selon le sexe – Abena (%)

	Hommes			Femmes			Total		
	2004-2005 N=87	2011-2012 N=128	p ^a	2004-2005 N=156	2011-2012 N=182	p ^a	2004-2005 N=243	2011-2012 N=310	p ^a
Anémie^b	4,8	4,0	NS	19,5	5,4	**	12,9	4,9	*
Carence en fer^c	0,1	3,7	***	21,8	11,5	NS	12,0	8,5	NS
Anémie ferriprive^c	0,0	1,3	***	12,5	2,3	**	6,8	1,9	*
Risque de déficit en folates^d	16,4	29,0	NS	26,5	23,9	NS	22,0	25,9	NS
Déficience en β carotène^e	29,2	34,0	NS	34,2	21,9	NS	31,9	26,7	NS
Déficience en rétinol^e	4,5	4,2	NS	3,0	20,8	*	3,7	14,3	*
Vitamine D^f									
Déficit sévère	69,3	48,1	NS	80,5	42,2	***	75,5	44,5	**
Déficit modéré	29,6	42,4		18,3	45,4		22	44,3	
Insuffisance	4,1	6,4		1,2	10,6		2,5	9,0	
Valeur normale	0	3,1		0	1,7		0	2,2	
Cholestérolémie^g			NS			NS			NS
HC sévère	7,2	5,5		5,5	5,7		6,2	5,7	
HC modérée	29,0	38,3		41,4	33,6		36,0	35,4	
Valeur normale	63,8	56,2		53,1	60,7		57,8	58,9	
Triglycéridémie^h			*			NS			NS
HTG sévère	4,2	14,6		7,6	6,2		6,1	9,4	
HTG modérée	9,2	19,7		14,0	8,8		11,9	13,0	
Valeur normale	86,6	65,7		78,4	85,0		82,0	77,6	
Glycémie à jeun^h			NS			NS			NS
Hyperglycémie	5,9	10,8		1,8	5,8		3,6	7,7	
Hyperglycémie modérée	1,9	12,2		6,0	1,9		4,2	5,7	
< 6,1 mmol/l	92,2	76,9		92,2	92,3		92,2	86,6	

Analyse restreinte aux 4 territoires communs aux deux études Abena (Marseille, Dijon, Paris, Seine-Saint-Denis).

^a Comparaisons entre 2004-2005 et 2011-2012, test du Chi2 sur les effectifs pondérés de l'examen biologique ; NS=non significatif ;

*p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Données manquantes : ^b DM=0 ; ^c DM=10 ; ^d DM=27 ; ^e DM=2 ; ^f DM=106 ; ^g DM=39 ; ^h DM=41 ; ⁱ DM=35.

7.2.2. Evolution des marqueurs biologiques nutritionnels

Une baisse significative de la prévalence de l'anémie

La prévalence de l'anémie était passée de 12,9% à 4,9% entre 2004-2005 et 2011-2012 (**Tableau 57**). Une diminution de l'anémie ferriprive était observée chez les femmes, passant de 12,5% à 2,3% ; chez les femmes en âge de procréer (18-49 ans), cette prévalence était passée de 16,1% à 2,8%. Chez les hommes, ces prévalences étaient très inférieures, mais il était observé une hausse des carences en fer et des anémies ferriprives.

Moins de déficit sévère en vitamine D, notamment chez les femmes

Si la prévalence des déficits sévères en vitamine D restait très élevée en 2011-2012 (44,5%), elle était significativement moindre qu'en 2004-2005 (75,5%). Cette évolution était significative chez les femmes, chez qui la prévalence des déficits sévères en vitamine D est passée de 80,5% à 42,2%.

Concernant les autres dosages vitaminiques, les évolutions n'étaient pas significatives pour les risques de déficit en folates et en β carotène.

Il était observé une augmentation significative des déficiences en rétinol, notamment chez les femmes (de 3,0% en 2004-2005 à 20,8% en 2011-2012).

Peu d'évolution des bilans lipidiques et glycémiques

Entre 2004-2005 et 2011-2012, il n'était pas observé d'évolution des perturbations des bilans lipidiques et glycémiques, à l'exception d'une augmentation des hypertriglycéridémies chez l'homme, celle-ci passant de 4,2% à 14,6%.

Tableau 58 : Evolution de la perception de l'état de santé et du tabagisme entre 2004-2005 et 2011-2012 – Abena (%)

	Denrées			Repas			Total		
	2004-2005 N=883	2011-2012 N=1 058	p ^a	2004-2005 N=281	2011-2012 N=329	p ^a	2004-2005 N=1 164	2011-2012 N=1 387	p ^a
Etat de santé perçu^b			NS			NS			*
Excellent / bon	53,9	46,4		57,6	47,1		55,3	46,6	
Moyen / mauvais	46,1	53,6		42,4	52,9		44,7	53,4	
Tabac^c			**			**			**
Fume quotidiennement	53,7	39,0		53,7	39,0		33,2	27,1	
Fume occasionnellement	1,3	12,3		1,3	12,3		1,0	5,2	
A déjà fumé	11,2	15,2		11,2	15,2		8,8	13,5	
N'a jamais fumé	33,8	33,5		33,8	33,5		57,0	54,2	

Analyse restreinte aux 4 territoires communs aux deux études Abena (Marseille, Dijon, Paris, Seine-Saint-Denis).

^a Comparaisons entre 2004-2005 et 2011-2012, test du Chi² sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Données manquantes : ^b DM=33 ; ^c DM=20.

7.2.3. Evolution de la perception de l'état de santé

Note méthodologique :

En 2011-2012, les questions concernant la perception de l'état de santé des usagers ont été modifiées afin d'être comparables aux données de l'enquête ESPS 2010, passant de 4 (excellent, bon, moyen et mauvais) à 5 modalités de réponses (très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais). Pour les comparaisons, les trois dernières propositions prévues dans Abena 2011-2012 (assez bon, mauvais et très mauvais) ont été regroupées sous l'intitulé « moyen / mauvais ».

Les comparaisons doivent donc être interprétées en tenant compte de cette limite, certains usagers ayant répondu « assez bon » pouvant à tort être classés dans la catégorie « moyen », avec un risque de surestimer la mauvaise perception de l'état de santé dans Abena 2011-2012.

Une moins bonne perception de leur état de santé par les usagers en 2011-2012

Entre 2004-2005 et 2011-2012, la proportion d'usagers de l'aide alimentaire ayant déclaré un état de santé excellent ou bon avait diminué, passant de 55,3% à 46,6% (**Tableau 58**). Dans les structures « Denrées », la différence observée était significative après prise en compte des caractéristiques sociodémographiques des usagers, alors que dans les structures « Repas », la différence demeurerait non significative.

La dégradation de la perception de l'état de santé était davantage observée chez les femmes. Elles étaient 53,3% en 2004-2005 à déclarer un état de santé excellent ou bon ; cette proportion était de 44,6% en 2011-2012 (significatif y compris après prise en compte de l'évolution des autres caractéristiques sociodémographiques). Les hommes étaient respectivement 57,5% et 50,2% dans ce cas (évolution non significative).

7.2.4. Evolution du tabagisme

Moins de fumeurs quotidiens en 2011-2012

La répartition des personnes selon leur statut tabagique avait évolué entre les deux études.

Globalement, il est observé une diminution de la proportion de fumeurs quotidiens de 33,2% en 2004-2005 à 27,1% en 2011-2012 (**Tableau 58**). Les évolutions étaient différenciées selon le sexe. Ainsi, chez les hommes, la proportion de fumeurs quotidiens avait diminué entre les deux études passant de 52,5% à 42,4%, mais l'évolution n'était pas significative après prise en compte des autres caractéristiques sociodémographiques. Chez les femmes, les évolutions n'étaient pas significatives.

Discussion

La seconde édition de l'étude Abena a permis de décrire les profils sociodémographiques, l'alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire en 2011-2012, dans six zones urbaines de France métropolitaine, et leurs évolutions depuis 2004-2005, date de réalisation de la première édition. Ce rapport présente une série d'analyses descriptives de la situation des usagers de l'aide alimentaire en 2011-2012 pour les principaux indicateurs recueillis. L'analyse des évolutions depuis 2004-2005 a été conduite en comparant les données des deux études sur les quatre territoires communs (Paris, Seine-Saint-Denis, Marseille, Dijon). En outre, les caractéristiques sociodémographiques des usagers ont été prises en compte dans cette analyse afin d'estimer si les modifications observées concernant leur état de santé et leurs comportements alimentaires étaient indépendantes ou non des évolutions sociodémographiques observées entre les deux enquêtes.

En 2011-2012, l'état de santé des usagers de l'aide alimentaire demeurait préoccupant avec des prévalences des pathologies liées à la nutrition particulièrement élevées (obésité, hypertension artérielle, diabète, certains déficits vitaminiques). Par rapport à 2004-2005, l'évolution était contrastée avec une diminution de la prévalence de l'anémie par déficit en fer et du déficit sévère en vitamine D et une augmentation de la prévalence de l'obésité et de l'hypertension artérielle. L'étude souligne en outre l'écart important entre les consommations de certains groupes alimentaires et les recommandations nutritionnelles, en particulier pour les fruits et légumes et les produits laitiers, bien que certaines améliorations aient été observées depuis 2004-2005. L'étude rappelle par ailleurs les conditions de vie difficiles des usagers de l'aide alimentaire, en termes notamment de situations familiales, de problèmes de logement, de faibles niveaux de diplôme, de difficultés face à l'emploi, ainsi que d'accès et de renoncement aux soins. De plus, une part importante des usagers était dépendante de l'aide alimentaire pour se procurer des aliments, l'aide alimentaire étant même, pour certains aliments, la source exclusive d'approvisionnement.

Forces et limites de l'enquête

L'étude 2011-2012 s'inscrit dans la continuité d'Abena 2004-2005 avec une méthodologie identique pour les deux études, permettant ainsi d'étudier les évolutions pour les questions posées de façon comparable dans les deux enquêtes et pour les quatre territoires communs. Certaines thématiques ont été ajoutées en 2011-2012 permettant d'aborder des aspects nouveaux, comme l'accès aux soins, l'état de santé bucco-dentaire et les troubles du sommeil.

En recrutant des personnes dans des structures d'aide alimentaire, il est possible d'accéder à une diversité de situations de pauvreté et de précarité, certaines personnes y ayant recours de façon ponctuelle tandis que pour d'autres, une telle aide s'avère nécessaire depuis plusieurs années. Toutefois, une grande partie des personnes pauvres ou précaires n'ont pas recours à l'aide

alimentaire en France. L'interprétation des résultats se limite donc à la population des personnes ayant recours à l'aide alimentaire.

La méthode d'échantillonnage était basée sur un tirage au sort des personnes au sein de structures préalablement sélectionnées de manière aléatoire. En l'absence de base de données répertoriant les structures d'aide alimentaire, un recensement préalable de ces structures a été réalisé, selon une méthode conçue pour obtenir une bonne exhaustivité du recensement. La sélection des personnes ne devait pas être basée sur le volontariat des personnes et ne devait en aucun cas impliquer le personnel des structures. De plus, lors de l'analyse, les données ont été pondérées selon la probabilité d'inclusion des personnes enquêtées et le plan de sondage complexe a été pris en compte. Cette méthodologie, avec cependant la limite des biais envisagée ultérieurement, améliore la représentativité des estimations produites dans le champ couvert par l'enquête.

Pour des raisons pratiques, l'étude a été réalisée au sein de structures de distribution d'aide alimentaire disposant de locaux permettant la confidentialité du recueil de données. Néanmoins, le tirage au sort a été effectué sur la base complète des structures recensées, qu'elles disposent ou non d'un espace de confidentialité. L'absence de cette condition a finalement conduit à l'exclusion d'un nombre restreint de structures (7 sur les 96 structures contactées). Les distributions effectuées dans la rue ou au sein des centres d'hébergement d'urgence ont été exclues afin de rester dans une diversité des profils d'utilisateurs comparable à celle relevée dans l'étude de 2004-2005. Toutefois, une partie des personnes les plus précaires (sans abris et personnes hébergées dans les centres d'hébergement d'urgence) fréquentent les structures d'aide alimentaire (en particulier les repas mais non exclusivement) et sont donc, au moins pour une partie d'entre elles, présentes dans l'échantillon. En revanche, les personnes ne fréquentant que des distributions de rue et possiblement très précaires (80) ont donc été exclues du champ de l'étude.

L'étude a été conduite dans six territoires (Paris, Marseille, Grand-Dijon, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Hauts-de-Seine). Ces territoires ont été choisis, d'une part, dans la continuité de la première étude conduite en 2004-2005 (Paris, Marseille, Grand-Dijon et Seine-Saint-Denis) et d'autre part, dans l'objectif d'élargir la connaissance à l'ensemble de la petite couronne parisienne (Hauts-de-Seine et Val-de-Marne). Ces territoires, choisis arbitrairement, sont tous situés en zones urbaines, et de fait, les spécificités des zones rurales sont exclues du champ de l'étude. De manière générale, les résultats ne sont donc pas extrapolables à l'ensemble du territoire métropolitain, mais ils sont représentatifs des usagers de l'aide alimentaire sur ces zones géographiques.

La méthodologie de l'enquête impliquait par ailleurs que les personnes enquêtées comprennent suffisamment le français pour répondre au questionnaire, au besoin avec l'aide d'un parent ou ami capable de jouer le rôle de traducteur. Entre les éditions de 2004-2005 et 2011-2012, le taux de personnes non éligibles est passé de 9,6% à 24,6%, et la part des personnes ne parlant pas et/ou ne comprenant pas suffisamment le français parmi les personnes non éligibles de 71,8% à 84,1%. La contrainte de la langue a donc conduit à exclure du champ de l'étude une population d'origine étrangère en proportion apparemment plus importante en 2011-2012. Or, les personnes nées hors de France exclues pour cette raison sont probablement différentes de celles nées hors de France mais incluses dans l'étude. Il peut être noté que les difficultés linguistiques peuvent constituer un obstacle supplémentaire pour faire valoir ses droits sociaux et ainsi être une source supplémentaire de précarité.

Par ailleurs, le taux de participation lors de la première édition en 2004-2005 était de 77,3% ; il était de 44,1% en 2011-2012. La principale cause annoncée de refus était le manque de temps (42,1% en 2004-2005 et 77,7% en 2011-2012), probablement en lien avec les circonstances de la proposition de participation, les personnes venant se procurer des aliments ou un repas sans avoir nécessairement du temps devant eux. En 2011-2012, l'âge des personnes ayant participé à l'étude et celui des personnes ayant refusé n'étaient pas significativement différents ; par contre la participation était plus importante chez les hommes que chez les femmes. L'impact de ces refus sur la représentativité des estimations est difficile à évaluer d'autant que les pondérations ont pu les atténuer au moins en partie. Différents facteurs ont pu intervenir pour expliquer l'importance des refus, comme éventuellement, un contexte politique différent et des sollicitations répétées auprès des usagers de l'aide alimentaire pour participer à des études.

Le taux de participation à l'examen clinique et biologique était de 27,0% en 2004-2005 et de 22,4% en 2011-2012. A Dijon, ce taux a augmenté de 25,4% à 28,0%, il est resté stable parmi les usagers parisiens (28%), alors qu'il a baissé en Seine-Saint-Denis (de 28,3% à 23,4%) et à Marseille (de 25,5% à 16,2%). Des différences dans l'organisation et l'accessibilité des centres de santé ont pu contribuer à ces évolutions.

Le questionnaire a été administré en face à face, par un nombre limité d'enquêtrices, formées en amont et suivies de façon rapprochée pendant le terrain, ce qui a permis la standardisation des données recueillies et a probablement amélioré leur qualité. Dans des conditions de terrain parfois difficiles, la confidentialité des informations recueillies était une exigence de l'enquête et les enquêtrices insistaient notamment sur l'absence de transmission des informations collectées aux personnels des structures. Toutefois, chaque enquêtrice était en charge du recueil des données sur une zone géographique donnée, ce qui a pu conduire, pour certaines questions, à un biais dans les réponses et donc dans les analyses effectuées selon les territoires.

En complément du questionnaire, des données objectives sur l'état de santé ont été collectées en centre de santé, avec notamment la réalisation de dosages de marqueurs biologiques de l'état nutritionnel. Certains d'entre eux, particulièrement sujets à une variabilité entre laboratoires (hémoglobine glyquée, vitamines...), ont été réalisés de manière centralisée dans un seul laboratoire.

Les usagers de l'aide alimentaire en 2011-2012

Les indicateurs de santé et de l'état nutritionnel restaient très préoccupants en 2011-2012.

La prévalence de l'obésité était de 28,8% pour l'ensemble de la population des six territoires enquêtés et atteignait 35,1% chez les femmes. En comparaison, dans l'étude ENNS 2006-2007, en population générale adulte, ce taux était de 17,6% (76). Chez les hommes, la prévalence de l'obésité (17,5%) était comparable à celle observée en population générale (16,1% dans l'étude ENNS 2006-2007).

Par ailleurs, la prévalence de l'hypertension artérielle était très supérieure à ce qui est observé en population générale (48,5% chez les hommes et 39,3% chez les femmes dans l'étude Abena 2011-2012 ; respectivement 34,2% et 27,8% dans ENNS 2006-2007. Les procédures de mesure de la pression artérielle étaient proches entre les études Abena et ENNS 2006-2007 mais les conditions dans lesquelles elles ont été réalisées étaient pour une partie des échantillons assez différentes : dans des structures d'aide alimentaire dans Abena et à domicile pour ENNS 2006-2007. Les conditions de repos recommandées pour la prise de la pression artérielle ont pu de fait être plus difficilement respectées lors de mesures réalisées dans l'étude Abena.

La prise de traitement hypotenseur était quant à elle très faible dans l'étude : 5,3% des personnes déclaraient prendre un traitement de ce type contre 15,7% en population générale (ENNS). Par ailleurs, des valeurs trop élevées de pression artérielle ont été observées chez 67,6% des personnes ayant déclaré prendre un traitement hypotenseur.

La prévalence de l'hyperglycémie à jeun et/ou de la prise d'un traitement hypoglycémiant était plus élevée qu'en population générale, en particulier pour les femmes (8,9% dans Abena contre 3,3% dans ENNS 2006-2007). Concernant les dyslipidémies, les prévalences étaient comparables chez les hommes (autour de 50% dans Abena comme dans ENNS 2006-2007), et moindre comparé à la population générale chez les femmes (24,1% dans Abena contre 37,6% dans ENNS 2006-2007).

Pour ces différents indicateurs de l'état de santé, les comparaisons avec la population générale doivent cependant être interprétées en tenant compte des structures d'âge différentes des populations. La part des classes d'âge les plus âgées était en effet moindre parmi les usagers de l'aide alimentaire que dans la population générale, et donc, a priori, la population des usagers de l'aide alimentaire aurait dû moins fréquemment présenter certaines pathologies liées au vieillissement (un tiers de personnes âgées de 55 à 74 ans en population générale contre 22% de personnes de 55 ans ou plus dans l'étude Abena 2011-2012).

De manière générale, ces observations interrogent sur l'accès au dépistage et aux soins, sur la qualité de la prise en charge pour cette population mais également sur sa compliance aux traitements.

Les dosages biologiques mettaient en évidence une prévalence de l'anémie élevée par rapport à la population générale. Ainsi, l'anémie ferriprive chez les femmes en âge de procréer était de 7,6% dans l'étude Abena, alors qu'elle était estimée en 2006-2007 à 3,0% en population générale. La prévalence des déficits sévères en vitamine D était particulièrement élevée : 45,9% dans Abena contre 4,8% dans ENNS 2006-2007. Par contre, le risque de déficit en folates concernait 27,2% des usagers de l'aide alimentaire, soit une proportion proche de ce qui est observé en population générale (24,1% dans ENNS 2006-2007).

La population des usagers de l'aide alimentaire est vulnérable en termes d'accès aux soins, plus de 10% des usagers déclarant ne pas bénéficier d'une couverture maladie au moment de l'enquête et 14,4% déclarant avoir une couverture maladie sans assurance complémentaire.

En outre, les situations de renoncement à des soins médicaux pour raison financière étaient fréquentes (un quart des usagers), pourcentage supérieur à ce qui est observé en population générale (15,1% dans ESPS 2010) (74). Ainsi, une absence de consultation dentaire au cours des deux dernières années était déclarée pour près de 40% des personnes, et ceci malgré un état dentaire peu satisfaisant (d'après le nombre élevé de dents manquantes et non remplacées). En population générale, l'absence de consultation dentaire au cours des deux dernières années était estimée, dans l'enquête ESPS 2008, à environ 25% (78). Ceci rejoint le constat sur les inégalités de consommation de soins qui sont plus importantes pour les spécialistes, les soins dentaires et optiques ou encore les soins préventifs (81).

Au total, plus de la moitié des usagers de l'aide alimentaire ne se considéraient pas en bonne santé, soit une proportion nettement plus élevée qu'en population générale.

En 2011-2012, une part importante des usagers de l'aide alimentaire mangeait un nombre restreint de fois au cours d'une journée : 39,5% des usagers déclaraient moins de trois prises alimentaires la veille de l'enquête, au dépend le plus souvent d'une prise alimentaire le matin, mais également le midi. En population générale, selon les données du Baromètre santé nutrition 2008, 12,9% des personnes déclaraient avoir consommé la veille de l'enquête moins de trois repas (82). Différents facteurs peuvent contribuer à cet écart entre les usagers de l'aide alimentaire et la population générale, comme les conditions de vie des personnes (conditions de logement, possibilité de cuisiner...), les faibles dépenses alimentaires (2,3€ par personne et par jour) et les problèmes d'accessibilité à certains produits alimentaires. En effet, des stratégies de choix peuvent être mises en place, les personnes en situation de précarité privilégiant la suppression des prises alimentaires à certains moments de la journée, en lien avec leurs contraintes économiques.

Dans ce contexte, les consommations alimentaires, recueillies en termes de fréquences de consommation (« nombre de fois où un type d'aliment est habituellement consommé ») étaient très éloignées des recommandations. Ainsi, parmi les usagers de l'aide alimentaire, seuls 6,5% déclaraient consommer des fruits et légumes cinq fois par jour ou plus ; dans l'étude ENNS 2006-2007 en population générale, 12,4% des personnes atteignaient cette fréquence (76). Pour les produits laitiers, 14,7% des usagers de l'aide alimentaire en consommaient trois fois par jour ; ils étaient 30,1% dans l'étude ENNS.

En l'absence d'une évaluation quantitative des portions consommées, ces estimations restent cependant à nuancer. Une consommation une fois par jour de légumes peut par exemple correspondre à plusieurs portions telles que recommandées dans le PNNS, ce qui peut entraîner une sous-estimation de l'atteinte du repère. Par ailleurs, les usagers étaient interrogés au sein de la structure distribuant les produits alimentaires. Ceci a pu conduire des usagers, en situation de demande, à sous-estimer leurs consommations. A l'inverse, la diffusion croissante des repères du PNNS a pu influencer certaines personnes, leur faisant privilégier, face à l'enquêtrice, des réponses plus en adéquation avec les recommandations diffusées. Malgré ces limites, les résultats obtenus sont cohérents avec les connaissances disponibles sur l'alimentation des populations précaires (6), (7).

Les repères du PNNS sur les consommations de boissons mentionnent « de l'eau à volonté » ; « limiter les boissons sucrées » et « ne pas dépasser par jour 2 verres de vin pour les femmes et 3 pour les hommes ». Parmi les usagers de l'aide alimentaire, les trois quarts déclaraient boire principalement ou uniquement de l'eau. En outre, ils étaient 26,0% à déclarer consommer des sodas au quotidien, et seulement 6,3% à consommer des boissons alcoolisées chaque jour. Cette dernière observation, très en deçà de celles rapportées en population générale (83), souligne le caractère sensible de cette problématique dans un cadre comme celui de l'aide alimentaire.

L'aide alimentaire était la principale source d'approvisionnement pour de nombreux types d'aliments. Plus de la moitié des usagers des structures « Denrées » déclaraient avoir recours uniquement à l'aide alimentaire pour se procurer des produits non périssables et des conserves ou du lait UHT. L'aide alimentaire était moins souvent la première source d'approvisionnement en produits frais, notamment pour les fruits et légumes frais : il s'agissait de la première source d'approvisionnement pour seulement 29,4% des usagers des structures « Denrées » en 2011-2012. Ces résultats reflètent certainement la disponibilité des aliments dans les structures d'aide alimentaire, avec un approvisionnement important en produits non périssables et moindre en produits frais, en particulier du fait de leur coût et de difficultés logistiques pour gérer leur distribution. La disponibilité de certains produits permet aux usagers de ne pas avoir recours à d'autres sources d'approvisionnement que l'aide alimentaire. Cependant, il apparaît que les usagers, malgré le recours à d'autres sources d'approvisionnement, déclarent des fréquences de consommation particulièrement faibles, notamment pour les fruits et légumes.

Une proportion faible d'utilisateurs déclarait avoir recours aux fins de marchés ou aux poubelles pour se procurer des aliments : 2,4% des utilisateurs des structures « Denrées » et 8,4% des utilisateurs des structures « Repas ». Ces résultats suggèrent que l'aide alimentaire permet de limiter en partie ce type de recours. Cependant, étant donné qu'il s'agit de données déclaratives, il est possible que ce type de recours soit sous-estimé. De plus, les personnes pratiquant un « glanage de substitution », sans recourir à l'aide alimentaire par choix ou par méconnaissance des accès à l'aide alimentaire (84), sont de fait non incluses dans l'étude Abena.

Le recours à l'aide alimentaire s'inscrivait sur plusieurs années pour la plupart des personnes. Ainsi, en 2011-2012, un bénéficiaire sur deux avait recours à l'aide alimentaire depuis plus de deux ans. En outre, les utilisateurs avaient recours à l'aide alimentaire le plus souvent de façon continue sur les années précédentes.

Le recours régulier, par exemple tous les mois, était limité par la fermeture des structures à certaines périodes de l'année. Selon l'enquête réalisée auprès des structures, la moitié des structures « Repas » et un peu moins du tiers des structures « Denrées » étaient ouvertes douze mois par an. Les utilisateurs exprimaient d'ailleurs le souhait que les structures soient ouvertes de manière continue sur l'année. Pour 81,1% des utilisateurs fréquentant une structure « Denrées » où ce n'était pas le cas, ce souhait de changement était considéré comme important.

En outre, peu d'utilisateurs avaient recours à plusieurs structures, en particulier pour les utilisateurs des structures « Denrées ». Les critères d'attribution de l'aide dans ce type de structures contribuent à limiter le nombre de structures fréquentées. D'après les informations recueillies lors de la constitution de la base de sondage des structures à enquêter, 97,3% des structures « Denrées » déclaraient se baser sur une orientation par un service social, une commission d'attribution, le reste à vivre, le quotient familial ou un projet d'insertion pour attribuer l'aide alimentaire.

L'interprétation des résultats est à mettre en relation avec le profil sociodémographique des utilisateurs, spécifique par rapport à la population générale. Concernant les profils par âge, la population fréquentant les structures d'aide alimentaire était plutôt une population d'âge intermédiaire comparée à la population générale adulte : elle comprenait en effet peu de moins de 25 ans (5,4% versus 11,1%) et peu de 65 ans ou plus (7,7% versus 22,2%) ⁷. Par ailleurs, la proportion de familles monoparentales chez les utilisateurs des structures « Denrées » était particulièrement importante (33,8% versus 7,9% de ménages composés uniquement d'une famille monoparentale en population générale).

Comme attendu dans le cadre de l'aide alimentaire, la situation socioéconomique des utilisateurs était très mauvaise. De manière générale, le niveau de formation était faible comparé à la population générale (43,9% des utilisateurs n'avaient aucun diplôme ou un certificat d'études

⁷ Les données en population générale sont disponibles sur www.insee.fr et plus spécifiquement pour les données du recensement de la population de 2009 sur <http://www.recensement-2009.insee.fr/home.action>.

primaires versus 26,8%) et la part de la population au chômage était très élevée (41,4% versus 9,3% en population générale au premier trimestre 2011).

Les variations selon les territoires sont cohérentes avec les caractéristiques de leurs populations.

Des différences dans les consommations alimentaires étaient observées selon les territoires. Différents facteurs contribuent à comprendre ce constat.

Ainsi, des différences dans l'approvisionnement alimentaire et le recours à l'aide étaient observées entre les zones étudiées. Celles-ci étaient notamment liées à la structuration de l'aide dans les différents territoires avec, en outre, une offre en structures « Repas » principalement localisée à Paris. De plus, la disponibilité des différents types d'aliments est probablement très hétérogène, bien que l'étude préalable réalisée auprès des structures ne permette pas de répondre à cette question.

Par ailleurs, les caractéristiques sociodémographiques des usagers différaient selon les zones géographiques. Celles-ci s'expliquent en grande partie par les différences observées entre les populations des territoires enquêtés. Ainsi, la structure par âge de la population générale se reflète sur les caractéristiques des échantillons des usagers. A Dijon où les 18-25 ans représentaient 16,6% des usagers de l'aide alimentaire (soit une proportion plus importante que dans les autres territoires), cette classe d'âge représente 22,2% de la population de 18 ans et plus en population générale (contre 11 à 13% dans les autres territoires).

Par ailleurs, selon les données du recensement, la part des populations immigrées (personnes nées étrangères à l'étranger et résidant en France) est de 8,9% à Dijon, 14,7% à Marseille, 16,6% dans les Hauts-de-Seine, 18,9% dans le Val-de-Marne, 20,3% à Paris et 27,4% en Seine-Saint-Denis. De même, la répartition des pays d'origine est très variable avec 52,6% des immigrés de plus de 15 ans à Marseille originaires du Maghreb et 24,6% à Paris. Cette variabilité des profils se retrouvait dans la distribution des pays de naissance des usagers de l'aide alimentaire selon les territoires.

Au regard de cette hétérogénéité sociale, démographique et culturelle des populations, il est important que l'offre de l'aide alimentaire soit adaptée aux spécificités des populations auxquelles elle s'adresse.

Les évolutions observées depuis 2004-2005

Les évolutions des indicateurs de l'état de santé sont plus ou moins favorables selon le problème de santé considéré. Dans l'étude de 2004-2005, une prévalence particulièrement élevée de l'obésité était déjà observée chez les femmes (29,6%). Avec une prévalence de 35,6% sur les quatre territoires communs aux deux études, les données de 2011-2012 ont montré une évolution défavorable, y compris après prise en compte des évolutions sociodémographiques. Chez les hommes, la prévalence de l'obésité a également augmenté significativement entre 2004-2005 et 2011-2012, même si cette augmentation n'était plus significative après prise en

compte des évolutions sociodémographiques. Dans le même temps, la prévalence de l'hypertension artérielle mesurée a augmenté, cette hausse ne restant significative que chez les hommes après prise en compte de l'évolution des caractéristiques sociodémographiques. Ainsi, en lien en partie avec les changements démographiques observés, les structures accueillant ces populations doivent faire face à des problèmes de santé chroniques plus fréquents que précédemment.

D'autres marqueurs ont en revanche évolué dans un sens favorable. Ainsi, la prévalence de l'anémie ferriprive chez les femmes en âge de procréer était estimée à 16,1% en 2004-2005, elle était de 2,8% en 2011-2012 sur les quatre territoires communs. Or la qualité nutritionnelle de l'alimentation récente a un impact sur l'état des réserves en fer, et peut être évaluée par la prévalence de l'anémie ferriprive. Les déficits sévères en vitamine D qui concernaient 75,5% des usagers en 2004-2005 étaient moins fréquents en 2011-2012, avec une prévalence de 44,5%. Par contre, il n'était pas observé d'évolution de la prévalence du risque de déficit en folates entre les deux études, prévalence estimée par le dosage des folates sériques considéré comme un bon indicateur des apports très récents de folates alimentaires (72).

Bien que les consommations alimentaires demeurent éloignées des recommandations nutritionnelles, l'évolution depuis 2004-2005 va dans le sens d'une légère amélioration pour les fruits et légumes et les produits laitiers. Cette évolution favorable persistait après prise en compte des évolutions sociodémographiques pour les usagers fréquentant les structures « Denrées ». D'autres évolutions favorables ont été observées : pour les produits de la pêche pour les usagers des structures « Denrées » et pour les « viande, poisson, œufs » pour les usagers des structures « Repas » (cette dernière n'étant plus significative après prise en compte de l'évolution des caractéristiques sociodémographiques des usagers). De manière générale, ces évolutions restent cependant d'ampleur modérée.

En 2011-2012, 31,9% des usagers de l'aide alimentaire déclaraient appartenir à un foyer où il n'y avait pas eu, souvent ou parfois, suffisamment à manger au cours des douze derniers mois. Cette fréquence paraissait en diminution depuis 2004-2005, y compris après prise en compte des caractéristiques sociodémographiques parmi les usagers des structures « Denrées ».

Ces évolutions, qui peuvent être considérées comme encourageantes, incitent à poursuivre les actions entreprises pour permettre aux usagers d'accéder à une plus grande diversité de produits alimentaires et à des quantités suffisantes, limitant possiblement l'insécurité alimentaire à laquelle les personnes peuvent être confrontées.

Les usagers de l'aide alimentaire y avaient recours depuis plus longtemps en 2011-2012 qu'en 2004-2005 : un usager sur deux avait recours à l'aide alimentaire depuis plus de deux ans en 2011-2012, contre environ un sur trois en 2004-2005. Ceci souligne la persistance des difficultés auxquelles sont confrontées ces populations vulnérables.

En outre, la proportion de personnes ayant recours uniquement à l'aide alimentaire pour s'approvisionner en certaines denrées avait augmenté entre 2004-2005 et 2011-2012, passant par exemple de 22,0% à 50,9% des usagers des structures « Denrées » pour les produits non périssables. Par contre, l'aide alimentaire était moins souvent la première source d'approvisionnement en produits frais en 2011-2012, notamment pour les fruits et légumes frais : il s'agissait de la première source d'approvisionnement pour 63,6% des usagers des structures « Denrées » en 2004-2005, contre 29,4% en 2011-2012. Des analyses complémentaires permettront de mieux comprendre l'impact des évolutions des sources d'approvisionnement sur les niveaux de consommation.

En 2011-2012, les usagers étaient davantage satisfaits de la diversité des aliments proposés, des possibilités de choix ou encore du temps entre la distribution et la date limite de consommation des aliments, qu'en 2004-2005. Ils déclaraient également plus souvent avoir accès à des aliments correspondant à leurs habitudes culturelles. En revanche, les usagers exprimaient des souhaits d'améliorations comme l'ouverture continue sur l'année des structures, la possibilité de contribuer aux activités de fonctionnement des structures et d'avoir accès à des conseils, des guides ou des « ateliers cuisine » lorsque ce n'était pas le cas dans les structures qu'ils fréquentaient. La formulation des questions ayant évolué entre 2004-2005 et 2011-2012, la comparaison des résultats présentent des limites. Si l'évolution des souhaits de changement peut être étudiée, il n'est en revanche pas possible de savoir si les caractéristiques étaient présentes ou non dans l'aide alimentaire reçue en 2004-2005, la question n'ayant pas été posée ainsi. Les résultats suggèrent toutefois que, selon la perception qu'en ont les usagers, certaines caractéristiques de l'aide alimentaire pourraient s'être améliorées.

Le profil sociodémographique des usagers a évolué entre les deux études. Les analyses précédentes tiennent compte de l'évolution de ces profils. Il a été ainsi observé un vieillissement des usagers, la proportion des 65 ans ou plus étant passée de 3,2% en 2004-2005 à 8,4% en 2011-2012 et l'âge moyen de 42,0 ans à 44,5 ans sur les quatre territoires communs aux deux éditions.

De même, d'autres caractéristiques ont évolué, avec une diminution des personnes peu diplômées (de 58,5% à 44,2% sur les territoires communs), une augmentation des personnes au chômage (32,8% à 41,1%), des retraités (de 4,5% à 10,2%) et des personnes ayant un emploi (de 5,5% à 11,1%). Il était donc important, pour l'interprétation des indicateurs étudiés, de prendre en compte ces évolutions puisque ce sont des caractéristiques liées également aux comportements de santé et aux risques de maladies.

Conclusion

Le renouvellement de l'étude Abena, avec un recueil de données quantitatives par questionnaire et un examen clinique et biologique, permet de disposer, sept ans après la première édition, de données récentes sur la nutrition des usagers de l'aide alimentaire dans six zones urbaines de France métropolitaine.

Ce rapport présente les premières exploitations de l'étude réalisée en 2011-2012. Des analyses secondaires, en particulier sur l'insécurité alimentaire, les modalités de recours à l'aide alimentaire, et sur certains aspects de l'état de santé (obésité, troubles du sommeil, état de santé bucco-dentaire...) viendront compléter cette première étape.

Les marqueurs de l'état de santé étudiés ici montrent que la situation reste particulièrement préoccupante dans cette population vulnérable, avec en particulier des prévalences de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de diabète très élevées. Il apparaît donc prioritaire de renforcer les actions de prévention, notamment de proximité, ainsi que les dépistages du risque de maladies chroniques auprès de ces publics.

Depuis 2004-2005, une légère amélioration des fréquences de consommation déclarées de certains groupes alimentaires, en particulier les fruits et légumes et les produits laitiers, a été observée. Elle est de faible ampleur et les écarts avec les recommandations sont encore très importants. Par ailleurs, l'aide alimentaire est souvent l'unique source d'approvisionnement. Si elle semble permettre un accès suffisant à certains aliments, et ainsi limiter l'insécurité alimentaire à laquelle les populations fréquentant les structures d'aide alimentaire sont confrontées, la disponibilité d'autres aliments apparaît insuffisante. Par exemple, les fréquences de consommation en fruits et légumes restent très faibles, malgré le fait que les personnes ont déclaré avoir recours à différentes sources pour s'en procurer.

L'évolution favorable de marqueurs biologiques de l'état nutritionnel, comme la baisse de l'anémie par carence en fer, encourage à poursuivre les actions entreprises pour améliorer la qualité de l'aide alimentaire. Cela concerne les quantités, la diversité, et la qualité nutritionnelle (et microbiologique) des produits distribués. Ce constat est utile à prendre en compte dans le contexte actuel de crise économique et de discussions sur les modalités de financement de l'aide alimentaire via le Programme Européen d'Aide aux plus Démunis et les instances nationales.

L'organisation de l'aide alimentaire a changé au cours de ces dernières années, avec notamment davantage de choix donné aux usagers. Cependant, le problème de la discontinuité de l'offre sur l'année reste une difficulté importante à surmonter pour les usagers.

Enfin, en dépit de quelques variations, l'évolution des profils sociodémographiques montre la persistance d'une grande hétérogénéité des personnes ayant recours à l'aide alimentaire, en termes d'âge, d'origine culturelle, de situation familiale, de situation face à l'emploi, etc. Il n'est

pas possible de faire la part entre un changement des besoins d'aide des populations précaires ou une organisation différente de l'aide qui conduirait à accueillir des personnes ayant des caractéristiques différentes de celles enquêtées en 2004-2005. Néanmoins, cette diversité des profils sera également à considérer pour les prochaines politiques publiques destinées à améliorer la santé de ces groupes vulnérables. Finalement, en raison de l'ensemble de ces observations, il reste à poursuivre l'amélioration de l'aide alimentaire, en complément d'une politique économique et sociale plus globale visant notamment à réduire les inégalités sociales de santé.

Références

1. Bellin-Lestienne C, Deschamps V, Noukpoapé A, Hersberg S, Castetbon K. Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire - Etude Abena 2004-2005. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire des arts et métiers; 2007.
2. Castetbon K, Mejean C, Deschamps V, et al. Dietary behaviour and nutritional status in underprivileged people using food aid (Abena study, 2004-2005). *J Hum Nutr Diet*. 2011 Dec; 24(6): p. 560-71.
3. Burricand C, Houdré C, Seguin E. Les niveaux de vie en 2010. Insee première. 2012 septembre;(1412).
4. Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion (ONPES). Crise économique, marché du travail et pauvreté. Paris: ONPES, Rapport de l'Onpes 2011-2012; 2012.
5. Darmon N, Bocquier A, Vieux F, Caillavet F. L'insécurité alimentaire pour raisons financières en France. Lettre de l'Onpes. 2010 juin;(4): p. 1-6.
6. Hulshof K, Brussaard J, Kruizinga A, Telman J, Lowik M. Socio-economic status, dietary intake and 10 y trends: the Dutch National Food Consumption Survey. *Eur J Clin Nutr*. 2003; 57: p. 128-37.
7. Malon A, Deschamps V, Salanave B, et al. Compliance to the French Nutrition and Health Program recommendations is associated with socioeconomic status. *J Am Diet Assoc*. 2010;(110): p. 846-56.
8. Raffensperger S, Kuczmarski M, Hotchkiss L, Cotugna N, Evans M, Zonderman A. Effect of race and predictors of socioeconomic status on diet quality in the HANDLS Study sample. *J Natl Med Assoc*. 2010;(102): p. 923-30.
9. Irala-Estevez J, Groth M, Johansson L, Oltersdorf U, Prattala R, Martinez-Gonzalez M. A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *Eur J Clin Nutr*. 2000; 54: p. 706-14.
10. Estaquio C, Druet-Pecollo N, Latino-Martel P, Dauchet L, Hercberg S, Bertrais S. Socioeconomic differences in fruit and vegetable consumption among middle-aged French adults: adherence to the 5 A Day recommendation. *J Am Diet Assoc*. 2008;(108): p. 2021-30.
11. Perrin A, Simon C, Hedelin G, Arveiler D, Schaffer P, Schlienger J. Ten-year trends of dietary intake in a middle-aged French population: relationship with educational level. *Eur J Clin Nutr*. 2002; 56: p. 393-401.
12. Touvier M, Kesse-Guyot E, Mejean C, et al. Variations in compliance with recommendations and types of meat/seafood/eggs according to sociodemographic and socioeconomic categories. *Ann Nutr Metab*. 2010; 56: p. 65-73.
13. Sanchez-Villegas A, Delgado-Rodriguez M, Martinez-Gonzalez M, Irala-Estevez J. Gender, age, socio-demographic and lifestyle factors associated with major dietary patterns in the Spanish Project SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). *Eur J Clin Nutr*. 2003;(57): p. 285-92.

14. Touvier M, Mejean C, Kesse-Guyot E, Vergnaud A, Hercberg S, Castetbon K. Sociodemographic and economic characteristics associated with dairy intake vary across genders. *J Hum Nutr Diet*. 2010; 24: p. 74-85.
15. Touvier M, Mejean C, Kesse-Guyot E, et al. Variations in compliance with starchy food recommendations and consumption of types of starchy foods according to sociodemographic and socioeconomic characteristics. *Br J Nutr*. 2010; 103: p. 1485-92.
16. Thompson F, McNeel T, Dowling E, Midthune D, Morrisette M, Zeruto C. Interrelationships of added sugars intake, socioeconomic status, and race/ethnicity in adults in the United States: National Health Interview Survey, 2005.. *J Am Diet Assoc*. 2009;(109): p. 1485-92.
17. Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality?. *Am J Clin Nutr*. 2008; 87: p. 1107-17.
18. Collins C, Young A, Hodge A. Diet quality is associated with higher nutrient intake and self-rated health in mid-aged women. *J Am Coll Nutr*. 2008;(27): p. 146-57.
19. Friel S, Kelleher C, Nolan G, Harrington J. Social diversity of Irish adults nutritional intake. *Eur J Clin Nutr*. 2003;(57): p. 865-75.
20. Watts V, Rockett H, Baer H, Leppert J, G C. Assessing diet quality in a population of low-income pregnant women: a comparison between Native Americans and whites. *Matern Child Health J*. 2007; 11: p. 127-36.
21. Castetbon K, Vernay M, Malon A, et al. Dietary intake, physical activity and nutritional status in adults: the French nutrition and health survey (ENNS, 2006-2007). *Br J Nutr*. 2009;(102): p. 733-43.
22. Charreire H, Casey R, Salze P, et al. Measuring the food environment using geographical information systems: a methodological review. *Public Health Nutr*. 2010;(13): p. 1773-85.
23. Walker R, Keane C, Burke J. Disparities and access to healthy food in the United States: A review of food deserts literature. *Health Place*. 2010;(16): p. 876-84.
24. Monsivais P, Aggarwal A, Drewnowski A. Are socio-economic disparities in diet quality explained by diet cost? *J Epidemiol Community Health*. 2010;([Epub 12/10/10]).
25. Maillot M, Darmon N, Vieux F, Drewnowski A. Low energy density and high nutritional quality are each associated with higher diet costs in French adults. *Am J Clin Nutr*. 2007;(86): p. 690-6.
26. Maillot M, Darmon N, Darmon M, Lafay L, Drewnowski A. Nutrient-dense food groups have high energy costs: an econometric approach to nutrient profiling. *J Nutr*. 2007;(137): p. 1815-20.
27. Cobiac L, Vos T, Veerman J. Cost-effectiveness of interventions to promote fruit and vegetable consumption. *PLoS One*. 2010;(5:e14148).
28. Block G, Wakimoto P, Metz D, et al. A randomized trial of the Little by Little CD-ROM: demonstrated effectiveness in increasing fruit and vegetable intake in a low-income population. *Prev Chronic Dis*. 2004;(1:A08).

29. Adams J, White M. Socio-economic and gender differences in nutritional content of foods advertised in popular UK weekly magazines. *Eur J Public Health*. 2009;(19): p. 144-9.
30. Organisation mondiale de la santé (OMS). Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé. Genève:, OMS; 2010.
31. Billaudeau N, Oppert J, Simon C, et al. Investigating disparities in spatial accessibility to and characteristics of sport facilities: Direction, strength, and spatial scale of associations with area income. *Health Place*. 2011;(17): p. 114-21.
32. Saelens B, Handy S. Built environment correlates of walking: a review. *Med Sci Sports Exerc*. 2008;(40): p. S550-66.
33. Sallis J, Bowles H, Bauman A, et al. Neighborhood environments and physical activity among adults in 11 countries. *Am J Prev Med*. 2009;(36:): p. 484-90.
34. Giskes K, Avendano M, Brug J, Kunst A. A systematic review of studies on socioeconomic inequalities in dietary intakes associated with weight gain and overweight/obesity conducted among European adults. *Obes Rev*. 2010;(11): p. 413-29.
35. Ogden C, Lamb M, Carroll M, Flegal K. Obesity and socioeconomic status in adults: United States, 2005-2008. *NCHS Data Brief*. 2010;: p. 1-8.
36. Charles M, Eschwege E, Basdevant A. Monitoring the Obesity Epidemic in France: The Obepi Surveys 1997-2006. *Obesity (Silver Spring)*. 2008;(16): p. 2182-6.
37. Vernay M, Malon A, Oleko A, et al.. Association of socioeconomic status with overall overweight and central obesity in men and women: the French Nutrition and Health Survey 2006. *BMC Public Health*. 2009;(9): p. 215.
38. Leung C, Villamor E. Is participation in food and income assistance programmes associated with obesity in California adults? Results from a state-wide survey. *Public Health Nutr*. 2010;(14): p. 645-52.
39. Webb A, Schiff A, Currivan D, Villamor E. Food Stamp Program participation but not food insecurity is associated with higher adult BMI in Massachusetts residents living in low-income neighbourhoods. *Public Health Nutr*. 2008;(11): p. 1248-55.
40. Dinour L, Bergen D, Yeh M. The food insecurity-obesity paradox: a review of the literature and the role food stamps may play. *J Am Diet Assoc*. 2007;(107): p. 1952-61.
41. Gibson D. Food stamp program participation is positively related to obesity in low income women. *J Nutr*. 2003;(133): p. 2225-31.
42. Jones S, Frongillo E. Food insecurity and subsequent weight gain in women. *Public Health Nutr*. 2007;(10): p. 145-51.
43. Jones S, Frongillo E. The modifying effects of Food Stamp Program participation on the relation between food insecurity and weight change in women. *J Nutr*. 2006;(136): p. 1091-4.
44. Guignon N, Collet M, L G. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. *Etudes et résultats*. 2010;(737).

45. Peneau S, Salanave B, Maillard-Teyssier L, et al. Prevalence of overweight in 6- to 15-year-old children in central/western France from 1996 to 2006: trends toward stabilization.. *Int J Obes (Lond)*. 2009;(33): p. 401-7.
46. Salanave B, Peneau S, Rolland-Cachera M, Hercberg S, Castetbon K. Stabilization of overweight prevalence in French children between 2000 and 2007. *Int J Pediatr Obes*. 2009;(4): p. 66-72.
47. Rokholm B, Baker J, Sorensen T. The levelling off of the obesity epidemic since the year 1999--a review of evidence and perspectives. *Obes Rev*. 2010;(11): p. 835-46.
48. Swensen A, Harnack L, Ross J. Nutritional assessment of pregnant women enrolled in the Special Supplemental Program for Women, Infants, and Children (WIC). *J Am Diet Assoc*. 2001;(101): p. 903-8.
49. Dixon L, Winkleby M, Radimer K. Dietary intakes and serum nutrients differ between adults from food-insufficient and food-sufficient families: Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *J Nutr*. 2001;(131): p. 1232-46.
50. Stimpson J, Nash A, Ju H, Eschbach K. Neighborhood Deprivation is associated with lower levels of serum carotenoids among adults participating in the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Am Diet Assoc*. 2007;(107): p. 1895-902.
51. Janicki-Deverts D, Cohen S, Matthews K, Gross M, Jacobs D. Socioeconomic status, antioxidant micronutrients, and correlates of oxidative damage: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. *Psychosom Med*. 2009;(71): p. 541-8.
52. Dallongeville J, Cottel D, Ferrieres J, et al. Household income is associated with the risk of metabolic syndrome in a sex-specific manner. *Diabetes Care*. 2005;(28): p. 409-15.
53. Yarnel LJ, Yu S, McCrum E, et al. Education, socioeconomic and lifestyle factors, and risk of coronary heart disease: the PRIME Study. *Int J Epidemiol*. 2005;(34): p. 268-75.
54. Chaix B, Bean K, Leal C, et al. Individual/neighborhood social factors and blood pressure in the RECORD Cohort Study: which risk factors explain the associations? *Hypertension*. 2010;(55): p. 769-75.
55. Godet-Thobie H, Vernay M, Noukpoaoé A, et al. Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007. *Bull Epidemiol Hebd*. 2008;(49-50): p. 478-83.
56. Darmon N, Andrieu E, Bellin-Lestienne C, Dauphin A, Castetbon K. Enquête auprès des associations d'aide alimentaire (E3A) : mode de fonctionnement des structures et valeurs nutritionnelle des colis et repas distribués. *Cah. Nutr. Diét*. 2008; 43(5): p. 243-50.
57. César C. Comportements alimentaires et situations de pauvreté. Etude Abena 2004-2005. Aspects socio-anthropologiques de l'alimentation des personnes recourant à l'aide alimentaire en France. , InVS; 2008.
58. Bihan H, Castetbon K, Mejean C, et al. Sociodemographic factors and attitudes toward food affordability and health are associated with fruit and vegetable consumption in a low-income French population. *J Nutr*. 2010;(140): p. 823-30.

59. Mejean C, Deschamps V, Bellin-Lestienne C, et al. Associations of socioeconomic factors with inadequate dietary intake in food aid users in France (The ABENA study 2004-2005). *Eur J Clin Nutr.* 2010;(64): p. 374-82.
60. Mejean C, Deschamps V, Bellin-Lestienne C, et al. Sociodemographic and economic determinants of overweight and obesity in female food-aid users in France (the ABENA study 2004-2005). *Prev Med.* 2010;(51): p. 517-8.
61. Versini D. Programme Alimentation Insertion. 2003. secrétaire d'Etat auprès du ministre des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, chargée de la Lutte contre la précarité et l'exclusion.
62. Arrêté du 8 août 2012 relatif aux données chiffrées de l'aide alimentaire et aux modalités de leur transmission. *JORF.* 2012;(0191): p. 13565.
63. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Programme National Nutrition Santé 2011-2015. ; 2011.
64. Report of a WHO Expert Committee. Physical status : the use and interpretation of anthropometry. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 1995.
65. Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Green L, Izzo J, et al. the national Hight Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of Hight Blood Pressure. *Hypertension.* 2003;(42): p. 1206-52.
66. Haute autorité de santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension essentielle. Actualisation 2005. Recommandations. ; 2005.
67. World Health Organization. Nutritional anemia : Report of a WHO scientific group. WHO technical report series. 1968;(405): p. 5-15.
68. WHO/Unicef/UNU. Iron deficiency aneamia: assessment, prevention, and control. A guide for programme managers. Geneva: WHO; 2001.
69. Haute autorité de santé. Traitement médicamenteux du diabète de type 2 - Actualisation 2006 - Recommandations. ; 2006.
70. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. ; 2005.
71. Holick M, Binkley N, Bischoff-Ferrari H, Gordon C, Hanley D, Heaney R, et al. Endocrine Society. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice gudeline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011; 96(7): p. 1911-30.
72. OMS, FAO. Directives sur l'enrichissement des aliments en micronutriments. ; 2011.
73. Mata-Granados J, Luque D, Quesada Gomez J. Inappropriate serum levels of retinol, alpha-tocopherol, 25 hydroxyvitamin D3 and 24,25 dihydroxyvitamin D3 levels in healthy Spanish adults: simultaneous assessment by HPLC. *Clin Biochem.* 2008;(41): p. 676-80.
74. Dourgnon P, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010. Irdes; 2012.

75. Castetbon K, Deschamps VSB, Hajj Hassan R, Vernay M, Malon A, Hercberg S. Compared to 24-hour recall data, self perceived food intake frequencies exhibit misclassification differentially across food groups.. International Conference on Diet and Activity-Methods, Rome, Italy, Poster. May 12-14, 2012.
76. Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN). Etude nationale nutrition santé (ENNS, 2006) - Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers; 2007.
77. Julia C, Salanave B, Binard K, Deschamps V, Vernay M, Castetbon K. Biais de déclaration du poids et de la taille chez les adultes en France : effets sur l'estimation des prévalence du surpoids et de l'obésité. 27ème réunion scientifique de l'Association française d'étude et de recherche sur l'obésité (Afero), Paris, France (poster). 2010.
78. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Irdes; 2010.
79. Beck F, Guignard R, Richard J, Wilquin J. Une augmentation du tabagisme confirmée en France. La santé de l'homme. 2011;(411): p. 9-10.
80. Marpsat M. L'enquête de l'Insee sur les sans-domicile : quelques éléments historiques. Courrier des statistiques. 2008 janvier-avril;(123): p. 53-64.
81. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé. Revue de littérature. Questions d'économie de la santé. 2012;(179).
82. Escalon H, Bossard C, Beck F. Baromètre santé nutrition 2008. coll. Baromètres santé ed. Saint-Denis; 2009.
83. Beck F, Blauel C, Fournier C, Le Lay E, Mammar E, Richard J. Echanges autour d'un verre : la communication en appui du constat scientifique. La santé de l'homme. 2011;(412).
84. Olivier C, Nicolaï C, Riffaut H. Glaneurs dans les villes, étude monographique. Cerphi; 2010.
85. Darmon N, Bocquier A, Lydié N. Nutrition, revenus et insécurité alimentaire. In: Escalon H, Bossard C, Beck F, eds. Baromètre santé nutrition. Saint Denis: Inpes. 2009;: p. 273-304.
86. Hercberg , Chat-Yung S, Chauliac M. The French national nutrition and health program: 2001-2006-2010. Int J Public Health. 2008; 53: p. 68-77.
87. Espelt A, Borrell C, Roskam A, et al. Socioeconomic inequalities in diabetes mellitus across Europe at the beginning of the 21st century. Diabetologia. 2008; 51: p. 1971-9.
88. Marmot M, Shipley M, Hemingway H, Head J, Brunner E. Biological and behavioural explanations of social inequalities in coronary heart disease: the Whitehall II study. Diabetologia. 2008;(51): p. 1980-8.
89. Kogevinas M, Pearce P, Susser M, Boffetta P. Social inequalities and cancer. Lyon: IARC/WHO. 1997.

-
90. Saurel-Cubizolles M, Chastang J, Menvielle G, Leclerc A, Luce D. Social inequalities in mortality by cause among men and women in France. *J Epidemiol Community Health*. 2009;(63): p. 197-202.
 91. Bergman P, Grjibovski A, Hagstromer M, Bauman A, Sjostrom M. Adherence to physical activity recommendations and the influence of socio-demographic correlates - a population-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2008;(8): p. 367.
 92. Bertrais S, Preziosi P, Mennen L, Galan P, Hercberg S, Oppert J. Sociodemographic and geographic correlates of meeting current recommendations for physical activity in middle-aged French adults: the Supplementation en Vitamines et Mineraux Antioxydants (SUVIMAX) Study. *Am J Public Health*. 2004;(94): p. 1560-6.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaires de l'étude Abena 2011-2012



Alimentation et Etat Nutritionnel des Bénéficiaires de l'Aide Alimentaire

ABENA-2

2011 – 2012

ADULTES (18 ans et plus)

Un seul adulte par famille

Numéro Abena | _ | _ | _ | _ |

Numéro de structure | _ | _ | _ | _ |

Aide d'un traducteur nécessaire : ☐₁ Oui ☐₂ Non

Personne traductrice : ☐₁ Famille ☐₂ Ami(e) ☐₃ Autre : _____

Date de l'interview | _ | _ | / | _ | _ | / | 2 | 0 | 1 | _ |

Heure de début de l'interview | _ | _ | h | _ | _ | min

Heure de fin de l'interview | _ | _ | h | _ | _ | min

Si le questionnaire a été interrompu, précisez : _____

C1.

Sexe

Homme 1

Femme 2

Fréquentation des structures d'aide alimentaire ou des CCAS

C2. Quand avez-vous eu recours à l'aide alimentaire pour la première fois ? (Aide alimentaire quel qu'en soit le type)

Mois : / / / / Année : / / / / /

- Ne sait pas1

- Refuse de répondre.....2

Si recours depuis moins d'un an : passer en C6, deuxième formulation

C3. Depuis que vous avez recours à l'aide alimentaire, y-avez-vous eu recours tous les ans ? (Une seule réponse)

- Oui..... 1

- Non..... 2

- Ne sait pas..... 3

- Refuse de répondre..... 4

C4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu recours à l'aide alimentaire au moins une fois par mois ? (Une seule réponse)

- Oui..... 1 → **C6**

- Non..... 2

- Ne sait pas..... 3 → **C6**

- Refuse de répondre..... 4 → **C6**

C5. [Si non] : Pourquoi n'y avez-vous pas eu recours au moins une fois par mois ? (Plusieurs réponses possibles)

	Oui	Non	Nsp	Refus
- Pas de besoin régulier.....	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴
- Structure fermée.....	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴
- Autre, précisez : _____				

C6. Au cours des 12 derniers mois, quel(s) type(s) d'association avez-vous fréquenté ? Pour chacun d'entre eux, combien de fois au cours des 12 derniers mois ? Une participation financière vous a-t-elle été demandée ?

[Si recours depuis moins d'un an formuler la question] : Depuis que vous avez recours à l'aide alimentaire, quel(s) type(s) d'association avez-vous fréquenté ? Pour chacun d'entre eux, combien de fois ? Une participation financière vous a-t-elle été demandée ?

	Jamais	Une seule structure de ce type	Plusieurs structures de ce type	Nombre de fois/an (au total pour ce type de structures)	Participation financière
					O N Nsp R
Distribution de repas	☐ ⁰	☐ ¹	☐ ²	/ / / /	☐ ¹ ☐ ² ☐ ³ ☐ ⁴
Distribution de paniers sans choix	☐ ⁰	☐ ¹	☐ ²	/ / / /	☐ ¹ ☐ ² ☐ ³ ☐ ⁴
Epicerie sociale ou libre service	☐ ⁰	☐ ¹	☐ ²	/ / / /	☐ ¹ ☐ ² ☐ ³ ☐ ⁴
Distribution de bons d'achat, chèques, remboursements	☐ ⁰	☐ ¹	☐ ²	/ / / /	

C7. Souhaitez-vous que l'aide alimentaire que vous recevez change ? (Une seule réponse)

- Oui..... 1

- Non..... 2

- Ne sait pas..... 3

- Refuse de répondre..... 4

C8. Je vais maintenant vous citer une liste de caractéristiques. Pour chacune, pouvez-vous me dire si c'est le cas pour l'aide alimentaire que vous avez reçue au cours des 12 derniers mois et si ça vous convient tel que c'est ?

CV = convient, NCV : ne convient pas

Si Oui, c'est le cas et NCV, ou si Non : **trouvez-vous que c'est important de la changer ?**

Changement souhaité : 1=très important, 2=important, 3=pas très important, 4=pas du tout important, 5=nsp, 6=refus

	C'est le cas					-> Si 2 ou 3 : changement souhaité
	Oui Et CV 1	Oui Et NCV 2	Non 3	Nsp 4	Sans Objet 5	
- Venir sans rendez-vous.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Ouverture continue sur l'année.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Heures d'ouverture suffisamment étendues.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Pouvoir choisir ce que vous emportez chez vous	☐	☐	☐	☐	☐	
- Avoir une livraison à domicile	☐	☐	☐	☐	☐	
- Avoir de la diversité dans les aliments proposés.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Avoir des aliments qui correspondent à vos habitudes culturelles	☐	☐	☐	☐	☐	
- Avoir des boissons comme du vin, de la bière	☐	☐	☐	☐	☐	
- Avoir la possibilité de participer à des ateliers cuisine.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Avoir des conseils et des plats adaptés pour les enfants.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Avoir des recettes, de la documentation ou des guides pour savoir ce qu'il est conseillé de manger	☐	☐	☐	☐	☐	
- Contribuer aux activités de fonctionnement de la structure.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Participer financièrement	☐	☐	☐	☐	☐	
- Avoir du temps entre la distribution et la Date Limite de Consommation (DLC) des aliments	☐	☐	☐	☐	☐	

- Y a-t-il d'autres choses qu'il vous paraît important de changer ? précisez :

Si la personne a recours uniquement à des repas : Passer en C9.3 (coder C9.1 et C9.2 sans objet)

C9. Dans les aliments distribués par l'aide alimentaire, existe-t-il des aliments que vous ne consommez jamais...

- C9.1 : Parce que vous ne savez pas les cuisinez ? - Oui..... 1 - Non..... 2 - Sans objet....3 - Refuse..... 4
Si oui, pensez-vous à un aliment particulier ? _____

- C9.2 : Parce que vous ne pouvez pas les cuisinez ? (problème matériel) - Oui..... 1 - Non..... 2 - Sans objet....3 - Refuse..... 4
Si oui, pensez-vous à un aliment particulier ? _____

- C9.3 : Parce que vous ne les aimez pas ou vous n'avez pas l'habitude d'en manger ? - Oui..... 1 - Non..... 2 - Sans objet....3 - Refuse..... 4
Si oui, pensez-vous à un aliment particulier ? _____

- C9.4. Parce que vos traditions ne vous y encouragent pas, vous le déconseillent ? - Oui..... 1 - Non..... 2 - Sans objet....3 - Refuse..... 4
Si oui, pensez-vous à un aliment particulier ? _____

- C9.5. Parce que vous ne les supportez pas ou ils vous provoquent des allergies, ou pour des raisons de santé ? - Oui..... 1 - Non..... 2 - Sans objet....3 - Refuse..... 4
Si oui, pensez-vous à un aliment particulier ? _____

Approvisionnements alimentaires

C10. Je vais vous citer différents types d'aliments. Pouvez-vous me dire, pour chacun, si vous vous en procurez, et, si oui, où vous vous en procurez ? Si plusieurs lieux pour un type de produit, pouvez-vous me citer celui où vous vous en procurez le plus ?

	Je ne m'en procure pas	Lieux d'achats				Aide alimentaire	Autres moyens d'obtention			N°1
		Marché	Petits commerces	Grandes et moyennes surfaces	Hard Discount		Autres dons, échanges	Fins de marchés*	Poubelles*	
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Fruits & légumes frais	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	—
Viande, Charcuterie	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	—
Poisson	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	—
Conserves, lait UHT	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	—
Fromage	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	—
Autres produits laitiers, œufs, beurre	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	—
Produits surgelés	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	—
Produits non périssables (pâtes, riz, farine, céréales, sucre, condiments)	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	—
Boissons non alcoolisées	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	—
Boissons alcoolisées	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	—
Pain	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	☐ ¹	—

***[Si fins de marchés ou poubelles coché au moins une fois] : Depuis combien de temps utilisez-vous ce mode d'approvisionnement ? (Une seule réponse)**

- Moins de 3 mois..... 1
- Entre 3 et 6 mois..... 2
- Entre 6 mois et 1 an..... 3
- Entre 1 an et 2 ans..... 4
- Plus de 2 ans..... 5
- Ne sait pas..... 6
- Refuse de répondre..... 7

***[Si fins de marchés ou poubelles coché au moins une fois] : A quelle fréquence y avez-vous recours ?(Une seule réponse)**

- Plusieurs fois par semaine..... 1
- Entre une fois par mois et une fois par semaine..... 2
- Tous les 2 mois..... 3
- Moins d'une fois tous les 2 mois..... 4
- Varie en fonction des autres approvisionnements (recours très irrégulier)..... 5
- Ne sait pas..... 6
- Refuse de répondre..... 7

Consommations alimentaires

C11. Au cours des 3 derniers jours, à quels moments avez-vous mangé ?

<i>Notez le jour de la semaine</i>	J-1 (hier)	J-2	J-3
Matin	1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ nsp	1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ nsp	1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ nsp
Midi	1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ nsp	1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ nsp	1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ nsp
Après-midi	1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ nsp	1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ nsp	1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ nsp
Soir	1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ nsp	1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ nsp	1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ nsp
Nuit	1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ nsp	1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ nsp	1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ nsp
Refuse de répondre	4 ☐	4 ☐	4 ☐

C12. Habituellement, mangez-vous du pain, des biscottes, ou des céréales du petit déjeuner chaque jour ?
Une seule réponse dans la colonne correspondante
1 ☐ Oui2 ☐ Non3 ☐ Nsp4 ☐ Refus

Combien en mangez-vous par jour ?

- 1 ☐ 1 fois
 2 ☐ 2 fois
 3 ☐ 3 fois
 4 ☐ 4 fois et plus



Combien de fois en mangez-vous ?

- 1 ☐ 4 à 6 fois par semaine
 2 ☐ 2 à 3 fois par semaine
 3 ☐ une fois par semaine ou moins
 4 ☐ jamais

C13. Habituellement, mangez-vous du riz, des pâtes, des pommes de terre, ou de la semoule chaque jour ?
Une seule réponse dans la colonne correspondante
1 ☐ Oui2 ☐ Non3 ☐ Nsp4 ☐ Refus

Combien en mangez-vous par jour ?

- 1 ☐ 1 fois
 2 ☐ 2 fois
 3 ☐ 3 fois
 4 ☐ 4 fois et plus



Combien de fois en mangez-vous ?

- 1 ☐ 4 à 6 fois par semaine
 2 ☐ 2 à 3 fois par semaine
 3 ☐ une fois par semaine ou moins
 4 ☐ jamais

C14. Habituellement, mangez-vous des légumes - sauf les pommes de terre - chaque jour ?
Une seule réponse dans la colonne correspondante
1 ☐ Oui2 ☐ Non3 ☐ Nsp4 ☐ Refus

Combien en mangez-vous par jour ?

- 1 ☐ 1 fois
 2 ☐ 2 fois
 3 ☐ 3 fois
 4 ☐ 4 fois et plus



Combien de fois en mangez-vous ?

- 1 ☐ 4 à 6 fois par semaine
 2 ☐ 2 à 3 fois par semaine
 3 ☐ une fois par semaine ou moins
 4 ☐ jamais

C15. Habituellement, mangez-vous des légumes secs - haricots secs, lentilles, etc.- chaque semaine ?
Une seule réponse dans la colonne correspondante
1 ☐ Oui2 ☐ Non3 ☐ Nsp4 ☐ Refus

Combien en mangez-vous par semaine ?

- 1 ☐ 1 fois
 2 ☐ 2 fois
 3 ☐ 3 fois
 4 ☐ 4 fois et plus



Combien de fois en mangez-vous ?

- 1 ☐ 2 à 3 fois par mois
 2 ☐ une fois par mois ou moins
 3 ☐ jamais

C16. Habituellement, consommez-vous des fruits - y compris des jus de fruits 100% - chaque jour ?

Une seule réponse dans la colonne correspondante

1 ☐ Oui	2 ☐ Non	3 ☐ Nsp	4 ☐ Refus
↓	↓		
Combien en mangez-vous par jour ?	Combien de fois en mangez-vous ?		
1 ☐ 1 fois	1 ☐ 4 à 6 fois par semaine		
2 ☐ 2 fois	2 ☐ 2 à 3 fois par semaine		
3 ☐ 3 fois	3 ☐ une fois par semaine ou moins		
4 ☐ 4 fois et plus	4 ☐ jamais		

C17. Habituellement, mangez-vous des produits laitiers - lait - yaourt - fromage, hors crème dessert - chaque jour ?

Une seule réponse dans la colonne correspondante

1 ☐ Oui	2 ☐ Non	3 ☐ Nsp	4 ☐ Refus
↓	↓		
Combien en mangez-vous par jour ?	Combien de fois en mangez-vous ?		
1 ☐ 1 fois	1 ☐ 4 à 6 fois par semaine		
2 ☐ 2 fois	2 ☐ 2 à 3 fois par semaine		
3 ☐ 3 fois	3 ☐ une fois par semaine ou moins		
4 ☐ 4 fois et plus	4 ☐ jamais		

C18. Habituellement, mangez-vous de la viande, de la volaille ou des œufs chaque jour ?

Une seule réponse dans la colonne correspondante

1 ☐ Oui	2 ☐ Non	3 ☐ Nsp	4 ☐ Refus
↓	↓		
Combien en mangez-vous par jour ?	Combien de fois en mangez-vous ?		
1 ☐ 1 fois	1 ☐ 4 à 6 fois par semaine		
2 ☐ 2 fois	2 ☐ 2 à 3 fois par semaine		
3 ☐ 3 fois	3 ☐ une fois par semaine ou moins		
4 ☐ 4 fois et plus	4 ☐ jamais		

C19. Habituellement, mangez-vous du poisson ou d'autres produits de la pêche - incluant les conserves - chaque semaine ?

Une seule réponse dans la colonne correspondante

1 ☐ Oui	2 ☐ Non	3 ☐ Nsp	4 ☐ Refus
↓	↓		
Combien en mangez-vous par semaine ?	Combien de fois en mangez-vous ?		
1 ☐ 1 fois	1 ☐ 2 à 3 fois par mois		
2 ☐ 2 fois	2 ☐ une fois par mois ou moins		
3 ☐ 3 fois	3 ☐ jamais		
4 ☐ 4 fois et plus			

C20. Habituellement, mangez-vous des aliments comme les chips, les biscuits apéritifs, les cacahuètes salées chaque jour ?

Une seule réponse dans la colonne correspondante

1 ☐ Oui	2 ☐ Non	3 ☐ Nsp	4 ☐ Refus
↓	↓		
Combien en mangez-vous par jour ?	Combien de fois en mangez-vous ?		
1 ☐ 1 fois	1 ☐ 4 à 6 fois par semaine		
2 ☐ 2 fois	2 ☐ 2 à 3 fois par semaine		
3 ☐ 3 fois	3 ☐ une fois par semaine ou moins		
4 ☐ 4 fois et plus	4 ☐ jamais		

C21. Habituellement, mangez-vous des aliments comme les hamburgers, les kebabs, les pizzas ou les friands chaque jour ?

Une seule réponse dans la colonne correspondante

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

3 ☐ Nsp

4 ☐ Refus



Combien en mangez-vous par jour ?

Combien de fois en mangez-vous ?

- 1 ☐ 1 fois
2 ☐ 2 fois
3 ☐ 3 fois
4 ☐ 4 fois et plus

- 1 ☐ 4 à 6 fois par semaine
2 ☐ 2 à 3 fois par semaine
3 ☐ une fois par semaine ou moins
4 ☐ jamais

C22. Habituellement, mangez-vous des aliments comme les gâteaux, les viennoiseries, les crèmes desserts ou les glaces chaque jour ?

Une seule réponse dans la colonne correspondante

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

3 ☐ Nsp

4 ☐ Refus



Combien en mangez-vous par jour ?

Combien de fois en mangez-vous ?

- 1 ☐ 1 fois
2 ☐ 2 fois
3 ☐ 3 fois
4 ☐ 4 fois et plus

- 1 ☐ 4 à 6 fois par semaine
2 ☐ 2 à 3 fois par semaine
3 ☐ une fois par semaine ou moins
4 ☐ jamais

C23. Habituellement, quelle(s) boisson(s) buvez-vous ? (Une seule réponse)

- Uniquement de l'eau sans ajout..... 1
- Principalement de l'eau sans ajout..... 2
- Principalement d'autres boissons..... 3
- Uniquement d'autres boissons..... 4
- Ne sait pas..... 5
- Refuse de répondre..... 6

C24. La question suivante concerne votre consommation de boissons sur les 12 derniers mois.

Combien de fois vous est-il arrivé de consommer... Et combien de verres avez-vous consommé au cours d'une journée ordinaire

	Je n'en consomme jamais	Fréquence de consommation						Nombre de verres consommés				
		Tous les jours	4 à 6 fois / sem	2 à 3 fois par sem	2 à 4 fois par mois	1 fois par mois ou moins	Nsp Refus	1	2	3	> 3	Nsp Refus
De l'eau sans ajout	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐ 7 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐ 6 ☐
Des sodas ou des sirops (hors produit « 0 » ou light)	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐ 7 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐ 6 ☐
Des boissons alcoolisées	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐ 7 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐ 6 ☐

Foyer et alimentation

- | | | | | | |
|------|--|------------------|-----|--------------------------------|------|
| C25. | Quel âge avez-vous ? | /__/_/ ans | 999 | ☐ Refus | |
| C26. | Combien de personnes vivent avec vous, vous inclus ? | /__/_/ personnes | 999 | ☐ Refus | |
| C27. | Quelle est votre situation matrimoniale ? (Une seule réponse) | | | | |
| | - Célibataire..... | | 1 | | |
| | - Marié(e)..... | | 2 | | |
| | - En couple non marié (PACS, concubinage...)..... | | 3 | | |
| | - Veuf (ve)..... | | 4 | | |
| | - Divorcé(e) ou séparé(e)..... | | 5 | | |
| | - Refuse de répondre..... | | 6 | | |
| C28. | Avez-vous des enfants à charge ? (Une seule réponse) | | | | |
| | - Oui..... | | 1 | | |
| | - Non..... | | 2 | → C33 | |
| | - Refuse de répondre..... | | 3 | → C33 | |
| C29. | [Si oui] : Combien avez-vous d'enfants à charge ... | | | | |
| | - de moins de 3 ans..... | /__/_/ enfants | 99 | ☐ Refus | |
| | - de 3 à 17 ans..... | /__/_/ enfants | 99 | ☐ Refus | |
| | - de 18 ans ou plus..... | /__/_/ enfants | 99 | ☐ Refus | |
| C30. | Avez-vous des enfants scolarisés en maternelle, primaire ou collège ? (Une seule réponse) | | | | |
| | - Oui..... | | 1 | | |
| | - Non..... | | 2 | → C33 | |
| | - Refuse de répondre..... | | 3 | → C33 | |
| C31. | [Si enfants scolarisés en maternelle, primaire ou collège] : Vos enfants mangent-ils à la cantine ? (Une seule réponse) | | | | |
| | - Oui, tous..... | | 1 | → C33 | |
| | - Oui, pour certains..... | | 2 | | |
| | - Non, aucun | | 3 | | |
| | - Refuse de répondre..... | | 4 | → C33 | |
| C32. | [Si aucun enfant ou seulement certains mangent à la cantine] : pour quelles raisons votre/vos enfant(s) ne mange(nt)-il(s) pas à la cantine ? (Plusieurs réponses possibles) | | | | |
| | | Oui | Non | NSP | Ref. |
| | - Raisons financières..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | - Démarches administratives non faites | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | - Choix des parents | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | - Choix de l'enfant..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | - Autre, précisez : | | | | |

Les questions qui suivent portent sur l'alimentation dans votre foyer dans les 12 derniers mois, depuis {mois actuel} de l'année dernière, et sur le fait que vous aviez les moyens d'acheter la nourriture dont vous aviez besoin.

[Si une seule personne dans le foyer, utiliser la colonne de gauche ; sinon, utiliser la colonne de droite]

C33. HH1. Laquelle de ces affirmations représente le mieux l'alimentation dans votre foyer durant les 12 derniers mois :

J'ai eu suffisamment de tous les aliments que je souhaitais manger	1	Nous avons eu suffisamment de tous les aliments que nous souhaitions manger
J'ai eu suffisamment mais <u>pas toujours</u> de tous les aliments que je souhaitais manger	2	Nous avons eu suffisamment mais <u>pas toujours</u> de tous les aliments que nous souhaitions manger
J'ai eu <u>parfois</u> pas suffisamment à manger	3	Nous avons eu <u>parfois</u> pas suffisamment à manger
J'ai eu <u>souvent</u> pas suffisamment à manger	4	Nous avons eu <u>souvent</u> pas suffisamment à manger
Ne sait pas ou refuse de répondre	5	Ne sait pas ou refuse de répondre

Maintenant je vais vous lire différentes affirmations que des gens ont faites sur leur situation alimentaire. Pour chacune de ces affirmations, dites-moi si elle a été souvent vraie, parfois vraie, ou jamais vraie pour vous/votre foyer pendant les 12 derniers mois – c'est-à-dire depuis [mois actuel] de l'an dernier.

C34. HH2. La première affirmation est :

« Je me suis inquiété de manquer de nourriture avant d'avoir de l'argent pour en racheter d'autre »

« Nous nous sommes inquiétés de manquer de nourriture avant d'avoir de l'argent pour en racheter d'autre »

Etait-ce souvent, parfois ou jamais vrai pour vous durant les 12 derniers mois ?

Etait-ce souvent, parfois ou jamais vrai pour votre foyer durant les 12 derniers mois ?

Souvent vrai	1	Souvent vrai
Parfois vrai	2	Parfois vrai
Jamais vrai	3	Jamais vrai
Ne sait pas ou refuse de répondre	4	Ne sait pas ou refuse de répondre

C35. HH3.

« La nourriture que j'ai achetée n'a pas duré assez longtemps et je n'ai pas eu assez d'argent pour en racheter d'autre »

« La nourriture que nous avons achetée n'a pas duré assez longtemps et nous n'avons pas eu assez d'argent pour en racheter d'autre »

Etait-ce souvent, parfois ou jamais vrai pour vous durant les 12 derniers mois ?

Etait-ce souvent, parfois ou jamais vrai pour votre foyer durant les 12 derniers mois ?

Souvent vrai	1	Souvent vrai
Parfois vrai	2	Parfois vrai
Jamais vrai	3	Jamais vrai
Ne sait pas ou refuse de répondre	4	Ne sait pas ou refuse de répondre

C36. HH4.

« Je n'ai pas eu les moyens de manger des repas équilibrés »

« Nous n'avons pas eu les moyens de manger des repas équilibrés »

Etait-ce souvent, parfois ou jamais vrai pour vous/ durant les 12 derniers mois ?

Etait-ce souvent, parfois ou jamais vrai pour votre foyer durant les 12 derniers mois ?

Souvent vrai	1	Souvent vrai
Parfois vrai	2	Parfois vrai
Jamais vrai	3	Jamais vrai
Ne sait pas ou refuse de répondre	4	Ne sait pas ou refuse de répondre

Si au moins une réponse grisée cochée aux questions C33 à C36, c'est-à-dire si réponse 3 ou 4 à la question C33 ou réponse 1 ou 2 à l'une des questions C34, C35 ou C36 → C37

Si aucune réponse grisée cochée et au moins un enfant de moins de 18 ans dans le foyer → C44

Si aucune réponse grisée cochée et aucun enfant de moins de 18 ans dans le foyer → C52

C37. AD1. Durant les 12 derniers mois, depuis [mois actuel] de l'an dernier,

Vous est-il déjà arrivé de réduire la taille de vos repas ou de sauter des repas parce que vous n'avez pas eu assez d'argent pour la nourriture ?

Vous est-il déjà arrivé, à vous ou à d'autres adultes de votre foyer, de réduire la taille de vos repas ou de sauter des repas parce que vous n'avez pas eu assez d'argent pour la nourriture ?

Oui	1	Oui
Non → C39	2	Non → C39
Ne sait pas → C39	3	Ne sait pas → C39

C38. AD1a. [Si oui] : A quelle fréquence cela est-il arrivé – presque chaque mois, quelques mois mais pas chaque mois, ou au cours d'un ou deux mois seulement ?

Presque chaque mois	1	Presque chaque mois
Quelques mois mais pas chaque mois	2	Quelques mois mais pas chaque mois
Au cours d'un ou deux mois seulement	3	Au cours d'un ou deux mois seulement
Ne sait pas ou refuse de répondre	4	Ne sait pas ou refuse de répondre

C39. AD2. Durant les 12 derniers mois, vous est-il arrivé de manger moins que ce que vous pensiez avoir besoin de manger parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture ?

Oui	1	Oui
Non	2	Non
Ne sait pas	3	Ne sait pas

C40. AD3. Durant les 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir faim mais de ne pas manger parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture ?

Oui	1	Oui
Non	2	Non
Ne sait pas	3	Ne sait pas

C41. AD4. Durant les 12 derniers mois, avez-vous perdu du poids parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture ?

Oui	1	Oui
Non	2	Non
Ne sait pas	3	Ne sait pas

Si au moins une réponse grisée cochée aux questions C37, C39, C40 ou C41, c'est-à-dire si au moins une réponse 1 → C42
Si aucune réponse grisée cochée et au moins un enfant de moins de 18 ans dans le foyer → C44
Si aucune réponse grisée cochée et aucun enfant de moins de 18 ans dans le foyer → C52

C42. AD5. Durant les 12 derniers mois,

Vous est-il arrivé de ne pas manger toute une journée parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture ?

Vous est-il arrivé à vous ou à d'autres adultes de votre foyer de ne pas manger toute une journée parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture ?

Oui	1	Oui
Non → C44/C52	2	Non → C44/C52
Ne sait pas → C44/C52	3	Ne sait pas → C44/C52

C43. AD5a. [Si oui] : A quelle fréquence cela est-il arrivé – presque chaque mois, quelques mois mais pas chaque mois, ou au cours d'un ou deux mois seulement ?

Presque chaque mois	1	Presque chaque mois
Quelques mois mais pas chaque mois	2	Quelques mois mais pas chaque mois
Au cours d'un ou deux mois seulement	3	Au cours d'un ou deux mois seulement
Ne sait pas ou refuse de répondre	4	Ne sait pas ou refuse de répondre

Si au moins un enfant de moins de 18 ans dans le foyer → C44

Si aucun enfant de moins de 18 ans dans le foyer → C52

Maintenant je vais vous lire des affirmations que des gens ont faites sur la situation alimentaire de leurs enfants. Pour chacune de ces affirmations vous me direz si elle a été souvent, parfois ou jamais vraie durant les 12 derniers mois pour votre enfant/vos enfants de moins de 18 ans et qui vivent dans votre foyer.

C44. CH1.

« Je ne me suis basé que sur quelques aliments peu coûteux pour nourrir mon /mes enfants parce que je n'avais pas assez d'argent pour acheter de la nourriture »

Etait-ce souvent, parfois ou jamais vrai pour vous durant les 12 derniers mois ?

Souvent vrai	1
Parfois vrai	2
Jamais vrai	3
Ne sait pas ou refuse de répondre	4

« Nous ne nous sommes basés que sur quelques aliments peu coûteux pour nourrir notre /nos enfants parce que nous n'avions pas assez d'argent pour acheter de la nourriture »

Etait-ce souvent, parfois ou jamais vrai pour votre foyer durant les 12 derniers mois ?

Souvent vrai	1
Parfois vrai	2
Jamais vrai	3
Ne sait pas ou refuse de répondre	4

C45. CH2.

« Je n'ai pas pu donner des repas équilibrés à mon/mes enfants parce que je n'en avais pas les moyens »

Etait-ce souvent, parfois ou jamais vrai pour vous durant les 12 derniers mois ?

Souvent vrai	1
Parfois vrai	2
Jamais vrai	3
Ne sait pas ou refuse de répondre	4

« Nous n'avons pu donner des repas équilibrés à notre/nos enfants parce que nous n'en avions pas les moyens »

Etait-ce souvent, parfois ou jamais vrai pour votre foyer durant les 12 derniers mois ?

Souvent vrai	1
Parfois vrai	2
Jamais vrai	3
Ne sait pas ou refuse de répondre	4

C46. CH3.

« Mon/mes enfant/s n'ont pas mangé assez parce que je n'avais pas assez de moyens pour la nourriture »

Etait-ce souvent, parfois ou jamais vrai pour vous durant les 12 derniers mois ?

Souvent vrai	1
Parfois vrai	2
Jamais vrai	3
Ne sait pas ou refuse de répondre	4

« Notre/nos enfant/s n'ont pas mangé assez parce que nous n'avions pas assez de moyens pour la nourriture »

Etait-ce souvent, parfois ou jamais vrai pour votre foyer durant les 12 derniers mois ?

Souvent vrai	1
Parfois vrai	2
Jamais vrai	3
Ne sait pas ou refuse de répondre	4

Si au moins une réponse grisée cochée aux questions C44 à C46, c'est-à-dire si réponse 1 ou 2 → C47

Si aucune réponse grisée cochée → C52

C47. CH4. Durant les 12 derniers mois, depuis {mois actuel} de l'an dernier, vous est-il déjà arrivé de réduire la taille des repas de votre/vos enfant/s parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture ?

Oui	1	Oui
Non	2	Non
Ne sait pas	3	Ne sait pas

C48. CH5. Durant les 12 derniers mois, est-il arrivé à votre/vos enfant/s de sauter des repas parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture ?

Oui	1	Oui
Non → C50	2	Non → C50
Ne sait pas → C50	3	Ne sait pas → C50

- C49. CH5a. [Si oui] : A quelle fréquence cela est-il arrivé – presque chaque mois, quelques mois mais pas chaque mois, ou au cours d'un ou deux mois seulement ?

Presque chaque mois	1	Presque chaque mois
Quelques mois mais pas chaque mois	2	Quelques mois mais pas chaque mois
Au cours d'un ou deux mois seulement	3	Au cours d'un ou deux mois seulement
Ne sait pas ou refuse de répondre	4	Ne sait pas ou refuse de répondre

- C50. CH6. Durant les 12 derniers mois, est-il arrivé à votre/vos enfant/s d'avoir faim mais vous n'aviez pourtant pas d'argent pour plus de nourriture ?

Oui	1	Oui
Non	2	Non
Ne sait pas	3	Ne sait pas

- C51. CH7. Durant les 12 derniers mois, est-il arrivé à votre/vos enfant/s de ne pas manger pendant toute une journée parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture ?

Oui	1	Oui
Non	2	Non
Ne sait pas	3	Ne sait pas

Conditions de vie

- C52. Quel est votre pays de naissance ? _____ / _ / _ / _

[Si France] : S'agit-il de la France métropolitaine ou d'un DOM-TOM ? - Métropole..... 1 → C54
- DOM-TOM..... 2

- C53. [Si hors France métropolitaine] : A quel âge êtes-vous arrivé(e) en France métropolitaine ?

/ _ / _ / _ ans

998 ☐ Ne sait pas

999 ☐ Refuse de répondre

- C54. Quel type de logement occupez-vous ? (Une seule réponse)

- Appartement, maison personnels..... 1
- Hébergement chez un proche..... 2
- Caravane, mobil-home, roulotte, autre habitation mobile..... 3
- Hôtel (chambre payée par les membres du foyer)..... 4
- Hôtel social..... 5
- Foyer 6
- Maison relais..... 7
- Appartement thérapeutique..... 8
- Centre d'Hébergement d'Urgence (ou hôtel accessible via le 115)..... 9
- Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)..... 10
- Logement squatté, occupé sans titre..... 11
- Sans domicile fixe / Lieu non prévu pour l'habitation..... 12 → C57
- Refuse de répondre..... 13 → C57
- Autre, précisez : 14

- C55. De combien de pièces se compose-t-il (hors cuisine, salle de bains, toilettes) ?

/ _ / _ / pièces

99 ☐ Refuse de répondre

C56. Avez-vous la possibilité d'y prendre un repas le soir ?

- Oui, 1
- Non, il n'y a ni cantine, ni possibilité de se faire à manger..... 2 → **C57**
- Ne sait pas..... 3 → **C57**
- Refuse de répondre..... 4 → **C57**

	Oui	Non	NSP	Refus
- Si Oui				
- il est possible de faire la cuisine.....	1	2	3	4
- il est possible de réchauffer un plat mais pas de faire la cuisine.....	1	2	3	4
- il y a une cafétéria, une cantine, un restaurant.....	1	2	3	4

C57. Votre lieu de vie est-il équipé ... ?

	Oui	Non	NSP	Refus
- D'un réfrigérateur.....	1	2	3	4
- D'un congélateur (y compris compartiment d'un réfrigérateur).....	1	2	3	4
- D'un four à micro-ondes	1	2	3	4
- D'un four classique (dans une cuisinière ou séparé)	1	2	3	4
- De plaques chauffantes ou d'une cuisinière à gaz.....	1	2	3	4
- D'une bouilloire électrique ou d'une résistance chauffante.....	1	2	3	4
- D'espaces de stockage adaptés pour les aliments.....	1	2	3	4
- D'un caddie pour faire les courses.....	1	2	3	4

Santé**C58. Comment est votre état de santé en général ? (Une seule réponse)**

- Très bon..... 1
- Bon..... 2
- Assez bon..... 3
- Mauvais..... 4
- Très mauvais..... 5
- Ne sait pas..... 6
- Refuse de répondre..... 7

C59. Je vais maintenant vous poser quelques questions sur votre sommeil ? Le plus souvent....

- A quelle heure éteignez-vous votre lampe pour dormir ? / _ / _ / H / _ / _ / min
- (si pas de lampe : à quelle heure vous couchez vous pour dormir ?)
- Combien de temps vous faut-il pour vous endormir ? / _ / _ / H / _ / _ / min
- A quelle heure vous réveillez-vous définitivement ? / _ / _ / H / _ / _ / min

C60. De combien d'heures de sommeil avez-vous besoin généralement pour être en forme le lendemain ?

/ _ / _ / H / _ / _ / min

C61. En général, vous arrive-t-il de somnoler dans la journée ? (Une seule réponse)

- Oui..... 1
- Non..... 2
- Ne sait pas..... 3
- Refuse de répondre..... 4

C62. En général, vous arrive-t-il de dormir dans la journée ? (Une seule réponse)

- Oui..... 1
- Non..... 2 → **C64**
- Ne sait pas..... 3 → **C64**
- Refuse de répondre..... 4 → **C64**

C63. [Si oui] : Quelle est la durée habituelle (totale) de votre sommeil dans la journée ?

/ _ / _ / H / _ / _ / min

C64. Etes-vous satisfait de votre sommeil ? (Une seule réponse)

- Très satisfait..... 1
- Plutôt satisfait..... 2
- Ni satisfait, ni insatisfait..... 3
- Pas satisfait..... 4
- Pas du tout satisfait..... 5
- Ne sait pas..... 6
- Refuse de répondre..... 7

C65. Au cours des douze derniers mois, avez-vous pris des produits quels qu'ils soient pour vous aider à dormir ? (Une seule réponse)

- Oui..... 1
- Non..... 2 → C67
- Ne sait pas..... 3 → C67
- Refuse de répondre..... 4 → C67

C66. [Si oui] : Lesquels ? (ne pas citer, relancer autant que nécessaire « quel autre produit avez vous pris pour dormir ? »)

- / _ / _
- / _ / _
- / _ / _
- / _ / _

C67. Avez-vous eu régulièrement (au moins trois fois par semaine depuis au moins un mois) les problèmes de sommeil suivant :

Oui	Non	NSP	Refus
-----	-----	-----	-------

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| - Avoir du mal à vous endormir..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - Se réveiller la nuit avec des difficultés pour vous rendormir..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - Se réveiller trop tôt le matin sans pouvoir vous endormir..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

C68. [Si au moins une réponse « oui »] : Ces problèmes ont-ils des retentissements sur la journée qui suit ? (Une seule réponse)

- Oui..... 1
- Non..... 2
- Ne sait pas..... 3
- Refuse de répondre..... 4

C69. Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou à caractère durable ? (Une seule réponse)

- Oui..... 1
- Non..... 2
- Ne sait pas..... 3
- Refuse de répondre..... 4

C70. Je vais maintenant vous poser quelques questions sur votre état de santé dentaire. Quand avez-vous consulté pour la dernière fois un dentiste ? C'était il y a... (Une seule réponse)

- Moins de 12 mois..... 1
- Entre 12 mois et moins de 2 ans..... 2
- 2 ans ou plus..... 3
- Jamais..... 4
- Ne sait pas..... 5
- Refuse de répondre..... 6

- C71. Hormis les dents de sagesse, combien avez-vous de dents absentes et non remplacées (par une couronne, un bridge, un dentier...) ? (Une seule réponse)**
- Aucune..... 1
 - De 1 à 4..... 2
 - De 5 à 9..... 3
 - De 10 à 14..... 4
 - 15 et plus..... 5
 - Toutes..... 6
 - Ne sait pas..... 7
 - Refuse de répondre..... 8
- C72. Au cours des douze derniers mois, avez-vous été gêné(e) dans votre vie quotidienne en raison de l'état de vos dents ou de votre bouche (ex : pour manger certains aliments durs, une pomme ou un sandwich, pour sourire ou dans vos relations professionnelles, personnelles en raison de l'aspect de vos dents) ? (Une seule réponse)**
- Jamais..... 1
 - De temps en temps, occasionnellement..... 2
 - Souvent..... 3
 - Ne sait pas..... 4
 - Refuse de répondre..... 5
- C73. Est-ce que vous fumez, même de temps en temps ? (Une seule réponse)**
- Oui, vous fumez quotidiennement..... 1
 - Oui, vous fumez occasionnellement (moins d'une cigarette/j)..... 2
 - Non, vous ne fumez pas et vous avez déjà fumé..... 3
 - Non, vous ne fumez pas et vous n'avez jamais fumé..... 4
 - Refuse de répondre..... 5

Education, emploi et budget

- C74. Quel est le diplôme d'enseignement général ou technique le plus élevé que vous ayez obtenu ? (Une seule réponse)**
- Aucun, vous ne savez ni lire ni écrire 1
 - Aucun, vous n'avez jamais été scolarisé mais vous avez appris à lire et écrire..... 2
 - Aucun, votre scolarité s'est arrêtée à l'école primaire..... 3
 - Aucun, votre scolarité s'est arrêtée au collège..... 4
 - Aucun, votre scolarité s'est arrêtée au-delà du collège..... 5
 - Aucun, sans autre précision..... 6
 - Certificat d'études primaires (CEP), diplôme de fin d'études obligatoires..... 7
 - CAP, BEP, BEPC, brevet élémentaire, BEPS..... 8
 - Brevet de technicien, BP (Brevet Professionnel), BEI, BEC, BEA..... 9
 - Baccalauréat technologique ou professionnel..... 10
 - Baccalauréat général..... 11
 - BTS, DUT, DEST, DEUG (y compris formation paramédicale ou sociale)..... 12
 - 2^e ou 3^e cycle universitaire, grande école..... 13
 - Ne sait pas..... 14
 - Refuse de répondre..... 15
 - Autre, précisez : 16

- C75. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ? (Une seule réponse)**
- Occupe un emploi..... 1 → **C77**
 - Chômeur inscrit ou non au Pôle-Emploi..... 2
 - Etudiant, élève, en formation, en stage non rémunéré..... 3 → **C77**
 - Retraité(e) (ancien salarié) ou préretraité(e)..... 4
 - Retiré(e) des affaires (ancien agriculteur, ancien artisan, ancien commerçant.....)..... 5
 - Femme ou homme au foyer (y compris congé parental)..... 6
 - Autre inactif (invalidé, handicapé, en congé maladie > 3 mois, titulaire d'une pension de réversion)..... 7
 - Situation administrative ne permettant pas de travailler..... 8 → **C77**
 - Autre, précisez : 9
 - Ne sait pas..... 10 → **C77**
 - Refuse de répondre..... 11 → **C77**
- C76. Depuis combien de temps êtes-vous dans cette situation ?**
- / _ / _ / ans / _ / _ / mois 98 ☐ Ne sait pas 99 ☐ Refus
- C77. Parmi les personnes qui vivent avec vous, vous inclus, combien ont actuellement une activité rémunérée ?**
- / _ / _ / personnes 98 ☐ Ne sait pas 99 ☐ Refus
- C78. Quelle est dans votre foyer la principale source de revenu ? (Une seule réponse)**
- Salaire / Travail 1
 - Indemnités chômage..... 2
 - RSA, RMI ou API (allocation parent isolé)..... 3
 - Allocations adulte handicapé (AAH)..... 4
 - Allocation logement..... 5
 - Allocations familiales, complément familial, allocation parentale d'éducation..... 6
 - Allocations d'études, bourses..... 7
 - Allocation temporaire d'attente (ATA)..... 8
 - Pension d'invalidité..... 9
 - Minimum vieillesse (ou Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées ASPA), retraite, préretraite..... 10
 - D'autres prestations (indemnités journalières, allocation veuvage.....)..... 11
 - Aucun revenu..... 12
 - Ne sait pas..... 13
 - Refuse de répondre..... 14
 - Autre, précisez: 15
- C79. Actuellement, dans votre foyer, financièrement, diriez-vous plutôt que... (Une seule réponse)**
- Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes..... 1
 - Vous y arrivez difficilement..... 2
 - Il faut faire attention..... 3
 - C'est juste..... 4
 - Ca va..... 5
 - Vous êtes à l'aise..... 6
 - Ne sait pas..... 7
 - Refuse de répondre..... 8
- C80. En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?**
- Oui..... 1
 - Non..... 2
 - Ne sait pas..... 3
 - Refuse de répondre..... 4

C81. Bénéficiez-vous d'une couverture de sécurité sociale, en cas de maladie, d'hospitalisation ou si vous avez besoin de soins ? (Une seule réponse)

- Oui, la Sécurité Sociale (bénéficiaire ou ayant droit)..... 1
- Oui, l'Aide Médicale d'Etat (AME)..... 2 → C83
- Oui, mais ne sait pas laquelle..... 3
- En cours de demande..... 4
- Aucune couverture maladie..... 5 → C83
- Ne sait pas..... 6
- Refuse de répondre..... 7

C82. Bénéficiez-vous d'une couverture maladie complémentaire en cas de maladie, d'accident, d'hospitalisation ou si vous avez besoin de soins ? (Une seule réponse)

- Oui, une mutuelle, une assurance complémentaire..... 1
- Oui, la CMU en complémentaire (CMUc)..... 2
- Oui, mais ne sait pas laquelle..... 3
- Aucune couverture maladie complémentaire..... 4
- Ne sait pas..... 5
- Refuse de répondre..... 6

C83. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin ou à des soins de santé dont vous aviez besoin (dentiste, lunettes...) ? (Une seule réponse)

- Oui..... 1
- Non..... 2 → C85
- Ne sait pas..... 3 → C85
- Refuse de répondre..... 4 → C85

C84. [Si oui] : Pourquoi avez-vous renoncé à ces soins ? (Plusieurs réponses possibles)

	Oui	Non	NSP	Refus
- Vous ne pouviez pas vous les payer.....	1	2	3	4
- Vous avez préféré attendre que ça passe.....	1	2	3	4
- Vous ne saviez pas qui aller voir.....	1	2	3	4
- A cause de problèmes de langue.....	1	2	3	4
- A cause de problèmes de papiers.....	1	2	3	4
- Vous aviez peur des soins.....	1	2	3	4
- Vous n'aviez pas le temps.....	1	2	3	4
- C'était trop loin ou trop compliqué d'y aller.....	1	2	3	4
- Autre, précisez :				

C85. Une fois que vous avez payé toutes vos charges incontournables (dépendances courantes liées au logement dont un loyer, assurance, impôts, emprunts, déplacements...), à combien estimez-vous la somme qu'il vous reste pour vous nourrir, vous vêtir, vos loisirs... ?

/ _ / _ / _ / € / mois

1 ☐ Il ne me reste rien, j'ai des dettes

2 ☐ Ne sait pas

3 ☐ Refuse de répondre

C86. Dans votre foyer, quelle somme (en Euros) estimez-vous consacrer en moyenne à l'alimentation ? (pensez à inclure repas pris hors domicile)

/ _ / _ / _ / € / mois

ou / _ / _ / _ / € / semaine

1 ☐ Ne sait pas

2 ☐ Refuse de répondre

Mesures anthropométriques et pression artérielle

C87. Acceptez-vous que je prenne votre pression artérielle ?

- Oui..... 1
- Non..... 2 → **C90**
- Pas réalisable dans la structure.... 3 → **C90**

C88. Prenez-vous des médicaments agissant sur votre pression artérielle, comme des anti-hypertenseurs ou des β-bloquants ?

- Oui, je prends ce type de médicaments..... **1**
- Je prends des médicaments mais je ne sais pas s'ils agissent sur ma pression..... **2**
- Non, je ne prends pas de médicaments..... 3
- Refuse de répondre..... 4

[Si réponse 1 ou 2] : **Le(s)quel(s) ?** (nom et dosage du produit, forme de présentation et quantité prise, indication éventuelle) :

.....

.....

C89. Prise de la pression artérielle:

1^{ère} mesure à réaliser au bras droit :

systolique : / _ / _ / mm d'Hg diastolique : / _ / _ / mm d'Hg

2^{ème} mesure à réaliser au bras gauche :

systolique : / _ / _ / mm d'Hg diastolique : / _ / _ / mm d'Hg

3^{ème} mesure à réaliser au bras ayant la PA la plus élevée (PAS ; ou PAD si PAS identiques ; ou bras gauche si PAS et PAD identiques) :

systolique : / _ / _ / mm d'Hg diastolique : / _ / _ / mm d'Hg

C90. Acceptez-vous que je vous pèse et vous mesure ?

- Oui..... 1
- Non..... 2 → **C92**
- Pas réalisable dans la structure 3 → **C92**

C91. [Si oui] :

- Poids mesuré : / _ / _ / , / _ / kg
- Taille mesurée : / _ / _ / cm

[Si oui] : **Le poids et la taille ont-ils été pris avec les chaussures ?**

- Oui..... 1
- Non..... 2

Allez à **C94**

C92. [Si non] : Pouvez-vous me dire combien vous pesez et combien vous mesurez :

- Oui..... 1
- Non..... 2 → **C94**
- Ne sait pas..... 3 → **C94**

C93. [Si oui] :

- Poids déclaré : / _ / _ / , / _ / kg
- Taille déclarée : / _ / _ / cm

C94. [Pour les femmes] : Êtes-vous enceinte ?

- Oui..... 1 durée d'aménorrhée : / _ / _ / semaines
998 ☐ Ne sait pas 999 ☐ Refuse de répondre
- Non..... 2
- Ne sait pas..... 3
- Refuse de répondre..... 4

C95. Depuis l'âge de 18 ans (en dehors des périodes de grossesse pour les femmes), quels ont été...

Votre poids maximum / _ / _ / kg 998 ☐ Nsp 999 ☐ Refus atteint à l'âge de / _ / _ / ans 998 ☐ Nsp 999 ☐ Refus

Votre poids minimum / _ / _ / kg 998 ☐ Nsp 999 ☐ Refus atteint à l'âge de / _ / _ / ans 998 ☐ Nsp 999 ☐ Refus

Remercier la personne, proposer la participation au volet « examen de santé ».



Alimentation et Etat Nutritionnel des Bénéficiaires de l'Aide Alimentaire (2011-2012)
ABENA-2
Questionnaire Examen clinique et biologique

Centre de santé de :

Nom de l'examineur : Date : | _ | _ | . | _ | _ | . | 2 | 0 | 1 | _ |

Identification du sujet

Coller ici une étiquette du sujet



Date de naissance (mm/année) : | _ | _ | . | _ | _ | _ | _ | Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Médecin traitant : Nom :

Adresse complète :

☐ Refus ☐ N'a pas de médecin traitant/référent

En cas de **valeur anormale** de vos examens, acceptez-vous que ces résultats soient transmis directement à votre médecin traitant ? ☐ Oui ☐ Non

Souhaitez-vous que les résultats de vos examens soient (*Une seule réponse*) :

- ☐ Envoyés à votre domiciliation
☐ Mis à votre disposition dans le lieu où vous avez fait l'examen de santé
☐ Mis à votre disposition dans l'association où on vous a proposé de participer à l'étude
☐ Ne veut pas connaître les résultats

Entretien préliminaire

C1. Si le sujet est une femme :

Êtes-vous enceinte ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Si oui, durée d'aménorrhée : | _ | _ | semaines

☐ Ne sait pas

☐ Refuse de répondre

C2. Avez-vous pris des médicaments ce matin ?

☐ Oui☐ Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

Nom du médicament	Forme de présentation	Dosage	Nb de prises par jour
<i>Ex : Aspirine</i>	<i>Comprimé</i>	<i>500mg</i>	<i>1cp matin et 1 cp soir</i>

C3. Actuellement, prenez-vous d'autres médicaments ? ☐ Oui☐ Non*Pour les femmes : pensez à la pilule contraceptive, au traitement hormonal substitutif, etc.*

Si oui, le(s)quel(s) ?

Nom du médicament	Forme de présentation	Dosage	Nb de prises par jour

Prélèvements & mesures cliniques

C4. Anthropométrie**Poids :** |__|__|__|, |__| kg **Taille :** |__|__|__|, |__| cm

Si mesures non réalisées, préciser pourquoi :

☐ Refus du sujet ☐ Autre, préciser :

Poids déclaré : |__|__|__|, |__| kg Taille déclarée : |__|__|__|, |__| cm

Tour de taille : |__|__|__| cm**Tour de hanches :** |__|__|__| cm

Si mesures non réalisées, préciser pourquoi :

☐ Refus du sujet ☐ Autre, préciser :

C5. Pression artérielle

1ère mesure à réaliser au bras droit :

systolique : |_|_|_| mm d'Hg diastolique : |_|_|_| mm d'Hg

2ième mesure à réaliser au bras gauche :

systolique : |_|_|_| mm d'Hg diastolique : |_|_|_| mm d'Hg

3ième mesure à au bras ayant la PA la plus élevée (PAS ou PAD si PAS identiques ;

si PAS et PAD identiques : bras gauche) :

systolique : |_|_|_| mm d'Hg diastolique : |_|_|_| mm d'Hg

Si mesure de la Pression artérielle non réalisée,

préciser pourquoi :

☐ Refus du sujet☐ Autre, préciser :.....C6. Prise de SangEtes-vous à jeun au moment de la prise de sang ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

(N'a rien mangé, ni bu depuis 12 heures, hormis de l'eau)

Sinon, délai entre la prise des aliments et la prise de sang : |_|_| h |_|_| min

Nature des aliments consommés : ☐ boisson sucrée☐ boisson non sucrée☐ aliment(s), préciser :Prise de sang : ☐ Réalisée Heure : |_|_| h |_|_| min ☐ Non réalisée☐ Incomplète, préciser le nombre de tubes : |_|_| faits / |_|_| attendusSi non réalisée ou incomplète, préciser pourquoi : ☐ Refus du sujet ☐ Autre :

C7. Problèmes éventuels lors de la prise de sang (préciser notamment le ou les tubes non

prélevé(s) et les raisons pour lesquelles un prélèvement incomplet a eu lieu) : malaise vagal,
veine difficile à piquer...**Indiquer les observations générales ci-dessous**.....
.....
.....

Annexe 2 : Caractéristiques démographiques et de l'habitat selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

	Marseille N=361	Dijon N=330	Paris N=432	92 N=335	93 N=264	94 N=297	p ^a	Total N=2019	[IC à 95%]
Sexe							***		
Homme	30,7	51,5	63,7	34,8	12,3	34,9		34,9	[29,9 - 40,3]
Femme	69,3	48,5	36,3	65,2	87,7	65,1		65,1	[59,7 - 70,1]
Âge							**		
< 25	5,1	16,6	3,5	8,6	4,2	3,6		5,4	[3,9 - 7,3]
25 - 34	13,7	27,7	13,6	16,6	28,0	25,0		19,9	[16,6 - 23,6]
35 - 54	56,9	41,7	54,0	48,2	52,4	53,2		52,6	[48,5 - 56,5]
55 - 64	15,4	11,5	18,2	20,0	8,1	14,1		14,5	[12,4 - 17,0]
≥ 65	8,8	2,5	10,6	6,5	7,2	4,2		7,7	[5,5 - 10,6]
Pays de naissance							***		
France	44,7	66,2	32,5	48,5	32,8	34,7		39,0	[35,1 - 43,1]
DOM-TOM	1,9	0,3	5,1	4,1	5,2	1,5		3,9	[2,6 - 5,7]
Europe de l'Est	0,9	2,2	19,1	0,4	3,7	3,4		6,0	[4,2 - 8,7]
Afrique (hors Maghreb)	5,4	5,8	12,4	16,7	28,2	25,6		17,4	[14,2 - 21,3]
Maghreb	46,4	19,7	23,5	27,2	26,2	29,5		29,5	[25,4 - 33,9]
Autre pays d'Europe	1,6	1,7	3,3	1,2	2,1	1,3		2,0	[1,3 - 3,1]
Amérique	0,2	1,0	6,2	4,1	4,9	3,6		3,9	[2,5 - 6,0]
Asie	0,8	3,4	3,0	1,9	2,1	1,9		2,1	[1,3 - 3,3]
Type de logement							***		
Appartement, maison	77,1	86,2	47,3	79,4	81,8	67,1		71,4	[66,3 - 75,9]
Hébergement	7,7	4,0	11,0	4,5	10,5	13,3		9,1	[7,0 - 11,8]
Centre d'hébergement et de réinsertion, foyer, maison relais, appartement thérapeutique	6,0	7,4	8,9	4,5	0,4	9,9		5,3	[3,8 - 7,2]
Hôtel, hôtel social	2,2	1,1	10,1	5,3	3,6	4,4		5,1	[3,6 - 7,2]
Personnes sans abri ou vivant dans un endroit non prévu pour l'habitation ou en centre d'hébergement d'urgence	6,3	0,8	22,1	6,3	3,3	4,7		8,7	[6,2 - 11,9]
Autre	0,7	0,5	0,6	0,0	0,4	0,6		0,4	[0,2 - 1,1]

^a Comparaison selon le territoire, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Annexe 3 : Accès à un équipement des personnes fréquentant les structures « Dénrées » selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

	Marseille N=250	Dijon N=270	Paris N=297	92 N=266	93 N=241	94 N=251	p ^a	Total N=1 575	[IC à 95%]
Type d'équipement									
Réfrigérateur	95,6	96,4	94,4	96,1	94,9	91,5	NS	94,9	[92,9 - 96,3]
Congélateur	84,9	91,6	80,4	82,1	82,4	69,1	NS	81,3	[77,8 - 84,4]
Four à micro-ondes	79,7	80,8	70,9	78,2	84,5	82,3	NS	80,4	[77,2 - 83,3]
Four classique	79,2	82,1	70,1	66,0	76,4	64,0	NS	72,8	[68,2 - 77,0]
Plaques chauffantes ou cuisinière à gaz	99,8	91,6	88,3	92,8	95,9	93,5	*	94,7	[92,3 - 96,4]
Bouilloire électrique ou résistance chauffante	17,4	46,2	32,9	30,5	32,6	25,1	***	28,9	[25,9 - 32,0]
Espace de stockage adapté pour les aliments	91,5	84,8	65,1	74,1	78,9	72,8	***	78,4	[74,8 - 81,5]
Caddie pour faire les courses	72,7	45,8	78,6	67,4	77,2	68,6	*	72,2	[67,1 - 75,9]

^a Comparaison selon le territoire, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Annexe 4 : Caractéristiques sociodémographiques selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

	Marseille N=361	Dijon N=330	Paris N=432	92 N=335	93 N=264	94 N=297	p ^a	Total N=2019	[IC à 95%]
Situation matrimoniale							NS		
Seul	62,9	68,3	74,4	72,4	62,1	64,7		67,3	[63,6 - 70,8]
En couple	37,1	31,7	25,6	27,6	37,9	35,3		32,7	[29,2 - 36,4]
Enfants à charge							***		
Pas d'enfant	43,0	50,5	74,3	44,9	27,5	40,4		46,1	[41,4 - 50,9]
Au moins un enfant	57,0	49,5	25,7	55,1	72,5	59,6		53,9	[49,2 - 58,6]
Niveau de formation							***		
Aucun diplôme ou CEP	63,6	26,9	29,7	40,3	45,9	47,5		43,9	[39,6 - 48,2]
CAP, BEP, Bac pro ou équivalent	22,0	56,9	30,0	39,5	35,6	27,8		32,6	[29,2 - 36,1]
Bac général, BTS, DUT, DEST, DEUG	8,5	9,1	16,0	11,5	14,0	17,0		13,1	[11,1 - 15,6]
2e ou 3e cycle universitaire, grande école	5,9	7,1	24,3	8,7	4,5	7,7		10,4	[8,1 - 13,3]
Situation professionnelle							*		
Avec emploi	7,5	33,2	10,8	8,2	10,7	10,7		10,6	[8,2 - 13,5]
Sans emploi	87,7	64,9	76,2	85,2	77,9	74,0		79,7	[75,5 - 83,3]
<i>Chômeur inscrit ou non à Pôle Emploi</i>	37,2	39,2	41,5	43,7	43,3	40,3		41,4	[38,4 - 44,5]
<i>Femmes ou hommes au foyer (ne cherchant pas de travail)</i>	21,7	7,6	10,2	13,5	13,2	16,4		14,2	[11,8 - 17,1]
<i>Retraité, préretraité, retiré des affaires</i>	12,4	3,6	10,8	9,1	9,1	6,4		9,6	[7,4 - 12,3]
<i>Etudiants</i>	0,7	3,7	2,0	6,6	1,2	1,2		2,3	[1,1 - 4,6]
<i>Autre inactif</i>	15,7	10,8	11,7	12,4	11,1	9,8		12,1	[10,3 - 14,3]
Situation administrative ne permettant pas de travailler	4,8	1,9	13,0	6,5	11,4	15,2		9,8	[7,4 - 12,9]
Nombre de personnes ayant une activité rémunérée dans le foyer							***		
0	83,6	33,3	78,6	70,1	75,0	79,8		75,5	[71,7 - 79,0]
1 ou plus	16,4	66,7	21,4	29,9	25,0	20,2		24,5	[21,0 - 28,3]
Principale source de revenu du foyer							***		
Salaire, travail	13,7	34,0	18,5	21,0	13,0	13,2		16,6	[13,3 - 20,4]
Indemnités chômage	8,0	10,5	7,3	10,4	9,3	7,5		8,6	[7,3 - 10,3]
RSA	31,8	19,5	22,5	23,6	28,2	33,5		27,0	[24,3 - 29,8]
Allocations, prestations	26,3	26,4	14,6	19,8	27,9	28,5		23,2	[20,6 - 26,0]
Retraite	13,0	5,1	8,7	10,9	9,4	6,3		9,6	[7,6 - 12,2]
Aucun revenu	6,7	3,8	26,0	5,5	8,0	10,6		11,5	[9,1 - 14,4]
Autre	0,5	0,7	2,4	8,8	4,2	0,4		3,4	[1,9 - 6,1]
Appréciation de la capacité financière du foyer							***		
Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes	30,0	22,3	22,4	12,5	24,5	39,5		24,5	[20,4 - 29,0]
Vous y arrivez difficilement	37,9	27,9	51,1	33,8	31,1	48,7		39,1	[36,2 - 42,1]
Il faut faire attention / C'est juste	30,8	39,0	18,3	43,9	40,9	11,3		31,2	[27,3 - 35,5]
Vous êtes à l'aise / Ça va	1,4	10,7	8,2	9,7	3,5	0,5		5,2	[3,8 - 7,1]
Couverture maladie							***		
Aucune couverture maladie	1,5	1,1	15,1	4,5	3,3	3,9		5,8	[77,9 - 85,1]
Demande en cours	0,0	0,0	7,0	3,3	5,6	6,0		4,3	[3,2 - 5,9]
Aide médicale de l'Etat (AME)	4,9	0,5	11,0	4,3	10,5	9,3		8,0	[5,7 - 11,2]
Sécurité sociale	93,6	98,4	67,0	87,9	80,6	80,8		81,8	[77,9 - 85,1]
<i>Aucune complémentaire</i>	12,7	16,0	18,1	17,8	12,0	9,3		14,4	[12,4 - 16,7]
<i>CMUc</i>	56,7	46,1	32,5	46,7	57,3	54,8		49,0	[44,6 - 53,5]
<i>Mutuelle</i>	24,2	34,4	15,3	21,4	10,2	16,7		17,4	[14,5 - 20,8]
<i>Complémentaire sans précision</i>	0,0	0,4	0,0	1,8	0,0	0,0		0,3	[0,1 - 1,3]
<i>Ne sait pas</i>	0,0	1,6	1,0	0,2	1,1	0,0		0,6	[0,2 - 1,7]

^a Comparaison selon le territoire, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Annexe 5 : Evolution des caractéristiques démographiques et de l'habitat selon les territoires entre 2004-2005 et 2011-2012 – Abena (%)

	Marseille		Dijon		Paris		Seine-Saint-Denis	
	2004-2005 N=258	2011-2012 N=361	2004-2005 N=263	2011-2012 N=330	2004-2005 N=364	2011-2012 N=432	2004-2005 N=279	2011-2012 N=264
Sexe		***		**		*		**
Homme	54,2	30,7	36,9	51,5	73,4	63,7	24,2	12,3
Femme	45,8	69,3	63,1	48,5	26,6	36,3	75,8	87,7
Âge		NS		NS		NS		NS
< 25 ans	4,4	5,1	10,7	16,6	3,1	3,5	4,4	4,2
25 - 34 ans	25,6	13,7	28,6	27,7	15,2	13,6	26,2	28,
35 - 54 ans	53,4	56,9	44,9	41,7	62,9	54,0	58,8	52,4
55 - 64 ans	11,2	15,4	11,8	11,5	14,4	18,2	9,4	8,1
≥ 65 ans	5,4	8,8	4,0	2,5	4,4	10,6	1,2	7,2
Pays de naissance		NS		NS		***		***
France	42,1	44,7	64,7	66,2	38,1	32,5	25,6	32,8
<i>dont DOM-TOM</i>	1,7	1,9	4,7	0,3	1,6	5,1	1,2	5,2
Europe de l'Est	3,9	0,8	3,5	2,2	6,2	19,1	4,6	3,7
Afrique (hors Maghreb)	2,1	5,4	6,6	5,8	12,5	12,4	13,7	28,2
Maghreb	47,0	46,4	19,4	19,7	37,9	23,5	50,3	26,2
Autres pays	4,8	2,6	5,8	6,1	5,3	12,5	5,8	9,1
Conditions de logement		***		*		**		*
Appartement, maison	47,7	77,1	75,2	86,2	29,9	47,3	68,5	81,8
Hébergement chez un proche	12,9	7,7	7,2	3,9	12,9	11,0	18,0	10,5
Centre d'hébergement et de réinsertion, foyer, maison relais, appartement thérapeutique	24,0	6,0	9,8	7,4	13,6	8,9	2,1	0,4
Hôtel, hôtel social	8,5	2,2	1,5	1,1	13,3	10,1	5,5	3,6
Personnes sans abri ou vivant dans un endroit non prévu pour l'habitation ou en centre d'hébergement d'urgence	5,9	6,4	1,0	0,8	30,2	22,0	3,3	3,3
Autre	1,2	0,7	5,2	0,5	0,1	0,6	2,6	0,4

^a Comparaison selon le territoire, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Annexe 6 : Evolution des caractéristiques sociodémographiques selon les territoires entre 2004-2005 et 2011-2012 – Abena (%)

	Marseille		Dijon		Paris		Seine-Saint-Denis	
	2004-2005 N=258	2011-2012 N=361	2004-2005 N=263	2011-2012 N=330	2004-2005 N=364	2011-2012 N=432	2004-2005 N=279	2011-2012 N=264
Enfants à charge		*		NS		NS		NS
0	55,9	43,	42,6	50,4	74,5	74,3	21,8	27,5
≥ 1	44,1	57,0	57,4	49,6	25,5	25,7	78,2	72,5
Niveau de formation		NS		***		***		NS
Aucun diplôme ou CEP	62,5	63,6	45,2	26,9	55,9	29,7	60,8	45,9
CAP, BEP, Bac pro ou équivalent	23,4	22,0	38,0	57,0	18,1	30,0	23,4	35,6
Bac général, BTS, DUT, DEST, DEUG	7,9	8,4	10,7	9,1	16,4	16,0	11,4	14,0
2e ou 3e cycle universitaire, grande école	6,3	5,9	6,0	7,1	9,6	24,3	4,3	4,5
Situation professionnelle		***		***		***		NS
Avec emploi	2,2	7,5	7,5	33,2	6,0	10,8	6,0	10,7
Sans emploi	76,5	87,7	89,1	64,9	63,7	76,2	74,2	77,9
Chômeur inscrit ou non à Pôle emploi	40,4	37,2	48,3	39,2	24,8	41,5	36,5	43,3
Femmes ou hommes au foyer	15,6	21,7	24,8	7,6	4,3	10,2	17,2	13,2
Retraité, préretraité, retiré des affaires	9,7	12,4	3,6	3,7	6,4	10,8	1,2	9,1
Etudiants	3,9	0,7	3,6	3,7	2,1	2,0	1,0	1,1
Autre inactif	6,9	15,7	8,7	10,8	26,2	11,7	18,3	11,1
Situation administrative ne permettant pas le travail	21,3	4,8	3,4	1,9	30,3	13,0	19,8	11,4
Nombre de personnes ayant une activité rémunérée dans le foyer		*		***		***		NS
0	90,8	83,6	81,8	33,3	90,8	78,6	78,8	75,0
≥ 1	9,2	16,4	18,2	66,7	9,2	21,4	21,2	25,0
Principale source de revenu du foyer		***		***		***		NS
Salaire, travail	5,7	13,7	13,9	34,	8,5	18,5	18,7	13,0
Indemnités chômage	7,7	8,0	19,1	10,5	4,1	7,3	12,2	9,3
RSA, RMI, API (Allocation parents isolés)	44,6	31,8	30,8	19,5	23,4	22,5	23,0	28,2
Autres allocations, prestations	14,0	26,3	16,9	26,4	18,0	14,6	25,4	27,9
Retraite	9,5	13,0	5,0	5,1	4,8	8,7	3,0	9,4
Aucun revenu	7,0	6,7	5,3	3,8	12,5	26,0	14,4	8,0
Autre	11,4	0,5	9,0	0,7	28,6	2,4	3,1	4,2

* Comparaison selon le territoire, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Annexe 7 : Sources d'approvisionnement alimentaire^ε selon le type d'aliments et le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

	Marseille N=361	Dijon N=330	Paris N=432	92 N=335	93 N=264	94 N=297	p ^a	Total N=2019	[IC à 95%]
Fruits et légumes frais							***		
Aide alimentaire uniquement	5,5	3,7	22,9	10,9	9,6	24,0		13,4	[11,0 - 16,3]
Aide alimentaire + autres sources	56,9	82,9	76,4	72,6	89,1	75,2		75,9	[68,4 - 82,1]
Autres sources uniquement	37,6	13,4	0,7	16,5	1,3	0,8		10,7	[5,1 - 20,8]
Viande, charcuterie							***		
Aide alimentaire uniquement	5,2	5,5	29,3	18,8	15,5	20,0		17,5	[14,7 - 20,7]
Aide alimentaire + autres sources	5,1	64,9	40,2	54,0	57,5	47,9		43,5	[38,0 - 49,1]
Autres sources uniquement	89,7	29,6	30,5	27,2	27,0	32,0		39,0	[32,2 - 46,4]
Poisson							***		
Aide alimentaire uniquement	2,1	12,4	50,6	30,4	36,4	41,4		33,8	[29,1 - 38,8]
Aide alimentaire + autres sources	0,0	28,9	20,1	31,1	49,1	39,8		31,5	[26,6 - 36,8]
Autres sources uniquement	97,9	58,7	29,3	38,5	14,5	18,8		34,7	[27,3 - 43,0]
Fromage							***		
Aide alimentaire uniquement	17,7	25,6	43,1	42,5	46,4	52,6		39,8	[35,8 - 43,9]
Aide alimentaire + autres sources	69,2	57,1	50,4	52,7	51,1	43,6		53,9	[50,6 - 57,2]
Autres sources uniquement	13,1	17,4	6,6	4,7	2,5	3,8		6,3	[4,3 - 9,3]
Autres produits laitiers, œufs, beurre							***		
Aide alimentaire uniquement	13,3	11,0	45,2	36,8	45,6	49,4		37,4	[33,3 - 41,7]
Aide alimentaire + autres sources	65,6	72,4	50,7	56,7	53,7	49,3		55,9	[50,9 - 60,7]
Autres sources uniquement	21,1	16,6	4,2	6,5	0,7	1,4		6,8	[3,0 - 14,5]
Boissons non alcoolisées							***		
Aide alimentaire uniquement	1,1	4,6	17,6	0,8	2,4	0,8		5,0	[3,3 - 7,5]
Aide alimentaire + autres sources	2,5	30,4	20,7	3,4	6,5	1,2		8,6	[6,2 - 11,9]
Autres sources uniquement	96,4	64,9	61,7	95,8	91,1	97,9		86,4	[81,4 - 90,2]
Pain^c							**		
Aide alimentaire uniquement	2,1	9,3	26,5	19,0	9,4	10,2		13,8	[9,8 - 19,0]
Aide alimentaire + autres sources	29,0	36,3	42,1	65,1	37,1	36,8		41,6	[33,1 - 50,7]
Autres sources uniquement	68,9	54,5	31,4	15,9	53,5	53,0		44,6	[33,2 - 56,6]

^ε parmi les personnes qui se procurent ces types de denrées

^a Comparaison selon le territoire, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Annexe 8 : Ancienneté du recours à l'aide alimentaire selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

	Marseille N=361	Dijon N=330	Paris N=432	92 N=335	93 N=264	94 N=297	p ^a	Total N=2019	[IC à 95%]
0 - 5 mois	24,6	26,5	26,6	31,5	26,7	30,7	NS	27,5	[23,5 - 31,9]
6 - 11 mois	2,4	12,9	5,8	5,4	4,5	2,6		4,6	[3,3 - 6,5]
[1 - 2 ans[	21,4	15,4	13,9	16,3	18,2	15,0		17,0	[12,9 - 22,2]
[2 - 5 ans[	27,0	20,2	23,5	21,5	29,2	31,3		26,1	[22,9 - 29,7]
≥ 5 ans	24,6	25,0	30,2	25,3	21,4	20,4		24,7	[20,9 - 28,9]

^a Comparaison selon le territoire, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Annexe 9 : Types de structures de distribution d'aide alimentaire fréquentées au cours des douze derniers mois selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

	Marseille N=361	Dijon N=330	Paris N=432	92 N=335	93 N=264	94 N=297	p ^a	Total N=2019	[IC à 95%]
Types de structures fréquentées									
Distribution de denrées uniquement	88,6	91,6	38,3	89,0	99,9	91,7	***	80,9	[74,8 - 85,9]
Distribution de repas uniquement	7,9	6,6	56,2	1,1	0,1	0,2		14,6	[10,2 - 20,4]
Distributions de repas et de denrées	3,5	1,8	5,5	9,9	0,0	8,1		4,5	[3,0 - 6,8]
Au moins une structure distribuant des bons d'achats, chèques ou remboursements fréquentée	5,6	2,9	0,9	13,1	14,5	16,9	**	9,4	[7,2 - 12,3]

^a Comparaison selon le territoire, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Annexe 10 : Caractéristiques de l'aide alimentaire reçue au cours des douze derniers mois selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

	Marseille N=361	Dijon N=330	Paris N=432	92 N=335	93 N=264	94 N=297	p ^a	Total N=2019	[IC à 95%]
Venir sans rendez-vous	58,1	60,2	87,9	74,5	81,6	76,3	NS	76,3	[67,9 - 83,0]
Ouverture continue sur l'année	40,9	56,3	42,5	20,2	13,8	4,1	**	26,8	[20,1 - 34,8]
Heures d'ouverture suffisamment étendues	92,7	83,8	87,0	85,8	90,6	76,1	**	87,6	[84,9 - 89,9]
Pouvoir choisir ce que vous emportez chez vous ^b	31,9	57,6	22,1	57,7	43,1	82,3	***	43,5	[37,8 - 49,3]
Avoir suffisamment de diversité dans les aliments proposés	53,7	58,7	68,0	70,9	72,4	69,8	*	67,0	[62,5 - 71,2]
Avoir des aliments qui correspondent à vos habitudes culturelles	54,1	68,1	73,8	76,9	71,7	72,6	**	69,9	[65,6 - 73,9]
Avoir suffisamment de temps entre la distribution et la date limite de consommation des aliments ^b	77,7	42,1	31,9	60,9	76,8	60,9	***	61,2	[55,1 - 66,9]
Possibilité de participer à des ateliers cuisine	1,5	30,8	4,0	17,4	0,8	39,5	***	9,7	[7,1 - 13,1]
Avoir des recettes ou des guides pour savoir ce qu'il est conseillé de manger	1,4	5,3	1,8	9,9	14,1	21,5	**	8,7	[5,0 - 14,8]
Contribuer aux activités de fonctionnement de la structure	24,6	40,8	13,3	28,5	13,3	17,5	**	19,4	[15,7 - 23,8]
Participer financièrement	51,1	39,8	11,4	15,4	13,1	4,2	**	20,0	[12,1 - 31,1]
Avoir des conseils ou des plats adaptés pour les enfants ^{b,c}	9,7	16,5	15,5	43,9	39,5	42,6	***	31,7	[27,4 - 36,3]

^a Comparaison selon le territoire, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

^b parmi les usagers des structures « Denrées ».

^c parmi les personnes qui ont des enfants à charge.

Annexe 11 : Absence de consommation de certains des aliments distribués selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

	Marseille N=361	Dijon N=330	Paris N=432	92 N=335	93 N=264	94 N=297	p ^a	Total N=2019	[IC à 95%]
Absence de consommation car...									
Ne sait pas les cuisiner [£]	1,2	7,4	4,0	5,8	3,9	18,4	***	5,7	[4,1 - 7,8]
Ne peut pas les cuisiner [£]	0,7	4,5	4,8	2,3	0,6	8,5	***	2,6	[1,7 - 3,8]
Ne les aime pas, n'a pas l'habitude d'en manger	13,8	26,7	22,2	27,1	13,2	34,9	***	20,5	[17,5 - 23,8]
Ses traditions ne l'y encouragent pas, lui déconseillent	20,8	8,1	23,8	3,9	3,3	42,7	***	15,5	[12,3 - 19,5]
Ne les supporte pas, lui provoquent des allergies, pour des raisons de santé	3,2	6,4	10,6	1,0	2,1	14,5	***	5,5	[4,0 - 7,6]

^a Comparaison selon le territoire, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

[£] Questions non posées aux personnes fréquentant uniquement des structures « Repas ».

Annexe 12 : Prises alimentaires et insécurité alimentaire selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

	Marseille N=361	Dijon N=330	Paris N=432	92 N=335	93 N=264	94 N=297	p ^a	Total N=2019	[IC à 95%]
Nombre de prises alimentaires la veille de l'enquête									
≤ 1	5,9	17,6	22,0	10,0	6,6	12,8	***	11,6	[9,6 - 13,9]
2	28,0	30,2	33,7	19,2	28,7	27,2		27,9	[24,6 - 31,6]
3	37,3	34,8	38,0	34,2	35,8	44,9		37,2	[34,5 - 39,9]
≥ 4	28,8	17,3	6,4	36,6	29,0	15,1		23,3	[19,5 - 27,6]
Situation du foyer en termes d'accès à l'alimentation							**		
A suffisamment de tous les aliments souhaités	16,8	33,1	23,6	26,7	32,7	18,9		25,1	[21,9 - 28,7]
A suffisamment mais pas toujours de tous les aliments souhaités	43,6	46,8	45,9	41,8	41,4	40,8		43,0	[40,0 - 46,1]
N'a parfois pas suffisamment à manger	29,8	12,7	19,9	23,1	18,6	22,3		22,0	[19,3 - 25,0]
N'a souvent pas suffisamment à manger	9,9	7,4	10,6	8,4	7,2	18,0		9,9	[8,3 - 11,7]

^a Comparaison selon le territoire, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Annexe 13 : Faibles consommations des différents groupes d'aliments selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

	Marseille N=361	Dijon N=330	Paris N=432	92 N=335	93 N=264	94 N=297	p ^a	Total N=2019	[IC à 95%]
Fruits et légumes									
< 3,5 fois / jour	83,0	85,7	88,6	83,8	80,6	69,8	*	82,4	[79,1 - 85,4]
Produits laitiers									
< 3 fois / jour	80,1	79,7	90,3	81,7	70,1	78,3	***	79,7	[75,9 - 83,0]
Féculeux									
< 3 fois / jour	47,7	61,4	61,0	46,6	53,2	39,5	**	51,7	[48,3 - 55,0]
Viande, poisson, œufs									
< 1 fois / jour	45,7	48,0	40,7	43,9	28,6	39,1	***	39,1	[36,2 - 42,2]
Produits de la pêche									
< 2 fois / semaine	60,1	75,7	63,2	64,4	55,9	64,0	NS	61,3	[57,7 - 64,8]

^a Comparaison selon le territoire, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Guide de lecture du tableau : parmi les usagers de Marseille, 83,0% consomment moins de 3,5 fois par jour des fruits et légumes.

Annexe 14 : Consommation fréquente de produits gras et salés, et de produits sucrés selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

	Marseille N=361	Dijon N=330	Paris N=432	92 N=335	93 N=264	94 N=297	p ^a	Total N=2019	[IC à 95%]
Produits gras et salés									
≥ 1 fois / jour	14,1	12,7	6,7	8,3	7,1	12,8	NS	9,3	[7,4 - 11,6]
Produits sucrés									
≥ 1 fois / jour	37,1	20,0	17,4	47,0	21,0	19,7	***	27,4	[23,7 - 31,4]

^a Comparaison selon le territoire, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Guide de lecture du tableau : parmi les usagers de Marseille, 14,1% consomment des produits gras et salés au moins une fois par jour.

Annexe 15 : Consommations de boissons sucrées et de boissons alcoolisées au cours des douze derniers mois selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

	Marseille N=361	Dijon N=330	Paris N=432	92 N=335	93 N=264	94 N=297	p ^a	Total N=2019	[IC à 95%]
Fréquence de consommation de sodas							***		
Jamais	13,9	22,2	65,3	12,7	28,9	47,2		33,2	[28,9 - 38,6]
< 2 fois / semaine	33,8	24,3	12,7	21,8	25,3	4,6		21,2	[18,4 - 24,2]
≥ 2 fois / semaine	27,0	21,7	11,0	27,2	16,8	19,1		19,6	[16,5 - 23,0]
Tous les jours	25,3	31,8	11,0	38,3	29,0	29,1		26,0	[22,6 - 29,8]
Fréquence de consommation d'alcool							***		
Jamais	64,7	49,3	64,6	60,3	81,0	72,4		68,7	[64,7 - 72,6]
< 2 fois / semaine	25,0	33,4	17,2	22,1	14,6	13,1		18,9	[16,4 - 21,6]
≥ 2 fois / semaine	5,1	12,1	6,7	8,6	4,0	5,7		6,1	[4,7 - 7,8]
Tous les jours	5,2	5,2	11,5	9,0	0,4	8,8		6,3	[4,8 - 8,2]

^a Comparaison selon le territoire, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Annexe 16 : Evolution des fréquences de consommation des différents groupes d'aliments selon les territoires entre 2004-2005 et 2011-2012 – Abena (%)

	Marseille		Dijon		Paris		Seine-Saint-Denis	
	2004-2005 N=258	2011-2012 N=361	2004-2005 N=263	2011-2012 N=330	2004-2005 N=364	2011-2012 N=432	2004-2005 N=279	2011-2012 N=264
Fruits et légumes		NS		NS		**		**
<3,5 fois par jour	92,8	83,0	90,4	85,7	93,9	88,6	96,1	80,7
3,5 à 5 fois par jour	3,3	11,7	8,3	9,4	5,7	7,1	2,8	12,5
≥ 5 fois par jour	3,9	5,3	1,4	4,8	0,4	4,3	1,1	6,8
Produits laitiers		NS		NS		*		***
<3 fois par jour	72,4	80,1	77,1	79,7	96,6	90,3	89,2	70,1
3 fois par jour	19,9	10,8	17,5	14,7	3,3	9,5	10,5	21,3
>3 fois par jour	7,7	9,1	5,4	5,6	0,1	0,2	0,3	8,6
Féculents^b		*		***		NS		NS
<3 fois par jour	33,7	47,7	56,0	61,4	57,1	61,0	51,2	53,2
3 fois par jour	19,7	18,4	24,9	7,7	27,0	19,8	22,8	19,6
>3 fois par jour	46,6	33,9	19,1	30,9	15,9	19,2	26,0	27,2
Viande, poisson, œufs^c		*		*		**		***
<1 fois par jour	33,0	45,7	41,4	48,0	59,2	41,9	30,1	28,5
1 à 2 fois par jour	52,7	44,7	47,9	33,8	32,2	48,9	64,7	43,9
>2 fois par jour	14,3	9,6	10,7	18,2	8,6	9,2	5,2	27,6
Produits de la pêche^d		NS		*		*		NS
Jamais	2,5	0,6	24,2	12,1	12,2	7,9	6,7	3,4
<2 fois par semaine	51,4	59,5	53,8	63,6	72,3	55,3	60,4	52,4
≥ 2 fois par semaine	46,1	39,9	22,0	24,3	15,5	36,8	32,9	44,2

^a Comparaison selon le territoire, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

En gras, fréquences de consommation cohérentes avec les repères du PNNS.

Annexe 17 : Hypertension artérielle et corpulence selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

	Marseille N=361	Dijon N=330	Paris N=432	92 N=335	93 N=264	94 N=297	p ^a	Total N=2019	[IC à 95%]
Hypertension artérielle									
Hypertension à la mesure	42,4	31,2	44,6	44,9	30,7	26,6	NS	40,0	[35,9-44,3]
Hypertension à la mesure ou prise d'hypotenseurs	45,1	35,3	46,8	48,0	33,9	30,9	NS	42,9	[38,8-47,1]
Corpulence							*		
Maigre	0,4	4,3	2,0	3,5	0,8	0,9		1,6	[0,9-2,9]
Poids normal	30,1	44,8	42,4	40,0	21,0	36,1		33,5	[28,9-38,6]
Surpoids	40,2	28,1	33,2	28,6	41,3	37,9		36,0	[31,9-40,4]
Obésité	29,3	22,8	22,4	27,9	36,9	25,1		28,8	[24,6-33,3]

^a Comparaison selon le territoire, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

Annexe 18 : Etat de santé perçu, état de santé bucco-dentaire, troubles du sommeil et usage du tabac selon le territoire en 2011-2012 – Abena (%)

	Marseille N=361	Dijon N=330	Paris N=432	92 N=335	93 N=264	94 N=297	p ^a	Total N=2019	[IC à 95%]
Etat de santé perçu							***		
Excellent / Bon	41,1	51,7	44,1	41,5	51,4	28,4		43,7	[40,7 - 46,8]
Assez bon	36,3	28,4	24,6	30,1	30,7	27,1		29,8	[27,2 - 32,6]
Mauvais / Très mauvais	22,6	19,9	31,3	28,4	17,9	44,5		26,5	[23,5 - 29,6]
Déclaration de maladie chronique	57,9	42,4	50,6	50,5	49,2	60,1		52,2	[48,9 - 55,5]
Dernière visite chez le dentiste							***		
< 12 mois	34,1	56,1	39,2	44,3	48,4	36,9		42,1	[38,3 - 46,0]
12-24 mois	27,5	16,7	13,5	19,8	17,3	12,9		18,2	[15,6 - 21,3]
≥ 2 ans	31,4	25,2	44,2	25,6	26,3	43,7		32,9	[29,5 - 36,5]
Jamais	7,0	2,0	3,1	10,3	8,0	6,5		6,8	[5,0 - 9,1]
Nombre de dents manquantes							NS		
Aucune	37,5	45,3	44,0	45,1	36,6	36,1		40,2	[36,9 - 43,5]
1 à 4	38,6	31,4	30,8	38,0	38,7	41,9		36,8	[33,9 - 39,9]
5 à 14	21,1	18,4	20,6	12,0	22,7	19,0		19,6	[15,9 - 23,8]
≥ 15	2,8	4,9	4,6	4,9	2,0	3,0		3,4	[2,5 - 4,8]
Gêne liée aux dents							***		
Jamais	60,7	56,1	65,6	58,4	57,7	48,2		59,1	[55,7 - 62,3]
De temps en temps	16,5	22,3	12,5	13,9	22,5	7,6		16,0	[14,0 - 18,4]
Souvent	22,8	21,6	22,0	27,7	19,8	44,2		24,9	[22,0 - 27,9]
Problème de sommeil présent au moins 3 fois par semaine depuis au moins 1 mois									
Avoir du mal à s'endormir	43,2	42,9	41,7	43,8	45,2	68,6	*	46,2	[41,8 - 50,6]
Se réveiller la nuit avec des difficultés pour se rendormir	47,0	41,4	34,5	49,3	45,9	69,2	***	46,4	[42,1 - 50,8]
Se réveiller trop tôt le matin sans pouvoir vous endormir	29,8	44,0	27,3	41,7	42,1	66,2	***	39,1	[34,9 - 43,4]
Satisfaction vis-à-vis de la qualité du sommeil							***		
Très satisfait ou plutôt satisfait	48,3	62,6	55,1	42,2	55,1	43,4		50,6	[47,2 - 54,0]
Ni satisfait, ni insatisfait	24,5	8,0	9,6	26,0	17,1	7,5		17,0	[14,5 - 19,8]
Pas satisfait ou pas du tout satisfait	27,3	29,4	35,3	31,8	27,8	49,1		32,4	[29,5 - 35,5]
Usage du tabac							***		
Fume quotidiennement	34,6	52,4	28,4	31,5	17,9	27,4		27,9	[25,0 - 31,0]
Fume occasionnellement	2,8	3,0	10,9	1,0	2,3	2,7		4,1	[2,7 - 6,3]
Ne fume pas mais a déjà fumé	11,1	15,8	15,4	14,0	13,3	14,9		13,8	[12,0 - 15,8]
N'a jamais fumé	51,5	28,8	45,3	53,5	66,5	55,0		54,2	[50,4 - 57,9]

^a Comparaison selon le territoire, test du Chi2 sur les effectifs pondérés ; NS=non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

