

# Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire

## Étude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005

D. Grange<sup>1</sup>, K. Castetbon<sup>2</sup>, G. Guibert<sup>1</sup>, M. Vernay<sup>2</sup>, H. Escalon<sup>3</sup>, A. Delannoy<sup>1</sup>, V. Féron<sup>1</sup>, C. Vincelet<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Observatoire régional de santé Île-de-France

<sup>2</sup> Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Institut de veille sanitaire et Université Paris 13)

<sup>3</sup> Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

*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 permettre d'en atténuer les effets délétères.*

*La première étude Abena, réalisée en 2004-2005 par l'InVS, avait donné lieu à une description des profils sociodémographiques, de l'alimentation et de l'état nutritionnel des personnes ayant recours à l'aide alimentaire dans quatre zones urbaines en France métropolitaine.*

*Depuis 2005, le contexte économique et social a changé et l'organisation de l'aide alimentaire a été*

*revue. Pour actualiser les connaissances sur ces différents aspects et analyser les évolutions depuis 2004-2005, l'étude Abena a été reconduite selon un protocole similaire, au cours de l'hiver 2011-2012 dans six zones urbaines (cf. encadré p.4).*

*Ces nouvelles informations pourront notamment contribuer à la réflexion sur l'amélioration de l'organisation de l'aide alimentaire en France.*

*Cette plaquette présente une synthèse des principaux résultats de l'étude 2011-2012, ainsi que des évolutions observées depuis 2004-2005. L'ensemble des résultats est disponible dans un rapport téléchargeable sur les sites internet de l'ORS Île-de-France, de l'InVS et de l'Inpes.*

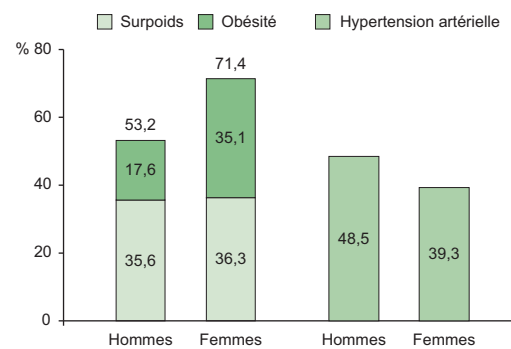
### Santé et état nutritionnel

En 2011-2012, la prévalence de l'obésité chez les usagers de l'aide alimentaire était de 28,8%. Chez les femmes, elle était particulièrement élevée (35,1%) (Fig. 1) et avait significativement augmenté depuis 2004-2005, y compris après prise en compte des évolutions sociodémographiques. Chez les hommes, la prévalence de l'obésité était moindre que chez les femmes (17,6%). Si elle avait également augmenté depuis 2004-2005, cette augmentation n'était plus significative après prise en compte des évolutions sociodémographiques.

La prévalence de l'hypertension artérielle était également élevée : 48,5% chez les hommes et 39,3% chez les femmes (Fig. 1). Cependant, seuls 5,3% des usagers de l'aide alimentaire déclaraient prendre un traitement hypotenseur. Depuis 2004-2005, la prévalence de l'hypertension artérielle avait augmenté, cette hausse ne restant significative que chez les hommes après prise en compte des évolutions sociodémographiques.

La prévalence du diabète était plus élevée qu'en population générale, en particulier pour les femmes

**Fig. 1 : Surpoids, obésité et hypertension artérielle selon le sexe en 2011-2012 (données mesurées) (%)**



Source : Etude Abena 2011-2012 (ensemble des six territoires)

(8,9% contre 3,3% dans l'Etude nationale nutrition santé, ENNS 2006-2007).

Par ailleurs, la prévalence de l'anémie était élevée par rapport à la population générale, mais en nette diminution depuis 2004-2005. Ainsi, l'anémie ferriprive chez les femmes en âge de procréer était de 7,6% en 2011-2012 contre 3,0% en population générale (ENNS 2006-2007) et 16,1% dans l'étude Abena 2004-2005. La prévalence des déficits

L'étude Abena 2011-2012 a été financée par l'Institut de veille sanitaire, la Direction générale de la cohésion sociale, l'Institut d'aménagement et d'urbanisme Île-de-France pour l'Observatoire régional de santé Île-de-France et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

sévères en vitamine D (<10 ng/ml) était également élevée (45,9% contre 4,8% dans ENNS 2006-2007), alors que le risque de déficit en folates

(<4,4 ng/ml) concernait 27,2% des usagers de l'aide alimentaire, soit une proportion proche de ce qui est observé en population générale.

## Consommations alimentaires

Une part importante des usagers de l'aide alimentaire mangeait un nombre restreint de fois au cours d'une journée : en 2011-2012, 39,5% des usagers déclaraient moins de trois prises alimentaires la veille de l'enquête.

Les fréquences de consommation pour certains groupes d'aliments étaient très éloignées des recommandations nutritionnelles et inférieures à celles observées en population générale. Ainsi, seuls 6,5% des usagers déclaraient consommer des fruits et légumes cinq fois par jour ou plus (Fig. 2). Pour les produits laitiers, 14,7% des usagers en consommaient trois fois par jour. Cependant, entre 2004-2005 et 2011-2012, l'évolution allait dans le sens d'une légère augmentation des fréquences de consommation de ces aliments. Cette augmentation était également observée après prise en compte des évolutions sociodémographiques pour les usagers des structures « Denrées ». D'autres évolutions favorables ont été observées pour les produits de la pêche (usagers des structures « Denrées ») ou pour les « viande, poisson, œufs » (usagers des

Fig. 2 : Fréquence de consommation des différents types d'aliments selon le type de structures en 2011-2012 (%)



En vert : fréquences cohérentes avec les repères du Programme national nutrition santé.

Source : Etude Abena 2011-2012 (ensemble des six territoires)

structures « Repas »). Cette dernière n'était pas significative après prise en compte des évolutions sociodémographiques.

## Approvisionnements alimentaires

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 notamment avoir recours uniquement à l'aide alimentaire pour se procurer des produits non périssables (pâtes, riz, farine, etc.) et des conserves ou du lait UHT. 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 (Fig. 3). Par ailleurs, 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 63,6% des usagers des structures « Denrées » en

2004-2005, contre 29,4% en 2011-2012.

Le recours à l'aide alimentaire était relativement ancien : en 2011-2012, un usager sur deux (50,8%) y avait recours depuis plus de deux ans, soit une proportion plus élevée qu'en 2004-2005 (34,5%). Parmi les usagers qui avaient recours à l'aide alimentaire depuis un an ou plus, 66,7% y avaient eu recours tous les ans. Cependant, la continuité du recours (c'est-à-dire tous les mois) était limitée par la fermeture des structures à certaines périodes de l'année, notamment pour les usagers des structures « Denrées ».

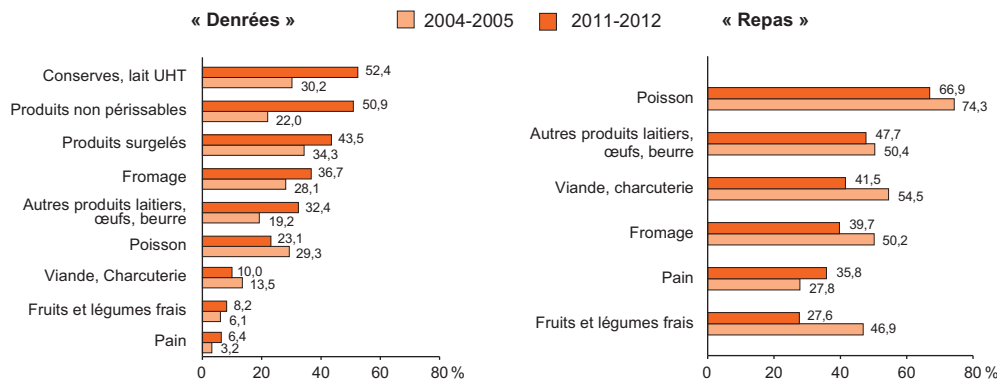
Peu d'usagers (4,5%) avaient recours à la fois à des structures « Denrées » et des structures « Repas ». La plupart des usagers des structures « Denrées » (79,0%) fréquentaient une seule structure, alors que plus de la moitié des usagers des structures « Repas » (56,8%) en fréquentaient plusieurs.

Comparé à 2004-2005, les usagers étaient

davantage satisfaits en 2011-2012 de la diversité des aliments proposés et des possibilités de choix dans les structures qu'ils fréquentaient. En revanche, ils exprimaient le souhait d'une ouverture continue sur l'année des structures, de

pouvoir contribuer davantage aux activités de fonctionnement des structures et d'avoir accès à des conseils, des guides ou des « ateliers cuisine », quand ce n'était pas le cas dans les structures qu'ils fréquentaient.

**Fig. 3 : Evolution de l'approvisionnement uniquement par l'aide alimentaire entre 2004-2005 et 2011-2012 selon le type de structures (%)**



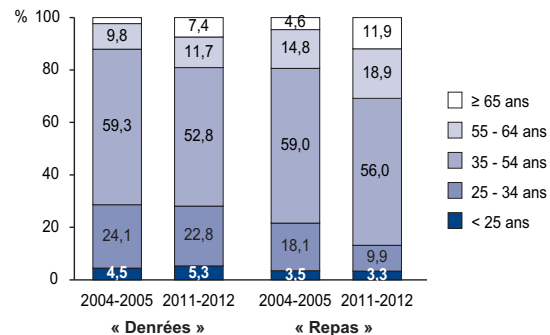
Source : Etudes Abena 2004-2005 et 2011-2012 (analyse restreinte à Marseille, Dijon, Paris et la Seine-Saint-Denis).

## Profils sociodémographiques

La population fréquentant les structures d'aide alimentaire était plutôt d'âge intermédiaire comparée à la population générale adulte : elle comprenait peu de moins de 25 ans (5,4% *versus* 11,1%) et peu de 65 ans ou plus (7,7% *versus* 22,2%). Cependant, il a été observé un vieillissement des usagers entre 2004-2005 et 2011-2012 (Fig. 4), la proportion des 65 ans ou plus étant passée de 3,2% à 8,4%. Par ailleurs, la proportion de familles monoparentales chez les usagers des structures « Denrées » était particulièrement importante (33,8% *versus* 7,9% en population générale).

Comme attendu dans le contexte de l'aide alimentaire, la situation socioéconomique des usagers était très mauvaise. De manière générale, le niveau de formation était faible (43,9% des usagers n'avaient aucun diplôme ou un certificat d'études primaires *versus* 26,8% en population générale) et la part de la population au chômage était très élevée (41,4% *versus* 9,3% en population générale au premier trimestre 2011). Le profil des personnes avait par ailleurs évolué entre les deux études, avec une diminution sur les territoires communs de la proportion de personnes peu diplômées (de 58,5% à 44,2%), une augmentation des proportions de

**Fig. 4 : Evolution de l'âge des usagers de l'aide alimentaire entre 2004-2005 et 2011-2012 selon le type de structures (%)**



Source : Etudes Abena 2004-2005 et 2011-2012 (analyse restreinte à Marseille, Dijon, Paris et la Seine-Saint-Denis).

personnes au chômage (32,8% à 41,1%), de retraités (4,5% à 10,2%) et de personnes ayant un emploi (5,5% à 11,1%).

Les dépenses alimentaires moyennes demeuraient à un niveau particulièrement bas (estimées en moyenne, 2,3 euros par personne et par jour en 2011-2012, 2,6 euros en 2004-2005).

Enfin, la population était vulnérable en termes d'accès aux soins, 10,1% des usagers déclarant ne bénéficier d'aucune couverture maladie au moment de l'enquête et 14,4% de la population ayant une couverture maladie sans assurance complémentaire.

## Conclusion

En 2011-2012, l'état de santé des usagers de l'aide alimentaire demeurait préoccupant avec des prévalences des pathologies liées à la nutrition (obésité, hypertension artérielle, diabète, certains déficits vitaminiques) particulièrement élevées. L'étude souligne en outre un 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 de légères améliorations aient été observées depuis 2004-2005. L'évolution favorable de certains marqueurs biologiques de l'état nutritionnel, comme la baisse de l'anémie par carence en fer, encourage à poursuivre les actions entreprises pour améliorer l'organisation de l'aide alimentaire (diversité des aliments proposés, choix pour les usagers...).

Par ailleurs, l'aide alimentaire était souvent l'unique source d'approvisionnement. Si elle semble permettre un accès suffisant à certains aliments, et pourrait ainsi limiter l'insécurité alimentaire à laquelle ces populations sont confrontées, la disponibilité d'autres aliments apparaît insuffisante. En outre, la fermeture de certaines structures à certaines périodes de l'année restait une difficulté importante à surmonter pour les usagers.

Enfin, l'étude rappelle l'hétérogénéité des profils des usagers de l'aide alimentaire et leurs conditions de vie difficiles, en termes notamment de situations familiales, d'emploi, de logement, ainsi que d'accès et de renoncement aux soins.

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. Ces résultats sont utiles pour les politiques publiques dans le contexte actuel de crise économique et de discussions sur les modalités de financement de l'aide alimentaire, ceci en complément d'une politique sanitaire, économique et sociale plus globale visant notamment à réduire les inégalités sociales de santé.

### Méthodes de l'étude Abena 2011-2012

L'étude portait sur les adultes de 18 ans ou plus ayant eu recours à l'aide alimentaire au cours de l'hiver 2011-2012, dans six territoires urbains : Paris, Marseille, Grand-Dijon, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Hauts-de-Seine (les quatre premiers territoires étant communs avec la première étude Abena réalisée en 2004-2005). Il s'agit d'une étude transversale, l'inclusion des personnes enquêtées ayant eu lieu de novembre 2011 à mi-avril 2012. Les personnes ont été tirées au sort aléatoirement selon un plan stratifié à deux degrés, avec un tirage au sort de structures distribuant de l'aide alimentaire, puis d'usagers au sein de chaque structure sélectionnée. Les structures de distribution incluses dans l'étude étaient de deux types : distribution de denrées alimentaires à emporter sous forme de paniers sans choix possible pour les usagers, de paniers avec choix ou de denrées distribuées en « libre-service » (structures « Denrées »), et distribution de repas (chauds ou froids servis et consommés dans la structure, structures « Repas »). Les personnes ayant accepté de participer répondaient à un questionnaire en face-à-face. Par ailleurs, il était proposé aux personnes une mesure de leurs poids, taille et pression artérielle dans les structures de distribution. Une seconde étape de l'enquête se déroulait en centre de santé pour les personnes ayant donné leur consentement éclairé. Un examen clinique et un prélèvement biologique étaient alors réalisés.

Au total, 96 structures distribuant de l'aide alimentaire ont été contactées, et 77 ont accepté que l'enquête s'y déroule. Le questionnaire a été proposé à 4 578 personnes éligibles, et 2 019 personnes ont accepté de participer (44,1%) : 1 575 personnes dans les structures « Denrées » et 444 personnes dans les structures « Repas ». Par ailleurs, 422 personnes ont participé à l'examen clinique et biologique (22,4% des personnes à qui celui-ci a été proposé).

Les analyses ont été réalisées sur données pondérées et tiennent compte du plan de sondage. Les évolutions ont été analysées sur les quatre territoires communs aux deux études. Des régressions logistiques ajustées sur certaines caractéristiques sociodémographiques ont été effectuées afin de tenir compte des évolutions des profils sociodémographiques des usagers de l'aide alimentaire entre les deux études.

Les définitions et les références bibliographiques sont précisées dans le rapport de l'étude.

Nous adressons nos remerciements aux usagers de l'aide alimentaire et aux structures de distribution ayant accepté de participer à l'étude. Nous remercions également la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé, les centres d'examen de santé des Caisses primaires d'assurance maladie de Paris, Bobigny, Dijon et Marseille et les centres municipaux de santé de Malakoff, Vitry-sur-Seine, Champigny-sur-Marne, Gennevilliers et Nanterre, ainsi que leurs laboratoires, et l'Institut de biologie et de pathologie du centre hospitalier universitaire de Grenoble.