

COMPTE RENDU D'UNE EXPÉRIENCE PILOTE DE PRÉVENTION NUTRITIONNELLE

Alimentation et précarité : mise en place d'un réseau d'éducation pour la santé

Constats

L'influence favorable d'une alimentation suffisante, variée et équilibrée sur la santé est classiquement admise. Pourtant, les études produites durant la dernière décennie soulignent des sous-consommations de certains groupes d'aliments chez les personnes en situation de pauvreté, voire de précarité, qui représenteraient respectivement 9 % (soit 5 millions de personnes) et 20 à 25 % (soit 12 à 15 millions de personnes) de la population française selon le Haut Comité de la santé publique (1998).

Consommations alimentaires

Dans les données disponibles en 1990, issues de l'INSEE (Bertrand, 1993) et de la Fédération française des banques alimentaires (FFBA, 1990), on observait déjà une sous-consommation (ou une part budgétaire consacrée aux achats plus faible) de produits frais (fruits et légumes, produits laitiers, viandes et poissons) et une sur-consommation (ou une part budgétaire plus élevée) d'aliments riches en glucides et en graisses chez les familles issues de milieux défavorisés.

Depuis 1993, les enquêtes et rapports ont amené les faits suivants :

- l'enquête nancéienne (Herbeth *et al.*, 1993) a révélé des apports, notamment calciques, insuffisants (mais comparables à ceux observés dans une autre enquête prise comme population témoin) ;
- l'étude lilloise (Beun *et al.*, 1997) a constaté des perturbations importantes du rythme alimentaire et de l'équilibre alimentaire chez des jeunes femmes issues de milieux défavorisés ;
- l'étude « Revivre » (Durand-Gasselien, 1998) a confirmé des fréquences de consommation de produits frais (viandes, poissons, fruits et légumes) plus faibles chez les personnes démunies que dans le reste de la population. Elle observe également une plus forte prévalence de repas à plat unique et de saut de repas ;
- l'enquête de 1995 de la FFBA (Hoint-Pradier, 1995) apporte des données concernant la déstructuration des repas (par saut de certains repas), la notion de manque de variété et de monotonie des repas et, enfin, la notion de consommation par « à coup » en fonction du versement des prestations sociales ;
- l'enquête, publiée en 1997 par l'INSEE sur le budget des ménages en 1995 (Clément *et al.*, 1997), confirme que les écarts les plus importants en matière de dépenses (rapportées à une base 100) sont observés pour les « fruits » (indice 76), puis pour les « viandes » et « laits et fromages » (indices 78), enfin pour les légumes (indice 85) pour les ménages ayant les plus faibles revenus ;

- le baromètre nutrition CFES/CERIN (Michaud *et al.*, 1998) montre que les Français sous le seuil de pauvreté de 610 euros de revenus mensuels sont plus nombreux à fréquenter la restauration rapide et moins les autres types de restaurant (de loisir ou du travail), sont davantage seuls lors de chacun des trois principaux repas, consacrent moins de temps au repas du soir, regardent davantage la télévision au déjeuner et au dîner, favorisent moins un plat principal au déjeuner au profit d'un fromage ou d'un produit laitier, composent davantage leur dîner en un seul plat. Ces personnes achètent davantage en grande ou moyenne surfaces, élaborent davantage leurs menus en fonction de leur budget. En termes d'aliments, ils sont plus nombreux à ne consommer simultanément ni fruits ni légumes; ils prennent également moins fréquemment des boissons alcoolisées (bien que lorsqu'ils en consomment, la quantité absorbée est plus importante) et, notamment, moins d'apéritifs avant le déjeuner et le dîner.

D'autres associations positives sont observées entre revenus et consommation de céréales prêtes à consommer lors du petit déjeuner, de produits « tout prêt », de jus de fruits, de produits laitiers, de poissons et de crustacés, de fruits et également entre revenus et composition idéale du petit déjeuner. Une étude du Centre Foch (Astier-Dumas, 1999) confirme les observations sus-citées. Ces résultats décrivent des consommations alimentaires observées chez les adultes.

Chez les enfants, les données, déjà anciennes (Violettes *et al.*, 1987), vont également dans le sens d'une moindre consommation de produits frais et une consommation accrue de produits à base de glucides et lipides. Plus récemment, l'étude multicentrique sur l'alimentation des collégiens et lycéens (Michaud *et al.*, 1999) montre que les élèves des établissements accueillants plus de familles défavorisées consomment plus fréquemment des aliments que l'on peut caractériser comme riches en graisses ou en sucres.

Conséquences supposées pour la santé

Très peu d'études françaises abordent ce sujet dans la mesure où la prise de conscience des inégalités sociales de santé est relativement récente en France. Une étude de 1986 de Rolland-Cachera (Rolland-Cachera et Bellisle, 1986) montrait déjà une prévalence de l'obésité plus forte parmi les enfants des catégories sociales modestes et des ingesta plus élevés mais ne pouvait, en revanche, établir de corrélation individuelle entre adiposité et ingesta. La piste de l'appartenance à un modèle social comme piste explicative à cette obésité plus fréquente était évoquée. Le rapport du Haut Comité de la Santé publique (1994), « *La santé en France* », a posé clairement ce diagnostic, en affirmant que « la précarité, l'insertion » devait dorénavant être reconnue comme un déterminant prioritaire de l'état de santé de la population.

En ce qui concerne les suggestions de liens plus spécifiques entre alimentation et santé, les données françaises disponibles concernent essentiellement les problèmes de surpoids et d'obésité.

Ainsi le baromètre nutrition CFES/CERIN (Michaud *et al.*, 1998) révèle une plus forte prévalence de l'obésité chez les femmes à faibles revenus que chez les autres femmes. Une étude, menée avec des bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (Ziegler *et al.*, 1998), montre une plus grande prévalence du surpoids et de l'obésité chez ces sujets que chez des sujets témoins.

L'étude multicentrique, « restauration scolaire et précarité » (Michaud *et al.*, 1999), montre que certains facteurs de précarité, tels que la fréquentation d'un collège accueillant davantage de familles précaires, ne pas être parti en vacances dans la dernière année, appartenir à une fratrie de plus de quatre enfants, ainsi que le fait de ne pas savoir si leur famille rencontre ou non des difficultés dans la gestion du budget alimentaire, constituent des facteurs de risque péjoratif de la corpulence des élèves.

En revanche, comme l'avait également montré une étude conduite dans les Hauts-de-Seine (Deschamps *et al.*, 1996), les situations de maigreur (donc de dénutrition) ne sont pas plus importantes dans les établissements scolaires sensibles que dans les autres établissements.

Pour recueillir d'autres suggestions de liens entre alimentation, santé et précarité, les études anglo-saxonnes sont indispensables. C'est ainsi que :

- des études américaines montrent une prévalence élevée d'un bas rapport taille pour l'âge et poids pour la taille chez les enfants issus de familles pauvres (Miller et Korenman, 1994), et affirment que la pauvreté contribue à l'augmentation de l'incidence et de la mortalité par cancer (Wilkes *et al.*, 1994) ;

- des études canadiennes montrent que les nourrissons montréalais issus de familles économiquement désavantagées sont à risque d'anémie ferriprive (Lehman *et al.*, 1992), et affirment que les enfants des communautés à bas revenus présentent des risques d'ingesta de calcium inadéquats et qu'il existe des indications de faible développement de la masse musculaire et une tendance au surpoids.

Ces études, toutes transversales, constatent en fait soit des prévalences, soit des risques relatifs plus importants d'une pathologie donnée dans les catégories sociales les plus pauvres : le lien direct avec l'alimentation n'est pas souvent évident. De plus, aucune étude de cohorte n'existe permettant de mettre en évidence les effets de la précarité sur l'alimentation et ses conséquences sur l'état de santé.

En fait, cinq types de risques de pathologie peuvent être évoqués (se traduisant par une probabilité théorique plus forte d'apparition par rapport à la population générale), soit au vu des quelques connaissances sur les consommations alimentaires, soit au vu des quelques observations sus-citées :

Pour les personnes en situation de précarité :

- 1 - le risque cardio-vasculaire, essentiellement par le biais des apports en graisses et de la ration énergétique plus élevés entraînant des obésités plus fréquentes, obésité elle-même facteur de risque de maladies cardio-vasculaires ;

- 2 - le risque de cancer, essentiellement par le biais des faibles consommations de fruits et légumes dont on connaît les effets protecteurs sur certains cancers ;

3 - le risque de déficience en minéraux (fer, calcium, zinc) et vitamines (A, C, B12), essentiellement par le biais des faibles consommations de fruits et légumes et par la faible consommation de produits laitiers, fer dont on connaît le rôle lors de la grossesse et calcium lors de l'adolescence afin d'éviter l'ostéoporose. De plus, les nouvelles connaissances sur le rôle protecteur des anti-oxydants, parmi lesquels les oligo-éléments occupent une place de choix, suggèrent d'autres risques (notamment en termes de processus de vieillissement) lorsque ce type de nutriments est faiblement présent dans la ration alimentaire (James *et al.*, 1997).

Risques auxquels s'ajoute, pour les personnes en situation d'exclusion ou de grande pauvreté :

4 - le risque de malnutrition protéino-énergétique (du fait de ne pas disposer globalement d'assez de nourriture pour assurer ses besoins nutritionnels fondamentaux).

À ces quatre risques, s'ajoute celui, moins grave sur le plan vital, mais tout aussi handicapant tant au niveau du confort de vie qu'au point de vue économique, de la carie dentaire dans laquelle sont intriqués deux facteurs : l'alimentation (dont on peut supposer qu'elle est moins adaptée en termes de glucides absorbés et de source potentielle de fluor), ainsi que les gestes d'hygiène et de prévention (brossage, visites et soins chez le dentiste).

Les données de consommation et les études liant l'alimentation des personnes en situation de précarité et la santé étaient quasiment inexistantes avant 1990 : les conclusions se faisaient à partir d'extrapolation de ce que l'on savait en population générale.

Les années 90 ont vu un certain nombre d'acteurs institutionnels issus de la recherche s'intéresser à ces personnes. Cependant les problèmes méthodologiques d'observation et d'enquête auprès des personnes en situation de précarité demeurent : quelle personnes ? quel échantillonnage ? quelle méthode de recueil de données concernant l'alimentation ?

L'exemple d'une dynamique de prévention et de promotion nutritionnelle construite par un réseau d'éducation pour la santé

Le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), devenu depuis 2002 Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), a souhaité, en 1991, réunir un groupe de travail sur la thématique « alimentation et précarité », constitué de différents acteurs de terrain : structures d'aide alimentaire (FFBA, Secours populaire, Secours catholique, Restos du cœur), institutionnels en charge de ces publics, médecins généralistes, comités d'éducation pour la santé (CODES, CRES), organismes d'observation de la santé (CAREPS, ORS), associations venant en aide aux personnes démunies, agro-industrie (CERIN).

Entre 1993 et 2000, différentes productions et réalisations sont nées de ce groupe de travail. Ainsi peut-on citer chronologiquement :

- la rédaction d'une bibliographie faisant l'état des connaissances nutritionnelles et médicales acquises sur cette thématique (Rotily et Michaud, 1993);
- la rédaction d'un ouvrage « *Alimentation et petit budget* » (Barthélémy *et al.*, 1994), destiné aux professionnels de l'éducation et du travail social en contact direct avec les personnes démunies ;
- une enquête sur l'utilisation des bons d'achats alimentaires par les personnes à faibles revenus (Michaud *et al.*, 1994) ;
- la rédaction d'un guide d'action pour la mise en place d'actions nutrition en zones urbaines sensibles (Tuleu et Michaud, 1997) ;
- l'élaboration d'un classeur pédagogique « *Alimentation atout prix* » (Barthélémy *et al.*, 1997), destiné à ces mêmes professionnels et aux bénévoles, afin de favoriser la mise en place d'activités autour du thème de l'alimentation en mettant en exergue l'indispensable besoin de partir des représentations et des savoirs des personnes ;
- la réalisation d'une formation nationale à l'utilisation de ce classeur sur cinq sites nationaux (100 personnes formées) ;
- l'impulsion et la gestion d'un réseau national d'utilisateur de cet outil ;
- l'organisation d'un séminaire national d'analyse de la pratique de ces utilisateurs ;
- la création par le CERIN et le CFES d'un bulletin de liaison trimestriel, « *Alimentation et précarité* », destiné aux professionnels et aux bénévoles impliqués dans la prise en charge et l'aide aux personnes démunies (*Alimentation et précarité*, 1998) ;
- la création de fiches pédagogiques déclinées du classeur « *Alimentation atout prix* » ;
- l'organisation d'une réunion nationale au Sénat sur cette thématique, destinée aux conseillères en économie sociale et familiale.

Ce programme, qui s'est construit dans le temps en fonction des demandes du groupe de travail, avait comme objectif principal, d'une part, d'initier de nouvelles activités dans le champ alimentation/précarité, et d'autre part, de renforcer celles déjà existantes ainsi que de soutenir les professionnels et les bénévoles impliqués dans cette démarche.

Claude MICHAUD

Union régionale des caisses d'assurance maladie de Franche-Comté

Bibliographie

- Alimentation et précarité* (1998). Bulletin trimestriel, 1, Paris, Éditions CERIN/CFES.
- Astier-Dumas M. (1999). Étude sur la consommation alimentaire de sujets en situation de précarité, Colloque CERIN, Paris, Sénat, 18/10/99.
- Barthélémy L., Binsfeld C. et Moissette A. (1997). *Alimentation atout prix*, classeur de 107 fiches et 67 transparents, Vanves, Éditions CFES.
- Barthélémy L., Moissette A. et Weisbrod M. (1994). *Alimentation et petit budget*, Vanves, Éditions CFES, Coll. La santé en action, 166 p.
- Bertrand M. (1993). Consommation et lieux d'achat des produits alimentaires en 1991, *INSEE Résultats*, 262-263, collection Consommation et modes de vie, 54-55, Paris, Éditions INSEE.
- Beun S., Lecerf J.-M. et Fressin C. *et al.* (1997). Habitudes alimentaires de 102 jeunes femmes de milieu défavorisé, *Cahiers de nutrition et de diététique*, 32, pp. 314-319.
- Clément L., Destendau S. et Eneau D. (1997). Le budget des ménages en 1995, *INSEE Résultats*, 550, collection Consommation et modes de vie, 90, Paris, Éditions INSEE.
- Deschamps J.-P., Alla F. et Mouchtouris A. (1996). Santé et alimentation des collégiens dans les Hauts-de-Seine, Conseil général des Hauts-de-Seine, rapport, 33 p.
- Durand-Gasselin S. (1998). Le comportement alimentaire des populations à bas revenus, Association Revivre, Gif-sur-Yvette, rapport, 35 p.
- Fédération française des banques alimentaires (1990). Les pratiques alimentaires des familles démunies en 1990, Arcueil, FFBA, 55 p.
- Haut Comité de la santé publique (1998). La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, collection Avis et rapport, Rennes, Éditions ENSP.
- Haut Comité de la santé publique (1994). *La santé en France*, Paris, La Documentation française, 333 p.
- Herbeth B., Barthélémy L., Weisbrod M. *et al.* (1993). Comportements alimentaires et faibles revenus : place des produits laitiers, Centre de médecine préventive, Vandœuvre-lès-Nancy, rapport, 13 p.
- Hoint-Pradier F. (1995). Les pratiques alimentaires de familles démunies : enquête menée auprès d'un échantillon suivi par des travailleuses familiales, *La lettre scientifique de l'Institut français de nutrition*, 39, pp. 1-7.
- James W.P.T., Nelson M., Ralph A. *et al.* (1997). The contribution of nutrition to inequalities in health, *British Medical Journal*, 314, pp. 1545-1549.

- Lehman F., Gray-Donald K., Mongeon M. *et al.* (1992). Iron deficiency anemia in 1-year-old children of disadvantaged families in Montreal, *Canadian Medical Association Journal*, 146, pp. 1571-1576.
- Michaud C., Baudier F., Loundou A. *et al.* (1998). Habitudes, consommations et connaissances alimentaires des Français en situation de précarité financière, *Santé publique*, 10, pp. 333-347.
- Michaud C., Ferry B., Rotily M. et Genay O. (1994). Utilisation par les personnes à faibles revenus de bons d'achats alimentaires distribués par un centre communal d'action sociale, *Information diététique*, 3, pp. 39-41.
- Michaud C., Feur E., Gerbouin-Rérolle P. *et al.* (1999). Principaux résultats de l'étude « Restauration scolaire et précarité », *Santé de l'homme*, 344, pp. 7-8.
- Miller J.E., Korenman S. (1994). Poverty and children's nutritional status in the US, *American Journal of Epidemiology*, 140, pp. 233-243.
- Rolland-Cachera M.F., Bellisle F. (1986). No correlation between adiposity and food intake: Why are working class children fatter?, *American Journal of Clinical Nutrition*, 44, pp. 779-787.
- Rotily M., Michaud C. (1993). *Nutrition et populations urbaines défavorisées : synthèse bibliographique et propositions*, Vanves, Éditions CFES, Coll. Dossiers du CFES, 48 p.
- Tuleu F., Michaud C. (1997). *Nutrition en zones urbaines sensibles : actions autour du petit déjeuner*, Vanves, Éditions CFES, Coll. Guides d'action, 97 p.
- Vialettes B., Sambuc R., Magnan M. *et al.* (1987). Enquête alimentaire chez 1 200 enfants représentatifs de la population d'âge scolaire de la ville de Marseille, *Cahiers de nutrition et de diététique*, 22, pp. 357-365.
- Wilkes G., Freeman H. and Prout M. (1994). Cancer and poverty: Breaking the cycle, *Seminars in Oncology Nursing*, 10, pp. 79-88.
- Ziegler O., Drolez B., Siest G. *et al.* (1998). Relationship between body mass index and socioeconomic status: The RMI family study, *International Journal of Obesity*, 22, S244.