



L'ALIMENTATION DES PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE PRÉCARITÉ EN FRANCE

QUEL IMPACT

SUR LEUR ÉTAT DE SANTÉ ?

UNE ENQUÊTE DANS 7 CENTRES D'ACCUEIL
DE SOINS ET D'ORIENTATION DE MÉDECINS DU MONDE
JUIN 2014



Chiffres clés

L'insécurité alimentaire

- Plus de 50 % des personnes déclarent avoir souvent ou parfois pas assez à manger
- 78 % des foyers sont en insécurité alimentaire pour raison financière dont la totalité des foyers à la rue, en campement ou en squat
- Les personnes dépensent en moyenne 2,5 € / personne et par jour pour se nourrir
- 17,6 % des foyers ont recours au glanage pour subvenir à leurs besoins

Pratiques alimentaires

	<i>Les enfants</i>	<i>Les adultes</i>
Nombre moyen de repas la veille	2,5	2,1
N'ont pas mangé au moins une journée entière au cours du mois	20,0 %	46,3 %

Une absence de repas au moins une journée entière plus fréquente pour les personnes en situation irrégulière ou les demandeurs d'asile

Accès à l'aide alimentaire

- Seuls 41 % des foyers ont bénéficié de l'aide alimentaire (repas, colis, épicerie solidaire) au cours du mois
- Parmi les personnes n'ayant pas bénéficié d'aide alimentaire, 61 % ne connaissent pas ces dispositifs

Accès à l'eau

- Plus de 30 % des foyers ne sont pas connectés à un réseau d'eau
- 12 % des foyers s'approvisionnent en eau grâce aux bornes fontaines

Etat de santé

- Un tiers des adultes ont déclaré avoir perdu du poids de manière imprévue au cours des 2 dernières semaines, les primo-arrivants de manière plus significative
- 34,5 % des patients présentent une pathologie (chronique ou aigüe) en lien possible avec l'alimentation
- 38 % des personnes de 15 ans ou plus considèrent avoir un mauvais ou très mauvais état de santé buccodentaire et 40% ont au moins 5 dents absentes.

SOMMAIRE

Introduction.....	4
Objectif de l'enquête.....	5
Matériel et méthode.....	5
Résultats.....	7
TAUX DE REPONSE ET RECOURS A L'INTERPRETIAT	7
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PERSONNES INTERROGEES	7
LES DETERMINANTS SOUS-JACENTS DE LA MALNUTRITION	9
LES PRATIQUES ALIMENTAIRES DES PERSONNES INTERROGEES	11
L'ACCES A L'AIDE ALIMENTAIRE.....	14
L'ACCES A L'EAU	15
L'ETAT NUTRITIONNEL DES PERSONNES INTERROGEES.....	15
L'ETAT DE SANTE DES PERSONNES INTERROGEES.....	17
Discussion.....	20
Recommandations.....	25
References.....	26

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des équipes des Centres d'Accueil de Soins et d'orientations (CASO) de Bordeaux, Lyon, Marseille, Nice, Paris, Saint Denis et Strasbourg pour leur investissement dans cette étude ainsi que toutes les personnes qui ont bien voulu y participer.

INTRODUCTION

Selon une étude menée en 2006-2007, plus de 8 millions de personnes sont considérées comme pauvres en France (soit 13,5 % de la population totale) et 12 % des adultes vivent dans un foyer en situation d'insécurité alimentaire¹ pour raisons financières [Darmon 2009]. Pour un grand nombre de ces personnes en situation précaire les besoins d'aide alimentaire sont particulièrement importants et en forte augmentation avec la crise qui sévit depuis ces dernières années. En 2010, plus de 3,5 millions de personnes ont ainsi bénéficié de l'aide alimentaire pour pouvoir subvenir à leurs besoins (en augmentation de 25 % par rapport à 2008) [CNA 2012].

De fait, les formes de « pauvreté alimentaire » continuent d'exister dans les pays développés et semblent même en progression [Leather 1996, Riches 1997, Dowler 1997].

Bien qu'il soit souvent difficile de dissocier les effets particuliers de l'insécurité alimentaire de ceux d'autres facteurs de risque également plus fréquents dans les populations précaires (consommation de tabac, d'alcool, etc.), il est reconnu que l'insécurité alimentaire est associée à un mauvais état de santé général. En effet, Les contraintes budgétaires auxquelles doivent faire face ces populations les orientent bien souvent vers une alimentation défavorable à leur santé (réduction des prises alimentaires, moindre qualité nutritionnelle, alimentation déséquilibrée...). Les populations en situation d'insécurité alimentaire ont par conséquent plus de risque de développer des pathologies liées à une mauvaise nutrition telles que le diabète, l'obésité, les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose ou encore certains cancers.

Selon Darmon et al., en dessous d'un seuil de dépenses alimentaires de 3,50 € par jour et par personne il existe des risques pour la santé [Darmon 2006]. Or plus d'un tiers des personnes accueillies dans les Centre d'accueil de soins et d'orientations (CASO) de Médecins du Monde ne déclarent aucune ressource financière et 98,9 % vivent sous le seuil de pauvreté [Mdm 2013]. Il est probable que ces conditions de vie constituent un vrai défi à une alimentation suffisante, saine et équilibrée et qu'elles aient des répercussions notables sur l'état de santé. En 2013, parmi les patients accueillis dans les CASO², 31 % des adultes étaient en surpoids, 18 % obèses et 4 % en situation de sous-nutrition³. Parmi les enfants âgés de 6-59 mois (et pour lesquels les données étaient disponibles), 4,7 % étaient en situation de malnutrition aigüe⁴.

Depuis quelques années, les équipe de Médecins du Monde constatent une augmentation des demandes d'aide alimentaire de la part des personnes reçues dans les CASO et une complexification des prescriptions médicamenteuses pour les professionnels médicaux dans un contexte où les patients ont une alimentation très souvent insuffisante.

Face à ces constats, Médecins du Monde a mené une enquête pour documenter l'accès à l'alimentation et les consommations des personnes accueillies dans ses programmes et évaluer l'état de santé lié à ces pratiques alimentaires.

¹ L'insécurité alimentaire est la situation où l'accès des individus à des aliments sains, nutritifs et socialement acceptables est, pour des raisons financières, restreint, inadéquat ou incertain. [Darmon 2009]

² Dont les informations relatives au poids et à la taille étaient renseignés (taux de réponse = 23%)

³ IMC (kg.m²) Moins de 18,5 = Maigre ; 25 à 30 = surpoids ; supérieur à 30 à 35 = obésité

⁴ Indice poids/taille < -2 (normes OMS 2006)

OBJECTIF DE L'ENQUETE

Décrire l'alimentation (en qualité, quantité et source d'approvisionnement) et l'état de santé et nutritionnel qui y est lié des personnes en grande précarité accueillies dans les programmes de Médecins du Monde.

Il s'agit de déterminer les modes d'accès à la nourriture (achat, aide alimentaire, glanage...), les consommations alimentaires déclarées en quantité et qualité, les barrières associées à une consommation suffisante, saine et équilibrée (financières, absences de lieux de préparation des repas, ...) des populations accueillies par MDM.

MATERIEL ET METHODE

Pour la réalisation de l'enquête, 7 Centres d'accueil de soins et d'orientation (CASO) ont été sélectionnés (Bordeaux, Lyon, Marseille, Nice, Paris, Saint-Denis et Strasbourg). Il s'agit des CASO ayant la plus forte activité (Tableau 1). L'ensemble de ces CASO a réalisé en moyenne 2 046 consultations médicales généralistes par mois en 2013. Sur la base des données d'activité de 2013, l'enquête devait permettre de recueillir environ 380 questionnaires (taux de participation estimé à 75 %).

Tableau 1 : Activité des 7 Caso sélectionnés, 2013

CASO	Nb moyen de consultation médicales /mois
BORDEAUX	193
LYON	374
MARSEILLE	357
NICE	197
PARIS	332
SAINT DENIS	443
STRASBOURG	150
TOTAL	2 046

Dans chaque CASO une réunion préalable a été organisée pour présenter les objectifs de l'enquête aux équipes et s'assurer de la faisabilité et déterminer l'organisation à mettre en place pour son bon déroulement.

Toutes les personnes en charge de la passation des questionnaires ont reçu préalablement au démarrage de l'enquête une information sur les objectifs et le déroulement de l'étude et une formation sur la passation des questionnaires et le relevé des mesures anthropométriques.

Le recueil de données a eu lieu du 14 avril au 12 mai 2014. Sur cette période, chaque CASO a été enquêté pendant 1 semaine complète. L'enquête était proposée systématiquement à toutes les personnes se présentant pour une consultation médicale.

Afin d'améliorer l'adhésion des personnes à l'enquête, une note de présentation succincte a été réalisée et traduite dans les 8 langues les plus fréquemment rencontrées dans les CASO (arabe, portugais, roumain, bulgare, albanais, russe, indi, ourdou) en plus de l'anglais.

Après information sur les objectifs de l'enquête et accord de leur part, un questionnaire était administré aux personnes acceptant de participer, avant ou après la consultation médicale. L'enquête se déroulait dans un espace clos réservé à cet effet. Pour faciliter la passation des questionnaires et face à une population majoritairement étrangère, les questionnaires étaient disponibles en Anglais, Roumain, Albanais et Bulgare. Toutefois pour les personnes peu ou pas francophones, le questionnaire pouvait être réalisé intégralement à l'aide d'un interprète professionnel d'ISM interprétariat par téléphone.

Le questionnaire abordait les caractéristiques sociodémographiques, l'accès à l'alimentation (barrières financières, recours à l'aide alimentaire...), les pratiques alimentaires (nombre de repas consommés, composition des repas...) et l'état de santé des personnes (santé buccodentaire, maladie chroniques...).

Les recueils des mesures anthropométriques (poids et taille) étaient réalisés par les médecins au cours de la consultation médicale. Les relevés des tailles étaient réalisés debout pour toutes les personnes de plus de 2 ans et allongés pour les enfants de moins de 2 ans par deux personnes. Les prises de poids étaient effectuées à l'aide de balances standards (pèse personne électronique EKS 180kg). Les enfants de moins de 2 ans étaient pesés sur ces mêmes balances dans les bras d'un parent.

Les pathologies diagnostiquées par les médecins à l'issue de la consultation étaient reportées par l'enquêteur sur le questionnaire. Ont été notifiées les pathologies pour lesquelles le patient venait consulter ainsi que les pathologies chroniques dont souffrait le patient même si elles ne constituaient pas le motif de la consultation.

Deux variables ont été construites afin d'apprécier la prévalence des pathologies pouvant être liées à une alimentation inadéquate suivant qu'elles étaient d'ordre chronique ou aiguë. Les pathologies chroniques retenues étaient l'obésité, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, le diabète, les problèmes dentaires et l'ostéoporose. Les pathologies aiguës regroupaient la constipation, la gastrite, les douleurs abdominales, les diarrhées, les épi-gastralgies, les brûlures d'estomac ainsi que l'anémie et la carence martiale.

Le recueil des consommations alimentaires a été réalisé sur les dernières 24 heures. Pour le repas principal, le participant devait décrire le détail des aliments consommés et estimer la quantité en portion consommée. Pour cela un référentiel imagé leur était présenté⁵. Le statut d'insécurité alimentaire pour raisons financière était déterminé d'une part à l'aide du Food Sufficiency Indicator (USA FSI) développé aux Etats-Unis dans les années 1970⁶ et largement utilisé dans les enquêtes en population générale depuis et, d'autre part, à l'aide de l'évaluation des dépenses consacrées à l'alimentation au cours des dernières 24 heures. Les besoins nutritionnels des enfants et adultes ont été définies en fonction des recommandations issues du Plan National Nutrition Santé (PNNS)⁷ en vigueur.

Le temps de passation du questionnaire était de l'ordre de 10 minutes.

La saisie des questionnaires a été effectuées sur Epidata, l'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS (version 21.0.0.0). Les comparaisons des variables ont été testées à l'aide du test du χ^2 de Pearson pour les variables qualitatives et à l'aide du test non paramétrique de Kruskal et Wallis ou de l'analyse de variance pour les variables quantitatives.

⁵ Affiche des besoins alimentaires PNNS

⁶ USA Food Sufficiency Indicator ou USA FSI

⁷ Ministère du travail, de l'emploi et de la santé « Programme National Nutrition santé 2011-2015 » 2011, 66 pages
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf

RESULTATS

TAUX DE REPONSE ET RECOURS A L'INTERPRETARIAT

Sur la période de l'enquête, 529 personnes se sont présentées dans les 7 CASO pour une consultation médicale, parmi elles 346 ont participé à l'enquête, 183 ont refusées de participer (la plupart du temps par manque de temps). Au total le taux de participation est de 65,4 %.

Dans 65 % des cas les personnes étaient seules pour réaliser l'entretien et dans 35 % des cas elles étaient accompagnées d'une personne. Par ailleurs, dans 5 % des cas il a été nécessaire de contacter ISM interprétariat afin de mener l'entretien avec des personnes non francophones (pour lesquelles un questionnaire traduit n'était pas suffisant).

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PERSONNES INTERROGÉES

Parmi les personnes interrogées, 63,3 % sont des hommes et 36,7 % des femmes. La moyenne d'âge est de 35,0 ans (minimum=1 ; maximum=88 ans). La taille moyenne des foyers est de 2,1 personnes (minimum=1 ; maximum=14). Toutefois force est de constater qu'une large majorité des personnes rencontrées (63,3 %) a déclaré vivre seule au moment de l'étude. Ainsi, parmi les personnes de 16 ans ou plus, seules 19,9 % sont en couple.

La très grande majorité des personnes (**96,8 %**) sont des ressortissants étrangers ; pour la plupart originaires d'Afrique Subsaharienne, du Maghreb et de l'Europe. Parmi les étrangers, 27,3 % sont primo arrivants⁸, 40,6 % ont déclaré une durée de séjour entre 3 et 12 mois et 32,1 % une durée supérieure à 12 mois ; 70 % sont en situation irrégulière au regard du séjour, 6,3 % sont demandeurs d'asile et 23,9 % sont en situation régulière au jour de l'enquête.

Seules **11 % des personnes rencontrées disposent d'une couverture maladie** en France au moment de l'enquête.

Concernant le logement, 18,2 % des personnes interrogées sont sans domicile fixe⁹ au moment de l'enquête, 63,6 % ont déclaré être hébergées par un organisme ou de la famille, 13,0 % occupent un logement sans bail ou un terrain sans droit et seules 5,2 % ont déclaré disposer d'un logement personnel.

Enfin, **moins d'un tiers des personnes de 16 ans ou plus ont déclaré travailler** (dans plus de 9 cas sur 10 il s'agit d'une activité non déclarée). Les ressources moyennes des foyers s'élèvent à 126,1 € par mois (minimum=0 ; maximum=1500).

⁸ Personnes arrivées en France depuis moins de 3 mois.

⁹ Les personnes sans domicile fixe sont celles ayant déclaré être à la rue ou être en hébergement d'urgence pour une durée inférieure à 15 jours.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées (n=346)

	n	%
Sexe		
Homme	219	63,3%
Femme	127	36,7%
Age		
< 5 ans	17	5,0%
5-17 ans	26	8,0%
18-34 ans	126	37,0%
35-49 ans	103	30,0%
50 ans ou plus	107	20,0%
En couple¹ (oui)	61	19,9%
Nombre de personnes dans le foyer		
1	219	63,3%
2	36	10,4%
3 ou plus	91	26,3%
Nationalité		
Français	11	3,2%
Etranger	335	96,8%
Zone continentale²		
Afrique subsaharienne	145	43,1%
Maghreb	82	24,4%
Amérique & Océanie	2	0,6%
Asie	27	8,0%
Europe	77	22,9%
Proche & moyen orient	3	1,0%
Durée de séjour en France²		
< 3 mois	90	27,3%
[3-12 mois [134	40,6%
[12 – 24 mois [31	9,4%
≥ 24 mois	75	22,7%
Situation administrative²		
Situation régulière	80	23,9%
Demande d'asile	21	6,3%
Situation irrégulière	234	69,9%
Situation vis-à-vis du logement		
A la rue ³	63	18,2%
Hébergés (organisme ou famille)	220	63,6%
Logement sans bail, campement	45	13,0%
Logement personnel	18	5,2%
Couverture maladie en France (oui)	38	11,0%
Activité professionnelle¹		
Activité déclarée	7	2,3%
Activité non déclarée	92	30,2%
Aucune activité	206	67,5%

¹ Parmi les personnes de 16 ans ou plus² Parmi les ressortissants étrangers³ Sans domicile fixe et personnes en hébergement d'urgence au jour de l'enquête

LES DETERMINANTS SOUS-JACENTS DE LA MALNUTRITION

Au total, seuls 21,1 % des foyers ont déclaré disposer de tous les aliments qu'ils souhaitent manger. **Un tiers de d'échantillon a déclaré avoir « souvent pas assez à manger », 19,9 % avoir « parfois pas assez à manger »** et un peu plus d'un quart (26,9 %) considère avoir « assez à manger mais pas toujours les aliments souhaités » (Graphique 1).

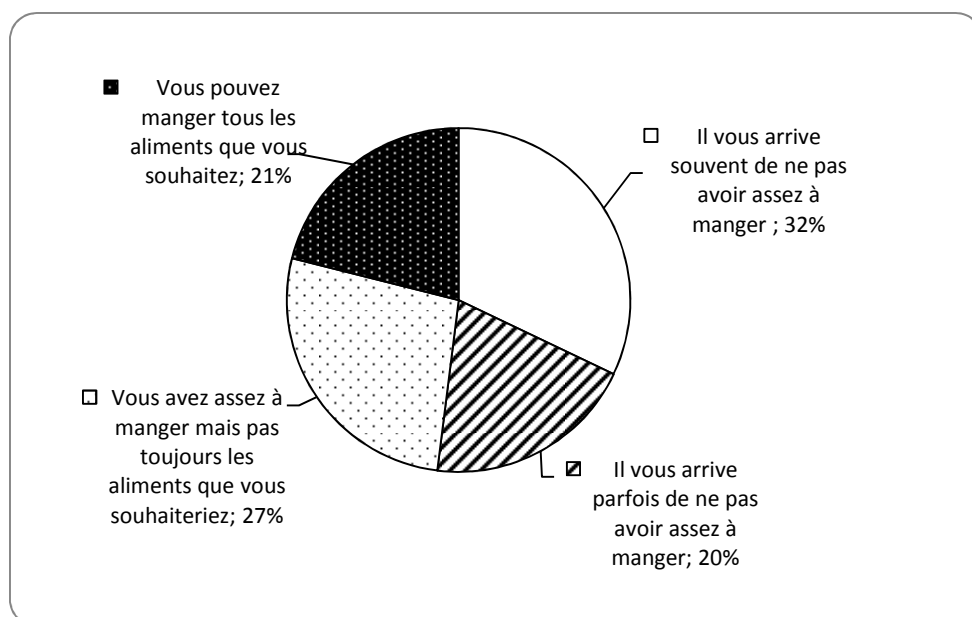
Les demandeurs d'asile et les personnes en situation irrégulière ont déclaré significativement plus fréquemment avoir « souvent pas assez à manger » (respectivement 42,9 % et 35,5 %) ainsi que les personnes à la rue (62,0 %) et les personnes en squat (55,2 %). Ils passent également plus souvent des journées entières sans repas et ont plus souvent recours au glanage ou à l'aide alimentaire.

La durée de séjour en France n'était pas associée à la situation des foyers vis-à-vis de l'alimentation.

Les principaux problèmes évoqués pour un accès à l'alimentation sont le manque d'argent (77,7 % des cas) et l'absence de cuisine ou d'équipement pour cuisiner (31,5 %) (Graphique 2).

Ainsi selon la définition utilisée dans l'étude INCA2¹⁰, **ce sont plus de 77,7 % des foyers enquêtés qui sont en situation d'insécurité alimentaire pour raisons financières**. Les résultats de l'enquête montrent que l'insécurité alimentaire pour raisons financières concerne près de la totalité des personnes à la rue, en campement ou en squat (95%), 71 % des personnes hébergées durablement et 50 % des personnes disposant d'un logement personnel.

Graphique 1 : Situation du foyer vis-à-vis de l'alimentation



En moyenne, les personnes interrogées ont déclaré avoir dépensé **2,5 € par personne et par jour pour se nourrir**. Cette somme se réduit à moins de 2 € parmi les foyers vivant à la rue, en squat ou en campement (Tableau 3). Force est de constater que plus de 2/3 des foyers (69,4 %) ont déclaré avoir

¹⁰ Les personnes en insécurité alimentaire pour raisons financières sont celles ayant déclaré ne pas avoir assez à manger souvent ou parfois, ou avoir assez à manger mais pas tous les aliments souhaités et ceci pour des raisons de manque d'argent.

dépensé moins de 3,5 € / personne et par jour, seuil au-dessous duquel il existerait des risques pour la santé.

De manière non surprenante, les dépenses moyennes déclarées par jour sont significativement associées au nombre de repas pris la veille, à une moindre qualité des repas, à une absence de repas des journées entières plus fréquentes et à un recours au glanage plus fréquent.

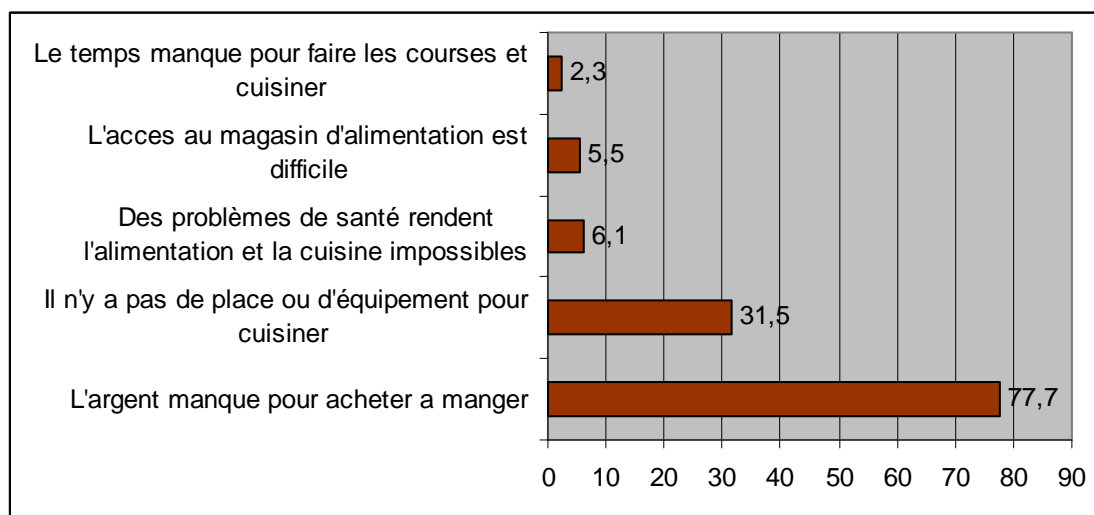
A ce titre, **17,6 % des personnes interrogées ont déclaré avoir recours au glanage** de temps en temps pour pouvoir subvenir à leurs besoins alimentaires.

Si, les dépenses moyennes par jour ne sont pas associées à la situation administrative des personnes on constate toutefois que les primo arrivants dépensent significativement moins pour manger (1,6 €/jour/personne) que les personnes qui résident en France depuis plus longtemps (2,8 €/jour/personne).

Tableau 3 : Dépenses moyennes par jour et par personne selon le type de logement

	n	Moyenne (en €)	[Min - Max]
Rue, squat, campement	87	1,7	0-10
Hébergement d'urgence	18	1,8	1-13
Hébergé (association, famille)	217	2,6	0-20
Logement personnel	18	6,4	2-20
TOTAL	340	2,5	0-20

Graphique 2 : Principaux problèmes évoqués par les foyers pour l'accès à l'alimentation



LES PRATIQUES ALIMENTAIRES DES PERSONNES INTERROGÉES

Allaitement et diversification alimentaire chez les enfants de moins de 5 ans

Parmi les enfants de moins de 5 ans rencontrés au cours de l'enquête (n=17), un peu plus des ¼ ont été allaités. La durée moyenne d'allaitement était de 7 mois. La diversification a eu lieu pour 2 enfants (12 %) au cours du 4^{ème} mois, pour 5 enfants (29 %) au cours du 5^{ème} mois, et pour 10 enfants (59 %) au 6^{ème} mois ou après.

Les premiers aliments reçus au cours de la diversification alimentaire étaient dans 88,9 % des cas des fruits et des légumes, dans 61 % des cas des laitages, dans 55,6 % des cas des céréales. L'introduction de protéines et de produits sucrés au démarrage de la diversification alimentaire concernaient 15 % des enfants.

Les pratiques alimentaires des jeunes de moins de 19 ans

Parmi les jeunes de moins de 19 ans (n=45), le nombre moyen de repas pris la veille était de 2,5. Force est de constater que seuls 13 % des enfants ont reçu 4 prises alimentaires dans les dernières 24 heures précédant l'enquête et **20 % ont déclaré ne pas avoir mangé au moins une journée entière** une fois au cours du mois.

Le repas principal de la veille se composait d'un plat unique pour 51,1 % des jeunes (Tableau 4).

Si on se réfère aux recommandations du PNNS, on constate que 64,4 % des jeunes de moins de 19 ans ont consommé au moins une portion de protéine (viande, œuf, poisson), 13,3 % ont consommé au moins 3 féculents, 4,4% ont consommé au moins 3 produits laitiers et aucun n'a consommé les 5 fruits et légumes recommandés.

Tableau 4 : Composition des repas parmi les jeunes de 18 ans ou moins

	< 5 ans (n=17)	5-18 ans (n=28)	Total (n=45)
Nombre moyen de repas la veille	2,6	2,4	2,5
Composition du repas principal			
Un plat unique	77,8%	35,7%	51,1%
Sandwich	0,0%	10,7%	6,7%
1 plat + 1 item	22,2%	46,4%	35,6%
1 plat+2 items	0,0%	7,1%	6,7%
Consommations déclarées			
Produits laitiers	82,4%	67,9%	73,3%
Fruits et légumes	70,6%	78,6%	75,6%
Céréales	70,6%	82,1%	77,8%
Viande, poisson, œufs	52,9%	71,4%	64,4%
Produits sucrés	47,1%	39,3%	42,2%
Plats préparés	0,0%	14,3%	8,9%
Absence de repas au moins une journée entière au cours du mois	17,6%	21,4%	20,0%

Tableau 5 : Nombre moyen de portions déclarées parmi les jeunes de 18 ans ou moins

	3-18 ans (n=36)	<=18 ans (n=45)
Produits laitiers	1,0 [0-3]	1,3 [0-5]
Fruits et légumes	1,2 [0-3]	1,2 [0-3]
Céréales	1,4 [0-3]	1,4 [0-3]
Viande, poisson, œufs	0,9 [0-3]	0,9 [0-3]
Produits sucrés	0,6 [0-2]	0,6 [0-2]
Plats préparés	0,1 [0-1]	0,1 [0-1]

Les pratiques alimentaires des adultes de plus de 18 ans

Parmi les personnes de plus de 18 ans (n=294), **le nombre moyen de repas pris la veille était de 2,1** (minimum=0 ; maximum=4). Seules 3,4 % ont déclaré n'avoir rien mangé la veille mais dans plus de 6 cas sur 10 les personnes ont déclaré avoir pris moins de 3 repas.

Parmi les personnes ayant déclaré au moins un repas, dans la moitié des cas (52,1 %) le repas principal était composé d'un plat unique et dans un peu plus d'un tiers des cas (35,6 %) il était composé d'un plat plus un item.

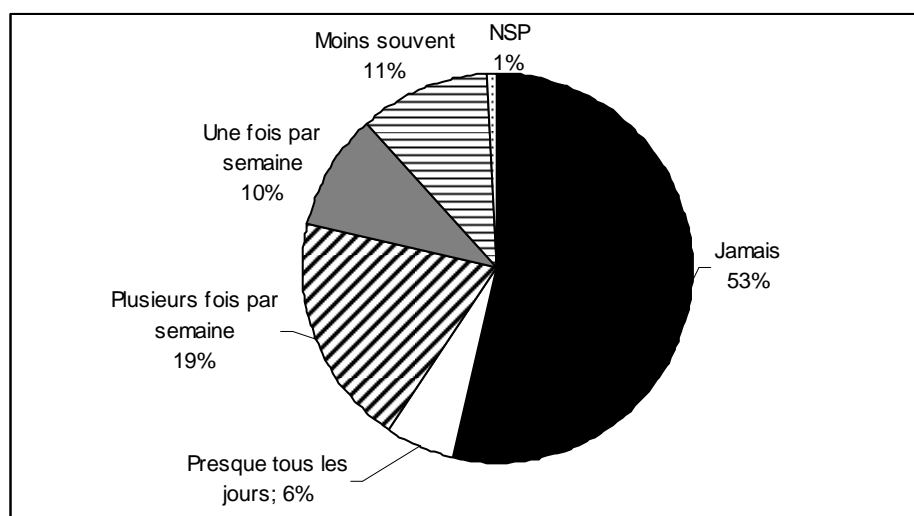
La très large majorité des personnes (92,6 %) a déclaré avoir consommé des céréales la veille, 72,5 % des protéines, 68,0 % des fruits et des légumes, 59,9 % des produits laitiers (Tableau 6). Toutefois si on se réfère aux recommandations du PNNS, on constate que 71,3 % des adultes ont consommé au moins une portion de protéine (viande, œuf, poisson), 12,8 % ont consommé au moins 3 féculents, 3,4 % ont consommé au moins 3 produits laitiers et seul 0,3 % a consommé 5 fruits et légumes.

Tableau 6 : Consommations déclarées la veille, parmi les personnes de plus de 18 ans

	% personnes ayant déclaré consommé		Nb moyen de portions [Min - Max]
Produits laitiers	170	59,9 %	0,8 [0-5]
Fruits et légumes	193	68,0 %	1,1 [0-5]
Céréales	263	92,6 %	1,6 [0-4]
Viande, poisson, œufs	206	72,5 %	1,0 [0-3]
Produits sucrés	118	41,5 %	0,5 [0-4]
Plats préparés	36	12,7 %	1,1 [0-2]

Enfin, force est de constater que près de la moitié (**46,3 % des adultes ont déclaré n'avoir pas mangé une journée entière** au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête (Graphique 3). Pour près d'un quart de l'échantillon cette absence de repas une journée entière a eu lieu plusieurs fois par semaine.

Graphique 3 : Absence de repas une journée entière au cours du mois précédent l'enquête



L'absence de repas au moins une journée entière au cours du mois était significativement associée à l'âge, ainsi qu'à la situation administrative et à la situation vis-à-vis du logement (Tableau 7). En effet, les personnes les plus jeunes ont déclaré plus fréquemment une absence de repas ($p < 0,01$), ainsi que les personnes en situation irrégulière ou en demande d'asile ($p < 0,05$), et les personnes vivant à la rue (sans domicile fixe ou en hébergement d'urgence au jour le jour), en campement ou en squat par rapport aux personnes hébergées (personnel ou chez des amis/famille) ($p < 0,001$).

Enfin, les personnes déclarant une absence de repas au moins une journée entière ont davantage recours à l'aide alimentaire ou au glanage que les autres ($p < 0,05$).

Tableau 7 : Caractéristiques associées à l'absence de repas au moins une journée entière au cours du mois parmi les adultes étrangers

	n	%	P
Age			
18-34 ans	126	51,6	0,002
35-49 ans	103	51,5	
50 ans ou plus	67	26,9	
Situation administrative			
Situation régulière	52	28,8	0,03
Demandeurs d'asile	18	50,0	
Situation irrégulière	220	49,5	
Logement			
A la rue, en campement ou hébergement d'urgence	64	69,7	0,000
En squat	22	68,2	
Hébergé	190	38,3	
Logement personnel	14	6,7	
Accès aide alimentaire			
Oui	177	57,1	0,002
Non	119	38,4	
Glanage			
Oui	52	59,6	0,02
Non	244	43,0	

L'ACCES A L'AIDE ALIMENTAIRE

Un peu plus d'un tiers des foyers (33,5 %) interrogés lors de l'enquête a déclaré avoir bénéficié d'un repas gratuit distribué par une structure d'aide alimentaire au moins une fois au cours du mois précédent l'enquête, 19,7 % ont bénéficié de colis alimentaires et seuls 2,0 % ont eu accès à une épicerie sociale. Au total, **ce sont 41,9 % des foyers qui ont bénéficié au moins une fois d'une aide alimentaire** au cours du mois précédent l'enquête, quelle qu'en soit sa forme (Tableau 8).

Tableau 8 : Accès à l'aide alimentaire au cours du mois

	N	%
Repas gratuit	116	33,5 %
Colis gratuit	68	19,7 %
Épicerie sociale	7	2,0 %
Au moins une de ces aides	145	41,9 %

Parmi les personnes ayant bénéficié d'un colis alimentaire, 60,3 % ont déclaré être satisfaites de ces colis. Toutefois, près de 40 % déclarent que certaines denrées font particulièrement défaut, il s'agit principalement des protéines animales (viande et poisson) et des produits laitiers. Par ailleurs, parmi les personnes ayant eu accès aux colis alimentaires **44 % considèrent qu'ils ne sont pas assez variés et 22 % que les quantités sont insuffisantes.**

Parmi les personnes n'ayant pas bénéficié de colis alimentaire (n=274), **dans 60,6 % des cas elles ne connaissent pas ce dispositif**, dans 23 % des cas elles n'ont pas eu besoin de recourir à ces structures car elles disposent d'aides (financière ou en nature) d'associations ou de proches (famille, amis), dans 4 % des cas elles ont déclaré ne pas disposer d'espace pour cuisiner et enfin dans 3,6 % des cas elles ont déclaré avoir besoin de papiers pour s'inscrire (Tableau 9).

Tableau 9 : Motifs de non accès aux colis alimentaires

	n	%
Ne connaît pas ces structures	167	60,9
Pas de besoin (aide, logé-nourri)	63	23,0
Besoins de papiers	10	3,6
Pas d'espace pour cuisiner	11	4,0
Démarches en cours	6	2,2
Autre motif	17	6,2
Total	274	100,0

L'ACCES A L'EAU

Selon l'enquête, 66,2 % des personnes interrogées ont déclaré avoir accès à l'eau du réseau. Toutefois, **12,4 % des personnes s'approvisionnent en eau grâce aux bornes fontaines des villes** et 19,7 % achètent de l'eau en bouteille pour subvenir à leur besoins faute de source d'approvisionnement à disposition (Tableau 10).

L'accès aux bornes fontaines concerne en grande majorité les personnes à la rue (60,0 %) et les personnes en campement (45,5 %) et dans une moindre mesure les personnes vivant en squat (27,3 %). L'achat d'eau en bouteille concerne plus fréquemment les personnes vivant en squat (27,6 %) ainsi que les personnes hébergées par un organisme ou des proches (21,8 %).

Tableau 10 : Sources d'approvisionnement en eau des foyers interrogés

	n	%
Borne fontaine (Ville)	43	12,4
Achat eau en bouteille	68	19,7
Eau du réseau	229	66,2
Autres sources	6	1,7
Total	346	100,0

L'ETAT NUTRITIONNEL DES PERSONNES INTERROGÉES

La perte de poids de manière imprévue

Un tiers (**33,5 %**) des adultes de 18 ans ou plus¹¹ ont déclaré avoir perdu du poids de manière **imprévue** au cours des 2 dernières semaines précédant l'enquête.

La perte de poids de manière imprévue n'était pas associée à l'âge ou au sexe des personnes ni à la situation administrative. Par contre, on constate de fortes associations avec la durée de présence en France et les conditions de logement : en effet, les primo arrivants semblent déclarer plus fréquemment une perte de poids (42,4 % versus 32,6 % ; $p=0,05$) ainsi que les personnes à la rue, en campement ou hébergement d'urgence par rapport aux personnes hébergés (Tableau 11).

Enfin de manière non surprenante, la perte de poids était significativement associée au nombre moyen de repas pris la veille et à l'absence de repas au moins une fois au cours du mois ($p<0,01$).

¹¹ Hors personnes en situation d'obésité

Tableau 11 : Caractéristiques associées à une perte de poids imprévue au cours des 15 derniers jours parmi les adultes¹

	n	%	p
Durée de séjour en France*			
<3 mois	66	42,4	0,05
≥ 3 mois	190	32,6	
Logement			
A la rue, en campement ou hébergement d'urgence	65	44,6	0,05
En squat	23	26,1	
Hébergé	166	30,7	
Logement personnel	15	26,7	
Nombre moyen de repas pris la veille			
1 repas ou moins	56	44,6	0,01
2 repas	108	38,0	
3 repas ou plus	105	22,9	
Absence de repas une journée entière au cours du mois précédent l'enquête			
Oui	122	45,1	0,000
Non	147	23,8	

¹ Hors personnes en situation d'obésité

*Parmi les étrangers

L'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et les adolescents de 5-17 ans

Parmi les enfants de moins de 5 ans (n=17), tous ont un périmètre brachial supérieur à 13,5 cm et 2 enfants sur les 16 ayant été pesés et mesurés présentent une insuffisance pondérale d'après les courbes de corpulence du PNNS¹², soit 12,5% des enfants.

Sur les 24 jeunes (5-17 ans) pour lesquels les mesures anthropométriques ont été relevées, 4 (soit 16,6 %) sont en surpoids d'après les courbes de corpulence PNNS (IMC/âge) dont un en catégorie obèse. Aucun jeune de présentait de dénutrition.

L'état nutritionnel des adultes de 18 ans ou plus

Selon les résultats de l'enquête, 45,2 % des adultes¹³ présentent une corpulence normale et plus de la moitié sont en surpoids ou obèses (33,7 % en surpoids et 18,7 % obèses). Enfin, 2,4 % des personnes ont un indice de masse corporelle trop faible (Tableau 12).

Les femmes présentaient plus souvent des problèmes de surpoids ou d'obésité que les hommes (p=0,001) ; ainsi que les personnes de plus de 50 ans (p<0,05).

¹² Courbes de référence françaises (tracés établis à partir des données de l'étude séquentielle française de la croissance CIE-INSERM (M.F. Rolland-Cachera – M. Sempé)) et à la courbe correspondant au seuil IOTF-30 (seuil de définition de l'obésité) de la courbe correspondant au seuil IOTF-25 (seuil de définition internationale du surpoids).

¹³ Parmi les personnes de 18 ans ou plus – hors femmes enceintes

Tableau 12 : Indice de masse corporel des personnes de 18 ans ou plus

	Femmes	Hommes	Total	P
Maigreur (IMC<18,5)	1,0%	3,3%	2,4%	0,001
Normal (IMC≥18.5 and IMC<25)	34,0%	51,1%	45,2%	
Surpoids (IMC≥25 and IMC<30)	34,0%	33,5%	33,7%	
Obésité (IMC≥30)	30,9%	12,1%	18,7%	
Total	100,0%	100,0%	100%	

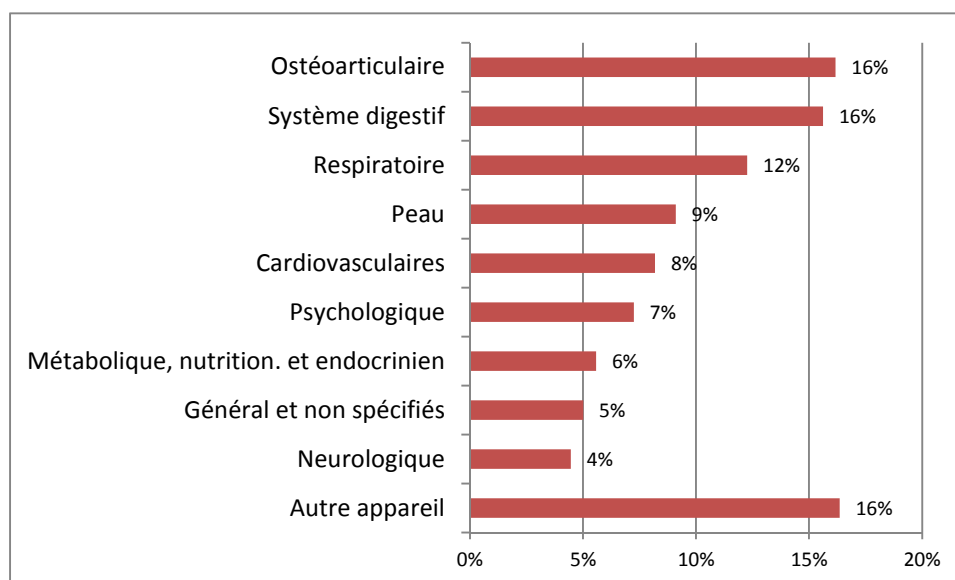
L'ETAT DE SANTE DES PERSONNES INTERROGÉES

Pathologies déclarées et pathologies diagnostiquées par les médecins

Dans 97,4 % des consultations au moins un problème de santé a été rapporté par les médecins, dans 46,2 % des cas les praticiens en ont notés 2 et dans 13,3 % des cas 3 problèmes de santé étaient présents.

Les affections ostéo-articulaires et du système digestif occupent les 1^{ère} et 2^{ème} places des pathologies diagnostiquées (avec respectivement 16,2 % et 15,6 % des résultats de consultations), devant les affections respiratoires (12 %) et dermatologiques (9 %) (Graphique 4).

Graphique 4 : Résultats de consultation par appareil



Un tiers de l'échantillon (33,8 %) a déclaré être porteur d'une maladie chronique, mais force est de constater que ce pourcentage est sans doute sous-estimé dans la mesure où une pathologie chronique a été diagnostiquée par les médecins pour plus d'un patient sur 2, à l'issue de la consultation médicale.

Prévalences des pathologies en lien possible avec l'alimentation

Ainsi selon les résultats de l'étude, 26 % de l'échantillon présente au moins une pathologie chronique¹⁴ et 12,7 % une pathologie aiguë¹⁵ en lien possible avec une alimentation défavorable.

Au total ce sont 34,5 % des personnes qui présentent une pathologie (aigüe ou chronique) en lien possible avec l'alimentation.

L'âge est fortement associé à la présence de troubles chroniques mais pas à celle de trouble aigu (Tableau 13).

Tableau 13 : Présence de troubles chroniques ou aigus liés à l'alimentation selon l'âge

	<18 ans	18-34 ans	35-49 ans	50 ans ou plus	Total	p
Pathologie chronique*	9,3%	14,3 %	26,2 %	58,2 %	26,0 %	0,000
Pathologie aiguë	16,0 %	14,3 %	12,6 %	7,5 %	12,7 %	0,56
Pathologie (chronique* ou aiguë)	23,3 %	25,4 %	33,0 %	61,2 %	34,5%	0,000

*Dont obésité déterminée selon l'IMC pour les adultes, et surpoids chez les enfants

Etat de santé buccodentaire des personnes de plus de 15 ans

Concernant la santé buccodentaire, plus d'un tiers (**38,3 %**) **des personnes de plus de 15 ans considère avoir un mauvais ou très mauvais état de santé buccodentaire** (Graphique 5). Pour 6 personnes sur 10 au moins une dent est absente et **pour plus de 2 sur 5 au moins 5 dents sont absentes**.

L'absence de dents n'est pas associée significativement au sexe. Par contre, de manière non surprenante, elle est corrélée à l'âge des patients.

Par ailleurs, les résultats indiquent que les conditions de logement sont significativement associées à l'état de santé buccodentaire : en effet, les personnes à la rue, en campement ou en squat ont significativement plus de dents absentes que les personnes hébergées durablement. De même l'état de santé buccodentaire semble se dégrader avec la durée de présence en France.

Enfin, l'état de santé buccodentaire semble être associé à la perte de poids de manière imprévue (Tableau 14).

¹⁴ Les pathologies chroniques retenues sont l'obésité, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, le diabète, les problèmes dentaires et l'ostéoporose.

¹⁵ Les pathologies aigües regroupent la constipation, la gastrite, les douleurs abdominales, les diarrhées, les épi-gastralgies, les brûlures d'estomac ainsi que l'anémie et la carence martiale.

Graphique 5 : Etat de santé buccodentaire déclaré par les personnes de 15 ans ou plus

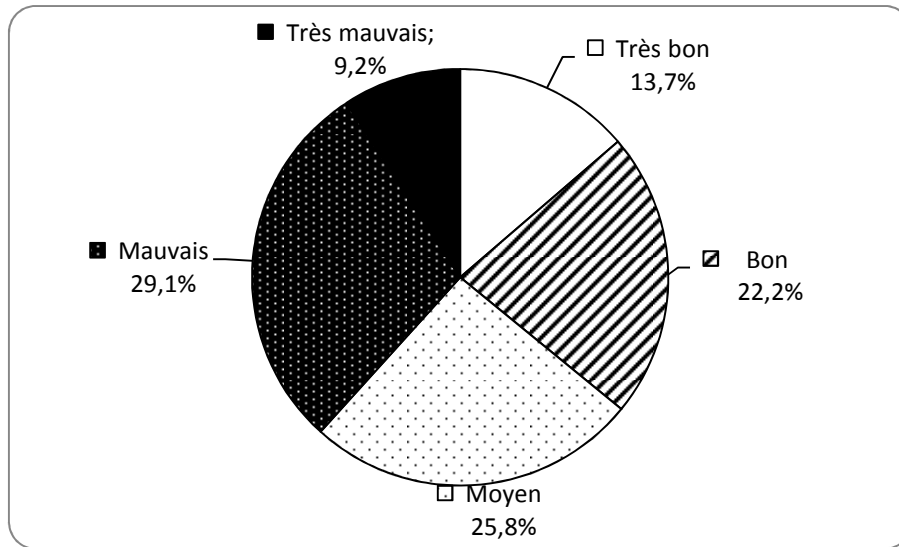


Tableau 14 : Caractéristiques associées à l'état de santé buccodentaire (au moins 5 dents absentes) parmi les personnes de plus de 15 ans

	N	%	p
Age			
18-34 ans	126	11,9%	0,001
35-49 ans	102	29,4%	
50 ans ou plus	67	31,3%	
Durée de séjour en France*			
<3 mois	83	14,5%	0,04
[3-12 mois [122	20,5%	
≥ 12 mois	89	30,3%	
Logement			
A la rue, en campement ou hébergement d'urgence	68	30,9%	0,013
En squat	23	39,1%	
Hébergé	197	17,3%	
Logement personnel	17	11,8%	
Perte de poids			
Oui	107	27,1%	0,061
non	198	18,7%	

* Parmi les étrangers

DISCUSSION

DES DIFFICULTES D'ACCES A L'ALIMENTATION TRES IMPORTANTES POUR LES PERSONNES RENCONTREES DANS LES PROGRAMMES DE MEDECINS DU MONDE

Selon les résultats de notre étude, **l'insécurité alimentaire pour raisons financières touche près de 80 % des foyers interrogés. Cette proportion est 6 fois supérieure à la moyenne nationale française** retrouvée dans l'étude INCA2 réalisée en 2006-2007 (selon laquelle 12,2 % des adultes appartiennent à un foyer en situation d'insécurité pour raisons financières) [Darmon 2009].

Si l'insécurité alimentaire pour raisons financières n'est pas associée à la durée de présence sur le territoire, l'enquête révèle qu'elle est très fortement associée aux conditions de logement des personnes. En effet selon nos résultats, la totalité des personnes à la rue, en campement ou en squat sont en situation d'insécurité alimentaire pour raison financière contre 71 % des personnes hébergées durablement et 50 % des personnes disposant d'un logement personnel. L'insécurité alimentaire pour raison financière s'avère également plus fréquente pour les personnes en situation administrative précaire.

Selon Darmon et al., en dessous d'un seuil de dépenses alimentaires de 3,50 € par jour et par personne il existe des risques pour la santé [Darmon 2006]. Or près de 2/3 des foyers de notre échantillon ont déclaré une somme inférieure à ce seuil et les risques sont encore plus importants pour les primo arrivants qui ont déclaré dans 80 % des cas avoir dépensé moins de 3,5 € par personne et par jour.

Plus les personnes ont des ressources limitées, plus la situation alimentaire se dégrade.

Les conditions de logement sont également déterminantes dans l'insécurité alimentaire. En effet, comme nous avons pu le noter dans l'enquête ce sont les personnes à la rue et les personnes en squat qui ont déclarées significativement plus fréquemment avoir « souvent pas assez à manger ». C'est cette même population sans logement ou en logement précaire qui passent également plus souvent des journées entières sans repas et qui ont les dépenses alimentaires les plus faibles pour se nourrir (moins de 2 € /personne et par jour).

La présence d'une cuisine et des équipements nécessaires à l'élaboration des repas conditionne également les pratiques alimentaires. Or, on en convient pour les personnes à la rue, en bidonville ou en hébergement précaire, les possibilités de cuisiner sont restreintes et constituent un frein à la consommation d'un certain nombre d'aliments. L'absence de cuisine ou d'équipement a été citée comme un obstacle à l'accès à l'alimentation par 31,5 % des personnes interrogées.

Enfin le temps de présence en France tout comme la situation au regard du séjour sont également déterminants dans l'accès à une alimentation suffisante et équilibrée. EN effet, l'absence de repas au moins une journée entière au cours du mois était significativement associée à la situation administrative. Ce sont les demandeurs d'asile et les personnes en situation irrégulière qui ont déclaré significativement plus fréquemment avoir « souvent pas assez à manger » (respectivement 42,9 % et 35,5 %). Les primo-arrivants dépensent significativement moins pour manger (1,6 €/jour/personne) que les personnes qui résident en France depuis plus longtemps (2,8 €/jour/personne). Ils déclarent également plus fréquemment une perte de poids récente.

UNE ALIMENTATION TRES NETTEMENT INSUFFISANTE...

Alors que le PNNS 2011-2015¹⁶ présente l'amélioration de l'état nutritionnel de la population comme « *un enjeu majeur pour les politiques de santé publique menées en France* » nous faisons ici le constat d'un écart particulièrement important entre les recommandations et la réalité de l'alimentation des personnes en situation de grande précarité en France.

En se basant sur ces recommandations nationales, il apparaît que les consommations tant des adultes que des enfants rencontrés dans les programmes de Médecins du Monde sont nettement insuffisantes et ne peuvent pas permettre de garantir un état de santé satisfaisant, ni une croissance optimale pour les enfants.

Près de la moitié des adultes et plus de 20 % des jeunes de 5-18 ans ont déclaré ne pas avoir mangé au moins une journée entière au cours du mois et dans plus de 6 cas sur 10 les personnes ont déclaré avoir pris moins de 3 repas la veille de l'enquête. Ce chiffre reste bien supérieur aux résultats de l'enquête Abena menée en 2011-2012 auprès des usagers de l'aide alimentaire qui indiquait que près de 40 % des usagers déclaraient moins de 3 prises alimentaires.

La situation semble d'autant plus difficile pour les primo arrivants et les personnes en situation de logement précaire ; qui n'ont vraisemblablement pas connaissance des structures d'aide alimentaire.

Le nombre de repas sur la journée est également nettement insuffisant (en moyenne 2,5 chez les moins de 19 ans et 2,1 chez les adultes), sachant qu'ils se composent pour la moitié des personnes d'un plat unique. Nous sommes donc particulièrement loin des recommandations des 3 repas et une collation chez les enfants et des 3 repas chez les adultes.

Par ailleurs, seuls 21,1 % des foyers interrogés ont déclaré disposer de tous les aliments qu'ils souhaitaient manger. Ce résultat est proche de celui retrouvé dans l'étude Abena. Par contre on constate un pourcentage bien supérieur de personnes déclarant avoir « souvent pas assez à manger » (33 % dans notre échantillon versus 9,9 % dans l'étude Abena).

Enfin, si l'on s'attache à la composition des repas, à l'heure où l'on prône une alimentation saine, riche en fibres et produits frais, les consommations sont là aussi nettement insuffisantes : 1/4 des enfants et adolescents n'avait consommé ni fruit ni légumes dans les dernières 24 heures et ceux qui en avaient consommé n'en avaient consommé qu'une portion. Nous sommes loin des 5 portions recommandées. Le constat est assez similaire dans les autres classes d'aliments avec ¼ des enfants qui n'avaient pas pris de laitage la veille, 40 % qui n'avaient pas consommés de viande, poisson ou œuf. Chez les adultes, le constat est le même avec des portions très en deçà des recommandations nationales en vigueur.

Comme cela a déjà été montré par ailleurs [Tarasuk 2001], l'étude des pratiques alimentaires des personnes en situation de grande précarité confirme donc, face aux contraintes budgétaires notamment, une simplification des repas sur la qualité des aliments choisis et consommés d'abord puis des restrictions alimentaires d'ordre quantitatif s'opèrent pour laisser place à la faim, voire à la privation absolue de nourriture.

UNE AIDE ALIMENTAIRE LOIN DE COUVRIR LES BESOINS NUTRITIONNELS DES PATIENTS

Selon le CNA, 3,5 millions de personnes bénéficient de l'aide alimentaire en France par les « têtes de réseau », soit une augmentation de 25 % par rapport à 2008 (2,8 millions). Ce chiffre dépasse très largement le nombre de personnes à la rue et les auteurs de ce rapport constatent que de plus en

¹⁶ Le PNNS initié en 2001 et prolongé en 2006, fournit un cadre de référence et produit de nombreux outils et mécanismes incitatifs, servant de support aux actions. Le Parlement a institué en 2010 un programme gouvernemental quinquennal relatif à la nutrition et à la santé (Code de la santé publique) ainsi qu'un programme gouvernemental pour l'alimentation.

plus de personnes s'installent dans l'aide alimentaire : « La moitié des bénéficiaires (51 %) ont eu recours à l'aide alimentaire depuis plus de deux ans. Ils étaient 34,5 % en 2004-2005 » [Abena].

Si les personnes rencontrées dans les programmes de Médecins du Monde constituent des publics en situation de très grande précarité, on constate que **seuls 42 % ont eu recours à de l'aide alimentaire au cours du mois précédent l'enquête**, dans la majorité des cas ils ont bénéficié de repas gratuits. Ce résultat met en évidence une sous-utilisation importante de ces structures par une population qui pourrait être particulièrement concernée.

L'enquête révèle que les personnes n'ayant pas bénéficié de l'aide alimentaire, sont en grande majorité ignorantes de ce type de support. Ce résultat montre toute l'importance d'informer les personnes sur les dispositifs existants et de les rendre accessible à tous.

Par ailleurs, une part non négligeable des personnes ayant eu accès à de l'aide alimentaire déplore l'absence de variétés des produits proposés et des quantités trop faibles. A ce titre les résultats de deux études récentes, ABENA menée auprès des bénéficiaires et E3A menée auprès des associations, montrent toutes deux que l'aide alimentaire manque de diversité dans les aliments proposés et que les quantités distribuées sont insuffisantes pour couvrir les besoins d'un adulte. S'il est reconnu que les structures d'aide alimentaire tentent de respecter au mieux les recommandations du PNNS en distribuant autant que possible des fruits et des légumes, de la viande et du poisson frais ; elles restent néanmoins fortement dépendantes des fournisseurs qui les approvisionnent. Le fond européen d'aide aux plus démunis (FEAD) et le Programme National d'Aide Alimentaire (PNAA) permettent la mise à disposition de denrées de base et de produits transformés mais les dernières remises en question européennes laissent perplexes quant à la pérennité de ce support.

Même si pour beaucoup de foyers, cette aide est essentielle à la survie, elle reste souvent insuffisante et/ou trop ponctuelle pour couvrir la totalité des besoins alimentaires. Le recours à l'achat pour compléter les besoins alimentaires du foyer est fréquent et difficile compte tenu des ressources très faibles. Les personnes pour qui cette aide constitue un approvisionnement en nourriture essentiel ont donc une alimentation fortement contrainte et insuffisante.

Si l'aide alimentaire peut permettre un accès suffisant à certains aliments et limiter ainsi l'insécurité alimentaire à laquelle les populations sont confrontées, la disponibilité de certains aliments apparaît insuffisante et la fermeture de certaines structures certaines périodes de l'année est une difficulté importante à surmonter pour les usagers [Grange 2013].

Les populations précaires interrogées sont ainsi pour beaucoup dans un schéma fortement contraint de l'alimentation. Ceux qui ont recours à l'achat d'aliments doivent faire face à de fortes contraintes financières, ceux ayant recours à des services d'aide alimentaire n'ont pas le choix des aliments servis ou n'ont pas la possibilité de faire la cuisine, ce qui renforce les difficultés alimentaires.

UN ACCES A L'EAU ENCORE LIMITE POUR PLUS D'UN TIERS DES FOYERS

Sur le plan mondial, une résolution de l'ONU du 28 juillet 2010 a reconnu « *le droit à une eau potable salubre et propre comme étant un droit fondamental, essentiel au plein exercice du droit à la vie et de tous les droits de l'homme* ».

Selon les résultats de notre étude, on constate que plus d'un foyer sur 10 s'approvisionne en eau grâce aux bornes fontaines des villes. Ce mode d'approvisionnement concerne majoritairement les personnes à la rue, en campement ou en squat. Par ailleurs, plus de 20 % des foyers ont déclaré acheter de l'eau en bouteille pour recourir aux besoins élémentaires en eau. Or on peut imaginer que l'achat de bouteilles d'eau constitue un poste de dépenses budgétaires important pour une population qui ne dépense en moyenne que 2,5 euros par personne et par jour pour manger.

Ainsi l'accès à l'eau, et par conséquent à l'hygiène, reste encore difficile pour les populations les plus précaires. En France, si 99 % de la population est desservie par un réseau d'alimentation en eau

potable et 90 % par un réseau ou un système d'assainissement aux normes, les populations précaires telles que les personnes sans domicile fixe, privées de logement ou en habitat insalubre (cabanos, bidonvilles...) se voient privées de ce droit fondamental. Le droit à l'eau potable est étroitement lié au droit au logement ou au maintien dans celui-ci.

L'absence d'accès physique à l'eau reste donc une réalité pour certaines catégories de la population, principalement les personnes ne disposant pas de domicile fixe, les personnes vivant en squat ou en campement. En 2012, l'Insee a estimé le nombre de personnes sans domicile en France à 81 000 adultes et 30 000 enfants [Yaouancq 2013]. Aucune disposition législative n'a prévu de garantir l'accès à l'eau pour ces personnes.

Ces résultats soulignent toute l'importance de rendre accessible les points d'eau aux personnes à la rue, en campement ou en habitat insalubre. Or à ce titre, une récente étude de Médecins du Monde [Mdm 2014] mettait en évidence de fortes disparités selon les municipalités dans l'accès effectif à l'eau des populations précaires. Bien que toutes les villes enquêtées disposent de points d'accès à l'eau potable et aux bains-douches, leur nombre restait largement insuffisant pour couvrir les besoins des populations.

DES CONSEQUENCES NOTABLES SUR LA SANTE DES PERSONNES...

Des journées entières sans repas, un nombre de repas par jour diminué, des repas de faible qualité nutritionnelle... sont les manifestations des restrictions des consommations alimentaires des personnes précaires. Ces populations sont ainsi confrontées à la logique de la double peine, moins de consommation, moins de diversité et de moins bonne qualité nutritionnelle des produits consommés et un état de santé altéré.

Tout d'abord concernant l'état nutritionnel des patients, la précarité est étroitement liée avec des problèmes de malnutrition : la sous-nutrition ou le développement de l'obésité.

L'insécurité alimentaire va se traduire assez rapidement par un amaigrissement, conséquence physique d'une sous-alimentation des personnes. Ainsi dans notre échantillon **plus d'un tiers des adultes ont déclaré avoir perdu du poids de manière imprévue au cours du dernier mois. Les plus touchés sont les primo arrivants et les personnes vivants à la rue ou en campement.**

Nous n'avons pas mesuré dans cette enquête les carences, mais un certain nombre de pathologies aiguës relevées concernaient l'anémie et les carence en fer et l'on peut facilement imaginer que les carences en calcium et autres micronutriments soient fréquentes. Rappelons que chez les adultes comme chez les enfants les consommations moyennes des différentes catégories d'aliments étaient très en deçà des recommandations du PNNS.

Selon nos résultats, les problèmes de surpoids ou d'obésité touchent un tiers des adultes vus en consultation et sont ainsi 2 fois plus fréquents que dans la population générale française [Inserm 2012]. L'obésité, concernait 18,7 % des adultes. Elle était particulièrement élevée chez les femmes (30,9 %).

Par ailleurs, différentes études portant sur les modes de vie des populations précaires font allusion, à côté de la sédentarité, à des pratiques alimentaires considérées comme des « facteurs » de surpoids. Les plus souvent cités sont : l'absence de petit déjeuner équilibré, la présence d'aliments sucrés consommés en dehors des repas, ainsi qu'une certaine « déstructuration » des pratiques alimentaires.

Concernant les pathologies répertoriées par les médecins chez les patients venus en consultation, il apparait très clairement que la répercussion sur l'état de santé est très marquée. Dans cette étude on constate ainsi que **plus d'un quart des personnes interrogées présente une pathologie chronique (obésité, dyslipidémies, diabète...) et 13 % une pathologie aiguë (gastrite, diarrhées, anémie...) pouvant être en lien avec une alimentation défavorable.**

Il convient toutefois de noter que cette enquête, se déroulant au décours d'une visite médicale, (souvent la première et peut être la seule avant longtemps pour des patients migrants), les praticiens devaient avoir à gérer une consultation déjà longue (antécédents, pathologies, symptômes, informations sur les besoins de dépistages...) et souvent avec des patients peu ou pas francophones. Il est ainsi possible que tous les problèmes de santé notamment des pathologies chroniques n'aient pas été relevés ou diagnostiqués de manière exhaustive, la prise en compte de la demande du patient et des examens essentiels lors de ces rendez-vous ayant été traitée en priorité.

Enfin, la santé bucco dentaire ou plutôt la mauvaise santé buccodentaire des patients résulte à la fois d'un défaut d'accès aux soins, d'une mauvaise alimentation (exposition adéquate au fluor, exposition aux acides de certains aliments et de certaines boissons) mais est également une conséquence de la mauvaise hygiène buccodentaire (question d'accès à l'eau, et des moyens disponibles pour le brossage des dents). D'autre part, l'absence de dents peut être très handicapante en particulier pour les personnes qui ne sont pas en mesure de cuisiner ni même choisir la nourriture qu'il peut consommer. Rappelons que 38% des plus de 15 ans considère avoir un mauvais ou très mauvais état de santé buccodentaire et que pour **2 personnes sur 5, au moins 5 dents sont absentes**. Sur cette question, les personnes à la rue, en squat ou bidonvilles sont les plus vulnérables.

L'insécurité alimentaire et une alimentation insuffisante qualitativement et quantitativement est donc associée à un mauvais état de santé général. En effet, Les contraintes budgétaires auxquelles doivent faire face ces populations les orientent bien souvent vers une alimentation défavorable à leur santé (réduction des prises alimentaires, moindre qualité nutritionnelle, alimentation déséquilibrée...). Les populations en situation d'insécurité alimentaire ont par conséquent plus de risque de développer des pathologies liées à une mauvaise nutrition telles que le diabète, l'obésité, les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose ou encore certains cancers.

Le dépistage et la prise en charge qui en découlent sont une autre question mais cela reste néanmoins crucial pour des personnes très précaires qui ont déjà des difficultés à accéder à une couverture maladie.

RECOMMANDATIONS

- Améliorer les connaissances sur l'accès à l'alimentation, l'état de santé et les besoins des personnes en situation de grande précarité
- Mieux informer les personnes en situation de grande précarité sur leurs droits et les dispositifs existants d'aide alimentaire
- Développer des aides alimentaires adaptées et ciblées (dispositifs innovants ou de proximité) pour les personnes précaires afin de leur permettre d'accéder à une alimentation saine, adaptée à leurs besoins nutritionnels, tout au long de l'année. Se référer notamment au rapport Chérèque¹⁷ du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale concernant le recours à l'aide alimentaire comme « une entrée dans un parcours social »
- Faciliter l'accès à l'eau et à l'hygiène des plus précaires, quel que soit leur type d'habitat
- Mettre fin aux arrêtés anti-glanages et anti-mendicité, qui peuvent constituer des ressources de dernier recours pour les plus précaires
- Adapter les actions de prévention et de promotion à la santé pour toucher les plus précaires et les migrants (primo arrivants et résidants) :
 - Dépistages systématiques et réguliers des pathologies chroniques (par exemple à l'ouverture des droits AME)
 - Prévention des carences (supplémentations ciblées...)
 - Amélioration des consommations et des pratiques alimentaires
- Agir sur les déterminants sous-jacents de la malnutrition (accès au logement, aide financière, conditions de séjour...)

¹⁷ Evaluation de la 1^{ère} année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale Janvier 2014 - François CHEREQUE Simon VANACKERE Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

REFERENCES

Conseil National de l'Alimentation « Aide alimentaire et accès à l'alimentation des populations démunies en France », avis n°72 ; 2012.

Darmon N, Bocquier A, Vieux F, Cavalet F. « L'insécurité alimentaire pour raisons financières en France » ONPES, Les travaux de l'Observatoire 2009-2010.

Darmon N. « Impact of a cost constraint on nutritionally adequate food choices for French women : an analysis by linear programming ». J Nutr Educ Behav 2006;38: 82-90

Dowler E., Dobson BM., 1997, « Nutrition and poverty in Europe: an overview », Proceedings of the Nutrition Society, n° 56, p. 51-62.

Grange D., Castetbon K, Guibert G, Vernay M, Escalon H, Delannoy A, Féron V, Vincelet C. "Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Etude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005. ORS Ile de France, mars 2013

Inserm, Kantar Health, Roche « Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité 2012 », rapport 2012, 60 pages

InVS « Étude 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) ». 2007, 74 pages.

Leather S. "The Making of Modern Malnutrition: an Overview of Food Poverty in the UK", London, Caroline Walker Trust. 1996

MdM « Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France ». Rapport 2012, 210 pages

MdM « France Municipales 2014 : Enquête auprès de 14 villes dans lesquelles Médecins du Monde intervient ». janvier 2014, 12 pages.

Riches G (Ed.), First World Hunger: Food Security and Welfare Politics. London: Macmillan/New York: St. Martins, 1997.

Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, et al. « L'hébergement des sans-domicile en 2012 » Insee première, 2013, 1455

