

Ensuite, une réflexion sur la recherche : ce que nous constatons aujourd'hui ne s'est pas produit la veille, l'obésité résulte d'une trajectoire de vie dont il faut analyser les séquences ; comment faire la part de ce qui contribue à la genèse de l'obésité (ex. insécurité alimentaire, contraintes économiques, événements de vie personnelle) et à son entretien (accès aux soins, absence de couverture complémentaire) ; comment démêler les interactions entre facteurs biologiques, comportementaux, environnementaux qui s'aggravent les uns les autres : ex. les désordres alimentaires à l'origine de la prise de poids peuvent en devenir la conséquence au travers de perturbations biologiques (inflammation) induites par l'obésité ; les troubles du sommeil, qui contribuent à la prise de

poids, sont eux mêmes aggravés par l'obésité ; en bref, mieux comprendre de quelle façon la précarité favorise l'obésité, et l'obésité aggrave la précarité.

Enfin, un impératif pour les stratégies préventives : se placer au-delà du modèle biomédical classique. Les données contextuelles et sociales doivent permettre de construire de nouveaux modèles de prévention axés sur la réduction des gradients sociaux. C'est un défi commun à toutes les maladies chroniques liées aux évolutions des modes et contexte de vie. ■

#### Citer cet article

Basdevant A. Éditorial. Obésité, précarité, aide alimentaire. Bull Epidemiol Hebd. 2014;(18-19):314-5. [http://www.invs.sante.fr/beh/2014/18-19/2014\\_18-19\\_0.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2014/18-19/2014_18-19_0.html)

## FOCUS // Focus

### MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE DE L'ÉTUDE ABENA 2011-2012

// GENERAL METHODOLOGY OF THE ABENA STUDY 2011-2012

Dorothee Grange<sup>1</sup> ([d.grange@ors-idf.org](mailto:d.grange@ors-idf.org)), Katia Castetbon<sup>2</sup>, Michel Vernay<sup>2</sup>, Hélène Escalon<sup>3</sup>, Gaëlle Guibert<sup>1</sup>, Catherine Vincelet<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Observatoire régional de santé Île-de-France (ORS Île-de-France), Paris, France

<sup>2</sup> Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), Institut de veille sanitaire - Université Paris 13, Centre d'épidémiologie et biostatistiques Paris Nord, Bobigny, France

<sup>3</sup> Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Saint-Denis, France

Soumis le 10.01.2014 // Date of submission: 01.10.2014

**Mots-clés :** Précarité, Aide alimentaire, Femmes, Méthodologie

// **Keywords:** Insecurity, Food aid, Women, Methodology

L'étude Abena (Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire) 2011-2012<sup>1</sup> a porté 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 de France métropolitaine : Paris, Marseille, Grand-Dijon, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Hauts-de-Seine. 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 selon un plan de sondage stratifié à deux degrés. Dans un premier temps, des structures de distribution d'aide alimentaire ont été tirées au sort en attribuant à chacune d'elles une probabilité d'inclusion proportionnelle à sa capacité de distribution. Puis, les usagers enquêtés ont été tirés au sort aléatoirement au sein de chaque structure sélectionnée.

Les structures 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 ») ;

- distribution de repas chauds ou froids servis et consommés dans la structure (structures « Repas »).

Les personnes étaient considérées comme éligibles si elles étaient âgées de 18 ans ou plus, capables de comprendre le contenu et les enjeux de l'étude et de répondre au questionnaire (maîtrise suffisante de la langue française notamment) et si aucun autre membre de leur foyer n'avait déjà été interrogé dans le cadre de l'étude. Le taux de participation variait selon la zone urbaine, le type de structure (55,4% dans les distributions de repas contre 41,7% dans les distributions de denrées à emporter) et selon le sexe (49% chez les hommes contre 41% chez les femmes). Plus des trois quarts (78%) des non-répondants ont invoqué un manque de temps pour motiver leur refus de participer.

Les personnes ayant accepté de participer répondaient à un questionnaire administré en face-à-face, au sein de la structure de distribution, par des enquêtrices préalablement formées. Ce questionnaire permettait de recueillir des données sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe,

pays de naissance, situation familiale, nombre d'enfants à charge, niveau scolaire), les conditions de logement (type de logement, équipement en moyens de cuisson (plaque chauffante, four)), la couverture maladie (affiliation à un régime de sécurité sociale et type de couverture maladie complémentaire), l'emploi et les ressources financières du ménage (activité rémunérée, soutien financier) et le recours à l'aide alimentaire. La capacité financière des ménages a été estimée en interrogeant les participants sur leur reste à vivre, c'est-à-dire sur la somme restant dans le foyer une fois payées toutes les charges « incontournables » liées au logement, assurances, impôts, emprunts, déplacements... Cette somme n'incluait pas les dépenses pour se nourrir, se vêtir et les loisirs. Le questionnaire portait également sur les modes d'approvisionnement alimentaire, le recours à l'aide alimentaire (type d'aide fréquenté et ancienneté du recours), les consommations alimentaires, l'insécurité alimentaire, la santé et l'accès aux soins. En fin de questionnaire, il était proposé aux personnes une mesure de leurs poids, taille et pression artérielle. Une seconde étape de l'enquête se déroulait, pour les personnes ayant donné leur consentement éclairé, en centre d'exams de santé de la Caisse primaire d'assurance maladie ou en centre municipal de santé selon les territoires. Un examen clinique et un prélèvement biologique étaient alors réalisés (22,3%).

Le poids et la taille des personnes enquêtées ont ainsi pu être mesurés au sein des structures de distribution d'aide alimentaire et des centres de santé. Pour la mesure du poids et de la taille, les enquêtrices disposaient d'un pese-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. Pour les analyses des mesures anthropométriques réalisées dans les structures d'aide alimentaire, 1 kg a été déduit de manière systématique du poids mesuré et, si les mesures avaient été effectuées avec les chaussures, 0,5 kg supplémentaire était déduit, ainsi que 1,5 cm de la taille. Les femmes enceintes au moment de l'enquête ont été exclues pour les analyses de corpulence (n=15).

Lorsque, pour un même individu, les mesures avaient été effectuées dans ces deux contextes, les mesures réalisées en centre de santé ont été privilégiées. Si

les mesures n'avaient pu être réalisées (refus de la personne ou impossibilité matérielle), les poids et taille déclarés étaient recueillis. Les poids et taille ont été mesurés pour 1 151 personnes enquêtées, dont 688 femmes.

L'indice de masse corporelle (IMC, poids (en kilogrammes)/taille (en mètres)<sup>2</sup>) a été calculé à partir des mesures de poids et de taille des participants. Selon les seuils de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les participants ont été considérés en situation de maigre ( $IMC < 18,5$ ), de normocorpulence ( $18,5 \leq IMC < 25,0$ ), de surpoids ( $25,0 \leq IMC < 30,0$ ) ou d'obésité ( $IMC \geq 30$ ). ■

#### Remerciements

Aux usagers de l'aide alimentaire, aux personnels des structures de distribution, aux enquêtrices dans les structures, aux personnels des centres d'exams de santé (Bobigny, Dijon, Marseille, Paris) de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) et des centres municipaux de santé de Champigny-sur-Marne, Gennevilliers, Malakoff, Nanterre et Vitry-sur-Seine.

#### Financements

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. Les données issues de cette collaboration sont la copropriété de ces partenaires.

#### Aspects réglementaires

L'étude Abena 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 8 juillet 2011).

#### Références

[1] Grange D, Castetbon K, Guibert G, Vernay M, Escalon H, Delannoy A, *et al.* Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Étude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; Paris: Observatoire régional de santé Île-de-France; 2013. 184 p. [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=11401](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11401)

#### Citer cet article

Grange D, Castetbon K, Vernay M, Escalon H, Guibert G, Vincelet C. Méthodologie générale de l'étude Abena 2011-2012. Bull Epidemiol Hebd. 2014;(18-19):315-6. [http://www.invs.sante.fr/beh/2014/18-19/2014\\_18-19\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2014/18-19/2014_18-19_1.html)