

LUTTE CONTRE L'OBÉSITÉ

édito

L'importance de l'apport en fruits et légumes dans un nouveau contexte

Ce mois-ci, l'accent est mis sur l'intérêt de l'apport en fruits et légumes pour combattre l'augmentation phénoménale de ce fardeau mondial qu'est l'obésité. Cette épidémie est déjà accablante dans les pays aux revenus plus faibles comme dans les pays riches, avec des taux croissants de diabète qui est associé à de nombreux handicaps menaçant la vie. Les complications tardives de l'obésité, représentées par les maladies cardiovasculaires et les cancers, sont déjà flagrantes en Europe. En effet, l'alimentation est désormais la cause principale du fléau mondial représenté par cette maladie.

Ainsi, l'obésité est devenue un problème sociétal et économique fondamental qui ne peut être réglé simplement en éduquant les enfants et en suggérant aux adultes de faire davantage d'exercice physique et d'adopter des changements alimentaires. En réalité, ces mesures n'ont qu'une efficacité modeste, comme l'ont démontré Darfour-Oduro *et coll.*

Bray souligne que nous ne choisissons pas d'être en surpoids ! C'est pour cela que nous avons besoin de mesures économiques, réglementaires et intergouvernementales pour modifier notre apport alimentaire global et réduire l'usage de la voiture.

Cela aidera les catégories plus pauvres de la société, plus encore que les catégories plus riches, comme le soulignent Ancilotto et Olstad, afin que ce soit la société dans son ensemble qui mange différemment et fasse systématiquement plus d'exercice.

Nous sommes encore loin d'atteindre l'objectif de politique mondiale intégrée, établi en 1990 par l'OMS, destiné à prévenir les maladies chroniques chez l'adulte, la malnutrition et les carences en vitamines par un apport moyen minimum de 400 g/jour en fruits et légumes pour la population - qui est désormais encore plus important pour les objectifs de développement durable des Nations Unies.

Voilà pourquoi l'Europe devrait montrer la voie avec de nouvelles mesures économiques et réglementaires transnationales intégrées pour changer notre apport alimentaire.

W. Philip T. James

Professeur honoraire de nutrition,
London School of Hygiene & Tropical Medicine, ROYAUME-UNI

actualité

CONFÉRENCE INTERNATIONALE
EGEA 2018
8^e édition

Nutrition et santé
De la science à la pratique
DU 7 AU 9 NOVEMBRE 2018
LYON



EGEA^{edition 8}
International conference

Inscription gratuite
& obligatoire
Plus que quelques jours
pour vous inscrire
www.egeaconference.com



EGEA 2018 - « Nutrition et santé: de la science à la pratique », Lyon, France, du 7 au 9 novembre 2018 a été accréditée par le Conseil européen d'accréditation pour la formation médicale continue (EACCME®) avec 16 CME crédits européens (ECMEC®)



État des lieux des politiques favorisant l'augmentation de la consommation de fruits et légumes et de l'activité physique dans 49 pays à revenu faible et intermédiaire

S.A. Darfour-Oduro^a, J.E. Andrade^b, D.S. Grigsby-Toussaint^{a,b,c}

a. Service de Kinésiologie et de Santé communautaire, Université de l'Illinois, ETATS-UNIS

b. Division des Sciences de la nutrition, Université de l'Illinois, ETATS-UNIS

c. Collège de Médecine de Carle Illinois, Université de l'Illinois, ETATS-UNIS

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les maladies non transmissibles (MNT) sont devenues la principale cause de mortalité dans le monde. 80 % environ surviennent dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI)¹. Aujourd'hui il existe un vaste consensus sur les effets bénéfiques sur la santé de la consommation régulière de fruits et légumes (F&L). De nombreuses études scientifiques le démontrent : manger quotidiennement des F&L permet de lutter contre les MNT telles les maladies cardiovasculaires, certains cancers, diabète de type 2.

Si la consommation de F&L augmentait de manière suffisante, 2,7 millions de vies pourraient potentiellement être sauvées² ! Compte tenu des bienfaits reconnus sur la santé de leur consommation régulière, le comité mixte d'experts de la FAO et de l'OMS a recommandé en 2002 un apport journalier minimum de 400 g de F&L et en a fait un objectif final pour tous les pays en 2004³.

Par ailleurs, la prévalence de l'inactivité physique, considérée par l'OMS comme un facteur de risque majeur de MNT, s'accroît également dans les PRFI⁴. L'OMS recommande que les enfants et les adolescents (de 5 à 17 ans) fassent au moins 60 minutes d'activité physique (AP), d'intensité modérée à élevée, par jour et que les adultes fassent au moins 150 minutes d'AP aérobique d'intensité modérée par semaine⁵.

Comme ces comportements constituent d'importants facteurs de risque modifiables pour la prévention des MNT, l'OMS encourage le développement de politiques qui favorisent l'augmentation de l'AP et de la consommation de F&L, principalement dans les PRFI.

Nous avons ainsi étudié les politiques encourageant de telles recommandations dans 49 PRFI entre 2004 et 2013.

Sur ces 49 pays, 57 % ont des politiques* favorisant l'augmentation de la consommation de F&L et 76 % des politiques* incitant à celle de l'AP ; 51 % ont des politiques encourageant l'augmentation des deux.

Les politiques favorisant la consommation de F&L

Sur les 49 pays, 28 ont des politiques favorisant l'augmentation de la consommation de F&L ciblant la population générale, les écoles ou axées sur l'environnement, l'économie... Ci-dessous quelques exemples de politiques mis en place dans certains pays à revenu faible et intermédiaire.

Le Malawi a développé diverses politiques pour encourager la consommation de F&L :

- aménagement de jardins dans les écoles et ateliers de cuisine dans toutes les écoles primaires publiques. (A noter que 7 pays sur 28 ont des politiques nutritionnelles à l'école) ;

* Dans l'article, une politique peut être également un plan d'action ou une recommandation

Basé sur : Darfour-Oduro SA., Andrade JE., Grigsby-Toussaint DS. Review of policies to increase fruit and vegetable consumption and physical activity in 49 low- and middle-income countries, *Journal of Public Health*, <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy039>

Références

1. World Health Organization. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. 2011
2. Joint FAO/WHO. Workshop on Fruit and Vegetables for Health; Vol.39. Kobe: Japan, 2005.
3. Joint WHO / FAO Expert Consultation. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series. 2003

- réalisation d'ateliers culinaires autour des aliments sains au niveau communautaire ;

- mise en place d'une recommandation nationale ciblant la population générale : « manger un fruit à la fin de chaque repas ».

La Namibie recommande la consommation de F&L variés et de préférence frais et issus d'espèces disponibles localement.

L'Indonésie est un exemple de pays ayant une politique ciblant l'environnement alimentaire (seuls 3 pays sur 28) qui encourage l'agriculture pour garantir l'accessibilité à une alimentation saine et équilibrée.

Par ailleurs, les Philippines ont développé une politique axée sur l'économie (seuls 2 pays sur 28) en encourageant l'octroi de subventions et des allègements fiscaux pour les aliments bénéfiques pour la santé, tels les F&L, afin d'en augmenter la consommation.

Parmi les pays qui ont développé des stratégies répondant aux recommandations de l'OMS (5 sur 28), le Ghana, le Sri Lanka et la Malaisie incitent vivement à manger au moins 5 portions de F&L par jour, tandis que le Liban recommande de consommer 2 portions de fruits et 2 à 3 portions de légumes par jour.

Au vu du nombre restreint de pays disposant de politiques axées sur l'environnement et l'économie, il apparaît nécessaire que les PRFI élaborent davantage de stratégies dans ces deux domaines. Si les F&L ne sont ni disponibles ni abordables, l'éducation seule ne permettra pas d'en augmenter la consommation, comme le montrent les recommandations figurant dans l'étude de Miller *et al.*⁶.

Les politiques favorisant l'AP sont plus nombreuses...

En revanche, les politiques encourageant l'AP sont plus nombreuses que celles favorisant la consommation de F&L. Trente-sept pays sur 49 ont des politiques incitant à l'AP. La plupart ciblent la population générale et 9 pays seulement sur les 37 ont élaboré des politiques qui répondent aux recommandations de l'OMS en matière d'AP journalière. En outre, 8 pays ont développé des mesures favorisant l'AP auprès de la population scolarisée. Parmi eux, le Ghana, les Maldives, la Dominique, Grenade et la Guyane recommandent de rendre obligatoire l'éducation physique dans les écoles.

En définitive et de toute évidence, malgré les progrès accomplis, les PRFI accusent toujours du retard sur le plan de l'élaboration de politiques répondant aux recommandations de l'OMS qui visent à favoriser l'augmentation de la consommation de F&L et de l'AP. Des progrès restent à accomplir !

4. World Health Organization. Global Health Risks Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. Geneva. 2009
5. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. 2010
6. Miller V, Yusuf S, Chow CK et al. Availability, affordability, and consumption of fruits and vegetables in 18 countries across income levels: findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. *Lancet Glob Health* 2016; 4:695-703.



« L'obésité : un processus pathologique marqué par des rechutes chroniques »

G.A. Bray

Centre de recherche biomédicale Pennington, Université de Louisiane, Baton Rouge, Louisiane, ETATS-UNIS

Ce titre (version anglaise originale : *Obesity : A Chronic Relapsing Disease Process*) est tiré d'un article d'opinion publié par la Fédération Mondiale de l'Obésité (World Obesity Federation) en réponse à la question : « L'obésité est-elle une maladie? ».

Cet article s'intéresse plus particulièrement à l'excès de tissus adipeux et à ses conséquences en termes de santé et de handicap social. C'est bien connu: l'obésité est un problème chronique, ponctué de rechutes fréquentes après les traitements². Cette notion était déjà suggérée il y a plus de 250 ans, par le Dr Malcolm Flemyng, un médecin anglais du XVIII^e siècle qui affirmait : « Quand elle est portée à un degré extrême, la corpulence peut être considérée comme une maladie, puisque dans une certaine mesure, elle empêche l'homme d'exercer librement certaines de ses fonctions animales, et elle a tendance à raccourcir la durée de vie en ouvrant la voie à des affections dangereuses. »³. Aujourd'hui le vocabulaire a changé, mais le problème reste le même : l'obésité est un processus pathologique. 50 ans plus tard, en 1816, le chirurgien britannique William Wadd reprenait cette idée en déclarant : « Les graisses... quand elles sont trop présentes, au point de pouvoir être appelées OBÉSITÉ, ne sont pas uniquement une maladie en soi, mais peuvent avoir de nombreux effets mortels, particulièrement dans le cadre de troubles aigus. »⁴.

Un éventail de maladies liées à l'obésité

L'excès de tissu adipeux, particulièrement au niveau abdominal, entraîne un éventail de maladies par le biais des substances produites par les cellules adipeuses hypertrophiées et souvent hyperplasiques. L'obésité est également une source de handicap social et moteur en raison de l'apparence physique des personnes concernées et du poids supplémentaire supporté par les os et les articulations.

À titre d'exemple, les cancers de l'endomètre et du sein sont tous deux liés aux œstrogènes, également produites par les cellules adipeuses. Les taux d'œstrogènes augmentent avec la quantité de tissus adipeux, surtout après la ménopause, période où les graisses deviennent la principale source d'œstrogènes.

Par ailleurs, l'excès de tissus adipeux viscéral augmente le besoin d'insuline par un phénomène d'insulino résistance, qui exacerbe le risque de diabète. Ainsi en cas de « pré diabète », la perte de poids réduit le risque de survenue de diabète ; en cas de diabète installé, elle augmente la probabilité de retrouver une tolérance normale au glucose.

L'obésité n'est pas un choix !

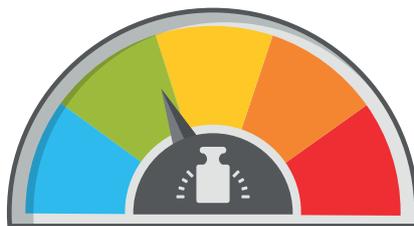
Au-delà de ces considérations, la déclaration de la Fédération Mondiale de l'Obésité omet une notion importante : la stigmatisation liée à l'obésité. Personne ne décide de devenir obèse. Pourtant les sujets obèses sont souvent tournés en dérision par la société. Les enfants obèses subissent également des moqueries et du harcèlement. La recherche sur l'obésité a tenu compte de cette stigmatisation avant même la création de l'*International Journal of Obesity* en 1977. Beaucoup considèrent qu'avec un peu plus de volonté, l'obésité disparaîtrait. Une idée hélas partagée par de nombreux professionnels de santé, qui tiennent les patients personnellement, voire moralement, responsables de leur obésité...

La perte de poids reste un enjeu central en termes de prévention

Aujourd'hui, l'accent est mis sur les « rechutes chroniques » de ce processus pathologique afin de rappeler d'une manière appropriée que l'obésité est une bombe à retardement...qui menace d'exacerber davantage de graves problèmes de santé comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque. Heureusement, perdre du poids peut prolonger l'espérance de vie, réduire l'incidence des maladies cardiovasculaires, diminuer les risques de diabète et de stéatose hépatique non alcoolique (NASH). Une perte de poids modérée est suffisante: lorsque le risque de diabète est élevé, une perte de poids de 5 % suffit à le réduire. Une réduction de poids de 10 % (ou plus) réduit le risque de maladie cardiovasculaire.

L'article d'opinion de la Fédération Mondiale de l'Obésité jette les bases pour les professionnels de santé qui souhaitent aider les personnes obèses à atteindre un poids plus sain. Cette prise de position importante s'inscrit dans le sillon des déclarations de l'*American Medical Association* et de plusieurs autres associations professionnelles qui ont affirmé en 2013 que l'obésité est une maladie⁴. La Fédération Mondiale de l'Obésité va plus loin: elle souligne le processus par lequel l'obésité produit ses effets délétères, tout en rappelant la chronicité de cette maladie, ponctuée de rechutes. La perte de poids est une stratégie essentielle si l'on veut prévenir les dégâts de cette « bombe à retardement ».

L'affirmation de la Fédération « L'obésité est un processus pathologique marqué par des rechutes chroniques » définit donc un cadre pour les efforts en vue de réduire sa prévalence dans le monde.



Références

1. Bray GA et al. *Endocr Rev.* 2018 Apr 1;39(2):79-132.
2. Bray GA et al. *Obes Rev* 2017 Jul;18(7):715-723.

3. Flemyng, M. London: L. Davis and C. Reymers, 1760.
4. Wadd, W. London: J. Callow, 1816, 3^e édition.



Inégalités dans l'obésité et les comportements associés : un enjeu prioritaire pour les décisions politiques

R. Ancilotto^a, D.L. Olstad^b

a. Gouvernement du Cap-Occidental, AFRIQUE DU SUD

b. université de Calgary, Alberta, CANADA

Le statut socio-économique (SSE) désigne la position sociale et économique des individus par rapport aux autres. Ce statut combine souvent les revenus, le niveau d'études et/ou la profession¹. Dans les milieux socio-économiques défavorisés, le risque d'obésité est plus important, le comportement alimentaire et les niveaux d'activités physiques sont de moins bonne qualité, que dans les milieux plus favorisés^{2,3}. Sachant que l'obésité et les comportements qui y sont liés sont associés à un risque supérieur de maladie chronique⁴, le schéma socio-économique peut expliquer en partie le risque supérieur de pathologie chronique au sein des populations défavorisées. Ces différences sont appelées « inégalités en matière de santé ».

Réduire l'obésité et améliorer les comportements qui y sont liés : politiques universelles ou politiques ciblées ?

Face aux « inégalités en matière de santé », deux grands types de politiques ont été mis en place :

- des politiques ciblées visant plus précisément des facteurs déterminants de la santé parmi les populations les plus défavorisées (par exemple, des bons alimentaires pour les personnes à bas revenus) ;
- des politiques universelles, concernant l'ensemble de la population (par exemple, les indications nutritionnelles sur les emballages)⁵.

Une précédente revue systématique a révélé que la majorité des politiques universelles n'avaient aucun impact sur les inégalités en termes d'obésité et de comportements liés à l'obésité⁶.

Nous présentons une seconde analyse systématique compilant des études comparatives concernant ces politiques ciblées et leur impact sur l'anthropométrie, l'alimentation et l'activité physique chez les enfants et adultes défavorisés.

Les études analysées ont été publiées entre 2004 et 2015. Elles évaluaient l'impact de politiques ciblant des individus défavorisés dans un pays développé, comportaient un groupe témoin et s'intéressaient à l'anthropométrie, à l'alimentation ou à l'activité physique.

Les politiques à l'échelle des établissements scolaires défavorisés: efficaces !

8 études ont évalué l'impact des politiques adoptées par des établissements scolaires défavorisés dans le cadre de 7 interventions à composantes multiples.

Sur ces 7 interventions, 6 se sont révélées efficaces. Les études ont montré que l'impact portait davantage sur les comportements alimentaires et l'activité physique que sur l'anthropométrie.

Les interventions efficaces présentaient des similitudes :

- des aliments et boissons répondant aux normes nutritionnelles
- l'amélioration des cours d'éducation physique et sportive

- la possibilité de pratiquer une activité physique supplémentaire
- l'auto-évaluation des établissements
- l'information des enseignants, des enfants et des parents concernant la nutrition et l'exercice physique.

Parce que ces interventions comprenaient plusieurs composantes, il était donc impossible d'attribuer des éventuels effets positifs à une politique particulière... .

Les données des politiques gouvernementales : des résultats plus mitigés

10 études ont évalué l'impact de politiques gouvernementales à une seule composante portant sur des enfants et/ou adultes défavorisés.

Ces politiques gouvernementales étaient moins efficaces lorsqu'il s'agissait de modifier l'activité physique en lien avec les comportements alimentaires, et seules 2 études examinaient l'anthropométrie.

Trois grands types de politiques ont été étudiés :

1. Education et information ;
2. Les aides à l'achat de fruits et légumes ;
3. La modification des environnements construits.

Les deux premiers types de politiques se sont avérés efficaces chez les enfants défavorisés, mais pas chez les adultes défavorisés. Quant à la modification des environnements construits, elle n'a été efficace ni chez les enfants défavorisés, ni chez les adultes défavorisés. Néanmoins, la prudence est de rigueur, puisque seuls 2-4 études portaient sur chaque type de politique.

L'importance des interventions chez les enfants pour réduire l'obésité

C'est grâce à cette synthèse portant sur des études comparatives, qu'est apparu le plus grand nombre de données de qualité concernant l'efficacité des interventions complètes, englobant à la fois des politiques au niveau des établissements scolaires et des politiques gouvernementales ciblant les élèves défavorisés.

Aucune étude n'a évalué l'impact des politiques ciblant les adultes défavorisés au sein des établissements ou institutions.

Quant aux politiques gouvernementales ciblant les adultes défavorisés, elles se sont toutes avérées inefficaces.

Ces résultats soulignent donc l'importance des interventions ciblant les enfants pour contrecarrer les manifestations négatives liées à l'obésité dans les milieux socio-économiques défavorisés.

Parallèlement, ces études révèlent le manque de connaissances concernant les politiques efficaces parmi les communautés et chez les adultes.

Basé sur : Olstad DL, Ancilotto R, Teychenne M, Minaker LM, Taber DR, Raine KD, Nykiforuk CIJ, Ball K. Can targeted policies reduce obesity and improve obesity-related behaviours in socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review. *Obes Rev* 2017;18(7):791-807. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/obr.12546>
Copyright © [2017, World Obesity Federation]

Références

1. Galobardes B, et al. *J Epidemiol Community Health* 2006;60(1):7-12.
2. Global strategy on diet, physical activity and health. World Health Organization, 2004.
3. Giskes V. *Obes Rev* 2010;11(6): 413-29.
4. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural,

- environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks 1990–2015 a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2016;388(10159-1724).
5. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. London: Health Development Agency, 2004.
6. Olstad DL, et al. *Obes Rev* 2016;17(12):1198-217.

Quand l'Australie part en lutte contre l'obésité dans les écoles

Thierry Gibault

Nutritionniste, endocrinologue, Paris, FRANCE

En Australie, comme dans le monde, l'obésité infantile pose un véritable problème de santé publique: une étude réalisée chez plus de 30 000 enfants scolarisés a révélé que près de 25% des enfants de 4,5 à 15 ans étaient en surpoids ou obèses. L'obésité de l'enfant présente des risques pour la santé, en particulier dans le Queensland, deuxième état de l'Australie par sa superficie, surtout dans les zones défavorisées. Déjà en 2011-2012, dans cet Etat, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 5 à 17 ans, atteignait respectivement 18.2 et 9.3%. En 2014-2015 ces problèmes concernaient environ 217 000 enfants.

Les aliments de forte densité énergétique sont des déterminants clés de l'obésité chez les enfants australiens. Dans le Queensland, 61% des enfants consomment des aliments non essentiels (biscuits sucrés et salés, confiseries) et plus de 50% boivent des boissons sucrées tous les jours. Si une bonne proportion consomme les quantités de fruits recommandés, moins de 10% le font pour les légumes... En outre, la plupart des enfants du Queensland sautent le petit déjeuner. Le manque d'activité physique joue également un rôle majeur. Selon une étude de 2006, moins de la moitié des enfants de 6 à 10 ans atteignent les recommandations de 60 minutes d'activité par jour. La prévalence de la sédentarité est élevée: elle atteint 41% chez les 5-7 ans et 73% chez les 16-17 ans.

Une telle progression de l'obésité souligne la nécessité des politiques favorisant une alimentation saine et une activité physique régulière à l'école.

Les déterminants personnels et environnementaux sont à la base des changements de comportements

Les politiques de santé peuvent influencer les **déterminants environnementaux** par une variété d'outils qui atténuent les circonstances défavorables tout en offrant des opportunités utiles pour la santé et en réduisant le risque d'obésité. Les taxes sur les aliments ou les boissons riches en calories, le développement de pistes cyclables, peuvent ainsi avoir un impact sur l'environnement et lutter contre l'obésité.

Ces politiques peuvent également modifier les **déterminants personnels** par le biais de l'éducation, en transformant des comportements malsains en comportements bénéfiques pour la santé. L'OMS a proposé des options favorables dans l'environnement scolaire pour promouvoir l'alimentation saine et l'activité physique dans les écoles, y interdire les publicités alimentaires, favoriser une éducation intégrée sur les bons choix alimentaires, augmenter le nombre de cours d'éducation physique et diffuser des recommandations alimentaires nationales et régionales pour les enfants scolarisés. Elles insistent sur la facilité d'accès à des aliments sains et la présence d'espaces sécurisés qui encouragent les enfants à pratiquer une activité physique et à adopter une alimentation saine en dehors des classes.

Investir pour promouvoir les aliments et boissons sains dans les écoles

Cet article souligne qu'une politique de prévention de l'obésité dans les écoles du Queensland est un véritable challenge. Le gouvernement a fait des investissements significatifs pour promouvoir les aliments et boissons sains dans les écoles. Cependant, il reste beaucoup à faire car les enfants consomment

encore trop de snacks et restent trop sédentaires. Le Gouvernement a développé de nombreux partenariats avec le groupe de travail de l'obésité (*Obesity Task Force and Eat Well*) pour prévenir l'obésité dans les écoles.

En 2005-2008 a été lancée la première initiative, le programme « **Eat Well, Be Active-Healthy Kids for Life Action** » pour favoriser l'alimentation saine et l'activité physique chez tous les enfants de l'Etat.

D'autres ont suivi pour lutter contre l'alimentation déséquilibrée et le manque d'activité physique.

Le « **Active-Ate Program** » a visé à augmenter la disponibilité des aliments sains dans les cantines scolaires et a formé les professeurs afin d'atteindre cet objectif.

Le « **Eat-Well Queensland** » (2002-2012) a eu pour objectif de faciliter la perte de poids, de favoriser l'alimentation saine et l'activité physique chez les Indigènes, les populations défavorisées et les enfants scolarisés, au moyen de messages diffusés dans les media sociaux et de programmes de promotion.

Le programme « **PANOSH (Physical Activity and Nutrition Out of School)** » a insisté sur la disponibilité d'aliments sains en dehors des heures de classe et a incité les enfants à être plus actifs après l'école, durant leurs loisirs.

De nombreux autres programmes ont été mis en place dans le cadre de ces politiques (*Smart Choices, Smart Moves ...*).

La politique la plus efficace pour lutter contre l'obésité dans les écoles

Après avoir évalué ces diverses initiatives, la conclusion est que la politique la plus efficace pour lutter contre l'obésité dans les écoles est probablement de limiter l'accès aux aliments malsains pour les remplacer par des choix plus sains et d'augmenter les niveaux d'activité physique. Il est important que ces politiques impliquent également tous ceux qui sont concernés dans l'environnement de l'enfant : parents, professeurs, coordinateurs, directeurs d'école... Leur mise en œuvre est facilitée par la mise à disposition d'informations, la formation des responsables de cantines, le développement des compétences de chacun.

Enfin, les parents ont un rôle essentiel à jouer en tant que modèle au cours des activités extra scolaires et pour les choix alimentaires de leurs enfants. C'est une évidence- peut-être - mais il est utile de la souligner !



Prévention de l'obésité infantile : 10 recommandations pour les « 1000 premiers jours »

La prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants a augmenté dans la plupart des pays au cours des dernières décennies. La prise de poids indésirable, le surpoids et l'obésité résultent notamment d'un décalage entre les apports énergétiques et les dépenses. Mais, l'environnement, de la conception à l'enfance, peut également influencer la santé future de l'enfant. La période dite des « 1000 premiers jours » (de la conception aux 2 ans de l'enfant) est considérée comme déterminante pour la santé ultérieure de l'enfant. En se fondant sur une analyse des connaissances scientifiques existantes, une équipe de chercheurs a publié 10 recommandations pour cette période particulière :

1. **Adopter une alimentation saine** dès le désir d'enfant
 - Pendant la période de conception et la grossesse, les deux parents doivent adopter une alimentation riche en fruits et légumes avec un apport en matières grasses et en protéines approprié.
 - Les femmes en surpoids ou obèses envisageant une grossesse doivent essayer de perdre du poids avant la conception.
2. **Surveiller la croissance du bébé** : lors la grossesse, à la naissance et au début de la vie
3. **Pratiquer l'allaitement exclusif** si possible jusqu'aux 6 mois de l'enfant
4. **Initier la diversification alimentaire** entre 4 et 6 mois
5. **Introduire les fruits et légumes tôt**

Afin de favoriser l'acceptation des aliments qui pourraient être mal acceptés par l'enfant au début

 - Proposer de la variété au quotidien et lors des repas
 - Présenter plusieurs fois l'aliment à l'enfant (jusqu'à 8 fois)

Il n'est pas nécessaire d'ajouter du sucre, du sel ou des liquides sucrés.
6. **Respecter l'appétit de l'enfant**
 - Adapter la portion de nourriture à l'appétit
 - Evitez les pratiques coercitives du style « Finis ton assiette ! »
 - Ne pas utiliser d'aliments comme récompense pour un bon comportement.
7. **Limiter l'apport en protéines animales au début de la vie**, afin de réduire le risque précoce de rebond de l'adiposité.
8. **Favoriser l'apport de matières grasses** contenant des acides gras essentiels

Le lait de croissance pour les enfants âgés de 1 à 3 ans devrait être préféré au lait de vache, afin de répondre aux besoins en acides gras essentiels et en fer.
9. **Etre un modèle pour l'enfant**, ainsi lors des repas la TV et les écrans devraient être éteints.
10. **Encourager l'activité physique** et veiller à ce que **le temps consacré au sommeil soit suffisant.**

Source : Pietrobelli A et al. Nutrition in the First 1000 Days: Ten Practices to Minimize Obesity Emerging from Published Science. Int J Environ Res Public Health. 2017 Dec 1;14(12). pii: E1491. doi: 10.3390/ijerph14121491.

Des habitudes maternelles saines peuvent réduire le risque d'obésité chez les enfants et adolescents

Une récente étude a montré un risque d'obésité considérablement réduit chez les enfants dont la mère a un mode de vie sain. Réalisée aux USA, cette étude a porté sur 25 000 enfants non obèses de 9 à 14 ans et leurs mères (16 945 femmes), suivis durant 5 ans.

Les auteurs de l'étude ont défini le fait d'avoir un mode de vie sain, par les critères suivants :

- maintien d'un IMC normal (18,5-24,9) ;
- pratique d'au moins 150 min/semaine d'activité physique modérée ou intense ;
- absence de tabagisme ;

- consommation d'alcool avec modération (1.0-14.9 g/jour).

Chez les enfants dont la mère avait un tel mode de vie sain, le risque d'obésité était réduit de 75 % comparativement à ceux dont les mères ne respectaient aucun des critères précédents.

Ces résultats soulignent l'importance de mettre en place des interventions multifactorielles reposant sur la famille ou les parents, pour réduire le risque d'obésité chez les enfants. Par ailleurs, compte tenu des nouvelles tendances relatives à l'emploi des femmes, du nombre croissant de pères célibataires et de l'évolution des normes sociales liées à leur rôle domestique, il convient également d'étudier le rôle de ces derniers dans les pratiques alimentaires familiales.

Source : Klodian Dhana et al. Association between maternal adherence to healthy lifestyle practices and risk of obesity in offspring: results from two prospective cohort studies of mother-child pairs in the United States BMJ 2018; 362.

E=M6 spécial nutrition revient sur vos écrans

Créée en 2017, «E=M6 spécial nutrition» est une déclinaison de l'émission animée par Mac Lesggy. Dédiée au thème de l'alimentation et des fruits et légumes, ce programme parrainé par Aprifel a été diffusé au dernier trimestre 2017 sur les chaînes du groupe M6. Après une rediffusion cet été, E=M6 spécial nutrition vous donne rendez-vous à partir d'octobre sur M6, 6 ter et W9 pour une saison 2 exclusive. Avis aux téléspectateurs !