

PROGRAMME SPÉCIAL D'AIDE ALIMENTAIRE WIC, DESTINÉS AUX FEMMES, AUX NOUVEAUX-NÉS ET AUX ENFANTS

édito

Aux Etats-Unis, le programme spécial d'aide alimentaire WIC, destiné aux femmes, aux nouveau-nés et aux enfants, est conçu pour répondre aux besoins de santé et de nutrition des mères et des jeunes enfants de foyers à faibles revenus. WIC s'adresse aux femmes enceintes et en post-partum, aux nouveau-nés et aux enfants jusqu'à 5 ans. Depuis 1975, date de sa création, le programme WIC s'applique actuellement à près de 7,3 millions de personnes par an et soutient 53 % de l'ensemble des nourrissons nés aux États-Unis.

WIC apporte une éducation nutritionnelle et un soutien à l'allaitement, des aliments nutritifs et une orientation vers les services médicaux et sociaux. Les aliments sont fournis sous forme de paquet, contenant des fruits et légumes, des aliments infantiles, des produits laitiers allégés, des céréales complètes, du beurre de cacahuète, des légumes, des œufs, du jus de fruit et des préparations pour nourrissons enrichies en fer. La composition du panier alimentaire est conçue de manière à assurer un déroulement optimal de la grossesse et de l'accouchement. Elle favorise également une croissance et un développement équilibrés des nouveau-nés, des enfants en bas âge et des jeunes enfants.

Le programme WIC a permis d'importants progrès, en augmentant notamment la consommation de fruits et légumes des participants. Suite aux modifications des paniers alimentaires WIC en 2009, les participants ont pu s'approvisionner en fruits et légumes dans le cadre du programme. Depuis ces changements, des études ont montré une amélioration de l'accès à une alimentation saine, non seulement pour les participants du programme WIC mais, plus largement, pour toute la communauté, ainsi qu'une augmentation de la consommation de fruits et légumes.

En janvier 2017, la *National Academy of Sciences, Engineering and Medicine* a élaboré des recommandations visant à modifier le panier alimentaire actuel, afin d'augmenter la flexibilité et le choix. Si ces recommandations sont acceptées, elles favoriseront un accès encore meilleur aux fruits et légumes pour les participants du programme WIC, en permettant de remplacer les jus de fruits et les fruits et légumes en pots pour les nourrissons.

Le programme WIC a largement bénéficié des évaluations et des recherches portant sur son impact. Les travaux qui démontrent l'incidence de la participation au programme WIC sur les changements de comportement sont essentiels. Leurs résultats soulignent les effets positifs de ce programme sur les familles à faibles revenus.

Nous avons le plaisir de vous communiquer trois articles qui illustrent les effets positifs du programme WIC.



Révèrend Douglas A. Greenaway
Président et Directeur Général
Association Nationale WIC - ETATS-UNIS



Révisions du programme WIC : quels impacts sur les achats alimentaires des foyers à faibles revenus ?

SW. Ng et coll.

Département de Nutrition et Centre de population de Caroline, Université de Caroline du Nord, ETATS-UNIS

En 2009, le programme WIC a été révisé, afin d'améliorer la variété et la flexibilité des paniers alimentaires WIC et les rendre conformes aux recommandations alimentaires américaines de 2005 et aux directives relatives à l'alimentation des nourrissons de l'Académie Américaine de Pédiatrie.

Ces révisions ont intégré :

- **de nouveaux aliments** : pain et céréales complètes, F&L
- **l'ajout** de bons d'achat pour les F&L
- **la diminution des quantités** de lait, de jus de fruit, d'œufs et de fromage
- **le passage** du lait entier au lait à 2 % de matières grasses chez les enfants de 2 ans et plus et les femmes¹.

L'objectif de l'étude est d'examiner l'association entre les modifications du programme WIC et les profils nutritionnels des achats d'aliments emballés et de boissons, chez 4 537 foyers à faibles revenus (bénéficiaires et non bénéficiaires du programme WIC) avec des enfants d'âge préscolaire, entre 2008 et 2014 (sur 3 périodes : 2008-2009, 2010-2011 et 2013-2014).

Profil nutritionnel des achats alimentaires après les révisions du programme WIC

L'ensemble des nutriments achetés par le foyer au cours de chaque trimestre a été quantifié, tant chez les bénéficiaires que chez les non bénéficiaires du programme WIC.

Les achats des «foyers WIC» ont apporté moins de calories entre la pré-révision et la dernière révision (diminution de 11 % par personne et par jour). Le nombre de calories contenues dans les achats des «foyers non WIC» a également diminué de manière significative, en moindre proportion cependant (diminution de 6 % par personne et par jour).

La quantité de sel contenue dans les achats des foyers WIC et non WIC a également été réduite d'environ 12 % par personne et par jour dans les deux types de foyers.

La quantité totale de sucre acheté par les foyers WIC a baissé de 14,75 % par personne et par jour, en raison surtout d'une réduction des achats de boissons sucrées. Les foyers non WIC ont également réduit cette quantité, mais de manière moindre (diminution de 10 % par personne et par jour).

Enfin, la quantité totale de matières grasses contenues dans les achats a diminué de 10 % chez les foyers WIC et de 5 % chez les foyers non WIC.

Au cours de cette période, aucun changement significatif n'a été noté pour les protéines ou les fibres.

Aucune différence significative entre les foyers WIC et non WIC n'a été observée concernant les achats alimentaires globaux effectués dans la période précédant ou suivant les révisions.

Quels changements observés dans les catégories d'aliments achetés ?

Pour chaque catégorie d'aliments et de boissons, les quantités achetées ont été mesurées sur chacune des périodes.

- Une augmentation des achats de F&L

La figure 1 montre une augmentation des achats de F&L sans ajout de sucre, de matières grasses, d'huiles et/ou de sel dans les foyers WIC.

Les foyers non WIC ont également augmenté leurs achats de F&L avec le temps.

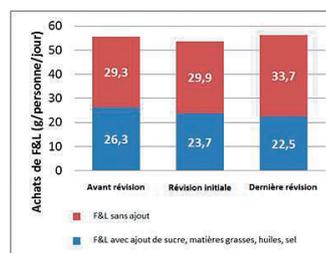


Figure 1 : Achats de F&L par les foyers WIC entre 2008 et 2014

- Pas d'impact sur les aliments céréaliers

Aucune différence significative n'a été constatée concernant ces achats d'aliments (pain, riz, tortillas) dans les deux types de foyers. Dans le même temps, une diminution significative des achats quotidiens d'aliments céréaliers transformés a été observée chez les foyers WIC (- 23 % par personne et par jour).

- Quid des aliments néfastes pour la santé ?

Alors que les achats de boissons sucrées ont réduit de 18 % dans les foyers WIC, ils n'ont diminué que de 13 % dans les foyers non WIC.

En outre, aucune différence significative pour les achats de desserts à base de céréales, de collations ou de bonbons, n'a été notée entre les foyers WIC et non WIC. Tous ont réduit de 10 % leurs achats de desserts à base de céréales, sans modifier significativement leurs achats de collations (sucrées ou salées) ni de bonbons avec le temps.

Choisir et acheter des produits plus sains

Les modifications du panier alimentaire WIC semblent donc avoir amélioré le profil nutritionnel des achats des foyers WIC, comparativement aux foyers non WIC. Ces résultats confirment que la révision des politiques peut influencer significativement le comportement alimentaire des bénéficiaires du programme WIC et de leur famille, en les incitant à choisir et acheter des produits plus sains.

Basé sur : Ng SW, Hollingsworth BA, Busey EA, Wandell JL, Miles DR, Poti JM. Federal Nutrition Program Revisions Impact Low-income Households' Food Purchases. Am J Prev 2018; 54(3): 403-412.

Références

1. U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC): Revisions in the WIC Food Packages Interim Rule. December 6, 2007. Accessed May 10, 2017

Obésité chez les enfants du programme WIC : quelles différences selon le statut socio-économique ?

TZ. Nobari^{a,b}

a. École de santé publique Fielding de l'UCLA, Département des Sciences de la santé communautaire, Los Angeles, Californie, ETATS-UNIS

b. Programme WIC du Public Health Foundation Enterprises, Irwindale, Californie, ETATS-UNIS

Il existe un rapport inverse entre le statut socio-économique (SSE) et l'obésité infantile¹. Les tendances de la prévalence de l'obésité en fonction du SSE chez les enfants du programme WIC ont été rarement étudiées, puisque seuls les enfants de foyers à faibles revenus peuvent y participer. Des initiatives récentes commencent à s'y intéresser² car ces informations peuvent aider à l'élaboration de la politique et du programme dans cette population.

Notre étude a examiné si les tendances générales de l'obésité dans la petite enfance variaient en fonction du SSE, chez des enfants d'âge préscolaire, inclus dans le programme WIC, dans le Comté de Los Angeles (CLA) de 2003 à 2014.

Définition du Statut Socio-Economique

Nous avons utilisé des données administratives, comportant des informations sociodémographiques et anthropométriques, sur des enfants de 2 à 4 ans du programme WIC entre 2003 et 2014.

Leurs poids et taille ont été mesurés. L'obésité a été définie par un IMC \geq au 95e percentile des valeurs de référence, spécifiques au sexe et à l'âge, fixées par le CDC³.

Le SSE a été établi par :

- les revenus du foyer et un pourcentage du Seuil de Pauvreté Fédéral (SPF)
- le niveau d'études du foyer et le degré le plus élevé de la personne s'occupant de l'enfant.

Dans chaque groupe d'âge, les tendances de la prévalence de l'obésité ont été étudiées en fonction du SSE. L'échantillon était constitué de 739 893 enfants de 2 ans, 708 349 enfants de 3 ans et 568 816 enfants de 4 ans. Les différences significatives entre les tendances ont été analysées, ainsi que les variations annuelles moyennes (en %) de la prévalence de l'obésité sur 12 ans.

L'obésité en fonction de l'âge de l'enfant

La prévalence globale de l'obésité a augmenté, passant de 15,7 % en 2003 à 19,1 % en 2005. Elle est restée relativement constante jusqu'en 2010 puis a diminué jusqu'à 17,6 % en 2014.

L'augmentation la plus importante a été notée chez les enfants de 2 et 3 ans.

L'obésité en fonction des revenus du foyer

Dans les trois groupes d'âge, la prévalence de l'obésité était plus élevée chez les enfants de foyers aux revenus les plus faibles.

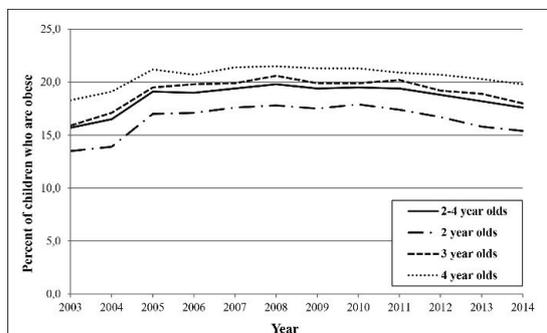


Figure 1. Tendances de la prévalence de l'obésité en fonction de l'âge parmi les enfants participant au programme WIC : Comté de Los Angeles, de 2003 à 2014.

Malgré une diminution depuis 2010, la prévalence de l'obésité était plus élevée en 2014 qu'en 2003 pour tous les enfants sauf chez les « moins pauvres ».

Elle est descendue aux niveaux de 2003 pour les enfants de 3 et 4 ans des foyers à plus de 133 % et 100 % du SPF, respectivement.

Cette prévalence a augmenté chez les enfants de 3 et 4 ans des foyers pauvres (< 100 % du SPF) mais pas chez ceux des foyers à faibles revenus (> 100 % du SPF).

L'obésité en fonction du niveau d'études du foyer

Il existait, dans les trois groupes d'âge, un gradient d'obésité prononcé et constant selon le niveau d'étude : les enfants des foyers aux niveaux d'études les plus faibles présentaient les taux d'obésité les plus élevés.

Comme pour les revenus, la prévalence de l'obésité était plus élevée en 2014 qu'en 2003, pour la plupart des enfants. Elle avait cependant diminué, pour atteindre les niveaux de 2003, chez les enfants de 2 et 4 ans issus de foyers ayant fait des études supérieures.

Sur les 12 années, la prévalence de l'obésité n'a pas changé dans les foyers avec un niveau d'études élevé mais s'est aggravée dans les foyers à faible niveau d'études.

Cibler les familles à faibles revenus

La tendance à la baisse entre 2010 et 2014 est encourageante. Elle reflète les tendances nationales parmi les enfants du programme WIC⁴.

Il existe des différences selon le SSE. Une augmentation globale de la prévalence de l'obésité a été observée entre 2003 et 2014 chez les enfants des foyers les moins éduqués et les plus pauvres. En revanche, il n'a pas été constaté de changement chez les enfants des foyers plus éduqués et moins pauvres. Ces différences pourraient s'expliquer par l'aptitude de ces derniers à mieux bénéficier des mesures de prévention de l'obésité.

Pour lutter contre l'obésité infantile, il est nécessaire de cibler les familles à faibles revenus qui ont un risque accru d'obésité. Priorité: axer les efforts sur les facteurs de risque d'obésité pendant les deux premières années de vie, car des disparités socio-économiques en matière d'obésité existent dès l'âge de 2 ans.

Objectif des études futures ? Explorer le rôle du SSE sur l'obésité infantile dans les familles à faibles revenus, ainsi que les interventions les plus efficaces pour ces enfants les plus vulnérables.

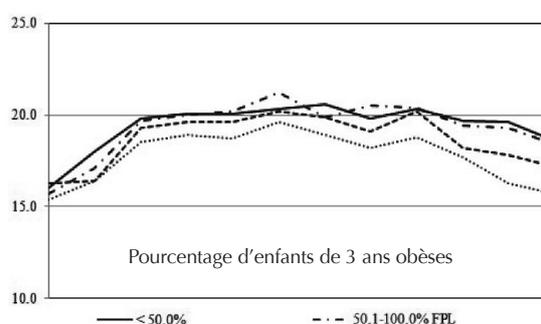


Figure 2. Tendances de l'obésité en fonction des revenus du foyer chez les enfants de 3 ans participant au programme WIC : Comté de Los Angeles, de 2003 à 2014.

Basé sur : Nobari TZ, Whaley SE, Prelip M, Crespi CM, Wang MC. (2018) Trends in obesity by socioeconomic status among WIC children in Los Angeles County, 2003-2014. *Childhood Obesity* 2018; 14(4):248-258. Permission was given by the publisher, Mary Ann Liebert, Inc., New Rochelle, NY, for this summary and use of the images.

Références

1. Ogden CL, Carroll MD, Fakhouri TH, et al. Prevalence of obesity among youths by household income and education level of head of household - United States 2011-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018;67(6):186-189.
2. Freedman DS, Sharma AJ, Hamner HC, et al. Trends in weight-for-length among infants in WIC from 2000 to 2014. *Pediatrics* 2017;139(1).

3. Kuczumarski RJ, Ogden CL, Guo SS, et al. 2000 CDC Growth Charts for the United States: methods and development. *Vital Health Stat* 11 2002;(246):1-190.
4. Pan L, Freedman DS, Sharma AJ, et al. Trends in obesity among participants aged 2-4 years in the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children — United States, 2000-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016;65(45):1256-1260.



Consommation de jus de fruits « 100 % pur jus » par les enfants du programme WIC : attention aux excès...

KA. Vercammen, AJ. Moran, LY. Zatz et EB. Rimm

École de santé publique T.H. Chan de l'Université de Harvard, ETATS-UNIS

Il existe une controverse sur la quantité de jus de fruits «100 % pur jus» allouée aux enfants du « programme WIC ». Si le jus de fruit pur apporte des vitamines et minéraux, de nombreuses données suggèrent que sa consommation en excès peut nuire à la santé chez l'enfant. A volume équivalent, un jus de fruit apporte presque autant de sucre qu'une canette de soda et ne présente pas les mêmes bénéfices qu'un fruit entier¹.

Alors que la consommation de fruits est associée à des résultats bénéfiques sur la santé, la consommation de jus de fruit semble produire l'effet inverse². Elle peut entraîner un gain de poids et l'apparition de caries chez les jeunes enfants³. En outre, la consommation de jus de fruit dans la petite enfance renforce la préférence des enfants pour le goût sucré qui conduit, plus tard, à une forte consommation de boissons sucrées comme les sodas⁴.

Une quantité de jus de fruits trop élevée chez les enfants WIC ?

Bien que la quantité de jus de fruit ait été réduite de moitié, le panier alimentaire WIC contient actuellement près de 380 cl de jus de fruit, ce qui représente 71 à 108 % de l'apport maximal recommandé par l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP).

Cette quantité peut être trop élevée :

1. WIC étant un programme de «supplémentation», il est possible que les familles s'approvisionnent déjà en jus de fruit par paiement en espèces ou par le biais du programme SNAP (*Supplemental Nutrition Assistance Program*) ;

2. de nombreux enfants WIC participent à d'autres programmes d'aide nutritionnelle, comme « *Head Start* », qui délivrent du jus de fruits.

Les enfants inclus dans WIC pourraient ainsi dépasser la quantité de jus de fruits recommandée par l'AAP.

Pour le vérifier, nous avons utilisé des données nationales, comparant la consommation de «jus de fruits 100 % pur», de fruits entiers et de légumes, chez des enfants du programme WIC, des «non-participants éligibles en termes de revenus» (revenus ≤ 185 % de la ligne de pauvreté fédérale) et des «non-participants de foyers à revenus élevés» (revenus > 185 % de la ligne de pauvreté fédérale), en suivant les modifications de 2009 du panier alimentaire WIC.

Une compilation de trois enquêtes du NHANES

Les données sont issues du *National Health and Nutrition Examination Surveys* (NHANES), organisme d'enquêtes nationales représentatives sur l'état de santé et le statut nutritionnel des Américains.

En compilant 3 enquêtes NHANES entre 2009 et 2014, nous avons inclus 1 576 enfants de 2 à 4 ans (677 participaient au programme WIC, 409 étaient des «non-participants éligibles en termes de revenus», 490 des

«non-participants de foyers à revenus élevés»).

Pour calculer la consommation de jus de fruits «pur jus», de fruits entiers et de légumes, un «rappel de 24 h» a été utilisé.

Une probabilité supérieure de dépasser l'apport maximal recommandé de jus de fruits

Les enfants WIC ont consommé quotidiennement 0,77 équivalent tasse de «jus de fruits 100 % pur» (20 cl), 0,75 équivalent tasse de fruits entier et 0,65 équivalent tasse de légumes entiers.

Par rapport aux «non-participants éligibles en termes de revenus», les enfants WIC ont consommé une quantité plus importante de «jus de fruits pur», avec une probabilité 1,5 fois supérieure de dépasser l'apport maximal recommandé par l'AAP (figure 1).

Par rapport aux «non-participants de foyers à revenus élevés», les enfants WIC ont consommé moins de légumes.

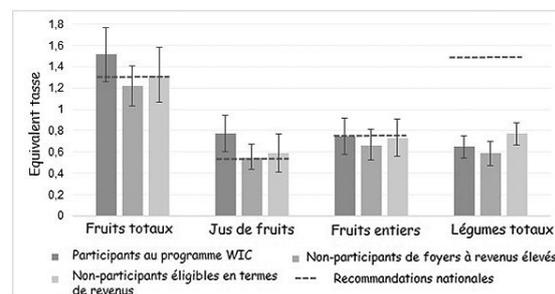


Figure 1 : Comparaison des consommations ajustées de fruits totaux, jus de fruits, fruits entiers et légumes entre les participants au programme WIC et les non-participants.

Réduire la quantité de jus de fruits dans les paniers alimentaires WIC

Ces résultats révèlent donc que les enfants du programme WIC ont une probabilité plus élevée que les «non-participants éligibles en termes de revenus» de dépasser la quantité de jus de fruit «pur jus» recommandée par l'AAP.

Tous les enfants de l'échantillon avaient un faible apport de fruits entiers et un apport insuffisant de légumes.

Ces conclusions confirment la nécessité de réduire la quantité de jus de fruits 100 % pur jus dans le panier alimentaire WIC et d'affecter des fonds supplémentaires pour des bons d'achat pour les fruits et légumes entiers^{5,6}.

Basé sur : Vercammen K, Moran A, Zatz L, Rimm E. (2018) A Comparison of 100% Fruit Juice, Whole Fruit and Vegetable Intake between Children Participating in WIC and Nonparticipants. *American Journal of Preventive Medicine*.

Références

- Heyman MB, Abrams SA. Fruit Juice in Infants, Children, and Adolescents: Current Recommendations. *Pediatrics*. 2017;e20170967.
- Muraki I, Imamura F, Manson JE, et al. Fruit consumption and risk of type 2 diabetes: results from three prospective longitudinal cohort studies. *Bmj*. 2013;347:f5001.
- Shefferly A, Scharf RJ, DeBoer MD. Longitudinal evaluation of 100% fruit juice consumption on BMI status in 2-5-year-old children. *Pediatr Obes*. 2016;11(3):221-227.

- Sonneville KR, Long MW, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, Gillman MW, Taveras EM. Juice and water intake in infancy and later beverage intake and adiposity: could juice be a gateway drink? *Obesity*. 2015;23(1):170-176.
- Ferris HA, Isganaitis E, Brown F. Time for an End to Juice in the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children. *JAMA Pediatr*. 2017.
- Nagata JM, Djafari JT, Chamberlain LJ. The option of replacing the special supplemental nutrition program for women, infants, and children fruit juice supplements with fresh fruits and vegetables. *JAMA Pediatr*. 2016;170(9):823-824.

L'étude FLAM : les bons d'achats sont un bon moyen d'accroître la consommation de F&L chez les enfants défavorisés

Thierry Gibault

Nutritionniste, endocrinologue, Paris, FRANCE

Selon les estimations, une consommation insuffisante de F&L augmente les risques de cancers digestifs de 19%, de cardiopathie ischémique de 30% et d'AVC de 11%.

L'OMS et la FAO recommandent de consommer au moins 400 g de F&L par jour. En France, cela a conduit à la recommandation bien connue: «au moins 5 F&L par jour».

En dessous de 3,5 portions par jour, on est considéré comme un «petit consommateur». 35% des adultes sont concernés et cela atteint 82% dans les populations défavorisées bénéficiant d'aides alimentaires. Les enfants de bas milieu socio économique ne consomment en moyenne que 2,6 à 3 portions par jour. Les actions de promotion d'une alimentation saine sont particulièrement importantes dans cette population.

Le PNNS s'est fixé deux actions majeures :

- 1) réduire le nombre de petits consommateurs de 25% ,
- 2) améliorer le statut nutritionnel dans les populations défavorisées.

Evaluer l'impact des bons d'achats pour les F&L sur la consommation des enfants

L'étude FLAM (Fruits et Légumes A la Maison) a eu pour objectif d'évaluer l'impact des bons d'achats de F&L sur leur consommation quotidienne chez les enfants de milieux défavorisés.

Objectifs:

- 1) savoir si les enfants de tels milieux, qui reçoivent des bons d'achats pendant un an, modifiaient leur consommation de F&L (évaluation quantitative),
- 2) comprendre l'impact d'une telle intervention sur les habitudes alimentaires et identifier les barrières et leviers, en interrogeant les familles (évaluation qualitative).

L'étude FLAM est une étude contrôlée randomisée, réalisée dans la ville de Saint-Denis, particulièrement représentative des zones défavorisées en France. La population ciblée était définie par les critères suivants: familles avec au moins un enfant âgé de 3 à 10 ans, habitant la ville de Saint-Denis. Les participants avaient des revenus en dessous du seuil de pauvreté, recevaient des aides sociales, étaient sans emploi et/ou percevaient des allocations de revenus.

Quelle méthodologie ?

A l'inclusion, la population étudiée (groupe intervention ou contrôle) a été randomisée en paire parent-enfant. Au terme de la phase d'inclusion le groupe intervention a reçu des bons d'achats échangeables contre des F&L pendant un an. Un bon permettait d'acheter une portion quotidienne de 80 g de F&L pour chaque

membre de la famille. Les deux groupes ont bénéficié d'actions d'éducation nutritionnelle sous forme d'ateliers.

La consommation de F&L a été analysée (à l'inclusion, à 6 mois et 1 an) au moyen de questionnaires de fréquence de consommation alimentaire (13 groupes d'aliments) réalisés en entretiens face à face par des interlocuteurs expérimentés.

Les participants mangeant moins de 3.5 F&L par jour étaient considérés comme des «petits consommateurs».

L'objectif principal était la proportion de «petits consommateurs» chez les enfants au terme de l'étude. L'objectif secondaire était représenté par la consommation de F&L parmi les adultes au terme de l'étude.

A la fin de l'inclusion (juin 2015-mai 2016), 92 paires parent-enfant ont été recrutées. 45 ont fait partie du groupe «intervention» et 47 du groupe «contrôle».

Au sein des 92 paires, 64 seulement ont complété le questionnaire de fin d'étude (34 intervention, 30 contrôles). 28 familles (30.4 %) ont donc été «perdues de vue».

Une réduction significative des « petits consommateurs »

Au bout d'une année (mai 2016-mai 2017), le pourcentage de «petits consommateurs» parmi les enfants, a été réduit de manière significative ($p = 0.005$) à 29.4% dans le groupe «intervention». Alors que dans le groupe «contrôle», on dénombrait encore 66.7% de «petits consommateurs».

La différence n'était pas significative chez les adultes (61.8% vs 76.7%).

Globalement, un an après l'inclusion, la consommation de F&L chez les enfants était de 4 portions dans le groupe intervention contre 2.2 dans le groupe contrôle.

Dans le groupe intervention, les bons d'achats ont été utilisés à plus de 80% (3614 sur 2928) par les familles.

Cette étude révèle donc une diminution très significative de la proportion de «petits consommateurs» chez les enfants, après un an de distribution de bons d'achats pour F&L aux familles défavorisées, par rapport à la population contrôle.

Les bons d'achats F&L ont été largement utilisés par les familles.

Les enfants du groupe intervention ont au augmenté leur consommation de F&L après un an.

On peut donc conclure que les «bons» F&L représentent un levier efficace pour augmenter la consommation de F&L chez les enfants de milieux socio-économiques défavorisés.



D'après : BUSCAIL C. et al, Fruits and vegetables at home (FLAM): a randomized controlled trial of the impact of fruits and vegetables vouchers in children from low-income families in an urban district of France. BMC Public Health (2018). 18:1065

Les fruits et légumes, piliers d'une alimentation favorable à la santé !

A l'occasion de la journée internationale de fruits et légumes le 19 octobre dernier, Aprifel rappelle le rôle clé d'une alimentation saine - riche en fruits et légumes et en aliments d'origine végétale - pour la santé et la prévention de nombreuses maladies chroniques.

« *Que ton alimentation soit ta première médecine* », « *Une pomme par jour éloigne le médecin* », ... les expressions faisant le lien entre ce que nous mangeons et notre santé sont nombreuses et témoignent du fait que ce lien est connu de longue date.

Malgré cela :

- l'obésité touche 1 adulte sur 8 dans le monde (672 millions de personnes) ;
- les maladies chroniques - maladies cardio-vasculaires, diabète & maladies respiratoires chroniques et certains cancers, sont devenues la première cause de décès mondiale

Une alimentation de mauvaise qualité nutritionnelle (aliments de densité énergétique élevée et de densité nutritionnelle faible) est, depuis 2014, considéré par l'Organisation mondiale de la santé comme un des principaux facteurs de risque pour notre santé, au même titre que la consommation de tabac ou l'alcool.

Augmenter les consommations de fruits et légumes, un enjeu collectif

Un mode de vie sain, associant activité physique régulière et alimentation riche en fruits et légumes est un déterminant majeur pour la santé. Plus spécifiquement, une consommation d'au moins 400g de fruits et légumes par jour permet joue un rôle protecteur vis-à-vis des maladies cardio-vasculaires, de certains cancers, du diabète de type 2 et de l'obésité. Plus encore, une sous-consommation de fruits et légumes est un facteur de risque avéré. Pourtant, en dépit de l'attention accrue des politiques internationales à l'amélioration de la nutrition et de la santé, une grande partie de la population mondiale ne respecte pas les recommandations en matière de consommation de fruits et de légumes. Afin de faire en sorte que le choix alimentaire sain soit le choix par défaut, l'implication et la coordination de toutes les parties prenantes est nécessaire.

Les professionnels de santé, des acteurs clés

Le rôle que peuvent jouer les professionnels de santé en faveur d'une meilleure prévention est actuellement au cœur de toutes les attentions. Le Plan national de santé publique, lancé en mars 2018 par le gouvernement, réaffirme la place cruciale que doit occuper la prévention. Un service sanitaire a vu le jour à la rentrée universitaire 2018/2019 et confiera, chaque année, à quelques 50.000 étudiants en santé des missions de prévention. Dans son rapport d'octobre 2018 sur la sécurité sociale, la Cour des Comptes, invite au renforcement du rôle des médecins généralistes pour la prévention des facteurs de risque cardio-vasculaire que sont l'alcool et l'alimentation. Ce sujet et les moyens permettant aux professionnels de santé de s'en emparer seront au cœur de la conférence EGEA et du symposium pré-EGEA qui se tiendront à Lyon du 6 au 9 novembre prochains.

Dès 2019, mise en place d'un programme européen "F&V for a Healthy EU" pour promouvoir les F&L chez les jeunes

Freshfel et Aprifel viennent d'obtenir un programme européen pour 2019-2021. Le programme "FV for a Healthy EU" (2019-2021) – Fruits et légumes pour une Europe en bonne santé - a pour objectif de promouvoir la mise à disposition et la consommation de fruits et légumes auprès des européens âgés de 18 à 30 ans. *In fine*, il s'agit de sensibiliser cette population à l'importance d'intégrer une variété de fruits et légumes dans leur alimentation, afin que leurs niveaux de consommation atteignent le niveau minimum recommandé de 400 g par jour. Ce programme est coordonné par Freshfel Europe et associe Aprifel en tant que partenaire. Les pays ciblés sont la France, la Belgique, l'Italie, la Pologne et l'Allemagne. Il se déroulera sur une période de 36 mois.

