

LUTTE CONTRE L'OBESITE INFANTILE COMMENT RENDRE LE MODE DE VIE PLUS SAIN ?

édito

Partout dans le monde la prévalence de l'obésité continue à augmenter chez les adultes et les enfants. De manière alarmante, l'obésité morbide est la sous-catégorie de l'obésité infantile qui s'accroît le plus rapidement. Pour être plus efficaces, la prévention et le traitement de l'obésité infantile doivent être précoces et organisés de manière exhaustive.

Dans ce nouveau numéro d'Equation Nutrition, nos collègues du Groupe Européen de l'Obésité Infantile (*European Childhood Obesity Group- ECOG*) nous apportent quelques points de vue pour rendre le mode de vie des enfants plus sain.

Marie-Laure Frelut et Margherita Caroli soulignent l'importance des 1 000 premiers jours de la vie. Elles fournissent des recommandations pour optimiser l'alimentation avant et durant la grossesse, pendant l'allaitement, la petite enfance et l'enfance; en insistant sur les conséquences ultérieures sur la santé.

Andrea Vania nous rappelle les besoins et les particularités spécifiques à l'adolescence dans la perspective d'adopter un mode de vie sain.

Enfin, David Thivel résume les principaux éléments à retenir concernant l'activité physique et la bonne condition physique chez les enfants et les adolescents obèses.

C'est une évidence: il est nécessaire que tous les professionnels impliqués (médecins, psychologues, nutritionnistes, généticiens, experts en activité physique, infirmières, économistes, acteurs politiques et autres) partagent leurs connaissances et leurs compétences dans ce domaine. Ralentir l'épidémie d'obésité ne pourra aboutir que si les recommandations sont réellement appliquées.

Continuons à apporter notre propre contribution, en tenant compte à la fois des besoins individuels et sociétaux !

Daniel Weghuber

Service de pédiatrie, Faculté de médecine de Paracelse, AUTRICHE
Groupe Européen de l'Obésité Infantile (ECOG), BELGIQUE



Revoir les sessions d'EGEA : 3, 6 & 8
Co-présidents : D. Weghuber

www.egeaconference.com



- Session 3: « Plus tôt, mieux c'est » : de la grossesse à l'allaitement à...
- ▶ Session 6: Comment rendre le mode de vie des enfants plus sain ?
- Session 8: Prise en charge de l'obésité infantile



Les 1 000 premiers jours de la vie, période cruciale pour la prévention des maladies chroniques

Marie-Laure Frelut^a - Margherita Caroli^b

a. Pédiatre, nutritionniste, ECOG*, FRANCE

b. Pédiatre, nutritionniste, ECOG*, ITALIE

Durant les dernières décennies, la diminution des maladies infectieuses a été suivie d'une augmentation significative précoce des maladies chroniques : l'obésité, le diabète¹, les maladies cardiovasculaires et les cancers^{2,3}. Les nouveaux modes de vie et habitudes alimentaires ne suffisent pas à expliquer ce fait auquel contribuent l'épigénétique et les origines embryo-fœtales des maladies adultes (DOHaD)⁴.

La nutrition durant les 1 000 premiers jours : durable et irréversible

Dans le modèle épigénétique, l'expression du génome embryo-fœtal est modifiée en réponse aux sollicitations et aux informations (en particulier d'origine nutritionnelle) de l'environnement dans lequel il se développe. Ces changements dans l'expression du génome peuvent avoir des répercussions ultérieures positives ou négatives.

Les 1 000 premiers jours (de la conception à la fin de la seconde année de vie), durant lesquels ont lieu la mise en place et le développement de la programmation métabolique et des caractéristiques biologiques et physiques du fœtus puis de l'enfant, sont essentiels.

La prévention primaire doit constituer un ensemble de stratégies réduisant l'exposition aux facteurs de risque pendant les 1 000 premiers jours, période clé pour améliorer la santé des enfants et des générations suivantes.

Une nutrition inadéquate pendant cette période a un impact durable et susceptible d'être irréversible, car elle affecte le développement des organes et des voies métaboliques, y compris cérébrales.

Impact de l'alimentation et de l'état de santé des parents sur la santé de l'enfant

L'apport approprié de nutriments et de micronutriments pendant les 1 000 premiers jours de vie influe sur la formation adéquate des circuits neuronaux et la disponibilité des

neurotransmetteurs. Une nutrition maternelle de mauvaise qualité, l'obésité et le diabète de type 2 chez l'un des parents, la présence de polluants (métaux lourds, perturbateurs endocriniens...) dans les chaînes alimentaires et l'atmosphère, peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé des enfants, voire des générations ultérieures⁵. Quelques-uns des agents épigénétiques favorisant le développement des maladies chroniques sont déjà clairement identifiés⁶.

Influence de l'alimentation de la première année de la vie sur la santé et les futures habitudes alimentaires de l'enfant

Un apport excessif en protéines durant la première année de vie semble favoriser un rebond d'adiposité précoce suivi du développement de l'obésité. L'allaitement au sein semble le principal facteur de protection contre l'obésité de par la teneur en protéines relativement faible du lait maternel et de ses spécificités dans la régulation du système de la satiété⁷. Au cours du dernier trimestre de grossesse, le fœtus est capable de percevoir les différences de goût dans le liquide amniotique reflète des préférences alimentaires de sa mère. Le même phénomène se poursuit via le lait maternel. En revanche, le nourrisson nourri avec un lait 1^{er} âge perçoit un goût uniforme et pourra ne pas aimer des saveurs différentes introduites lors de la diversification^{8,9}.

Si l'existence d'une période unique de « programmation » du goût ou de différentes périodes de « reprogrammation » sensorielle n'est pas encore certaine, après l'âge de 3 à 4 ans, les habitudes alimentaires ont tendance à la stabilité^{2,10}.

Une alimentation saine et variée, particulièrement riche en F&L, durant la grossesse et l'allaitement est très importante pour faciliter l'acceptation et la consommation par les enfants des aliments sains. Cette stratégie est essentielle pour la transmission et le maintien d'une bonne santé, de génération en génération.

* ECOG : Groupe Européen de l'Obésité Infantile



www.egeaconference.com



Revoir la présentation de ML. Frelut : Diversification alimentaire : une nécessité naturelle.

Revoir la présentation de M. Caroli : Alimentation diversifiée : quel modèle ?

Références

1. Burgio E. Il Pediatra 2012;4:35-40.
2. Kaatsch P. Cancer Treat Rev. 2010 Jun;36(4):277-85. doi: 10.1016/j.ctrv.2010.02.003
3. Gluckman PD, Hanson MA. Pediatr. Res. (2004); 56:311-17.
4. Burgio E. Ambiente e Salute. Inquinamento, interferenze sul genoma umano e rischi per la salute. Capitolo 7 Verso un nuovo "Paradigma": Epigenetica e Rivoluzione Epidemiologica del XX Secolo (PARTE B) CG Edizioni Medico Scientifiche (Torino) (2013) pag 61-67.
5. Koletzko B, et al. Proceedings of the Nutrition Society 2012; 71, 371-78.
6. Caroli M & Vania A. Weaning Practices and Later Obesity. <https://ebook.ecog-obesity.eu/chapter-nutrition-food-choices-eating-behavior/weaning-practices-later-obesity/>
7. Short and long term effects of breastfeeding: a systematic review. World Health Organization 2013.
8. Mennella JA. Ontogeny of taste preferences: basic biology and implications for health. Am J Clin Nutr. 2014;99:S704-711.
9. Ventura AK, Worobey J. Curr Biol. 2013;23:R401-8.
10. Dominguez PR. Am J Clin Nutr 2011;93:909-10.

L'adolescence: comment en faire une révolution saine ?

Andrea Vania

Centre de diététique et de nutrition pédiatrique, Service de pédiatrie, Hôpital Umberto I et Université Sapienza, ITALIE

L'adolescence est une longue période durant laquelle de nombreux aspects de la vie d'un jeune vont considérablement changer. Sa croissance va devenir rapide (7 à 14 cm/an sur 2 à 4 ans) mais pas de manière régulière, ni au même moment pour tous. Le développement pubertaire et sexuel va se produire. Si le corps est prêt pour ces changements, le cerveau pas toujours.

Les changements de la pré-adolescence à la fin de l'adolescence

Durant la préadolescence (de 10 ou 11 ans jusqu'à 14 ans), la capacité à réfléchir aux risques pour la santé liés à des modes de vie malsains est extrêmement limitée.

Au cours de la «seconde» adolescence (de 15 à 17 ou 18 ans), la quête de l'indépendance ainsi que le besoin et la recherche des pairs peuvent avoir une forte influence sur le mode de vie.

A la fin de l'adolescence (de 18 à 20 ou 21 ans et après), les préoccupations sont dominées par la recherche de l'indépendance et de l'acceptation sociale, qui peuvent influencer de manière négative sur le comportement général et l'adhésion à un mode de vie sain.

Cela englobe-t-il aussi la nutrition ? Malheureusement oui : l'alimentation comprend des aspects biochimiques, physiologiques et relationnels. Ces derniers dépassent tous les autres et orientent le comportement alimentaire. Le mélange des aspects relationnels et physiologiques peut conduire à un «cocktail explosif».

Les changements dans les choix alimentaires individuels durant l'adolescence

Les adolescents désirent et ont besoin de plus d'autonomie et d'indépendance. Ils revendiquent le contrôle de leurs choix alimentaires. Cependant, leur vulnérabilité est encore grande : ils exercent un contrôle actif mais se heurtent à un manque de connaissances, alors qu'ils « croient » tout savoir.

58 % des adolescents pensent avoir suffisamment d'informations concernant leur alimentation. Leurs principales sources d'information sont Internet, la télévision, les amis, la famille,... ou les emballages (77 %), alors que 23 % les obtiennent de l'école ou des professionnels de santé.

D'autres données confirment ces constatations : 76 % choisissent une boisson « pour son goût » et seulement 22 % « en connaissent son contenu ».

«Tout savoir» signifie que l'on peut rejeter les traditions familiales tandis que, en raison d'un marketing agressif, il devient attirant de manger des «fast food» ou des «junk food». Or, l'habitude de consommer régulièrement ce type d'aliments conduit à moins percevoir l'importance des aliments plus sains, tels que les fruits, les légumes et les légumineuses.

Principaux problèmes alimentaires à l'adolescence: trop de calories, de protéines animales, de sucres, de graisses cachées, de boissons sucrées et trop peu de glucides complexes, de fruits, de légumes, de légumineuses, de produits de la mer, de lait et des yaourts.

Comment transformer une révolution potentiellement néfaste en une révolution saine ?

Cette « rébellion alimentaire » sous-entend que l'alimentation n'est plus un rituel familial mais quelque chose à partager avec des pairs et représente aussi une part d'identification de soi.

Il est difficile de transformer une révolution potentiellement néfaste en une révolution saine.

Il est plus facile d'identifier les aspects les plus susceptibles d'échouer, principalement la tendance des adultes à :

- transférer leur façon de voir la vie à l'adolescent,
- ne pas essayer de comprendre sa manière de penser,
- imaginer des scénarios effrayants sur sa santé future,
- encourager l'adolescent à suivre l'exemple sensé des adultes,
- prendre en exemple un pair plus « adapté » - qui n'est pas forcément le plus apprécié...

Le jeune n'est pas la seule personne à devoir faire face aux changements. Les parents et la famille, les pairs, les adultes à l'école et les médecins partagent le même problème. Ils doivent tous coopérer.

• **La famille** doit avoir conscience que tout adolescent cherche et trouve des espaces affectifs et expressifs auprès de ses pairs, et non pas uniquement au sein de la famille. Mais cette dernière peut offrir des exemples positifs et continuer à fixer et maintenir des règles (avant tout pour elle-même !) contre lesquelles l'adolescent lutte mais qui lui sont nécessaires.

• **L'adolescent** doit comprendre que son besoin d'être accepté est un sentiment tellement déroutant qu'il se sent rarement « bien », et qu'il a besoin de rechercher des modèles culturels d'identification parmi ses pairs.

• **L'école** peut apporter sa contribution :

- à la cantine : en rendant les choix d'aliments sains plus facilement disponibles ;
- dans les distributeurs automatiques : en remplaçant les aliments de mauvaise qualité nutritionnelle par des aliments sains.

• Les médecins, enfin, doivent apprendre à être des enseignants sans éduquer, des experts sans en faire étalage, à écouter plus qu'à parler, à rechercher des stratégies communes plutôt qu'à en imposer.



© Shutterstock





De l'activité physique à la condition physique

David Thivel

Université Clermont Auvergne, Clermont-Ferrand, FRANCE
ECOG*, BELGIQUE

Le développement de l'obésité se caractérise par un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques. L'activité physique, principale composante modifiable de la dépense totale en énergie, est un paramètre essentiel des stratégies de perte de poids. Il reste cependant difficile d'amener les personnes, particulièrement les obèses, à la pratiquer, surtout en raison de leur faible niveau de condition physique.

Les adolescents en surpoids ont un faible niveau d'activité physique

L'activité physique se définit comme tout mouvement corporel généré par la contraction des muscles provoquant une dépense énergétique supérieure au métabolisme de repos. Elle se caractérise par sa modalité, sa fréquence, son intensité, sa durée et le contexte de sa pratique. L'exercice est une sous-catégorie de l'activité physique planifiée, structurée, répétitive qui favorise le maintien ou le développement de la condition physique¹. Les individus sont considérés physiquement inactifs lorsqu'ils n'atteignent pas les recommandations relatives à l'activité physique². Les enfants et les adolescents en surpoids et obèses présentent un niveau d'activité physique inférieur à ceux de poids normal du même âge³. Cette réduction s'explique principalement par une moins bonne condition physique et un taux d'effort perçu plus élevé.

Un faible niveau de condition physique : un obstacle à la pratique régulière d'activité physique

Les enfants et les adolescents obèses ont des capacités physiques plus faibles, particulièrement une capacité cardio-respiratoire (CCR) moindre que celles de ceux de poids normal. Ceci est principalement dû à l'effort accru nécessaire pour déplacer leur importante masse corporelle et supporter un excès de graisse corporelle⁴. Bien que les performances cardio-respiratoires soient plus faibles chez les enfants et adolescents obèses que chez les

autres enfants/adolescents, après ajustement à la masse corporelle, les performances absolues sont similaires ou supérieures. Ces différences disparaissent lorsque les performances sont ajustées à la masse maigre, suggérant que la capacité oxydative musculaire maximale n'est pas affaiblie avec l'obésité chez les jeunes⁵⁻⁶. Bien que la CCR absolue ne soit pas différente entre les jeunes obèses et les autres jeunes, cette CCR plus faible quand on tient compte du poids est importante pour les médecins, puisque les patients doivent composer avec leur poids durant la plupart des activités quotidiennes et que les tests pratiques utilisés intègrent le poids corporel. Même si l'entraînement est la meilleure méthode pour améliorer la CCR chez les jeunes obèses, leur faible niveau initial de condition physique est un obstacle à la pratique d'une activité régulière⁷. On connaît peu d'éléments concernant les aptitudes musculo-squelettiques des jeunes souffrant d'obésité. Souplesse, équilibre, coordination, amplitude de mouvement ou force musculaire sont les principaux composants considérés pour leur évaluation. Toutes ces dimensions sont réduites chez les enfants et adolescents obèses par rapport aux autres enfants/adolescents ayant des performances supérieures, ce qui contribue au taux d'effort perçu élevé lié à l'exercice et à la pratique d'exercice physique moindre observés chez ces jeunes.

Les premières étapes que doivent suivre les médecins

A partir de preuves scientifiques et cliniques et de l'expérience sur le terrain, les experts d'ECOG proposent aux médecins les premières étapes à suivre lors de l'évaluation et de la prise en compte de la condition physique dans l'obésité infantile⁸ :

- Identifier les limitations physiques potentielles faisant obstacle à l'activité physique chez ces enfants
- Adresser les enfants à des physiologistes de l'exercice et/ou des professeurs spécialisés d'activité physique adaptée qui feront un diagnostic correct de ces déficiences et proposeront des interventions appropriées.

* Groupe Européen de l'Obésité Infantile



© Shutterstock



www.egeaconference.com



Revoir la présentation de D. Thivel's : De l'activité physique à la forme physique.

Références

1. Caspersen CJ, et al. Public Health Report (1985) 100 (2): 126-131.
2. O'Malley G. & Thivel D. Physical activity and play in children who are obese: the European Childhood Obesity Group ebook. (2016)
3. Page A, et al. P Int J Obes (Lond). 2005 Sep;29(9):1070-6.
4. Dupuis JM, et al.. Arch Pediatr. 2000; 7: 1185-93.
5. Watanabe K, et al. Ann Physiol Anthropol. 1994; 13: 167-74.
6. Goran MI. Med Clin North Am. 2000; 84: 347-62.
7. Quinart S, et al. Arch Pediatr. 2010; 17: 894-5.
8. O'Malley G, et al. Int J Exerc Sci. 2017

Alimentation et santé : une seule priorité, l'action

- 2° partie -

Eric BIRLOUEZ

Sociologue de l'agriculture et de l'alimentation, Paris, FRANCE

Des actions mais peu de résultats...

Face aux enjeux de santé publique, de protection de l'environnement et de lutte contre le dérèglement climatique évoqués dans la première partie¹, les Pouvoirs publics ne sont pas restés totalement inactifs. Dans de nombreux pays, des politiques gouvernementales, des grandes campagnes d'information et des actions de terrain ont été mises en œuvre pour sensibiliser les citoyens à la nécessité de modifier leur mode de vie, d'adopter une alimentation plus saine et de manger davantage de F&L. Mais force est de constater que ces initiatives ont eu, pour l'instant, des impacts limités... En France, depuis son lancement en 2001, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) n'a cessé de promouvoir la consommation d'« au moins 5 fruits et légumes par jour ». La période 2007-2010 avait enregistré une très légère hausse de la proportion d'adultes respectant cette recommandation (de 27 % à 31 %). Mais cette part était retombée à 25 % en 2013, et elle s'était maintenue à ce niveau en 2016. Par ailleurs, seulement 6 % des enfants et adolescents de 3 à 17 ans consommaient, en 2016, plus de 5 portions de F&L par jour. Comme chez les adultes, la situation s'était même dégradée : la part des enfants « petits consommateurs » de F&L (moins de 2 portions par jour) était passée de 32 % en 2010 à 45 % en 2016².

Bien entendu, les échecs des campagnes d'information ne doivent pas conduire à baisser les bras. Ils doivent au contraire inciter à analyser les raisons de leurs faibles impacts afin de mettre en œuvre des actions plus efficaces. A cet égard, on sait depuis longtemps que dans le champ de l'alimentation comme dans d'autres domaines, savoir est rarement suffisant pour faire changer les comportements de façon durable. En d'autres termes, sensibiliser aux bienfaits santé des F&L est une chose, en faire manger davantage en est une autre.

Certes, les actions de communication visant à modifier dans un sens favorable à la santé les connaissances, les représentations et les attitudes des mangeurs ont leur raison d'être. La sensibilisation des enfants dès le plus jeune âge (écoles maternelles) n'est pas sans effet, surtout si elle s'accompagne de pratiques concrètes de jardinage, d'ateliers cuisine, de partage de repas sains... et d'une implication des parents. La Déclaration EGEA 2018³ rappelle aussi que les médecins qui délivrent des conseils nutritionnels et alimentaires ont souvent un impact positif sur la consommation de F&L par leurs patients. La plupart d'entre eux considèrent en effet leur généraliste ou leur pédiatre comme une source d'information fiable en matière d'alimentation. Mais de nombreux freins subsistent : manque de formation des médecins à la nutrition et à l'éducation nutritionnelle, temps de consultation limité, absence de visibilité à court terme

des effets des changements alimentaires opérés... Dans certains cas, l'impact des messages nutritionnels pourrait être renforcé par le recours aux technologies de l'information et de la communication, celles-ci permettant de délivrer des conseils vraiment personnalisés et d'accompagner les efforts de la personne engagée dans une modification de son régime alimentaire.

Il ne suffit pas d'informer...

Mais, souvent, l'information et les conseils ne suffisent pas à faire changer les comportements. Il est primordial d'agir, en parallèle, sur le contexte (l'environnement) dans lequel évoluent les mangeurs. Ce contexte est multiforme... Il comprend le contexte socio-économique général, lequel détermine par exemple l'accessibilité physique et financière des F&L. Dans ce domaine, des initiatives ont été mises en place pour rendre moins coûteux l'achat de ces aliments par les populations les plus démunies (remise de chèques « F&L ») ou pour multiplier les lieux de vente de F&L frais dans les quartiers qui en étaient dépourvus. Sur un autre plan, des actions ont également été menées par certaines autorités sanitaires pour lutter contre un contexte commercial et publicitaire qui rend beaucoup plus attractive l'offre de produits riches en sucres, gras et sel (packagings séduisants, techniques de marketing digital ciblant de façon fine les consommateurs...). La taxation, par certains pays, de produits comme les boissons sucrées ou l'interdiction des publicités visant les enfants, ou encore la limitation des promotions sont des mesures pouvant permettre d'atténuer les effets délétères du marketing agressif dont bénéficient les aliments les moins recommandables. Le rapport *Global Nutrition Report*⁴ note qu'en taxant les boissons sucrées, le Mexique est parvenu à en réduire les ventes de 10 % (en Amérique latine, 6 enfants sur 10 boivent quotidiennement des sodas). Dans le même registre, des systèmes d'étiquetage nutritionnel ont été mis en place par certains gouvernements (*traffic lights* au Royaume Uni, Nutriscore en France, *Heart Symbol* en Finlande...) pour aider les consommateurs à faire les bons choix d'aliments.

Le contexte sur lequel il serait nécessaire d'agir de façon encore plus volontariste intègre aussi les caractéristiques du système de santé local (les consultations de diététiciens sont rarement remboursées) ainsi que celles du système éducatif. A cet égard, la cantine scolaire - particulièrement fréquentée en France - constitue une opportunité (saisie par la récente loi issue des Etats Généraux de l'Alimentation) pour promouvoir dès le plus jeune âge une alimentation plus saine, riche en produits frais et de saison, locaux et sous signes de qualité.

Un déterminant majeur des comportements alimentaires réside

1. Equation nutrition n° 195 # Mars 2019

2. Enquêtes CREDOC : CCAF 2007, 2010, 2013 et 2016

3. Déclaration EGEA 2018 «Nutrition et Santé: de la science à la pratique». www.egeaconferece.com

4. 2018 Global Nutrition Report <https://globalnutritionreport.org>

Alimentation et santé : une seule priorité, l'action

dans le contexte social et culturel : pour différentes raisons, qui ne relèvent pas uniquement de contraintes économiques, les personnes de milieux défavorisés mangent peu d'aliments sains et très peu de F&L frais. Le contexte familial est lui aussi très « pesant » : il est difficile de convaincre des enfants de manger davantage de F&L si leurs propres parents n'en consomment pas. Parmi les autres freins, on peut citer l'évolution des pratiques de consommation : moins de temps consacré à cuisiner et à manger, snacking, simplification des repas, déficit de compétences culinaires pour cuisiner des produits frais comme les légumes, etc. Enfin, le contexte « informationnel » connaît lui aussi de profondes mutations technologiques avec l'essor d'internet et des réseaux sociaux, le développement du marketing digital et des applications pour smartphone, etc.

La multiplicité de ces contextes appelle la mise en œuvre

d'actions pouvant être de nature très diverse mais dont la complémentarité augmentera l'efficacité. Ces interventions sur « l'environnement » des mangeurs nécessiteront de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés, des professionnels de santé aux représentants des pouvoirs publics et aux chercheurs, des responsables et membres d'associations aux journalistes, des agriculteurs aux industriels de l'alimentation et aux distributeurs, des enseignants aux familles et à leurs enfants... A titre d'exemple, la Déclaration EGEA 2018³ appelle de ses vœux la mise en œuvre de partenariats étroits entre médecins généralistes et diététiciens pour mieux accompagner les pères et les mères de jeunes enfants, ainsi que les futurs parents. En effet, on sait aujourd'hui que l'alimentation des femmes enceintes et celle des bébés (l'alimentation des 1 000 premiers jours de la vie) a un impact important sur la santé des futurs enfants et adultes.



Professionnels de santé : inscrivez-vous pour recevoir les fiches pratiques issues d'EGEA 2018



Le programme européen « Fruits et légumes pour la santé » a pour objectif d'aider les professionnels de santé à s'emparer des connaissances actuelles en matière de nutrition pour engager le dialogue avec leurs patients sur ce sujet. En novembre 2018, la 8^e édition de la conférence EGEA a dressé l'état des connaissances sur les bienfaits des fruits et légumes sur la santé et leur rôle dans la prévention des maladies chroniques. Suite à la conférence, Aprifel travaille actuellement sur des fiches pratiques à destination des professionnels de santé dont le processus de validation associe scientifiques, médecins généralistes et pédiatres.

Les premières fiches disponibles à la rentrée 2019 :
inscrivez-vous dès maintenant pour les recevoir : www.egeaconference.com

Sept fiches seront disponibles dès la rentrée 2019 ; sept autres paraîtront en 2020. Elles permettront aux médecins d'enrichir leurs connaissances en matière de nutrition et plus particulièrement sur les bienfaits des fruits et légumes sur la santé et leur rôle dans la prévention des maladies chroniques comme certains cancers ou maladies cardio-vasculaires. Ces documents porteront sur les jeunes (de la grossesse à l'adolescence), ainsi que les adultes. Le but étant de faciliter le dialogue médecin-patient grâce à des messages courts et pratiques.

APRIFEL AUX ENTRETIENS DE NUTRITION ET AU CONGRÈS DE PÉDIATRIE

Pour échanger sur le sujet, Aprifel vous donne rendez-vous sur son stand les :

13 et 14 juin aux Entretiens de Nutrition à Lille

19, 20 et 21 juin au Congrès de Pédiatrie à Paris