



Actualités

• 25 minutes pour déjeuner, la garantie d'un repas sain et équilibré

Selon une récente étude de la Harvard School of Public Health de Boston (USA), des élèves qui prennent au moins 25 minutes pour déjeuner à la cantine mangeraient plus de fruits et légumes [...]

• Logo « Fruits et Légumes de France »



Le nouveau logo «Fruits et Légumes de France» a été dévoilé mardi 20 octobre, aux Assises des fruits et légumes frais. [...]

• Obésité : 2,7 milliards d'adultes en surpoids d'ici 2025

C'est à l'occasion de la Première Journée Mondiale de Lutte contre l'Obésité, le 11 octobre dernier, que la Fédération Mondiale de l'Obésité a livré une prévision alarmante de la situation à venir [...]

Retrouvez ces actualités sur :
www.aprifel.com



Aprifel

agence pour la recherche et l'information en fruits et légumes

Président Aprifel : **Christel Teyssède**
Directeur de la Publication : **Louis Orenge**
Directrice adjointe / Directrice scientifique : **Saïda Barnat**
Chefs de projets scientifiques :
Johanna Calvarin ; Thomas Uthayakumar
Chargée de communication : **Isabelle de Beauvoir**
Chef de projets : **Manal Amroui**
Rédacteur en Chef : **Dr Thierry Gibault**
Maquette, illustration, édition : **Philippe Dufour**

19, rue de la Pépinière - 75008 Paris
Tél.: 01 49 49 15 15 - Fax: 01 49 49 15 16
E-mail: equationnutrition@interfel.com

WWW.
aprifel.com / egeaconference.com

ISSN : 1620-6010 - dépôt légal à parution

Promouvoir une « alimentation saine »

édito

L'obésité infantile est devenue un problème important de santé publique. En 2014, entre 18 et 50% des enfants européens (âgés de 6 à 9 ans) étaient en surpoids ou obèses. De nombreuses actions sont en cours pour combattre cette situation, notamment dans les écoles. L'éducation nutritionnelle est utile pour acquérir des connaissances mais, lorsqu'il s'agit de changer les comportements, son efficacité est moindre sauf si l'on y associe d'autres interventions complémentaires. Ces différentes actions sont rarement évaluées et ne sont pas entièrement convaincantes. Comment expliquer cette faible efficacité ? Les enfants sont facilement influençables et confrontés à de nombreuses contradictions : l'éducation nutritionnelle, les pressions de l'entourage (notamment leurs parents) et des messages publicitaires agressifs de sources variées. En outre, souvent, les parents, les professeurs et le personnel de santé ne montrent pas l'exemple aux enfants quant à leurs propres habitudes alimentaires. Dans ces conditions, il est difficile d'obtenir des résultats satisfaisants.

Ce numéro examine certaines actions menées en Europe pour promouvoir une « alimentation saine », en particulier auprès des enfants.

Blake & Patterson montrent que les infirmières pédiatriques au Royaume Uni sont conscientes du rôle qu'elles peuvent jouer dans ce domaine. Cependant, leurs mauvaises habitudes peuvent avoir une influence négative auprès de leurs patients. Oostindjer *et al.* expliquent qu'en Norvège, il existe un consensus sur l'importance de l'éducation nutritionnelle dans le cadre familial mais que c'est également de la responsabilité de l'industrie et des autorités gouvernementales d'améliorer l'offre alimentaire. Lloyd-Williams *et al.* montrent que la majorité des 30 pays européens ont déployé des actions visant à augmenter la consommation d'aliments sains. L'évaluation des avis sur les différentes politiques alimentaires montre que la reformulation obligatoire des produits industriels semble plus utile que l'engagement volontaire des industriels et que les réglementations et les incitations fiscales (taxes, subventions) seraient plus efficaces que les campagnes d'éducation nutritionnelle.

Ces études prouvent que l'environnement alimentaire jouerait un rôle dans le développement de l'alimentation chez les enfants. Il est donc recommandé d'éduquer les personnes interagissant avec les enfants, sur l'impact de leurs propres habitudes alimentaires sur celles des enfants. De plus, il ne faut pas négliger le rôle fondamental de l'approvisionnement et du marketing. Même si ces mesures semblent avoir un impact minime à court terme, elles devraient faire évoluer les standards de consommation, multipliant ainsi leurs effets bénéfiques à long terme.

Martine PADILLA

Professeur Associé, Centre International de Hautes Etudes Agronomiques Méditerranéennes, Institut Agronomique Méditerranéen de Montpellier (CIHEAM-IAM) FRANCE

intro

Un grand hebdomadaire titrait en couverture, il y a quelques semaines, cette question un brin provocatrice : « Que peut-on encore manger aujourd'hui ? ». Les peurs alimentaires ont la vie dure. Le principe de précaution a pris le pouvoir sur tout. Les messages nutritionnels se multiplient, se contredisent et finissent par « confuser » les consommateurs.

Quand on sait que près de 800 millions de personnes souffrent de la faim dans le monde, que la malnutrition provoque la mort de 3,1 millions d'enfants de moins de 5 ans chaque année, soit près de la moitié (45%) des causes de décès, on peut se demander si nos préoccupations alimentaires ne sont pas des luxes d'enfants gâtés. Pour certains, moins privilégiés, la vraie question, celle qui se pose tous les jours est « Que va-t-on manger aujourd'hui ? »

Dr Thierry Gibault

Nutritionniste, endocrinologue - Paris - FRANCE

Evaluation de la promotion d'une alimentation saine par des infirmières pédiatriques en Grande-Bretagne

Holly Blake¹ et Joanna Patterson²

1. Ecole des Sciences de la Santé, Université de Nottingham, ROYAUME-UNI

2. Hôpitaux Universitaires Nottingham NHS Trust, ROYAUME-UNI

L'obésité infantile s'accroît à une vitesse alarmante. On estime qu'au Royaume-Uni, 25% des enfants pourraient être obèses en 2050, ce qui aurait un impact toute leur vie sur leur santé et leur bien-être psychosocial.

Les infirmières jouent déjà un rôle important dans la prévention et le contrôle de l'obésité, même si on se demande actuellement si elles devraient être perçues comme des modèles à suivre et « pratiquer ce qu'elles prêchent »¹⁻⁵. En effet, le surpoids, l'obésité, la sédentarité et les mauvaises habitudes alimentaires sont fréquents chez les infirmières^{6,7}.

En revanche, peu d'études ont évalué comment elles percevaient les actions de promotion d'une alimentation saine auprès de leurs patients et si elles pouvaient être des exemples en matière de modèle de santé. Dans cette étude, 67 infirmières pédiatriques de 14 services d'un même hôpital de soins aigus du NHS (National Health Service) Trust ont rempli un questionnaire concernant leur poids, leurs habitudes alimentaires, leur activité physique, leur efficacité et leurs convictions de modèle de santé en tant qu'infirmières. Les participantes étaient âgées de 18-65 ans et avaient travaillé comme infirmière pédiatrique entre 3 mois et 31,5 années. Les réponses provenaient d'infirmières en salle (67,2%), d'infirmières responsables de salle (25,4%) et de cadres infirmiers (7,5%).

La moitié des infirmières pensent ne pas être de bons modèles pour les enfants et leurs familles...

Les infirmières pensent qu'il est important de se montrer comme exemple en matière de santé, cependant cette croyance est contredite par les comportements de santé qu'elles rapportent elles-mêmes. Dans notre étude, les infirmières ont indiqué qu'elles étaient très inquiètes de la prévalence grandissante de l'obésité infantile (92,5%). La majorité pensait que la promotion de la santé auprès des enfants et de leurs familles devrait faire partie du travail des infirmières pédiatriques (88,1%) et qu'elles devaient montrer l'exemple en ce qui concerne une bonne santé (83,6%). Seule une minorité ne pensait pas que les infirmières « devraient pratiquer ce qu'elles prêchent » ; ces mêmes personnes étaient davantage en surpoids ou obèses. Dans l'ensemble, la moitié pensait que les infirmières pédiatriques n'étaient pas actuellement de bons modèles pour les enfants et leurs familles (49,3%). Des comportements malsains étaient fréquents, puisque, d'après leurs réponses au questionnaire, près de la moitié des infirmières étaient en surpoids ou obèses (44,8%), une majorité (79%) ne consommait pas cinq portions de fruits/légumes par jour et 30% ne respectaient pas la recommandation officielle de 150 minutes d'activité physique modérée par semaine.

Les infirmières pédiatriques pensent promouvoir de manière inadéquate une alimentation saine auprès des enfants et de leurs familles. En effet, une grande majorité (82,1%) estime que la promotion d'une alimentation

saine est insuffisante sur leur lieu de travail. Dans les faits, pour près de la moitié, les infirmières considèrent qu'elles peuvent améliorer leurs pratiques personnelles de promotion de santé en matière d'alimentation saine (48%).

L'impact potentiel de leurs propres choix de style de vie

Les infirmières pensent que leurs propres comportements de santé influencent la qualité de leurs interventions de promotion de la santé, ainsi que l'inclination des patients à suivre leurs conseils. Un grand nombre d'entre elles reconnaissent d'ailleurs l'influence de leurs propres comportements et de leurs interventions de promotion de la santé sur leur entourage. Près des trois-quarts (71,6%) indiquaient que leurs interventions de promotion de la santé auprès des enfants et des adultes serviraient d'exemple d'interventions aux élèves infirmières. Plus des trois-quarts (77%) pensaient que les patients et leurs familles seraient plus enclins à écouter leurs conseils d'hygiène de vie si elles-mêmes les mettaient en pratique. Encore plus important: beaucoup pensaient que leurs propres comportements de santé influenceraient la qualité de leurs soins. 48% des infirmières disaient qu'elles auraient des difficultés à promouvoir des comportements sains chez les autres si elles ne les mettaient pas elles-mêmes en pratique. L'impact potentiel de leurs propres choix de style de vie reposerait sur deux mécanismes : la perception qu'ont les patients sur l'infirmière et la volonté de celle-ci à promouvoir la santé auprès des patients et de leurs familles.

Comment améliorer leur formation ?

L'enseignement et la formation, avec un accès à des ressources documentaires basées sur des preuves scientifiques, pourrait les rendre plus sûres d'elles pour promouvoir une alimentation saine auprès des enfants et leurs familles. Les infirmières ont rapporté que leurs propres comportements sains facilitaient la promotion d'une alimentation saine auprès des enfants et de leurs familles. Au contraire, la pratique de comportements malsains créait des « obstacles » à la promotion efficace de la santé auprès des patients.

Elles ont évoqué d'autres barrières à la promotion efficace d'une alimentation saine, comme le manque de temps consacré aux activités de promotion de la santé et le manque de soutien pour les pratiquer. En tant qu'avocates de la santé, les infirmières sont bien placées pour en faire la promotion, contribuant ainsi à contrôler l'épidémie d'obésité. La promotion de la santé devrait être considérée comme prioritaire dans cette population. De plus, des interventions sur leur lieu de travail pourraient aider les infirmières souhaitant adopter des comportements sains. L'hôpital devrait ainsi apporter un soutien aux infirmières souhaitant améliorer leur propre santé.

Tiré de : Blake H, Patterson J. Paediatric nurses' attitudes towards the promotion of healthy eating. Br J Nurs. 2015 Jan 22;24(2):108-12. doi: 10.12968/bjon.2015.24.2.108.

Références

1. Department of Health (DoH) (2011a) Healthy Lives, Healthy People: A call to action on obesity in England [online]. Available at: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digital_asset/dh_130487.pdf [Accessed 20 June 2014]
2. Blake H (2013) 'Should nurses be role models for health?' [online]. Available at: <http://www.nursingtimes.net/holly-blake-should-nurses-be-role-models-for-health/5052877.article> [Accessed 20 June 2014]
3. Borchardt G (2000) Said Another Way: Role models for Health Promotion: The challenge for Nurses. Nurs Forum 35(3): 29-32 [DOI: 10.1111/j.1744-6198.2000.tb01002.x]
4. Hicks M, McDermott LL, Rouhana N, Schmidt M, Seymour MW and Sullivan T (2008) Nurses' body size and public confidence in ability to provide health education. J Nurs Schol 40(4): 349-354 [DOI: 10.1111/j.1547-5069.2008.00249.x]5.
5. Rush KL, Kee CC and Rice M (2005) Nurses as imperfect role models for health promotion. WJNR 27(2): 166-183 [doi: 10.1177/0193945904270082]
6. Nursing Times (2012) Obese NHS staff criticised at Lords [online]. Available at: <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-zones/public-health/obese-nhs-staff-criticised-in-lords/5051747.article>
7. Malik S, Blake H and Batt M (2011) How healthy are our nurses? New and registered nurses compared. B J Nurs 20(8): 489-496 [DOI: 10.12968/bjon.2011.20.8.489]

Quelles opportunités pour s'alimenter plus sainement en Norvège ?

Marije Oostindjer¹, Gro V. Amdam^{1,2}, Bjørg Egeland¹

1. Département de Chimie, Biotechnologie et Alimentation, Université norvégienne des Sciences de la Vie, NORVÈGE

2. Ecole des Sciences de la Vie, Université d'Etat d'Arizona, ETATS-UNIS

Les problèmes de surconsommation alimentaire et de surpoids existent aussi bien dans les pays développés que dans ceux en voie de développement. En Norvège, environ 50% des adultes sont en surpoids ou obèses (IMC>30)¹. Dans le monde entier, la consommation alimentaire individuelle a augmenté de 27% entre le début des années 60 et l'année 2009². Des consommations importantes de hamburgers, de saucisses, de pommes de terre bouillies et de boissons sucrées, ainsi que des consommations insuffisantes de pain complet, de fruits, de baies et de légumes ont été associées au risque d'obésité en Norvège³.

Développer des initiatives pérennes

Le gouvernement, le secteur de la santé et l'industrie agroalimentaire essaient de combattre l'obésité par des actions aidant les consommateurs à manger plus sainement. On peut citer des campagnes d'information, l'étiquetage nutritionnel, un meilleur approvisionnement, une composition nutritionnelle améliorée et le développement de nouveaux aliments sains. Cependant, de nombreuses initiatives ne perdurent pas ou ne sont pas évaluées à long terme. Les consommateurs répondent parfois de manière inattendue, en pensant, par exemple, qu'un nouveau produit alimentaire aura « moins de goût » s'il arbore l'étiquette « sain ». D'autres parties prenantes, comme les détaillants ou l'industrie agro-alimentaire, ne profitent pas de certaines initiatives qui bénéficient aux consommateurs. Il faut développer des initiatives efficaces qui à la fois aident la population à manger plus sainement et sont acceptables par toutes les parties prenantes. Nous avons examiné les possibilités d'instaurer ce genre d'initiative en Norvège⁴.

Consommateurs et autres parties prenantes: sur quoi sont-ils d'accord ?

Afin d'identifier les initiatives sur lesquelles les consommateurs et les autres parties prenantes peuvent se mettre d'accord, nous avons :

1. mené cinq discussions structurées (groupes de discussion) entre différentes parties prenantes comme l'industrie agro-alimentaire, les détaillants, le gouvernement, les chercheurs, les professionnels de santé publique et les organisations non gouvernementales
2. distribué un questionnaire pour recueillir l'avis de 1178 consommateurs norvégiens sur les sujets jugés importants dans ces groupes de discussion. L'importance d'un sujet pour les parties prenantes était mesurée par le nombre de groupes de discussion qui en avaient parlé. Les consommateurs répondaient s'ils étaient d'accord ou pas avec les affirmations des groupes de discussion et allouaient un degré d'importance à un sujet donné.

L'importance de l'éducation nutritionnelle et du ciblage des familles

En grande majorité, les consommateurs (85%) étaient assez d'accord pour reconnaître que l'éducation alimentaire était une bonne stratégie pour aider les personnes à manger plus sainement ; c'était un sujet de discussion dans trois des cinq groupes de discussion. D'autres stratégies,

mentionnées dans 3 groupes de discussion : plus d'aliments sains sur le marché et moins de publicité pour des aliments malsains, étaient également considérées comme de bonnes stratégies par plus de 60% des consommateurs. Les parents, les familles, les écoles et les enfants étaient considérés comme des cibles importantes. Une majorité de consommateurs (64 %) citaient l'importance des parents, tandis que 4 groupes de discussion mentionnaient les familles comme une cible importante. Les personnes en surpoids ont également été décrites comme une cible importante.

La responsabilité de tous

A la question « Qui est responsable de la mise en œuvre de stratégies pour aider les personnes à mieux manger ? », la plupart des consommateurs ont répondu que tout le monde était responsable, y compris les consommateurs. L'industrie agro-alimentaire et les autorités sanitaires étaient reconnues comme étant modérément à très responsables par 75 % des consommateurs, ainsi que dans les groupes de discussion (dans trois groupes pour l'industrie agroalimentaire et dans deux groupes pour les autorités sanitaires). Lorsqu'on instaure certaines stratégies, il est important de garder à l'esprit que les consommateurs veulent

1. garder leur liberté de choix des aliments (93%)
2. rendre moins disponible les aliments malsains auprès des enfants à l'école (87%)
3. des informations nutritionnelles sur les emballages (84%)
4. être plus ou moins impliqués dans les tendances alimentaires (seulement 13 % le souhaitaient).

Comment éduquer les consommateurs ?

De nombreuses possibilités existent pour éduquer les consommateurs sur l'alimentation, allant de cours à l'école, aux émissions de télévision, en passant par des cours de cuisine...

Des stratégies comportant plusieurs facettes comme l'éducation alimentaire en classe, l'accès restreint aux aliments malsains, l'éducation physique, l'implication des parents et des activités agricoles ou de jardinage, seraient probablement efficaces. Ces stratégies complexes ont été testées en Norvège afin d'accroître la consommation de fruits et légumes à l'école, avec une efficacité variable.

L'intervention « Les fruits et légumes gagnent des points » (Fruits and Vegetables Make the Marks) n'a pas augmenté la consommation de fruits et légumes⁵, tandis que l'intervention « Pro Children » a entraîné une augmentation modérée de la consommation de fruits, aussi bien durant l'intervention qu'après une année de suivi⁶.

Concevoir une intervention alimentaire efficace est donc difficile. D'autres options comme des étiquettes faciles à comprendre et la multiplication d'offres alimentaires saines pourraient apporter des aides supplémentaires aux consommateurs. Les fruits et surtout les légumes devraient être intégrés dans le développement de nombreux nouveaux aliments sains.

Références

1. FHI. Overweight and obesity in Norway – fact sheet, 2012.<http://www.fhi.no/artikler/?id=74991>.
2. FAO. FAO Statistical Yearbook, 2013. Part 3: Feeding the world, Page 126. Available at: <http://www.fao.org/docrep/018/i3107e/i3107e03.pdf>.
3. Mostad IL, Langaas M and Grill V. Central obesity is associated with lower intake of whole-grain bread and less frequent breakfast and lunch: results from the HUNT study, an adult all-population survey. *Appl Physiol Nutr Metab* 2014;39:819–28.

4. Oostindjer M, Amdam GV and Egeland B. Getting Norway to eat healthier: what are the opportunities? *Scand J Publ Health* 2015;43:66–75.
5. Bere E, Veierød M, Bjelland M, et al. Outcome and process evaluation of a Norwegian school-randomized fruit and vegetable intervention: Fruits and Vegetables Make the Marks (FVMM). *Health Educ Res* 2006;21:258–67.
6. Te Velde S, Brug J, Wind M, et al. Effects of a comprehensive fruit- and vegetable-promoting school-based intervention in three European countries: the Pro Children Study. *Brit J Nutr* 2008;99:893–903.

Evaluation des politiques nutritionnelles dans 30 pays européens utilisant l'approche marketing des « 4P »

Ffion Lloyd-Williams et ses collègues

Département de Politiques & Santé Publique, Institut de Psychologie, Santé & Société, Université de Liverpool, ROYAUME-UNI

Dans toute l'Europe, les gouvernements ont instauré une grande variété de politiques visant à améliorer la nutrition. Cependant, la grande diversité de ces interventions représente une « cacophonie politique » potentiellement déstabilisante ; une sorte de « buffet à volonté » qui reste difficile à comprendre, à classer ou à évaluer. L'objectif de cette étude était de cartographier les politiques nutritionnelles existantes en santé publique et d'analyser les perceptions de leur efficacité, afin d'élaborer de nouvelles stratégies nutritionnelles basées sur des preuves scientifiques.

Une base de données des politiques nutritionnelles en santé publique a donc été créée dans 30 pays européens et évaluée selon l'approche marketing des « 4P » : PRODUIT / PRIX / PROMOTION / PLACE. Notre étude était basée sur des entretiens auprès de 71 décideurs majeurs, des experts en politique nutritionnelle de santé publique et des scientifiques de 14 des 30 pays impliqués. Nous avons recueilli leur vision des différentes stratégies nutritionnelles actuelles et futures.

Le mix marketing « 4Ps » appliqué aux politiques nutritionnelles en santé publique

Prix	Taxes; subventions; et autres incitations économiques
Produit	Reformulation; élimination ou introduction de nouveaux produits
Place	Ecoles, lieux de travail ou collectivités
Promotion	Restriction du marketing destiné aux enfants et aux adultes (contrôle de la publicité) ; étiquetage alimentaire et nutritionnel ; informations nutritionnelles sur les menus, campagnes publiques d'information ; et éducation à la santé

Reformulation des PRODUITS alimentaires : initiatives obligatoires et volontaires

Treize pays ont fixé des limites sur la teneur en sel de différents aliments (Belgique, Bulgarie, Finlande, Grèce, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pays-Bas, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Slovaquie et Pays de Galles). Quatre pays ont proscrié les acides gras trans (Danemark, Autriche, Islande et Suisse). Les législations ou réglementations sur la consommation de sucres, de matières grasses et de fruits et légumes étaient rares et n'ont été adoptées que dans 4 pays (pour les sucres : Finlande et France ; les matières grasses et les sucres : Lettonie ; les fruits et légumes : Slovaquie).

De nombreux participants ont signalé que la reformulation obligatoire des produits alimentaires était perçue comme une approche de santé publique efficace et rentable pour améliorer la nutrition. Cette notion était perçue comme acceptable, aussi bien par l'industrie agro-alimentaire que par le grand public.

La reformulation volontaire des aliments par l'industrie agro-alimentaire est courante, surtout pour le sel. Elle se fait dans 25 des 30 pays. L'Estonie, la France et les Pays-Bas ont instauré la reformulation volontaire de la composition en sucres et en matières grasses totales des aliments.

PRIX : Taxes & subventions pour une alimentation plus saine

Les soutiens financiers de différents pays européens ont visé différents nutriments malsains comme le sel, le sucre et les matières grasses saturées. Des taxes pour promouvoir une alimentation saine (c'est à dire en fruits et légumes) sont actuellement en vigueur dans 6 pays. La Finlande, la France, la Hongrie et la Lettonie ont mis en place des « taxes sur le sucre » pour les produits et les boissons sucrés. Le Portugal a été le seul pays à taxer les produits salés. La Hongrie a taxé seulement les

aliments riches en matières grasses.

La majorité des personnes interrogées pensent que les initiatives sur le « Prix », comme les taxes, les législations et les réglementations sont les options les plus efficaces pour améliorer la nutrition dans une optique de santé publique. Actuellement, les subventions en faveur des produits alimentaires sains sont rares, à l'exception du programme européen en faveur de la consommation des fruits à l'école (the EU School Fruit Subsidy Scheme). Cofinancé par l'UE et chaque Etat Membre, ce programme volontaire vise à encourager des habitudes alimentaires saines chez les jeunes en mettant à leur disposition à l'école des fruits et légumes.

PROMOTION & contrôles de la publicité

Les campagnes d'information destinées au grand public sont très répandues. En majorité, elles se focalisent sur des messages généraux, concernant l'alimentation saine et/ou des campagnes visant à réduire l'obésité infantile. Quelques pays ont souligné l'importance de certains nutriments comme le sel (la Belgique, l'Angleterre, l'Estonie, l'Irlande, l'Italie et la Slovaquie). Cependant, les participants pensent que ces interventions n'ont eu qu'un impact limité.

Dans de nombreux pays, la nutrition est une matière obligatoire dans les programmes scolaires ; la plupart de ces pays sont très actifs dans l'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments proposés à l'école. De plus, l'étiquetage alimentaire listant la composition nutritionnelle est courant mais il existe une grande variabilité quant à la présentation et aux données fournies.

L'encadrement réglementaire du marketing des aliments riches en matières grasses, en sel et en sucres, à destination des enfants est spécifique à chaque pays. La plupart des 30 pays ont privilégié la voie de l'autorégulation alors que 12 pays ont élaboré des réglementations obligatoires contre le marketing auprès des enfants. Les personnes interrogées pensent que les réglementations obligatoires concernant le marketing d'aliments riches en matières grasses, en sel et en sucres sont nettement plus efficaces que l'autorégulation.

PLACE: Les écoles comme cible clé

Ces interventions visent à modifier la qualité et la disponibilité des aliments dans des endroits spécifiques. La majorité a lieu dans les écoles, quelques unes sur des lieux de travail. Ces interventions se sont d'abord focalisées sur les distributeurs, pour les éliminer ou modifier leur contenu, ensuite sur la législation, la réglementation et les recommandations des aliments proposés dans les cantines. De nombreux pays sont très actifs dans l'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments proposés dans les écoles. Les participants pensent que les interventions visant les écoles ou la petite enfance (jardins d'enfants) sont efficaces.

Conclusions

Les politiques de santé publique en matière de nutrition en Europe semblent diverses, dynamiques, complexes et probablement déroutantes. Le cadre des «4P» pourrait apporter une classification structurée et complète.

De manière encourageante, la majorité des pays européens s'engagent dans des activités visant à augmenter la consommation d'aliments sains et à diminuer celle des aliments « malsains » et des boissons sucrées. Les pays en tête de liste sont la Finlande, la Norvège, l'Islande, le Danemark, la Hongrie, le Portugal et peut-être le Royaume-Uni. Cependant, les actions restent insuffisantes dans chacun des pays. Davantage d'efforts sont nécessaires pour mettre en place dans toute l'Europe, de puissantes politiques fiscales et réglementaires en matière de nutrition.

Tiré de : Lloyd-Williams F, Bromley H, Orton L, Hawkes C, Taylor-Robinson D, O'Flaherty M, McGill R, Anwar E, Hyseni L, Moonan M, Rayner M, Capewell S. Smorgasbord or symphony? Assessing public health nutrition policies across 30 European countries using a novel framework. vBMC Public Health. 2014 Nov 21;14:1195.

Qui vit seul mange mal !

Dr Thierry Gibault

Nutritionniste, endocrinologue, Paris, FRANCE

Le nombre de personnes vivant seules dans les pays développés est en constante augmentation et constitue un important changement social et démographique. En 2010, elles représentaient 23 à 29% de la population en Australie, au Canada, en Grande Bretagne et aux USA, 30 à 49 % dans les pays d'Europe de l'ouest et 31% au Japon.

Les comportements alimentaires sont influencés par des facteurs financiers, sociaux, de mode de vie et d'environnement, qui sont eux même liés à la probabilité de vivre seul. Même si ce n'est pas totalement prouvé, des études ont mis en évidence des relations entre le fait de vivre seul et un plus fort risque de problèmes de santé, comme le diabète, la mortalité totale et cardiovasculaire, les chutes, les incapacités fonctionnelles et l'isolement social. Les apports alimentaires et le statut nutritionnel représentent deux facteurs qui peuvent expliquer ces différences dans la survenue de problèmes de santé.

Des chercheurs australiens ont mené une vaste revue de la littérature afin de déterminer s'il y avait une différence dans l'alimentation et le statut en nutriments, entre les adultes vivant seuls et ceux vivant avec d'autres personnes. Sur un total de plus de 800 études, 41 répondants aux critères d'inclusion ont été retenues. Elles regroupaient 38 études cas témoins et 3 études de cohortes dont la majorité d'entre elles rassemblait un grand nombre de sujets (29 d'entre elles incluaient plus de 1000 participants).

Les résultats étaient exprimés en groupe d'aliments consommés, en apport en nutriments, en score pour l'alimentation et en analyse de modèles alimentaires.

Une personne seule a un plus faible apport en fruits et légumes

Concernant les groupes d'aliments consommés, 18 études ont analysé l'association entre vivre seul et la consommation d'un ou plusieurs groupes d'aliments. 14 se sont particulièrement intéressées aux fruits et légumes. Les résultats sont assez probants. 10 d'entre elles ont montré qu'un homme ou une femme vivant seul **avait un plus faible apport en fruits et/ou légumes** et était moins enclin à suivre les recommandations alimentaires que les personnes vivant ensemble. Cette association n'était retrouvée que chez les hommes dans 5 de ces études.

7 études ont analysé la fréquence de consommation de viande, poisson et volaille. Les résultats étaient surtout clairs pour le poisson : 3 études ont montré que les hommes et les femmes

vivant seuls consommaient **moins de poisson**. Pour la viande, la volaille et les œufs les résultats étaient moins nets, de même que pour la consommation de céréales, pommes de terre ou produits laitiers. Concernant les aliments riches en graisses et/ou en sucres, les résultats étaient contradictoires. Il semblerait cependant que les femmes vivant seules aient tendance à consommer plus d'aliments riches en graisses.

Apports en nutriments: pas de grande différence

6 études ont analysé les apports quotidiens en macro et micronutriments. Trois d'entre elles n'ont pas noté de différences entre les personnes vivant seules ou ensemble (avec la réserve que les effectifs étaient réduits - 33 à 190 sujets). De même 3 études plus vastes n'ont pas retrouvé de différence dans les apports en énergie, en macro et micronutriments.

6 études se sont basées sur des scores de qualité alimentaire (aliments et nutriments). Quatre d'entre elles ont montré que vivre seul était associé à **un moindre score de qualité nutritionnelle**.

Les solitaires ont plus de probabilité d'avoir des habitudes alimentaires peu saines

En conclusion, même si les résultats ne sont pas toujours concordants, ils suggèrent que par rapport aux personnes vivant ensemble, les personnes vivant seules ont une moindre variété d'apport alimentaire qui se traduit notamment par une plus faible consommation de certains aliments comme les fruits les légumes et le poisson. Les solitaires ont donc une plus forte probabilité d'avoir des habitudes alimentaires peu saines. Cependant les associations entre le fait de vivre seul et les apports en nutriments ne sont pas claires. Les hommes vivant seuls, étaient plus enclins que les femmes seules, à présenter des apports alimentaires malsains.

Ces résultats suggèrent que vivre seul pourrait affecter de manière négative certains aspects de la consommation alimentaire, même si les associations peuvent varier selon les groupes socio économiques. C'est en tout cas la première étude qui s'intéresse à grande échelle aux associations entre le fait de vivre seul et les apports en aliments et nutriments. Même si ces résultats suggèrent qu'il existe des différences par rapport aux personnes qui ne vivent pas seules, d'autres recherches sont nécessaires pour compléter ces données et mieux comprendre les interactions entre les multiples facteurs qui conduisent à vivre seul. Il faudrait également mieux étudier les liens entre une vie solitaire et la plus grande survenue de problèmes de santé.



Politique de taxation dans le secteur agroalimentaire

Céline Bonnet

Chargé de recherches en Economie GREMAQ, INRA, FRANCE

La prévalence de l'obésité est devenue un problème majeur en santé publique pour la plupart des pays développés : 70% de la population des Etats-Unis est en surpoids ou obèse, 60% au Canada, 61% en l'Australie, 58% en Russie, 46% en France, 58% en Espagne, 61% au Royaume-Uni et 54% en Allemagne. Pour la majorité des individus, l'obésité résulte d'un déséquilibre entre la consommation alimentaire et la dépense énergétique liée à l'activité physique. Le surpoids pourrait ainsi être évitable en changeant ces comportements. Les autorités publiques ont déployé des campagnes publiques d'information, dont l'objectif est de changer les habitudes des consommateurs, en les orientant vers des produits alimentaires plus sains ou en les incitant à pratiquer une activité physique plus fréquente et régulière. Cependant ces campagnes d'information n'ont pas été assez efficaces pour réduire la prévalence de l'obésité.

Quelle légitimité pour une politique de taxation ?

La littérature scientifique, en médecine, nutrition ou encore en économie, a montré que la réduction du coût de l'alimentation ces dernières décennies pouvait expliquer la prévalence de l'obésité. Une politique publique visant l'augmentation du prix de la calorie pourrait donc être un outil utile pour réduire l'apport calorique quotidien des individus. Cet outil de politique publique est soutenu par les économistes pour deux raisons. D'une part, les individus évaluent mal la vraie relation entre consommation alimentaire et santé, et favorisent les plaisirs alimentaires de court terme au détriment de leur santé à long terme. D'autre part, ils ne supportent pas les coûts de santé publique des maladies liées à une mauvaise consommation alimentaire.

Dans d'autres secteurs, tels que l'alcool et le tabac, les pouvoirs publics utilisent les taxes pour augmenter les prix relatifs de ces produits et en réduire ainsi la consommation. Dans le secteur alimentaire, aux Etats-Unis, en Norvège, Australie, Finlande, Hongrie, France ou encore au Danemark, des mesures fiscales sont désormais mises en place pour lutter contre l'obésité. Elles se focalisent principalement sur les produits sucrés, notamment les boissons sucrées, mais peuvent aussi concerner les produits gras ou salés.

Quels retours d'expérience ?

Ces mesures sont récentes et les retours d'expérience sont donc rares. Une analyse montre que la taxe introduite aux Etats-Unis sur les boissons sucrées a permis de réduire légèrement la consommation chez les enfants et adolescents. Afin d'évaluer les effets potentiels des taxes, des modèles économiques sont utilisés pour anticiper les changements de consommation lorsque les consommateurs font face à des variations de prix. La littérature de

ces modèles économiques montre que les politiques de taxation pourraient être efficaces et permettraient donc de changer les habitudes alimentaires.

En outre, une taxe pourrait inciter les industriels du secteur agroalimentaire à reformuler leur produit. Par exemple, une taxe basée sur le contenu en sucre pourrait les inciter à en diminuer la quantité.

Enfin, les politiques de taxation permettent de financer d'autres outils de politique publique complémentaires, tels que des campagnes d'information pour des populations ciblées comme les enfants ou les adolescents, de promouvoir l'activité physique de manière à réduire le déséquilibre énergétique, ou de financer des subventions pour promouvoir l'achat de produits sains réduisant l'aspect régressif de la taxe.

Quelle cible ?

Un excès de sucre ou de gras est néfaste pour la santé. Cependant, en fonction des produits ciblés, une taxe visant ces nutriments pourrait potentiellement avoir des effets pervers sur d'autres nutriments bons pour la santé. Par exemple, si la politique porte sur le secteur des desserts lactés, une taxe ciblant une réduction de la consommation de gras pourrait probablement augmenter la consommation de sucre ou réduire l'apport en calcium, acide gras insaturé ou oméga 3 et oméga 6. À l'inverse, une taxe sur le sucre pourrait augmenter la consommation de gras. En revanche, certains produits tels que les boissons sucrées, les bonbons, les biscuits sucrés et salés, apportent peu de bons nutriments et la diminution de leur consommation limiterait les effets pervers.

Quelle application ?

L'efficacité d'une taxe dépend de sa mise en œuvre. Une modification de la TVA permet de cibler les produits dont les prix sont élevés et, par conséquent, permet une recette fiscale importante. Cependant, d'un point de vue de la santé, une taxe basée sur le contenu de mauvais nutriments serait plus efficace. Elle permettrait de cibler en priorité les produits malsains, quel que soit leur niveau de prix.

La transmission d'une taxe au consommateur final dépend du secteur considéré, notamment via le niveau de différenciation des produits, le niveau de concurrence au sein de la filière agroalimentaire, ou les relations contractuelles entre les acteurs du marché, ainsi que de la nature de la taxe. La littérature économique montre notamment qu'une taxe d'accise serait davantage répercutée par les acteurs du marché qu'une modification de la TVA. De là, les prix des produits malsains seraient plus élevés avec des taxes d'accise et donc permettraient de réduire davantage la consommation des produits ciblés.

