

IFAVA Editorial Board

S. Ben Jelloun • Institut Agronomique Vétérinaire Hassan II • Rabat • Morocco
 E. Bere • University of Agder • Faculty of Health and Sport • Norway
 E. Birlouez • Epistème • Paris • France
 I. Birlouez • INAPG • Paris • France
 Mj. Carlin Amiot • INSERM • Faculté de médecine de la Timone • Marseille • France
 B. Carlton-Tohill • Center for Disease Control and Prevention • Atlanta • USA
 V. Coxam • INRA Clermont Ferrand • France
 N. Darmon • Faculté de Médecine de la Timone • France
 H. Verhagen • National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) • Bilthoven • Netherlands
 ML. Frelut • Hôpital Saint-Vincent-de-Paul • Paris • France
 T. Gibault • Hôpital Henri Mondor • Hôpital Bichat • Paris • France
 D. Giugliano • University of Naples 2 • Italy
 M. Hetherington • University of Leeds • UK
 S. Jebb • MRC Human Nutrition Research • Cambridge • UK
 JM. Lecerf • Institut Pasteur de Lille • France
 J. Lindstrom • National Public Health Institute • Helsinki • Finland
 C. Maffei • University Hospital of Verona • Italy
 A. Naska • Medical School • University of Athens • Greece
 T. Norat Soto • Imperial College London • UK
 J. Pomerleau • European Centre on Health of Societies in Transition • UK
 C. Rémésy • INRA Clermont Ferrand • France
 E. Rock • INRA Clermont Ferrand • France
 M. Schulze • Technische Universität München • Freising • Germany
 J. Wardle • Cancer Research UK • Health Behaviour Unit • London • UK

IFAVA Board of Directors

J. Badham • South Africa • 5-a-Day for better health TRUST
 R. Baerveldt • USA • Washington Apple Commission
 S. Barnat • France • "La moitié" • Aprifel
 L. DiSogra • USA • United Fresh
 C. Doyle • USA • American Cancer Society
 P. Dudley • New Zealand • 5+ A day
 M. Richer • Canada • 5 to 10 a day
 E. Pivonka • USA • 5 A Day
 C. Rowley • Australia • Go for 2&5® • Horticulture Australia
 V. Toft • Denmark • 6 a day

Aprifel équation nutrition

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

Président Aprifel : **Bernard Piton**
 Directeur de la Publication : **Frédéric Descrozaille**
 Directrice Scientifique : **Dr Saïda Barnat**
 Assistante scientifique : **Peggy Drouillet**
 Responsable Information : **Luc Raffy**
 Rédacteur en Chef : **Dr Thierry Gibault**
 Edition : **Philippe Dufour**

60, rue du Faubourg Poissonnière - 75010 Paris
 Tél. 01 49 49 15 15 - Fax 01 49 49 15 16

édito

AMÉLIORER LA NUTRITION SUR LES LIEUX DE TRAVAIL

Pourquoi tant de retard en France ?

D'après la législation du travail en vigueur et selon une longue tradition sociale, la mise en place de Programmes de Santé sur les lieux de travail reste de la responsabilité des employeurs. Cela se traduit par la priorité à l'approche SST (Santé et Sécurité au Travail) et peu de promotion de la santé sur les lieux de travail. La médecine du travail aborde la nutrition par le biais du travail aux horaires décalés, souvent la nuit. Sinon, elle reste souvent absente du discours sur les lieux de travail. De plus, il est difficile de trouver un équilibre entre les propositions de politique nutritionnelle sur les lieux de travail et les libertés individuelle en matière d'alimentation. On suppose que les gens mangent généralement ce qu'ils veulent et n'apprécient pas qu'on leur impose un message nutritionnel. Néanmoins, il existe un lien démontré entre l'hygiène de vie, (les habitudes alimentaires, conditions de travail...) et une mauvaise santé. En France, les données actuelles sur la consommation de fruits et légumes (F&L) indiquent une consommation faible. Il est bien connu que le prix, le goût et les habitudes alimentaires à la maison sont des facteurs déterminants. Sur le lieu de travail se pose la question de la disponibilité des F&L et de leur conservation.

La responsabilité sociale de l'entreprise, le développement durable et l'équilibre travail-vie personnelle sont de plus en plus débattus et réglementés. Cela est partiellement dû au fait que chaque personne est de plus en plus préoccupée par sa propre santé.

Voici quelques exemples d'actions positives pour améliorer l'accès aux F&L sur les lieux de travail : des services directs aux entreprises, des machines distributrices qui proposent des compotes et des fruits frais et des programmes d'information et d'éducation nutritionnelles par les entreprises elles-mêmes ou par les sociétés de restauration d'entreprise. Face à la demande de choix plus sains par les consommateurs français, les temps changent et notamment, les F&L sont plus présents sur les lieux de travail.

Benjamin Sahler

Aract Limousin - Limoges - France



Intro

Quand l'inconscient se met à table...

En sociologue, Eric Birlouez nous rappelle aujourd'hui combien l'inconscient détermine souvent nos comportements alimentaires... Et ça, le marketing alimentaire en est conscient ! La couleur d'un bonbon, l'environnement d'un repas, la forme d'un verre ou d'une assiette, conditionnent à notre insu, nos désirs et nos choix, notre appétit et notre satiété... Combien de patients nous déclarent au fil d'une consultation : "C'est plus fort que moi... je ne peux pas résister... il faut que j'en mange..." ? C'est ainsi qu'on mange parfois sans faim et sans fin... Pour satisfaire un inconscient plus fort que soi...

Mais parlons d'autre chose. Bonne nouvelle pour les uns, mauvaise pour les autres : tous les régimes se valent quand on veut maigrir. Les protéines, les glucides, les lipides n'ont rien à voir avec le succès d'une perte de poids... La réponse est ailleurs. Et si c'était, encore une fois, une question d'inconscient ?

Dr Thierry Gibault

Endocrinologue, Nutritionniste - Paris, France



Chers lecteurs,
 Je vous prie de trouver ci-joint le rapport d'activité 2008 d'Aprifel.
 Merci encore pour vos messages de soutien et votre fidélité.
 Bien sincèrement,

Saïda Barnat



L'HÔPITAL un bon endroit pour la promotion de la santé au Royaume Uni

— Charlotte L Haynes —

Unité d'efficacité clinique, Stockport NHS Foundation Trust, Cheshire, RU

Les recommandations de l'OMS concernant les Hôpitaux des réseaux de Promotion de la Santé (HPH)¹ et la politique de santé publique au Royaume Uni² préconisent aux hôpitaux de posséder des services permettant aux patients d'améliorer leur santé, en adoptant des comportements sains, en favorisant par exemple l'éducation à la santé.

Voici les résultats d'une étude sur les expériences et les avis de patients hospitalisés, concernant l'éducation à la santé et, en particulier, la nutrition³.

Interroger les patients sur leurs habitudes alimentaires ?

Cette enquête a porté sur des patients adultes, récemment sortis d'hospitalisation (n=322). Entre autres questions, on leur a demandé s'ils étaient d'accord pour que *"l'on interroge systématiquement les patients hospitalisés sur leurs habitudes alimentaires"* (les réponses variant selon une échelle de Likert en 5 points de *"tout à fait d'accord"* à *"pas du tout d'accord"*). On a également souhaité connaître leur niveau de consommation de fruits et légumes (F&L)⁴, s'ils avaient bénéficié d'une information concernant l'alimentation, si cela s'était avéré utile (échelle de Likert en 5 points variant de 1 *"pas du tout utile"* à 5 *"très utile"*), et, au final, s'ils étaient décidés à manger plus sainement (réponses : *"oui"* ou *"non"*).

On leur a enfin posé des questions générales concernant l'éducation à la santé dans les hôpitaux. L'éducation à la santé était définie comme *"toute action entreprise par un membre du personnel hospitalier, permettant au patient de mieux contrôler les comportements qui pourraient avoir un impact négatif sur sa santé"*. Ces actions pouvaient comporter un conseil oral ou écrit ou la demande d'un avis spécialisé dans l'objectif d'améliorer l'alimentation.

83% mangent moins de 5 fruits et légumes

Le taux de participation a été de 59%. Les répondants avaient entre 17 et 76 ans (moyenne = 57,0 ± 1,3 ans). La durée d'hospitalisation variait de 1 à 50 jours, avec une durée moyenne de 4 jours.

Voici les principaux résultats :

- En majorité (84%), les répondants étaient d'accord pour que l'on interroge les patients sur leurs habitudes alimentaires, 11% étaient indécis et 5% seulement n'étaient pas d'accord.
- 83% consommaient moins de 5 portions de F&L par jour (Intervalle de confiance à 95% : 76% - 88%).

- Il y avait significativement plus de personnes qui demandaient des conseils nutritionnels durant leur hospitalisation parmi celles consommant moins de 5 portions de F&L par jour que chez celles qui en consommaient plus de 5 par jour (67% vs. 36% respectivement, $P < 0,002$).

- Un quart des répondants a bénéficié d'une enquête sur ses habitudes alimentaires durant l'hospitalisation (IC à 95% = 19% à 32%)

- Seuls 12% des patients consommant moins de 5 portions de F&L par jour ont reçu une information portant sur l'alimentation (IC à 95% = 7% à 18%).

- L'information nutritionnelle a été délivrée sous forme de dépliants (n = 6) ou de conseils oraux (n = 11). Aucun avis spécialisé n'a été demandé.

- L'échantillon était trop petit pour conclure si l'éducation à la santé était efficace: 4 patients ont rapporté que ce n'était pas utile, 6 autres: ni utile ni inutile et les 6 derniers : utile.

Plus de 60% des patients auraient souhaité recevoir une information, plutôt à l'occasion de leur sortie de l'hôpital, alors qu'en majorité, ils l'ont reçu à l'admission.

87% des patients sont d'accord pour dire que *"l'hôpital est un bon endroit pour dispenser une éducation à la santé"* et 83% pensent que *"l'hôpital devrait offrir aux patients d'avantages d'organisations externes chargées de l'éducation à la santé"*.

Un défi majeur pour les hôpitaux

Cette étude indique que les hôpitaux sont perçus comme des lieux appropriés et bien acceptés comme tels pour dispenser des informations nutritionnelles. S'il existe un consensus des patients en faveur de l'évaluation des habitudes alimentaires et une demande d'éducation à la santé, en réalité peu d'actions ont été effectuées dans cette optique.

Faire face à la demande des patients pour une information nutritionnelle représente un défi majeur pour les hôpitaux. Or il existe des recommandations sur l'éducation à la santé dans les hôpitaux (OMS HPH1,5). Des actions concrètes peuvent donc être menées pour augmenter la consommation de F&L chez les patients⁴: Ainsi, tous les repas servis à l'hôpital devraient inclure une variété de F&L et être associés à une promotion active de choix alimentaires sains⁵.

Enfin, il faut identifier en priorité les patients faibles consommateurs de F&L pour leur délivrer des conseils nutritionnels oraux et écrits⁷ et leur proposer de brèves interventions, reconnues comme efficaces, pour améliorer l'alimentation et la nutrition^{6,8}.

Références

1. World Health Organisation Europe 2004 Standards for Health Promotion in Hospitals.
2. Department of Health: Choosing Health. Making Healthy Choices Easier. 2004.
3. Haynes CL et al., 2008. BMC Public Health 8:284.
4. Cappuccio FP, et al., 2003. Nutr Metab Cardiovasc Dis 13:12-19.

5. O. Groene & M. Garcia-Barbero (eds). Geneva: World Health Organisation, 2005
6. Ubido J, et al.: Top Tips for healthier Hospitals. 2006.
7. Kessels RPC, 2003. J R Soc Med 96:219-222.
8. Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. Nice 2006.

Favoriser une consommation élevée de fruits et légumes en ENTREPRISE

L'exemple Danois

— Bert Egberg Mikkelsen & Anne Vibeke Thorsen —

Université Technique du Danemark

Classiquement, on supposait que les interventions pour la promotion d'une alimentation saine pouvaient être les mêmes partout. Voici une étude Danoise qui montre que les interventions sur le lieu de travail doivent s'adapter aux spécificités de l'environnement où elles s'implantent. Une adaptation qui doit se faire en collaboration avec tous les partenaires locaux. Les intermédiaires clés dans les questions d'alimentation et de nutrition : le personnel et l'encadrement des restaurants d'entreprise.

L'apport de la sociologie des organisations

Depuis l'adoption, en 1986, de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>), la promotion d'une alimentation saine dans les collectivités a pris de l'importance. En collectivité, elle peut toucher un grand nombre d'individus, en particulier ceux qui ne s'engageraient pas spontanément dans des comportements sains de prévention. Dans de nombreuses entreprises, la santé et le bien-être à long terme des employés sont d'une importance stratégique. Ainsi, de plus en plus de sociétés et de conseillers de santé unissent leurs efforts pour développer et tester des interventions en faveur d'une alimentation saine. Toutes ces initiatives soulignent l'importance du rôle des intermédiaires.

Classiquement, notre compréhension des mécanismes de l'adoption d'un comportement alimentaire sain reposait sur les théories du comportement de l'individu. Cependant, pour que les interventions soient efficaces dans des situations sociales complexes, nous avons besoin de l'apport théorique de la sociologie des organisations. En effet, maintenir l'efficacité et l'élan de ces interventions reste au centre des préoccupations de santé publique en matière de nutrition¹.

Notre article résume les éléments clés qui ont permis de maintenir une consommation élevée de fruits et légumes (F&L) en restaurant d'entreprise durant les 5 années qui ont suivi une intervention. Le rapport complet, avec des données détaillées, sur la consommation journalière de F&L de cinq entreprises danoises est en cours de publication².

Un projet issu d'échanges entre chercheurs et entreprises locales

Le projet danois "6 par jour" a débuté en 2000. L'intervention et la méthode de recherche ont été développées à la suite d'échanges entre les chercheurs et les entreprises locales. Le point d'entrée dans l'entreprise était la cantine. Sur chaque site, l'équipe locale de restauration a collaboré avec les chercheurs pour choisir les éléments spécifiques de l'intervention. Le personnel du restaurant a initié une cartographie des

consommations de F&V aux différents comptoirs du self afin d'augmenter la disponibilité des F&L dans tout le menu. Ainsi des F&L ont été incorporés dans les quatre menus types au Danemark : plats chauds, assiettes froides, salades et collations.

Des critères d'évaluation ont été développés pour quantifier la consommation de F&L. Ce suivi chiffré a joué un rôle important au niveau local, non seulement pour maintenir l'élan, mais également pour démontrer qu'une intervention sur le lieu de travail est un moyen efficace pour accroître la consommation de F&L. Ce suivi a été effectué par le personnel et les données, recueillies au départ, après un an et après cinq ans. Une évaluation qualitative a également été effectuée. Cette dernière a permis de mieux comprendre que les interventions en faveur de l'alimentation saine étaient modelées par l'interaction entre les différents partenaires et que cette interaction pouvait contribuer au maintien de leur efficacité.

Le poids de la "constitution sociale" de l'entreprise

En 2008, 4 restaurants sur 5 ont réussi à maintenir la consommation de F&L, certains avec plus de succès que d'autres. Les résultats de l'évaluation qualitative suggèrent que les interventions sur les (F&L) doivent être modulées et traduites de manière différente selon le contexte local.

La conception de la relation entre les conditions de travail, l'efficacité et la santé ainsi que la nutrition conditionne et module les interventions locales. Cela veut dire que, non seulement les partenaires ont quelque chose à gagner d'une telle intervention, mais aussi que les partenaires vont faire en sorte que l'intervention y gagne. Cette "action" dépend de la nature et de l'historique des rapports de pouvoir interne dans une entreprise donnée. Hildebrandt et Seltz l'ont nommé la "constitution sociale" de l'entreprise³. Globalement, il est important de comprendre toute interaction, ou son absence, entre le lieu de travail et une alimentation plus saine.

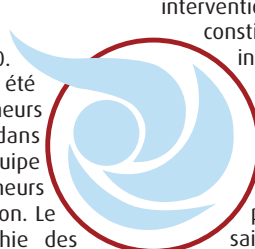
Pas de recette "miracle" mais des interventions adaptées

Nos résultats indiquent qu'il n'y a pas de recette unique. Chaque intervention doit s'adapter aux besoins locaux, en fonction de la constitution sociale de l'entreprise. En conséquence, les interventions ne doivent pas être imposées mais doivent émaner d'un partenariat. Not étude montre que le service de restauration de l'entreprise est un intermédiaire important pour aider à définir les composantes de l'intervention. De plus, les Ressources Humaines et la Direction Générale doivent également participer à l'élaboration des stratégies d'alimentation saine.

Références

1. O'Loughlin, Renaud L, Richard L, Gomez LS & Paradis, G [1998]: Correlates of the Sustainability of Community-Based Heart Health Promotion Interventions, Preventive Medicine, Volume 27, Issue 5, September 1998, p 702-712
2. Thorsen, AV; Lassen A, Hels, O & Mikkelsen, BE. Long term sustainability of a worksite canteen intervention Forthcoming. [2009].

3. Hildebrandt, E & Seltz, R 1989. Wandel betrieblicher Sozialverfassung durch systemische Kontrolle. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Technik, Arbeit, Umwelt. Edition Sigma; Berlin



Papys et Mamys : Mangez Mieux & Bougez Plus !



— Nancy S Wellman —

Centre National de Ressources sur la Nutrition, l'Activité Physique et le Vieillessement, Université Internationale de Floride, Miami - USA



Conçu dans le cadre de la Loi sur les Personnes Agées aux Etats-Unis, le Programme de Nutrition "Mangez Mieux & Bougez Plus" (Eat Better & Move More - EBMM) est le plus vaste programme d'assistance nutritionnelle aux personnes âgées aux Etats-Unis. Son objectif : promouvoir la santé, diminuer la malnutrition et prévenir la dégénérescence physique et mentale¹.

250 millions de repas par an

Le programme vise surtout les personnes les plus nécessiteuses sur le plan social et économique, en particulier les minorités pauvres et les habitants de zones rurales. Chaque année il offre environ 250 millions de repas à 3 millions d'adultes âgés de plus de 60 ans dans 4000 agences locales.

Le Guide EBMM des programmes de collectivités (http://nutritionandaging.fiu.edu/You_Can/07.2YouCanGuidebook.pdf) comporte une série de 12 sessions hebdomadaires et inclut des séances brèves sur la nutrition et l'activité physique et des sessions interactives. Grâce à son succès, un 2^e volet est actuellement en ligne.

Soulignant l'importance des fruits, des légumes, des aliments riches en calcium et en fibres, l'EBMM s'attaque aux carences graves et aux tailles des portions. La marche, l'usage d'un podomètre, de simples étirements et une bonne hydratation sont également recommandés. Les participants prennent et remplissent les fiches Astuces & Actions puis les rapportent la semaine suivante.

Des questionnaires sur la nutrition et l'activité physique

Dans cette étude², nous avons choisi 10 sites, sans programme d'activité physique, pouvant recruter plus de 50 personnes et recueillir et envoyer des données. 10,000 \$ ont été répartis dans des restaurants de collectivités, des centres de loisirs de quartier, des complexes d'habitation en centre ville, en banlieue, en zones rurales et même dans une réserve indienne. Chaque médiateur (8 diététiciens, 1 infirmière, 1 administrateur Amérindien) a participé à un séminaire d'une journée et demie. Notre centre a offert une assistance technique sous forme de conférences

téléphonique deux fois par semaine et d'une base de données. Au total, on a compté 999 inscrits. Pour pouvoir être inclus dans l'étude, il fallait avoir plus de 60 ans et être capable se déplacer avec/ou sans aide. Les personnes ayant des troubles cognitifs ont été écartées. Les questionnaires sur la nutrition et l'activité physique comportaient également une question sur le stade de motivation au changement.

3 participants sur 4 ont évolué favorablement

620 participants (62%) ont complété l'étude. Ces taux variaient selon les sites (35-85%), mais pas selon l'origine ethnique. Chez les personnes vivant en HLM, on observe le plus faible taux de complétion et le plus fort risque nutritionnel. Souvent, les besoins de ces résidents sont plus importants que ceux des personnes qui vivent dans une communauté traditionnelle.

Ceux qui ont terminé l'étude avaient un âge moyen de 75 ans (le plus âgé avait 101 ans, 5 étaient nonagénaires et 162 octogénaires). Il y avait 82% de femmes et 41% de minorités ethniques. La moitié d'entre eux vivaient avec leur famille et 38% avec un conjoint. Ils avaient globalement moins de problèmes de santé et un moindre risque nutritionnel par rapport à ceux qui n'avaient pas complété l'étude, mais par ailleurs, ils leur ressemblaient.

Environ 3 participants sur 4, qui n'atteignaient pas le stade de maintien en pré-intervention, ont évolué avec au moins 1 stade de changement pour la nutrition et l'activité physique.

La consommation quotidienne d'aliments a augmenté d'au moins 1 portion pour : les légumes (37%), les fruits (31%), les fibres (33%), les aliments riches en calcium (42%), les boissons (31%).

Le nombre de pas quotidiens a augmenté de 35% pour atteindre environ 4200. Le nombre de pâtés de maisons parcourus et de marches montées a également augmenté. Le temps d'activité debout (Timed Up & Go) a augmenté tandis que le risque de chute a diminué.

Parmi les 94% de participants, qui se décrivaient comme n'ayant pas une bonne santé au début de l'étude, 24% ont amélioré leur état de santé par

un facteur >1. L'auto-évaluation de l'état de santé serait prédictive des capacités fonctionnelles et de la mortalité chez les personnes âgées qui habitent chez elles. Presque tous ont recommandé le programme et ont dit qu'ils Mangeaient Mieux (93%) et Bougeaient Plus (90%). Le niveau socio-économique était lié aux données disponibles.

L'importance de renforcer les messages

Les programmes d'éducation nutritionnelle qui réussissent se caractérisent par un nombre limité de messages (1 ou 2), le renforcement et la personnalisation des messages, des activités pratiques et l'accès à des professionnels de santé³. Chaque message nutritionnel EBMM a été présenté pendant 1 semaine et renforcé la semaine suivante. Les fiches Astuces & Actions (Tips & Tasks) ont visuellement renforcé les objectifs et ont proposé plus de choix alimentaires. Les sessions hebdomadaires étaient interactives, incorporent de véritables aliments, étiquettes et repas du programme. Elles étaient animées par des professionnels de santé, sensibles aux différences culturelles et capables de répondre aux questions sortant du cadre de l'intervention. Des objectifs de marche personnalisés, au rythme de chacun, ont amélioré les résultats.

Un facteur clé à intégrer : l'activité physique

Globalement, l'EBMM a réussi parce qu'il était : facile d'exécution, peu coûteux, adapté aux personnes âgées et qu'il cibait la modification simultanée de la nutrition et de l'activité physique. Un autre facteur du succès était la coordination directe par le centre.

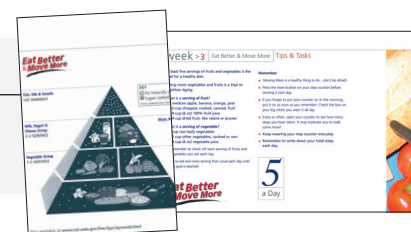
Nous pensons, comme d'autres chercheurs, que l'éducation nutritionnelle est améliorée par l'intégration d'activité physique. Nous encourageons fortement l'usage de nos deux Guides et les collaborations multidisciplinaires. Les personnes âgées vivant dans la communauté ont souvent besoin d'encouragements pour Manger Mieux et Bouger Plus. De plus en plus de communautés devraient permettre de bien vieillir en offrant des programmes similaires.

Références

1. US Administration on Aging. www.aoa.gov/prof/aoaprogram/nutrition/nutrition.asp.
2. Wellman et al. Eat Better & Move More: A community-based program designed to improve diets and increase physi-

cal activity among Older Americans. *Am J Public Health*. 2007;97:710.

3. Sahyoun et al. Evaluation of nutrition education interventions for older adults. *J Am Diet Assoc*. 2004;104:58.



RÉGIMES ET POIDS UN POUR TOUS, TOUS POUR UN !

Les régimes n'ont plus la cote. Ils suscitent pourtant toujours les mêmes fantasmes auprès des candidat(e)s à l'amaigrissement. Atkins, Hollywood, Montignac, soupe au chou... Le musée du yoyo pondéral est hanté de fantômes médiatiques et de revenants faméliques...

Depuis quelques années, cependant, des voix s'élèvent pour dire tout haut ce que beaucoup pensent tout bas... Que tout cela ne sert à rien ; que les régimes sont des leurres, que ce qui compte, au final, c'est réduire globalement ce que l'on mange si l'on veut perdre du poids...

La vraie question n'étant pas de savoir comment ("moins de ceci, plus de cela"), mais de tenir la distance sans se pourrir la vie.

Ceci étant dit, voici une étude scientifique, publiée dans une revue de renom, qui met les pieds dans le plat.

Un éternel débat

Pour résumer, l'éternel débat sur les régimes part du principe qu'à la base de ce que l'on mange, il y a les nutriments : les protéides, les lipides, les glucides. Autant de nutriments = autant de suspects = autant d'approches différentes. Pour les uns, le salut est dans le régime "pauvre en glucides et riches en protéines". Pour les autres, ceux là n'ont rien compris : c'est le régime "riche en hydrates de carbone et pauvre en graisses" qui donne les meilleurs résultats. C'est compter sans les adeptes du régime "végétarien, low fat", les partisans du "régime méditerranéen" et les méthodes farfelues des gourous autoproclamés de la diététique.

Chaque régime tente de justifier son existence par des études, dont certaines sont scientifiques... Parmi elles, il faut reconnaître qu'il est difficile de trouver des interventions à plus d'un an, suffisamment contrôlées, sans trop de biais, qui donnent des résultats convaincants...

Maigrir est-il une question de nutriments ?

Partant de ce constat, Frank Sacks et ses acolytes, de l'école de santé publique de Harvard, ont donc tenté de répondre à la question : "Maigrir est-il, en définitive, une question de macronutriments ?"

Rien ne vaut une bonne étude d'intervention rondement menée ! La leur a duré deux ans et s'est déroulée sur 2 sites : un hôpital à Boston, un autre à Bâton Rouge. 800 sujets en excès de poids (IMC de 25 à 40) ont été recrutés. Tous étaient motivés pour perdre du poids, résultats des tests à l'appui. Ils ont été randomisés pour suivre, en double aveugle, 4 régimes différents mais d'apparence semblable, correspondant chacun à une réduction de 750 kcal des apports de base :

Type de régime	Lipides %	Protéides %	Glucides %
Pauvre en graisses	20	15	65
Pauvre en graisses, hyper protéiné	20	25	55
Riche en graisses	40	15	45
Riche en graisses hyper protéiné	40	25	35

Question activité physique, on a demandé à ces candidats à la minceur d'en pratiquer 90 minutes par semaine. Durant les 2 ans de l'étude, les participants ont été suivis régulièrement. Leur poids a été mesuré au début, puis tous les 6 mois durant 2 ans. Le suivi des recommandations et le comportement alimentaire ont été régulièrement évalués au cours de l'étude par questionnaire et par téléphone.

Principal objectif : la perte de poids à 2 ans.

Objectif secondaire : le tour de taille.

Le design de l'étude a permis de faire des comparaisons statistiques entre régime riche ou pauvre en graisses, protéines et glucides.

L'efficacité des 3 types de nutriments sur le poids a été évaluée de manière indépendante.

4 kg de moins en 2 ans...

Les résultats parlent d'eux-mêmes. A 6 mois, tout le monde avait perdu le même poids avec les 4 types de régimes, à savoir 6 kg, soit environ 7% du poids initial. Au bout d'un an, tous les sujets ont commencé à regrossir. Si bien qu'à 2 ans, les 80% de sujets qui avaient achevé l'étude avaient perdu en moyenne 4 kg et, parmi eux, seuls 15% avaient maintenu une perte de poids supérieure à 10%... En termes d'efficacité, on n'a constaté aucune variation significative selon le % de nutriments...

Côté sensoriel, aucune différence n'a été notée concernant les sensations de faim, de satiété et le niveau de satisfaction entre les différents régimes.

Côté compliance, c'est moins bien : au bout de 6 mois, et de 2 ans, les objectifs en pourcentages de macronutriments n'étaient atteints dans aucun groupe. En revanche, les apports énergétiques et le niveau d'activité physique étaient globalement comparables dans tous les groupes.

Les comportements sont plus forts que le métabolisme

Que conclure de ces données ? Que tous les types de régimes se valent pour obtenir et maintenir une perte de poids significative à 2 ans. Que les objectifs diététiques sont difficiles à atteindre et persistent rarement au-delà de 6 mois... Que, passé ce délai, chacun a tendance à revenir à son type de profil en nutriments, mais que cela n'empêche pas de maintenir une perte de poids... Le facteur réellement corrélé à la réduction pondérale ? L'adhésion aux sessions. Autrement dit, ce sont les facteurs comportementaux plus que le métabolisme des nutriments qui comptent. Divers éléments, comme la conformité avec les habitudes culturelles, l'étiquette de la nouveauté scientifique, la caution des médias sont manifestement à l'origine du succès de certains régimes particuliers...

Au final, ce qui compte quand on veut perdre du poids - et cela rejoint la pratique clinique de ceux qui s'occupent de patients obèses - c'est peut être simplement d'être à l'aise avec ce que l'on mange et de le rester... C'est la meilleure garantie de réussite à long terme.

Dr Thierry Gibault
Endocrinologue, nutritionniste

D'après :

Sacks F.M. et coll, Comparison of weight loss diets with different compositions of fat, protein and carbohydrates, N Engl J Med 2009; 360:859-73

POURQUOI NOUS MANGEONS PLUS QUE CE QUE NOUS PENSONS ? OU LES FACTEURS INCONSCIENTS DE LA SURCONSOMMATION ALIMENTAIRE

Parmi les très nombreux facteurs qui influencent nos choix alimentaires, beaucoup échappent à notre conscience. Or, ces facteurs non conscients peuvent induire une consommation excessive de certains aliments et contribuer ainsi au surpoids et à l'obésité. Professeur de marketing à l'université Cornell (USA), Brian Wansink a cherché à quantifier les effets de deux grands types de facteurs qui agissent à notre insu : l'ambiance dans laquelle nous mangeons et la présentation des aliments. S'agissant de l'ambiance du repas, il a démontré qu'un éclairage réduit incite à manger des quantités plus importantes du fait des conditions relaxantes ainsi créées. De même, le bruit (ou une musique à fort volume) accroît la vitesse avec laquelle nous mangeons. Conséquence : lorsque la sensation de satiété commence à apparaître, les quantités déjà ingérées sont élevées. La consommation augmente également lorsque nous sommes distraits par la télévision ou par les conversations avec les autres convives. La présence de ces "perturbateurs" réduit en effet la capacité du mangeur à contrôler ce qu'il mange ; mais elle conduit aussi à prolonger le repas, ce qui peut s'accompagner de la prise de portions ou de plats supplémentaires (par exemple un dessert). Wansink a ainsi calculé que les quantités consommées sont en moyenne supérieures de 33% lorsque le repas n'est plus pris en solitaire mais est partagé avec une autre personne.

La façon dont les aliments sont présentés est le second ensemble de facteurs non conscients étudiés par le chercheur américain. Le simple fait d'avoir sous les yeux un aliment que l'on apprécie pousse à la consommation. Le constat est banal mais Wansink l'a chiffré : des secrétaires devant qui a été placé un bocal

transparent contenant des bonbons se servaient 71% de fois plus souvent que celles qui avaient face à elles les mêmes bonbons, mais placés dans un contenant opaque. Dans une autre expérience, Wansink a présenté un brownie un peu "fatigué" à des volontaires et leur a demandé quel prix ils seraient prêts à payer pour l'obtenir. Lorsque le gâteau était servi sur une assiette en carton, la réponse était de 57 cents. Mais lorsqu'il était saupoudré de sucre glace et déposé sur une assiette en porcelaine, les cobayes étaient prêts à le payer 1,12 dollars, soit le double ! De même, la mention "élaboré à partir d'une recette familiale" accroît positivement le goût perçu d'un aliment et, in fine, les quantités consommées.

Pour réduire les risques de surconsommation, il propose de modifier notre environnement alimentaire.

La variété des aliments proposés a un impact sur les quantités consommées. Des personnes se sont vues présenter des bonbons (des M&M's) de couleurs variées mais ayant rigoureusement le même goût. Les sujets qui disposaient d'une offre de 10 couleurs différentes ont mangé, pendant le même laps de temps, 43% de bonbons de plus que les personnes qui n'avaient "que" 7 couleurs sous les yeux. Une autre expérience a permis à Wansink de "piéger" un groupe de 85 universitaires et étudiants pourtant spécialisés en nutrition. Il les a invités à une ice-cream party... Ceux à qui il avait remis de façon aléatoire un bol d'un litre se sont servis des quantités de glace 31% plus importantes que ceux qui disposaient d'un bol d'un demi-litre. Et les sujets qui avaient

reçu, pour se servir, une cuillère de grande taille (7,5 cl) ont mangé 14,5% de plus que ceux qui avaient un ustensile d'une contenance de 5 cl, et cela quelle que soit la taille de leur bol. Les volontaires disposant à la fois de grands bols et de grandes cuillères se sont servis (et on mangé !) - 57 % de glace en plus que leurs collègues dotés de petits contenants. Ce qui confirme que nous ne mangeons pas jusqu'à ce que nous soyons rassasiés mais jusqu'à ce que nous ayons terminé le contenu de notre assiette ou de notre bol.

La forme des contenants a, elle aussi, un impact dans le sens où elle peut créer une illusion de format. Quand les adolescents ayant participé à l'expérience utilisent un verre de faible hauteur mais à large base, ils y versent (et boivent) une quantité de soda supérieure de 88% à la quantité dont ils remplissent un verre ayant la même contenance mais une forme haute et étroite.

De ces observations, Wansink tire la conclusion qu'il est très difficile d'être en permanence attentif pour ne pas se faire piéger par toutes ces embûches. C'est pourquoi, pour réduire les risques de surconsommation, il propose de modifier notre environnement alimentaire. S'agissant de l'ambiance des repas, il préconise par exemple de ne pas laisser les aliments attractifs dans un endroit trop facilement accessible ou de les placer dans des contenants opaques, d'éviter de regarder la télévision (ou alors de se servir avant de la regarder), de nous méfier des éclairages trop réduits ou des ambiances trop bruyantes, de remplacer les verres larges par des grands verres étroits, d'utiliser des cuillères de petite taille pour se servir et de manger dans des petites assiettes.



Eric Birlouez
Agronome consultant,
Enseignant en histoire et sociologie de l'alimentation

Références

- Wansink, B. (2004). Environmental Factors that Increase the Food Intake and Consumption Volume of Un-knowing Consumers. *Annual Review of Nutrition*. 24: 455-479.
- Wansink, B. (2006). *Mindless Eating: Why We Eat More Than We Think*. New York: Bantam.
- Wansink, B. (1996). Can Package Size Accelerate Usage Volume? *Journal of Marketing*. 60(3): 1-14.
- Wansink, B., van Ittersum, K., Painter, J. (2006). Ice cream illusions: bowl size, spoon size, and self-served portion sizes. *American Journal of Preventive Medicine*. 31(3): 240-243.

- Wansink, B., van Ittersum, K. (2005). Shape of glass and amount of alcohol poured: comparative study of effect of practice and concentration. *British Medical Journal*. 331(7531): 1512-1514.
- Wansink, B., Painter, J., North, J. (2005). Bottomless Bowls: Why Visual Cues of Portion Size May Influence Intake. *Obesity Research*. 13:1 (January), 93-100.
- Andrade, M et al. (2008). Eating slowly led to decreases in energy intake within meals in healthy women. *Journal of the American Dietetic Association*. 108(7): 1186-1191.