



**EGEA** édition 8  
International conference

# DÉCLARATION EGEA 2018

## NUTRITION & SANTÉ : DE LA SCIENCE À LA PRATIQUE

Comité scientifique

E. Riboli, M. Laville, MJ. Amiot-Carlin, M. Caroli,  
ML. Frelut, J. Halford, P. James, JM. Lecerf,  
L. Letrilliart, K. Lock, A. Martin, T. Norat, D. Weghuber

Coordinatrice scientifique

S. Barnat

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, une alimentation saine doit être :

- Adéquate, comportant suffisamment d'aliments pour une vie saine.
- Diversifiée, avec des aliments variés, riche en fruits, légumes, légumineuses et céréales complètes.
- À faible teneur en composants néfastes pour la santé, comme le sucre et le sel qui devraient être consommés avec modération, les graisses saturées qui devraient être remplacées par des graisses insaturées et les acides gras trans qu'il faudrait éliminer complètement des produits alimentaires industriels.

### La faible consommation de fruits et légumes : un problème de santé universel

L'adoption d'un mode de vie bénéfique pour la santé incluant une alimentation saine et une activité physique adaptée, pourrait considérablement réduire la mortalité prématurée et prolonger l'espérance de vie. La balance énergétique se constitue de deux composantes indissociables : la nutrition et l'activité physique. Toutefois, la déclaration portera principalement sur la nutrition.

Malgré les nombreuses actions mises en place et la perspective d'une épidémie mondiale d'obésité, une grande partie de la population, principalement celle «des pays occidentaux», ne respecte pas les recommandations alimentaires de l'OMS en matière de consommation de fruits et légumes (F&L). Pourtant, de nombreuses campagnes ont été lancées à l'échelle mondiale afin de sensibiliser le public à la nécessité d'une meilleure nutrition. Malgré cela, de nouvelles initiatives intégrant des méthodes novatrices s'avèrent toujours nécessaires pour faciliter l'accès aux F&L et promouvoir leur consommation.

En France, le Programme National Nutrition Santé (PNNS), lancé en 2001, est un plan de santé publique visant à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. La prise de conscience croissante des enjeux sanitaires liés à la nutrition a conduit, ces dernières années, à une forte mobilisation gouvernementale en faveur de la mise

en place d'une véritable politique nutritionnelle. Cette dernière concerne différents acteurs impliqués dans la prévention : professionnels de santé, partenaires institutionnels publics, associations, médias et acteurs économiques. L'un des principaux objectifs de cette politique nutritionnelle est l'augmentation de la consommation de F&L pour atteindre au moins 5 portions par jour.

### La prévention des maladies chroniques par la consommation de F&L dès le plus jeune âge

Les autorités sanitaires sont confrontées à des défis majeurs :

- l'évolution de la disponibilité des aliments et des habitudes alimentaires
- l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies non transmissibles (MNT), notamment liées à l'alimentation et à l'obésité.

Les bienfaits pour la santé d'une consommation régulière de F&L font désormais l'objet d'un fort consensus : celle-ci participe à la réduction du risque de crise cardiaque, d'hypertension artérielle, d'accident vasculaire cérébral, de diabète, de nombreux cancers ainsi que d'autres maladies chroniques. Pour l'OMS, une faible consommation de fruits et légumes représente un facteur de risque - heureusement modifiable - pour la santé humaine.

Augmenter la consommation de F&L dès le plus jeune âge constitue la pierre angulaire d'une alimentation saine prévenant de nombreuses MNT. Il est prouvé qu'une alimentation saine, pendant la phase de préconception, favorise le développement et la croissance du fœtus et permet une évolution optimale tout au long de la vie intra utérine. Il est également crucial d'élaborer des initiatives préventives de santé publique afin d'améliorer les normes de santé chez les enfants, adolescents et jeunes adultes qui sont traditionnellement moins préoccupés par les MNT.

Cependant, les autorités de santé publique ne peuvent pas à elles seules instaurer des habitudes alimentaires saines chez les Européens. Une approche intersectorielle «santé dans toutes les politiques» regroupant toutes les parties prenantes, est nécessaire pour relever efficacement ces défis. L'engagement de tous les secteurs et toutes les parties prenantes ayant le plus d'influence sur la santé de nos enfants est indispensable. L'agriculture, notamment, est l'un de ces secteurs qui doit évoluer vers plus de sensibilité vis-à-vis de la nutrition et une production alimentaire de plus en plus conforme aux recommandations nutritionnelles nationales et internationales.

L'Assemblée générale des Nations Unies a déclaré «2016/2025 la décennie d'action pour la nutrition» afin de soutenir les efforts visant à traduire concrètement leurs engagements antérieurs, avec une attention particulière sur la nécessité d'une alimentation saine et optimale pour les mères et leurs enfants pendant les 1 000 premiers jours de la vie - de la conception jusqu'à l'âge de 2 ans.

Les parents ont besoin d'un accompagnement pour faire des choix alimentaires appropriés, en particulier en termes de F&L. Ils sont confrontés à un défi permanent pour offrir quotidiennement à leurs enfants une alimentation saine dans un environnement commercial et alimentaire particulièrement délétère encourageant insidieusement les aliments néfastes pour la santé. Un tel contexte pousse les enfants à préférer la nourriture malsaine et à boudier boudent les aliments sains, comme les F&L.

Il est reconnu que les facteurs de risque maternels d'obésité infantile incluent l'excès de poids maternel avant la conception, la prise excessive de poids pendant la grossesse, ainsi que l'augmentation du poids de naissance et de la prise de poids précoce avant l'âge de deux ans. Ces données renforcent la nécessité d'accentuer la prévention à tous les stades de la vie.

---

## Les professionnels de santé, acteurs clés de la prévention

---

Les professionnels de santé, principalement les médecins généralistes et les pédiatres, sont en première ligne pour prendre des mesures préventives, en donnant des conseils pratiques et personnalisés et en mettant l'accent sur le rôle du patient dans la promotion d'une alimentation saine, tant

à la maison qu'à l'école et dans l'environnement proche. Ces professionnels ont un rôle unique reposant sur la relation basée sur la confidentialité et l'ouverture qu'ils entretiennent avec leurs patients.

Les patients estiment généralement que les médecins sont leur source d'information la plus fiable et la plus crédible en matière d'alimentation et de nutrition, ce qui leur confère une grande responsabilité. Une méta-analyse européenne récente a bien mis en évidence une progression de 59,3 % de la consommation de F&L suite aux conseils nutritionnels donnés par un médecin.

Malgré leur efficacité, les conseils nutritionnels restent un sujet difficile à aborder pour les médecins, pour plusieurs raisons:

- le manque de connaissances, de formation et de confiance de nombreux médecins en matière de conseils sur des habitudes alimentaires saines,
- le temps limité dont un médecin dispose pour chaque patient,
- l'absence d'impact visible des changements nutritionnels à court terme, compte tenu de l'environnement défavorable de promotion active d'aliments et de systèmes alimentaires inappropriés qui existe actuellement en Europe.

Idéalement, le dialogue médecin-patient pour la prévention et le traitement des MNT devrait être abordé à chaque consultation incluant des conseils sur la modification du mode de vie, y compris des conseils diététiques qui améliorent souvent l'efficacité et le choix du traitement optimal.

Une approche innovante personnalisée, participative, durable, supportée par les technologies de l'information constitue un domaine de recherche pour la prévention des MNT, particulièrement au cours de la période de préconception, de la grossesse et de la petite enfance.

---

## La nutrition, une grande absente dans la formation et le cursus médical

---

Les cours des facultés de médecine consacrent encore trop peu de temps à la nutrition et encore moins à l'éducation nutritionnelle. L'amélioration des connaissances nutritionnelles des professionnels de santé est l'un des objectifs du Plan d'action de l'OMS dans sa politique alimentaire et nutritionnelle de 2015 à 2020.

Une étude européenne réalisée dans le cadre d'EUROPREV a évalué les connaissances et les attitudes des médecins européens en termes de prévention primaire (conseils aux patients en matière de surpoids et outils utilisés pour orienter les habitudes alimentaires). 58 % des médecins considéraient qu'ils ne pouvaient aider que peu, voire pas du tout, leurs patients à atteindre ou à maintenir leur poids

normal, même s'ils étaient convaincus de la pertinence de leur accompagnement.

Aujourd'hui, certaines facultés de médecine ont pris conscience de la nécessité d'une formation plus efficace en matière de nutrition pour leurs étudiants. Ainsi certaines universités de médecine américaines veillent à ce que le message de santé publique « 5 à 9 portions de F&L par jour » soit d'avantage respecté par les médecins eux-mêmes. Ils recommandent de « prescrire » des fruits et légumes aux patients qui suivent ce conseil « ordonné par le médecin lui-même ».

De plus en plus de facultés de médecine préconisent également l'intégration de l'enseignement pratique de la cuisine dans leurs cursus pour former la prochaine génération de médecins. Si elles disposaient traditionnellement de laboratoires d'anatomie, qu'en est-il de cuisines d'enseignement pour que les médecins comprennent les aspects pratiques d'une alimentation saine ? Enseigner la nutrition en fournissant aux étudiants des faits et des chiffres est une chose. Les inviter dans une cuisine en demandant à un praticien, un diététicien et un chef cuisinier d'intervenir collectivement sur la manière de conseiller des patients sur la variété des choix des aliments, les achats et les cuissons appropriés, le service et le contrôle des portions en est une autre ! Les contraintes financières auxquelles sont confrontés certains patients pour préparer des repas variés, agréables et d'une grande qualité nutritionnelle doivent être également prises en compte pour un coût abordable.

Au Royaume-Uni, les choses commencent à changer dans certaines facultés de médecine. L'Université de Cambridge prévoit par exemple de doubler le nombre de cours sur la nutrition. La faculté de médecine de Bristol a sollicité l'avis des étudiants pour remanier son cursus.

En France, le ministre de la Solidarité et de la Santé et le ministre de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation ont présenté le 26 février 2018 un nouveau projet visant à mettre en place une formation de trois mois sur toutes les questions de santé préventive. Ce système visant à familiariser les futurs professionnels de santé aux questions de prévention concernera 47 000 étudiants à l'automne 2018 et sera généralisé en septembre 2019. Les interventions auront notamment lieu dans les écoles et universités, afin de promouvoir des comportements sains, concentrés sur des thèmes prioritaires de santé publique dont, évidemment, la nutrition.

Il existe aux USA des cours de formation médicale continue, sur Internet, destinés aux professionnels de santé qualifiés. Par exemple, la conférence annuelle « Healthy Kitchens, Healthy Lives » réunit la Harvard School of Public Health et le Culinary Institute of America pour à faire le lien entre nutrition, soins de santé et arts culinaires.

---

## Une collaboration entre médecins et diététiciens à renforcer

---

Les diététiciens sont formés en sciences nutritionnelles avec ses aspects pratiques liés à la santé et au bien-être. Ils sont bien placés pour contribuer à l'élaboration d'interventions ou à la prise de décisions politiques efficaces pour améliorer la santé nutritionnelle et le bien-être, à l'échelle locale, régionale ou nationale. Ils travaillent avec toutes les catégories d'âge et un vaste éventail de cultures, de statuts socio-économiques, dans des établissements de santé, dans les domaines de la santé publique aussi bien que de l'approvisionnement alimentaire et la restauration.

Les médecins généralistes considèrent généralement les diététiciens comme des professionnels paramédicaux compétents en matière de prise en charge des patients obèses, et leur adressent les patients lorsqu'un suivi régulier est nécessaire. Cependant, les coûts élevés de ces consultations et le nombre limité de diététiciens constituent un frein empêchant les médecins d'orienter les patients vers un tel professionnel compétent et les incitent plutôt à envisager d'autres moyens en groupes pour accompagner la gestion de leur poids.

Les mécanismes de remboursement des traitements médicaux nutritionnels varient considérablement d'un pays à l'autre. Par exemple, aux États-Unis, le remboursement des consultations diététiques dépend de la maladie dont souffre le patient et de son contrat d'assurance. En Australie, seuls les patients atteints de maladies chroniques ayant besoin de soins complexes peuvent demander le remboursement de cinq consultations maximum par an avec un professionnel paramédical. Le Canada impose également des limitations sur le remboursement.

Dans la plupart des pays européens, les consultations de diététiciens ne sont pas remboursées. Aux Pays-Bas, en 2006, l'assurance de base incluait le remboursement des soins diététiques dans le cadre des soins de santé primaires et remboursait jusqu'à 4 heures par an à condition que le patient dispose d'un certificat médical et soit adressé par un médecin. Toutefois, en 2012, ce remboursement a été limité aux seuls patients atteints de maladies chroniques spécifiques (diabète de type 2, risques cardiovasculaires ou maladie pulmonaire obstructive chronique) qui bénéficient de soins coordonnés interdisciplinaires, dans le cadre d'un programme de gestion de la maladie. Cependant, la diététique ne constitue pas une composante intrinsèque de ces programmes de soins. Cela s'est avéré problématique et, en 2013, le remboursement du traitement diététique a de nouveau évolué : les consultations des diététiciens sont maintenant remboursées à concurrence de 3 heures par an au maximum pour toutes les pathologies. Par ailleurs, indépendamment de la pathologie, les systèmes de santé portugais et le Royaume Uni proposent des conseils nutritionnels par des diététiciens au sein d'équipes interdisciplinaires de premiers soins.

Malgré un besoin évident de nouvelles politiques de remboursement des consultations de diététique, ni les compagnies d'assurance, ni les systèmes nationaux de santé ne considèrent la nutrition comme un réel outil préventif et thérapeutique. Pour renforcer la collaboration interdisciplinaire entre médecins généralistes et diététiciens, et offrir davantage de conseils nutritionnels et diététiques aux patients, ce remboursement pourrait être assuré soit par un système d'assurance, soit par les pouvoirs publics, régionaux ou nationaux.

---

## Une révision des systèmes alimentaires pour garantir la santé de l'homme et de la planète

---

Les systèmes alimentaires continuent de subir une rapide transformation qui affecte nos choix alimentaires et nos modes de consommation. Les moteurs de cette transformation incluent l'évolution du pouvoir d'achat des consommateurs du fait de l'inflation et de l'inégalité des revenus, ainsi que l'émergence de techniques de marketing alimentaire numérique avec des promotions personnalisées, ciblées sur le comportement et la localisation via le smartphone ou la tablette du consommateur, aux âges où il est le plus vulnérable aux messages commerciaux. L'augmentation de la consommation de produits transformés à forte densité énergétique, objet de vastes promotions commerciales, accompagne et contribue à l'insécurité alimentaire des ménages, en particulier ceux de faible statut socio-économique, n'ayant pas un accès facile à des aliments sains et nutritifs. On constate heureusement une acceptabilité croissante, à la fois politique et publique, pour des interventions gouvernementales telles que l'instauration de taxes sur les boissons sucrées ou de limitations des publicités auprès d'enfants pour des nourritures malsaines.

À l'heure actuelle, les signaux envoyés dans de nombreux environnements alimentaires n'encouragent pas des choix compatibles avec une alimentation saine et de bons résultats nutritionnels. Pour remédier à ces difficultés, plusieurs démarches ont été entreprises.

Au Royaume-Uni, le gouvernement a recommandé en 2013 un système d'étiquetage nutritionnel apposé sur la face avant des emballages des produits (front-of-pack - FOP) utilisant des codes couleurs pour indiquer leurs niveaux (faibles, moyens ou élevés) en calories, lipides, acides gras saturés, sel et sucre.

En France, le gouvernement a proposé en 2017 l'utilisation du Nutri-score, un étiquetage FOP facultatif à 5 couleurs pour fournir une évaluation globale de la qualité nutritionnelle d'un produit. Les critères nutritionnels de ce score reposent sur le modèle de profil nutritionnel développé par l'Agence des normes alimentaires (Food Standards Agency – FSA) du Royaume-Uni pour la réglementation de la publicité des aliments malsains destinée aux enfants.

En Finlande, le Symbole du cœur (Heart Symbol) en étiquetage, indique quels catégories de produits sont les plus sains en termes de quantité et de qualité de graisses et de sel et, pour certains, de sucres et de fibres.

En France, les médecins reconnaissent que les campagnes de sensibilisation à une meilleure nutrition destinées au grand public constituent pierre angulaire de leur travail, car elles facilitent leurs actions de transmission d'informations pratiques et validées sur la nutrition.

Malheureusement, les campagnes nationales d'information (affiches, télévision, radio...) soulignant l'importance d'une alimentation saine et riche en F&L demeurent encore trop sporadiques, sous-développées et sans réel impact face aux puissantes activités de marketing consacrées aux aliments ultra-transformés.

---

## Les médecins, acteurs clés pour l'éducation et l'évaluation des interventions pour une alimentation saine à l'école

---

Les écoles doivent être des environnements protégés où les enfants peuvent acquérir des habitudes alimentaires saines et les intégrer dans leur comportement. Il existe toute une série d'outils et de mesures qui pourraient être combinés pour assurer un approvisionnement optimal des cantines des écoles. L'achat d'aliments bons pour la santé permettrait de s'assurer que les repas servis à la cantine respectent les normes nutritionnelles définies dans les politiques alimentaires scolaires. En outre, les États membres peuvent s'inscrire au programme financé par la Commission Européenne en faveur de la consommation de fruits, de légumes et de lait à l'école, qui vise à promouvoir les bienfaits d'une telle alimentation saine auprès des enfants. Des études montrent que les interventions scolaires visant à promouvoir la consommation de F&L qui réussissent combinent des actions aux niveaux éducatif, environnemental et familial, créant ainsi des cadres positifs et engagés dans lesquels le «choix santé» devient le «choix facile». Les médecins généralistes sont des acteurs essentiels de l'évaluation de l'impact des interventions sur la santé. Comme ils représentent une source fiable d'informations nutritionnelles, ils peuvent considérablement soutenir ces efforts d'éducation. De plus, le suivi et l'évaluation sont cruciaux pour comprendre quelles approches pratiques fonctionnent le mieux dans un environnement donné.

---

## Traduire la science en pratiques quotidiennes

---

À la suite de la conférence Egea 2018, des fiches de conseils basées sur les recommandations formulées par les intervenants seront élaborées et communiquées aux professionnels de santé au cours des deux prochaines années. Ces fiches permettront d'intégrer les éléments scientifiques théoriques dans leurs pratiques quotidiennes.

# EGEA 2018 STATEMENT

AGUDO, A., ET AL. 2002. « Consommation de légumes, de fruits et d'autres aliments végétaux dans les cohortes EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) de 10 pays européens » (en anglais), *Public Health Nutrition*, 5: 1179 -1196.

BARKER D ET COLL. 2013. « Biologie du développement : aider les mères à assurer l'avenir de la santé publique » (en anglais), *Nature*. 504: 209 - 211.

« Baromètre santé médecins généralistes 2009 - Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale - prevention-EPS-ETP.pdf » <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>

BROTONS, C, ET COLL. 2005. « Prévention et promotion de la santé dans la pratique clinique : Points de vue des médecins généralistes en Europe » (en anglais), *Preventive Medicine*, 40 (5): 595 - 561.

CHUNG, M V, ET COLL. 2014. « Éducation à la nutrition dans les facultés de médecine en Europe : Résultats d'une enquête internationale » (en anglais), *American Journal of Preventive Medicine*, 27 (1) ; 77-80.

CONROY, M B, ET COLL. 2004. « Impact d'un programme de médecine préventive et de nutrition à destination des étudiants en médecine » (en anglais), *American Journal of Preventive Medicine*, 27 (1); 77-80.

KLOEK CJ ET COLL. 2014. « Politique des médecins généralistes néerlandais en matière de gestion du poids pour les patients obèses et en surpoids » (en anglais), *BMC Obesity*, 1(2).

« EFAD ». 2017. « Plan stratégique », <http://www.efad.org/en-us/about-efad/strategic-plan/>.

« Enquête SFMG Cdp\_Résultats de l'enquête2306 - FD373FF9-4087-44c4-9598-53CDD8460A2F.PDF », <http://www.observatoire-dupain.fr/images/produits/FD373FF9-4087-44c4-9598-53CD-D8460A2F.PDF>.

« Etude ORS - Nutrition\_2004.pdf », [http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Nutrition\\_2004.pdf](http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Nutrition_2004.pdf)

HANSON MA, GLUCKMAN PD. « Origines développementales de la santé et de la maladie - répercussions sur la santé publique mondiale ». (en anglais), *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2015 ; 29:24-31.

« Thèse LABBE Lucie », <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20107124/2016MCEM5274/fichier/5274F.pdf>.

"Healthy Kitchens, Healthy Lives", <http://www.healthykitchens.org/>

KUSHNER RF. 1995. « Obstacles aux conseils nutritionnels donnés par les médecins : enquête auprès des praticiens de soins primaires ». (en anglais), *Prev Med*, 24:546-52.

LAMBE B, COLLINS C. 2010. « Une étude qualitative sur les conseils en matière de mode de vie dans la pratique généraliste en Irlande ». (en anglais), *Fam Pract*. 2010, 27:219-23.

LIM SS, VOS T, FLAXMAN AD. 2012. « Évaluation comparative du risque de la charge des maladies et blessures attribuables à 67 facteurs de risque et grappes de facteurs de risque dans 21 régions, 1990-2010 : analyse méthodique pour l'étude mondiale sur la charge de la maladie 2010 » (en anglais), *Lancet*, 380:2224-60. Erratum in: *Lancet*.2013; 381:628 and 1276.

MADERUELO-FERNANDEZ JA, ET AL. 2015. « Efficacité des interventions applicables aux établissements de soins de santé primaires sur la promotion de l'alimentation méditerranéenne ou l'observance d'une alimentation saine chez les adultes : étude méthodique » (en anglais), *Preventive Medicine*, 76 Suppl: 539 - 555.

« MangerBouger. », *PNNS - Programme national nutrition santé* . <http://www.mangerbouger.fr/PNNS>.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2018. « Service sanitaire – Formations en santé au service de la prévention », <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-de-presse-le-service-sanitaire>.

PIÑEIRO R, ET AL. 2005. « L'alimentation saine dans les soins primaires : Points de vue des médecins généralistes et des infirmiers d'Europe » (en anglais), *European Journal of Clinical Nutrition*, 59 Suppl 1: S77-80.

TOL J, ET AL. 2015. « Diététique et gestion du poids dans les soins de santé primaires » (en anglais), [https://pure.uvt.nl/ws/files/8727409/Tol\\_Dietetics\\_06\\_11\\_2015.pdf](https://pure.uvt.nl/ws/files/8727409/Tol_Dietetics_06_11_2015.pdf).

"Transforming European food and drink policies for cardiovascular health – Chapter 4: Effective policies for promoting healthy dietary patterns", *EHN paper 2017*, <http://www.ehnheart.org/publications-and-papers/publications/1093:transforming-european-food-and-drinks-policies-for-cardiovascular-health.html>

*Le contenu de ce document représente uniquement les opinions de l'auteur et relève de sa seule responsabilité. La Commission Européenne décline toute responsabilité quant à l'utilisation qui pourrait être faite des informations qu'elle contient.*