



Actualités

• Pour quand les subventions fruits et légumes ?

Ce premier trimestre, 3 nouvelles études (Canada, Australie, USA) viennent de paraître sur les taxes alimentaires et les subventions fruits et légumes (F&L).

1^{ère} étude : en 25 ans, une taxe d'accise sur les boissons sucrées préviendrait chez les Canadiens adultes: plus de 600 000 cas d'obésité, jusqu'à 200 000 cas de diabète, 20 000 cas de cancer et environ 8 000 Accidents Vasculaires Cérébraux.

2^{ème} étude : une combinaison de taxes et de subventions sur l'alimentation pourrait faire économiser 2,3 milliards de dollars en dépenses de santé publique dans les décennies à venir en Australie.

3^{ème} étude : une subvention F&L de 10% augmente la consommation de F&L de 11 à 17% avec un impact positif sur l'Indice de Masse Corporelle.

En 2015, les scientifiques et chercheurs présents au colloque EGEA avait souligné la nécessité de subventionner les fruits et légumes.

• Plus de fruits au petit déjeuner pour les couches-tôt !

Une étude américaine, parue en début d'année, a suivi 42 adolescents -qui se couchent régulièrement tard - lors d'une intervention destinée à améliorer le sommeil et à évaluer l'impact sur les choix et les apports alimentaires au petit déjeuner. Cette étude montre que les adolescents qui se couchent plus tôt augmentent leur consommation : d'aliments à bas index glycémique, de fruits et de produits laitiers.

Ces résultats suggèrent que l'avancement des heures de coucher peut améliorer la qualité du petit-déjeuner, un repas important pour la prévention de l'obésité pendant l'adolescence.

Sources et autres actualités sur
www.aprifel.com

Aprifel

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

Président Aprifel : Christel Teyssèdre
Directeur de la Publication : Louis Orega
Directrice adjointe / Directrice scientifique : Saïda Barnat
Chefs de projets scientifiques : Johanna Calvarin
Chargée de communication : Isabelle de Beauvoir
Chef de projets : Manal Amroui
Rédacteur en Chef : Dr Thierry Gibault
Edition : Philippe Dufour

4, rue Tréville - 75009 Paris
Tél.: 01 49 49 15 15 - Fax: 01 49 49 15 66
E-mail: equationnutrition@interfel.com

WWW.
aprifel.com / egeaconference.com

ISSN : 1620-6010 - dépôt légal à parution

Les barrières à la consommation de fruits et de légumes

édito

La difficulté à identifier les freins associés à la consommation de fruits et de légumes

Les consommations moyennes de fruits et légumes sont, en Europe comme en Amérique, toujours en-deçà des recommandations. De plus, les moyennes cachent des disparités au sein d'un même pays, avec en particulier, un gradient de consommation selon le niveau socio-économique. Devant ce constat, il convient de tenter d'expliquer pourquoi les individus n'adoptent pas les recommandations.

Les résultats des articles présentés dans ce nouveau numéro révèlent toute la difficulté à identifier les freins réellement associés à la consommation de fruits et/ou de légumes. En effet, trois des articles présentés ici montrent que nombre des freins perçus, y compris les plus cités, ne sont pas reliés à la consommation de fruits et/ou de légumes. A l'inverse, certaines barrières peuvent être non perçues comme telles par les consommateurs.

Ces articles illustrent bien la complexité des phénomènes. Ainsi, de façon surprenante, les effets du revenu sur la consommation de fruits ne sont pas médiés par une perception d'un prix élevé mais par la non-appréciation des fruits (Dijkstra et coll.). Le coût élevé d'une alimentation saine influence la consommation de fruits et légumes des personnes en situation de sécurité alimentaire mais pas celles en situation d'insécurité alimentaire (Mook et coll.).

Malgré les différentes populations étudiées et la diversité des approches, ces trois articles révèlent que la faible valeur hédonique attribuée à une alimentation saine (Mc Morrow et coll.) ou aux fruits et/ou légumes est un frein perçu significativement relié à une consommation de fruits et/ou légumes plus faible. Il apparaît donc évident qu'il faut fournir des moyens et occasions de goûter et consommer plus fréquemment une plus grande variété de fruits et légumes afin de rendre ces aliments plus attractifs. Alors, les faibles consommateurs découvriront sans doute que consommer des fruits et légumes peut rimer avec plaisir !

Sylvie Issanchou

Directrice de recherche - Centre des Sciences du Goût et de l'Alimentation,
Inra, Dijon - FRANCE



© Philippe Dufour / Interfel
© UEMAA/FAM/Interfel/Anadien

Obstacles perçus pour adopter une alimentation saine : hommes et femmes ne sont pas identiques !

Mc. Morrow et collaborateurs

Unité de Recherche en Economie de la santé, Institut des Sciences de la Santé appliquées, Université d'Aberdeen, ROYAUME-UNI

C'est une évidence : l'amélioration de l'alimentation est un enjeu de santé publique. Une alimentation déséquilibrée est associée à un risque supérieur de maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancer ou encore diabète de type 2) qui ont des conséquences importantes sur la santé et l'économie¹. James et coll. ont constaté qu'une alimentation plus saine peut représenter un bénéfice énorme en termes de santé². Etudier les obstacles que chacun perçoit lorsqu'il s'agit d'adopter une alimentation saine, peut permettre de mieux comprendre le mode d'alimentation des personnes, notamment leur consommation de fruits et légumes (F&L). Cette étude examine les liens entre la consommation de F&L rapportée par les sujets et les obstacles perçus pour adopter une alimentation saine.

L'enquête Scottish Health Survey 2008-2011

Cette étude s'est appuyée sur la Scottish Health Survey, une enquête nationale représentative des foyers écossais³. Les données des années 2008, 2009, 2010 et 2011 ont été compilées. Les questions du module «Connaissances, attitudes et motivations» étaient posées à des adultes âgés de plus de 16 ans et portaient sur les obstacles perçus dans l'adoption d'une alimentation saine (n = 8319). Les répondants devaient sélectionner tous les obstacles possibles qu'ils percevaient dans cette démarche :

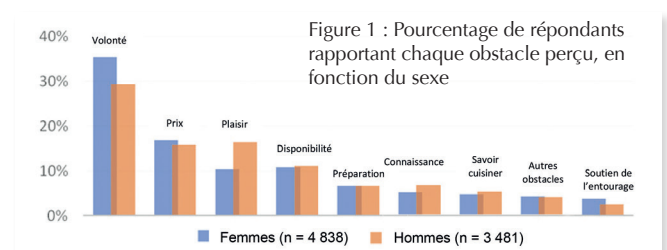
- manque de volonté,
- prix des aliments sains,
- facteur plaisir (« Les aliments sains sont ennuyeux, leur goût ne me plaît pas. »),
- manque de disponibilité des aliments sains,
- temps nécessaire pour les préparer,
- fait de ne pas savoir cuisiner,
- manque d'informations sur «l'alimentation saine»,
- autres obstacles,
- manque de soutien de l'entourage (famille, amis, collègues).

Les répondants rapportaient également la quantité de F&L consommée la veille, en indiquant s'ils avaient respecté les recommandations nationales, le «5 fruits et légumes par jour» à savoir 400 g de F&L.

Des modèles de régression statistiques *ad hoc* ont été utilisés pour vérifier l'association entre la consommation des 5 F&L recommandés et les obstacles perçus dans l'adoption d'une alimentation saine. Les hommes et les femmes faisaient l'objet de modèles distincts, en intégrant des facteurs démographiques (âge, lieu, situation de famille, nombre d'enfants au sein du foyer), socio-économiques (revenus, niveau de scolarité, activité économique) et le mode de vie (consommation d'alcool, exercice, tabagisme).

Manque de volonté : l'obstacle le plus fréquemment perçu

21 % des hommes indiquaient consommer 5 F&L par jour, contre 25 % des femmes. La figure 1 montre que le manque de volonté est l'obstacle le plus fréquemment rapporté, suivi par le prix des aliments sains chez les femmes et le facteur plaisir chez les hommes.



Les femmes ne sachant pas cuisiner sont moins susceptibles de consommer les fruits et légumes recommandés

Lorsque les femmes déclaraient le manque de volonté comme obstacle à l'adoption d'une alimentation saine, la probabilité de consommer la quantité de F&L recommandée diminuait de 3 %.

Le fait de ne pas savoir cuisiner (10,3 %) et de ne pas avoir le temps de préparer les aliments sains (5,6 %) réduisait également significativement la probabilité de consommer 5 F&L par jour.

Le facteur plaisir était le seul obstacle significatif signalé à la fois par les hommes (6,8 %) et les femmes (10,2 %). Il est intéressant de noter que le prix trop élevé des aliments sains ne présentait pas de lien significatif avec la consommation de 5 F&L par jour, bien que cette réponse ait été citée par 16,9% des femmes et 15,7 % des hommes.

Les obstacles couramment perçus n'ont pas tous un effet sur la consommation de fruits et légumes

Cette étude apporte un éclairage intéressant sur le lien entre les obstacles perçus pour adopter une alimentation saine et la probabilité que les individus consomment la quantité de F&L recommandée. Alors que les études précédentes avaient identifié les obstacles fréquemment perçus, cette nouvelle étude estime leurs effets sur la consommation individuelle de F&L. Cette analyse montre que les obstacles couramment perçus n'ont pas tous un effet sur la consommation de F&L.

Ainsi, bien qu'étant l'obstacle le plus fréquemment rapporté, le manque de volonté a un effet significatif sur la consommation de F&L uniquement chez les femmes. Le prix des aliments est fréquemment rapporté en tant qu'obstacle perçu, mais n'a pas un impact significatif dans le cadre de cette analyse. Une explication possible est que, si le fait de percevoir le prix comme étant trop élevé n'est pas un facteur impactant la consommation de F&L, cet obstacle peut être important dans d'autres aspects de l'alimentation saine.

Si l'on s'intéressait au manque de volonté chez les femmes ?

Les décideurs politiques pourraient adopter des interventions touchant une proportion plus élevée de la population, par exemple en s'intéressant au manque de volonté chez les femmes, ce qui pourrait avoir un petit effet sur la consommation de F&L. Ils pourraient aussi choisir une approche plus ciblée, par exemple le temps nécessaire pour préparer les aliments chez les femmes, facteur qui pourrait avoir un effet plus important sur la consommation de F&L.

Ces travaux ont été validés pour publication dans le Journal of Public Health, doi : 10.1093/pubmed/fdw038

Références

1. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. James WP, Nelson M, Ralph A, Leather S. Socioeconomic determinants of health. The contribution of nutrition to inequalities in health. BMJ. 1997 May 24;314(7093):1545-9.
3. Scottish Executive. The Scottish Health Survey 2011: Volume 3: Technical Report. 2012.

Consommation de fruits, légumes et poisson chez les personnes âgées : des différences socio-économiques ?

SC. Dijkstra, JE. Neter, IA. Brouwer, M. Huisman, M. Visser

Département des sciences de la santé et Département d'épidémiologie et de biostatistique - Institut EMGO pour la recherche en santé et soins,
Faculté des sciences de la terre et de la vie, Amsterdam, PAYS-BAS

Les personnes appartenant à un milieu socio-économique défavorisé respectent moins souvent les recommandations alimentaires, en comparaison de celles issues d'un milieu socio-économique favorisé^{1,2}. Ces différences liées au milieu socio-économique sont également observées chez les personnes âgées³⁻⁴.

Les obstacles à une alimentation saine déjà bien identifiés

Dans le but d'augmenter la consommation de fruits, légumes et de poisson dans la population générale, plusieurs obstacles à une alimentation saine ont pu être identifiés : l'aversion gustative, le manque de savoir-faire culinaire, le manque de temps, le prix perçu comme élevé, le manque de disponibilité des aliments et l'absence de motivation pour adopter de nouvelles habitudes alimentaires⁵⁻⁸.

En fonction des milieux socio-économiques des différences se font également sentir. Ainsi, les personnes à faibles revenus dépensent moins d'argent pour des aliments sains comparativement à celles à hauts revenus^{6,9}. Autre fait notable : les populations avec un bas niveau de scolarité manquent de connaissances sur l'alimentation saine, comparativement à celles ayant suivi des études plus longues¹⁰.

Les personnes âgées ont été peu étudiées

S'il demeure important d'examiner les obstacles à une alimentation saine en fonction des milieux socio-économiques, les études s'intéressant particulièrement aux adultes âgés sont plutôt rares. Ces derniers sont souvent confrontés à des obstacles en lien avec l'âge: perte d'appétit, problèmes de mastication, réduction de mobilité, mobilité limitée... Tous ces obstacles peuvent avoir une répercussion négative sur les choix et la consommation alimentaires¹¹⁻¹⁴. En l'état actuel, la littérature existante ne permet pas de déterminer clairement si le milieu socio-économique, ajouté aux différents obstacles rencontrés par les personnes âgées ont une influence sur le choix d'une alimentation saine. D'où cette étude qui a identifié les obstacles liés à la consommation de fruits, légumes et poisson, puis à ceux liés aux milieux socio-économiques, pour *in fine* analyser leurs influences sur le respect des recommandations néerlandaises en matière de fruits, légumes et poisson.

Une étude transversale chez 1 057 adultes âgés de 55 à 85 ans, vivant en résidence

Cette étude transversale a utilisé les données d'une étude de cohorte actuellement en cours - Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) - dont l'objectif initial est celui d'examiner les changements d'autonomie et de bien-être dans la population âgée aux Pays-Bas¹⁵.

Les données ont porté sur le niveau d'éducation et les revenus du foyer, la

fréquence de consommation alimentaire pour évaluer la consommation de fruits, légumes et poisson et sur le mode de vie pour déterminer les obstacles à la consommation des quantités recommandées.

Les recommandations néerlandaises en matière de consommation de fruits, légumes et poisson sont les suivantes : deux portions de fruits par jour (une portion au maximum pouvant être remplacée par un verre de jus de fruits de 200 ml), quatre grandes cuillères de légumes par jour (200 g) et du poisson deux fois par semaine¹⁵.

Des obstacles perçus par près d'1 personne sur 2

48,9 % des répondants rapportent un obstacle à la consommation recommandée pour les fruits, 40 % pour les légumes et 51,1 % pour le poisson. Les obstacles les plus fréquemment perçus sont le prix élevé des fruits et du poisson et le peu d'appétence pour les légumes. Chez les personnes avec des revenus et un niveau d'éducation faibles, la probabilité de percevoir n'importe lequel des obstacles au respect des recommandations en matière de fruits, légumes et poisson est significativement plus élevée.

De plus, avoir des faibles revenus est significativement associé à un moindre respect des recommandations en matière de fruits et de poisson. Cependant, aucun lien n'a été observé entre les revenus et le respect des recommandations concernant les légumes...

Un niveau de scolarité faible est également associé de façon significative à un moindre respect des recommandations en matière de légumes. En revanche, le niveau de scolarité n'est pas lié au respect des recommandations en matière de fruits et de poisson.

Plus le revenu est bas, plus grande est la perception des obstacles à la consommation recommandée. L'obstacle prépondérant est le manque d'appétence pour les fruits et le prix pour le poisson.

Au final, les résultats de cette étude de grande ampleur, chez des personnes âgées au Pays-Bas, suggèrent que, si l'on veut réduire les inégalités liées aux revenus pour la consommation de fruits et de poisson, il peut être important de se concentrer sur les obstacles des apports recommandés pour ces deux types d'aliments, notamment par rapport au goût et aux inquiétudes liées au prix.

Une solution se profile : proposer des aliments sains, abordables et accessibles, ainsi que des interventions pour faire apprécier les fruits, pourrait augmenter la consommation de fruits et de poisson chez les adultes âgés, en particulier dans les populations à faibles revenus.

Pour le confirmer, il convient de mener d'autres études chez les personnes âgées afin de vérifier si cette initiative aboutit à un meilleur respect des recommandations alimentaires.

Références

1. Malon, A., et al. J Am Diet Assoc, 2010. 110(6): p. 848-56.
2. Giskes, K., et al. Public Health Nutr, 2006. 9(1): p. 75-83.
3. van Rossum, C.T., et al. Eur J Clin Nutr, 2000. 54(2): p. 159-65.
4. Dijkstra, S.C., et al. J Nutr Health Aging, 2014. 18(2): p. 115-21.
5. Brug, J., et al. J Nutr Educ Behav, 2006. 38(2): p. 73-81.
6. Marcy, T.R., M.L. Britton, and D. Harrison. Diabetes Ther, 2011. 2(1): p. 9-19.
7. Schatzer, M., P. Rust, and I. Elmadfa. Public Health Nutr, 2010. 13(4): p. 480-7.
8. Van Duyn, M.A., et al. Am J Health Promot, 2001. 16(2): p. 69-78.
9. Haynes-Maslow, L., et al. Prev Chronic Dis, 2013. 10: p. E34.
10. McLeod, E.R., K.J. Campbell, and K.D. J Am Diet Assoc, 2011. 111(5): p. 696-704.
11. Hughes, G., K.M. Bennett, and M.M. Hetherington. Appetite, 2004. 43(3): p. 269-76.
12. Holmes, B.A. and C.L. Roberts. Eur J Clin Nutr, 2011. 65(4): p. 538-45.
13. Donini, L.M., C. Savina, and C. Cannella. Int Psychogeriatr, 2003. 15(1): p. 73-87.
14. Appleton, K.M., et al. Public Health Nutr, 2010. 13(4): p. 514-21.
15. Huisman, M., et al. 2011. 40(4): p. 868-76.



Influence de la sécurité alimentaire sur la consommation de fruits et légumes

K. Mook¹, BA. Laraia², VM. Oddo¹, JC. Jones-Smith¹

1. Université Johns Hopkins, École Bloomberg de santé publique, Département de politique et de gestion de la santé et Département de la santé internationale, Maryland

2. École Berkeley de santé publique, Service Santé Communautaire et développement humain, Californie, ETATS-UNIS

Une alimentation riche en produits à forte densité nutritionnelle, comme les fruits et légumes, favorise une bonne santé, prévient l'obésité et réduit le risque de pathologies chroniques, comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type 2 et le cancer.

Malgré tous ces bénéfices connus, la plupart des Américains ne respectent pas les quantités journalières de fruits et légumes recommandées !

Obstacles à la consommation de fruits et légumes et insécurité alimentaire

Des études sur les obstacles à la consommation de fruits et de légumes (F&L) ont identifié plusieurs facteurs clés, notamment les préférences gustatives, le manque de temps pour préparer ces aliments, leur prix et leur disponibilité. Si la plupart des études intègrent les variables socio-économiques, peu envisagent le rôle de l'insécurité alimentaire. Or, lorsque l'on tient compte des revenus, l'insécurité alimentaire est couramment associée à une mauvaise alimentation, une mauvaise santé et des taux d'obésité supérieurs chez la femme. Cette étude a donc pour objectif d'examiner si les données récoltées concernant les obstacles rencontrés pour adopter une alimentation saine varient selon l'état de la sécurité alimentaire. Pour ce faire, nous avons utilisé les données transversales recueillies dans des quartiers défavorisés d'Oakland, en Californie, entre 2013 et 2014, pour analyser l'association entre obstacles à une alimentation saine et consommation alimentaire. Le recrutement a ciblé les habitants des zones défavorisées (n = 10792) pour un échantillon final de 531 participants.

À l'aide d'un questionnaire de 26 questions concernant l'alimentation, nous avons mesuré la consommation moyenne quotidienne de F&L. Nous avons également évalué les obstacles à la consommation d'aliments sains, tels qu'ils sont rapportés par les sujets, notamment :

Obstacles de niveau faible	Obstacles de niveau intermédiaire
Goûts, restrictions financières et manque de temps pour préparer les aliments	Évaluation des produits proposés, qualité et disponibilité

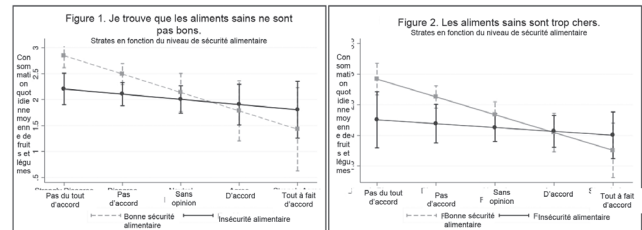
Une régression linéaire multivariée a évalué le lien entre les obstacles des deux niveaux et la consommation de F&L.

Des différences importantes en fonction de la sécurité alimentaire

Pour ce qui est du lien entre les obstacles à une alimentation saine et la consommation de F&L rapportée par les sujets, nous avons observé des différences importantes en fonction de la sécurité alimentaire, après intégration des revenus.

Chez les personnes bénéficiant d'une bonne sécurité alimentaire, l'aversion des aliments et leurs prix sont associés à une consommation inférieure de F&L.

Il est donc possible que les interventions visant à rendre les aliments sains plus appétissants, faciles à préparer et moins coûteux, soient efficaces chez les populations bénéficiant d'une bonne sécurité alimentaire.



Chez les sujets en insécurité alimentaire, la consommation de F&L est liée au manque de temps et non aux préférences gustatives et au coût.

Le coût intervient peu : une surprise

L'absence de lien coût et consommation d'aliments dans cette étude est une surprise. D'autres études ont montré que le coût avait un impact élevé sur les décisions en matière d'alimentation chez les populations à faibles ressources. Dans notre étude, la probabilité que le coût soit un obstacle était trois fois plus élevée chez les répondants souffrant d'insécurité alimentaire.

Néanmoins, certaines études ont montré que les foyers à faibles revenus n'indiquent toujours pas le coût parmi les obstacles directs à une alimentation saine. Explication possible : ces foyers peuvent avoir tellement l'habitude d'établir leur budget selon une faible quantité de F&L, que le coût n'est plus un obstacle à leurs yeux.

Des études supplémentaires sont certainement nécessaires pour préciser le lien entre, d'une part, les préférences gustatives et le coût, et d'autre part, la consommation d'aliments sains dans des populations en situation d'insécurité alimentaire.

Le manque de temps : un obstacle classique !

Alors que la sécurité alimentaire joue une influence sur les goûts et le coût, le manque de temps pour préparer les aliments sains est associé à une baisse de la consommation et ce, quel que soit le niveau de sécurité alimentaire. Tout cela est cohérent avec d'autres études selon lesquelles le temps dédié à la préparation des aliments a un effet sur la quantité consommée, particulièrement chez les personnes à faibles revenus.

Inclure le niveau de sécurité alimentaire dans les études à venir

Plus l'alimentation comprend des repas « fait-maison », plus sa qualité augmente : à partir de ce constat, il pourrait être intéressant de réduire le temps nécessaire (réel ou perçu) pour préparer les aliments sains, tout en rendant ces derniers plus accessibles ou en fournissant davantage d'informations pour aider les familles à planifier leurs repas, à la fois en cas de sécurité et d'insécurité alimentaires.

Ces résultats suggèrent, qu'en plus des revenus, il conviendrait d'inclure le niveau de sécurité alimentaire dans les études portant sur les obstacles à une alimentation saine. La conception des interventions et politiques en matière d'alimentation devraient tenir compte de ces facteurs.

Source : Mook, K., Laraia, B. A., Oddo, V. M., & Jones-Smith, J. C. (2016). Peer Reviewed: Food Security Status and Barriers to Fruit and Vegetable Consumption in Two Economically Deprived Communities of Oakland, California, 2013–2014. Preventing chronic disease, 13.

Modifications alimentaires et consommation de fruits et légumes Tout est dans la relation entre le patient et son médecin !

Thierry Gibault

Nutritionniste, endocrinologue - Paris - FRANCE

Des chercheurs de l'Institut de la Santé et des Comportements de l'Université du Luxembourg ont récemment publié une étude passionnante qui met en valeur la relation médecin - patient dans le suivi des recommandations d'hygiène de vie.

L'évaluation des comportements de prévention secondaire dans le domaine cardio vasculaire a une importance majeure sur la santé publique. L'adhésion à ces comportements dépend de la manière dont les patients suivent les instructions de leur médecin (régularité du suivi, prise des traitements, modifications du mode de vie: réduction du sel, des graisses, des sucres, arrêt du tabac, activité physique régulière).

Autre facteur essentiel : l'augmentation de la consommation de fruits et légumes (F&L) qui joue un rôle protecteur sur la prise de poids, la réduction des taux de cholestérol et le risque de maladie coronaire fatale.

Un manque de communication entre les médecins et leurs patients ?

Cependant, un grand nombre de patients n'appliquent pas ces mesures préventives. Pourquoi ce manque de mise en pratique ? Beaucoup de médecins considèrent - un peu excessivement sans doute - qu'ils ont affaire à des patients «non coopératifs».

Une autre explication possible de ce manque de compliance peut se situer dans un manque de communication entre les médecins et leurs patients. Les médecins jouent pourtant un rôle clé dans la communication sur l'information des risques à leurs patients.

Une échelle de compétences des médecins dans la communication thérapeutique a même été établie et validée.

Les auteurs de cette étude se sont donc spécialement penchés sur l'influence de la qualité de communication médecin/patients à l'adhésion aux comportements de prévention.

Le P'Com : un auto-questionnaire portant sur la communication avec le médecin

Pour ce faire, 1289 patients - issus d'une cohorte initiale de 4391 sujets ayant bénéficié en 2008/9 d'une coronarographie au Centre de Cardiologie Interventionnelle de Luxembourg - ont été suivis pour une HTA, une hypercholestérolémie, un diabète, un surpoids et/ou une obésité et ont été recontactés 5 ans plus tard, en 2013/4.

Pour chaque facteur de risque cardio vasculaire, les auteurs ont étudié la relation entre la qualité de la communication médecins/patients et la compliance de ces derniers aux conseils de prévention prodigués.

Les sujets ont rempli un auto-questionnaire portant sur la communication avec leur médecin (P'Com à 5 items) sur une échelle de 10 points (1: mauvaise communication-10 : très bonne

communication)

Des effets plus marqués sur la consommation alimentaire

A ce stade les patients avaient un âge moyen de 69 ans (dont plus de 70% d'hommes). En termes de mode de vie, 19.4% avaient réduit leur consommation de tabac, 61.8% d'entre eux l'avaient cessée (dont 35% sur les conseils de leur médecin), 19.8% avaient augmenté leur activité physique.

Concernant les habitudes alimentaires: 57.9% avaient réduit ou arrêté leur consommation de sel, 71.9% celle de graisses, 62.8% celle de sucres, alors que 65% avaient augmenté leur consommation de F&L.

37% avaient opéré ces changements sur les conseils de leur médecin (cardiologue ou médecin traitant).

Aucun lien entre l'activité physique, le tabac, la consommation de graisses et la qualité de la communication

Après étude statistique, les relations entre comportements préventifs et qualité de la communication avec le médecin n'étaient pas toujours concluantes... En particulier aucun lien n'a été trouvé entre l'augmentation de l'activité physique et la qualité de la communication. Idem pour le tabac et la consommation de graisses...

En revanche, on retrouvait une association significative avec la qualité de la relation sur la réduction du sel chez les sujets hypertendus (OR=1.102) et des sucres chez les sujets en surpoids (OR=1.093) ou obèses (OR=1.106).

L'association entre l'augmentation de la consommation de F&L et la bonne relation avec le médecin était également nette, quand les patients étaient en surpoids (OR=1.081), obèses (OR=1.13), hypercholestérolémiques (OR= 1.102), hypertendus 1.084) ou diabétiques (OR=1.103).

Une bonne communication: un rôle déterminant en matière de prévention

En découvrant ces données, on voit donc qu'une bonne qualité de communication entre le médecin et son patient pèse beaucoup sur la nutrition, en particulier pour l'augmentation de la consommation de F&L frais.

La bonne perception des facteurs de risques cardio vasculaires, aussi bien par les patients que par les médecins, est essentielle pour la prévention cardio vasculaire. On pourrait imaginer que l'échelle de compétence relationnelle (P'Com), utilisée en routine, pourrait aider les médecins à améliorer leurs capacités de communication thérapeutique avec leur patient.



D'après : M. Baumann et al, Impact of patient's communication with the medical practitioners, on the adherence declared to preventive behaviours, five years after a coronary angiography, in Luxembourg. PLoS ONE 11(6):e0157321. doi:10.1371, June 29, 2016.

Alimentation et bien-être des bénéficiaires d'aides sociales de 50 à 65 ans

M. Morfaux¹, A-K. Illner^{1,2}, C. Evrard¹, M. Le Gal¹, G. Potier¹, H. Prud'homme¹, M. Aguesse¹, S. Parent¹, M.-H. Degrave^{3,4}, B. Le Révérend³, F. Guillon^{*1,3}, H. Younes^{*1,2}

1. UNILASALLE, Beauvais, France - 2. Pôle d'activité en Nutrition, Alimentation et Santé Humaine (PANASH).

3. Association ALIM 50+ - 4. M&H Match & Heather. * Auteurs seniors partagés

Les jeunes seniors bénéficiaires d'aides sociales de 50 à 65 ans, peu enquêtés en France, sont au cœur d'inégalités de santé¹ du fait de leur vulnérabilité sociale^{1,2}. L'objectif de cette étude pilote multirégionale d'observation est de caractériser la population bénéficiaire d'aides sociales (BAS) et celle non bénéficiaire (témoin). Les habitudes de vie saines et les aspects de bien-être entre les deux populations sont également comparés.

Le projet Nutriaccess

Cette étude s'inscrit dans le cadre du projet Nutriaccess (de janvier à décembre 2016). Cette enquête transversale a été réalisée auprès d'un échantillon de population constitué de 188 sujets, réparti en 2 groupes (BAS : 80 et témoins : 108). Ceux-ci ont été recrutés par les associations d'aides alimentaires pour les BAS et sur le Salon de l'Agriculture pour les témoins. Les données sur le niveau de précarité, les habitudes alimentaires et la qualité de vie ont été recueillies grâce à un questionnaire approfondi (de 110 questions), basé sur le questionnaire validé de Bien-être et Alimentation³. Les répondants ont été accompagnés pendant toute la durée du questionnaire. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS.

Les caractéristiques des jeunes seniors de 50 à 65 ans BAS

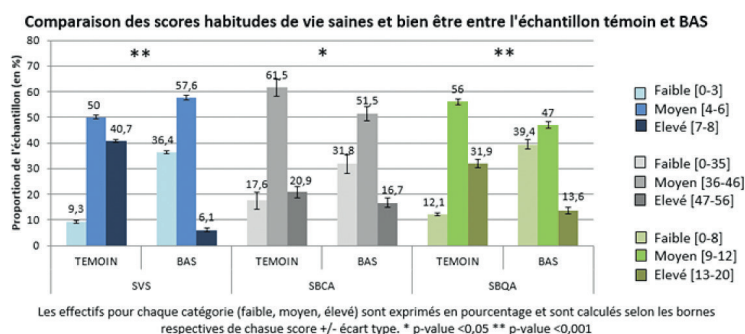
Les BAS sont davantage représentés par la catégorie socio-professionnelle des ouvriers que des cadres (16,4 % et 3,0% vs 10,5% et 43,2% pour les témoins). Ils sont à 61,2% sans emploi (20,7% pour les témoins), ont à 93,8% un niveau de diplôme inférieur au bac + 3 (51,1% pour les témoins) et sont plus isolés (55,4% vs 22,1%).

Concernant les habitudes de vie, le tabagisme est beaucoup plus élevé chez les BAS, à 42,9% contre 9,6% pour les témoins. La proportion d'individus obèses est plus élevée chez les BAS (29,9% vs 16,7%) alors que celle d'individus en surpoids est plus faible (22,4% vs 34,4%).

Des habitudes de vie moins saines

Pour les habitudes de consommation, 70,5% de l'échantillon BAS sautent des repas de temps en temps contre 24,9% pour l'échantillon témoin. 55% de l'échantillon BAS consomment des légumes au moins 5 ou 6 fois par semaine contre 74% pour l'échantillon témoin. Les pourcentages sont respectivement de 43,6% et 71,9% pour une consommation de fruits d'au moins 5 ou 6 fois par semaine. Pour faciliter l'interprétation, un score « habitudes de vie saines » (SVS) a été calculé selon 3 catégories (faible, moyen, élevé). Il regroupe 5 items dont le tabagisme et l'activité physique, pour un score maximum de 8 (correspondant aux habitudes de vie les plus saines).

Le SVS moyen (exprimé en moyenne $\pm$ écart type) est significativement plus faible pour les BAS, $4,1 \pm 1,6$ contre $5,9 \pm 1,6$ pour l'échantillon témoin. A l'inverse des témoins, la catégorie score faible est plus représentée que la catégorie score élevée chez les BAS (36,4% ont un score faible et 6,1% un score élevé alors que 9,3% des témoins ont un score faible et 40,7% un score élevé).



Un état inférieur de bien être

Concernant le bien-être, deux scores ont été calculés en 3 catégories (faible, moyen, élevé). Le premier est un score de bien-être de comportement alimentaire (SBCA) calculé à partir de 14 items (dont le fait de prendre son temps pour manger et de manger en compagnie), avec un score maximum de 56. Le SBCA moyen ($\pm$ écart type) est significativement plus faible au seuil de 5%, pour les BAS, $39,2 \pm 7,1$ contre $41,5 \pm 6,3$ pour l'échantillon témoin. De nouveau, la catégorie score faible est plus représentée que la catégorie score élevée chez les BAS (31,8% ont un score faible et 16,7% un score élevé alors que 17,6% des témoins ont un score faible et 20,9% un score élevé).

Le second est un score de bien-être de qualité alimentaire (SBQA) calculé à partir de 5 items dont les aliments enrichis (par exemple en oméga 3, en calcium etc.) et les plats tous prêts, avec un score maximum de 20. Le SBQA moyen ($\pm$ écart type) est significativement plus faible au seuil de 5%, pour les BAS, $9,1 \pm 3,3$ contre $11,5 \pm 2,6$ pour l'échantillon témoin. La catégorie score faible est également plus représentée que la catégorie score élevée chez les BAS (39,4% ont un score faible et 13,6% un score élevé alors que 12,1% des témoins ont un score faible et 31,9% un score élevé).

Un manque d'études dans le domaine

Aucune étude n'a actuellement travaillé sur le lien entre bien-être, alimentation et situation de précarité. Cependant, nos résultats rejoignent les travaux de Cavaillet et coll.¹ qui par leur méta-analyse ont permis de définir le comportement alimentaire des personnes en situation de précarité (fréquences de consommation de fruits et légumes, choix de la quantité plutôt que la qualité, etc.) et de mettre en avant les restrictions alimentaires de cette population. De même, on retrouve dans nos résultats, les causes et conséquences de la précarité, qui ont pu être identifiées dans leur étude, comme le phénomène d'isolement ou les habitudes de vie néfastes qui peuvent engendrer l'apparition de maladies chroniques comme l'obésité.

En conclusion, cette étude montre qu'il existe des différences significatives entre les jeunes seniors de 50 à 65 ans BAS et témoins. Les BAS possèdent des habitudes de vie moins saines et un état de bien-être plus bas. Ces résultats préliminaires permettent d'entrevoir de nouvelles perspectives d'interventions (ateliers d'éducation nutritionnelle au sein des banques alimentaires, études cliniques etc.) pour cette population encore peu étudiée et dans une période décisive. Les résultats de l'étude sont à nuancer par le fait que le recrutement de l'échantillon témoin peut s'avérer non représentatif de la population générale. De même, le choix des items inclus dans les scores de bien-être est subjectif et le questionnaire reste complexe pour la population précaire. La validation du questionnaire (avec modifications de celui-ci) ainsi que le recrutement de plus de témoins et de bénéficiaires serait une voie d'amélioration.

Méthodologie des scores SVS, SBCA, SBQA : En suivant la méthodologie utilisée pour le questionnaire Well-BFQ3, des dimensions ont été définies, regroupant un ou plusieurs items correspondant à des questions (tabagisme, consommation de fruits, IMC etc.). Ces items ont été codés de la même manière afin que la somme permette de calculer le score (le codage a été inversé pour les items « négatifs » comme la consommation de tabac).

Références

- Cavaillet F., Darmon N., Lhuissier A., Regnier F., 2006. L'alimentation des populations défavorisées en France – Synthèse des travaux dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel. IN : Les Travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2005-2006. Paris : La Documentation Française. p. 279-322.
- Drewnowski A., Kawachi I., 2015. Diets and health: how food decisions are shaped by biology, economics, geography, and social interactions. Big Data, volume 3, n° 3, p. 193-197.
- Guillemin I., Marrel A., Arnould B., Capuron L., Dupuy A., Ginon E., Laye S., Lecerf JM., Prost M., Rogeant M., Urdapilleta I. et Allaert FA. 2016. How French subjects describe well-being from food and eating habits? Development, item reduction and scoring definition of the Well-Being related to Food Questionnaire (Well-BFQ©). Appetite, volume 96, p. 333-346