

NUTRI-dac

Alimentations particulières : la fin du partage ?

De la restriction médicale au besoin de se singulariser, les motivations pour aller vers une alimentation particulière sont multiples. L'Ocha leur a consacré un colloque en janvier dernier, apportant à la fois le regard des sciences biomédicales et celui des sciences humaines.*

Manger est un acte à la fois collectif et individuel. Certaines cultures, comme celle de la France, accordent plus de poids que d'autres au fait de partager la table et ainsi aux règles sociales liées à ce « rituel ». Cependant, nos sociétés contemporaines tendent à laisser de plus en plus d'autonomie aux individus. Il appartient à tous et à chacun d'adopter une « bonne alimentation » au nom de la santé et non de se conformer aux seuls usages du manger ensemble. Force est de constater que de plus en plus d'individus optent pour une alimentation particulière, s'excluant de fait du repas partagé, du cercle des convives. Les raisons invoquées sont variées : médicale, éthico-religieuse, idéologique, désir de maigrir, goût personnel... Chacun entretient un certain nombre de conceptions idéologiques complexes, de représentations orientant ses choix alimentaires, toutes définissant des aliments comme acceptables ou non, convenables ou non. Il en résulte un rapport à l'alimentation moins spontané mais construit non plus seulement sur les habitudes alimentaires, l'environnement et la culture, mais aussi sur des considérations idéologiques, éthiques, de santé. La règle du savoir-vivre consistant à faire honneur aux plats proposés quels qu'ils soient n'est plus de mise, et l'invité se sent presque

offusqué si ses goûts et ses impératifs alimentaires n'ont pas été pris en compte.

De l'allergie à l'ascétisme social

Certes, il peut s'agir d'une allergie vraie, diagnostiquée, mettant en danger le patient. L'éviction de l'aliment en cause, alors impérative, conduit à une forme de désocialisation alimentaire souvent mal vécue. La demande de l'allergique est perçue comme une exigence d'exception mais aussi comme un déni de confiance envers l'hôte nourricier et implique une réponse sociale. Le diagnostic clinique est primordial car il permet d'écarter les allégations d'intolérance alimentaire et les croyances non fondées. La conception qu'une hypersensibilité alimentaire est en cause dans certaines affections (migraine, côlon irritable, fibromyalgie, autisme, polyarthrite rhumatoïde) amène le public à adopter des régimes irrationnels.

Par ailleurs, certains régimes relèvent d'une éthique alimentaire : manger bien et être quelqu'un de bien se confondent et l'un découle de l'autre. Dans le cas de l'orthorexie, discours santé et discours moral sont liés. Contrôler son alimentation, c'est contrôler son avenir. L'obsession de la nourriture dite « saine » conduit l'adepte à n'avoir de cesse de planifier ce qu'il va manger et dans quelles conditions. Partager cette nourriture « saine » aux yeux des uns mais « malsaine » aux yeux des autres paraît alors difficile. Quant aux régimes « pour maigrir », leur apparition est relativement récente. Alors qu'au XIX^e siècle il s'agissait de « ne pas engraisser », au XX^e siècle, le but est de perdre du poids, et se priver en référence à un idéal minceur devient

normal. Ce régime restrictif, à l'origine régime de santé, est devenu un passage obligé, une ascèse réglementaire pour améliorer son image et sa réussite sociale. Or, ces régimes nient souvent la complexité de l'acte alimentaire, oubliant la biologie du plaisir et celle de la relation. De plus, en opposant aliments « bons » et « mauvais », ils créent une véritable distorsion dans la relation avec la nourriture, avec pour risque les conséquences psycho-comportementales induites par les tentatives de contrôle mental de son alimentation afin – ou non – de perdre du poids.

Notre « modèle » alimentaire est-il menacé ?

Outre l'apprentissage du manger ensemble et une régulation de la consommation hors repas – le grignotage entre les repas étant réprouvé depuis le Moyen Âge en France –, le repas séquentiel, diachronique, même s'il s'assouplit, subsiste jusqu'à présent de manière frappante. Ce modèle semble protéger la commensalité et la santé, et jusqu'à présent les adaptations et les dérogations sont socialement encadrées. Notre système alimentaire cependant évolue : la cuisine s'externalise et le nombre de repas pris hors foyer s'accroît. Dès lors, la pression du manger ensemble le même plat s'atténue. Quelles nouvelles formes va-t-il prendre ? Notre modèle sera-t-il à même d'absorber les alimentations particulières dans une nouvelle forme de commensalité ? de s'adapter tout en restant protecteur et support de lien social ? Les questions restent posées.

* Colloque Ocha : Les alimentations particulières, Paris, 19 et 20 janvier 2012. Pour en savoir plus : <http://www.lemangeur-ocha.com>

Enfants, produits laitiers et tension

Selon les données de 335 Australiens suivis de l'âge de 18 mois à 8-9 ans issus de la cohorte CAPS sur la prévention de l'asthme, une consommation de plus de 2,9 portions par jour de produits laitiers pendant la petite enfance est significativement associée à une plus faible pression artérielle systolique et diastolique à 8 ans ; la pression systolique étant la plus faible pour les plus fortes consommations de calcium, magnésium et potassium. À noter que les pressions systoliques et diastoliques sont les plus basses dans le groupe d'enfants qui consomment au moins 2 portions par jour à 18 mois et à 9 ans. Une consommation élevée de produits laitiers pendant la petite enfance aurait un effet protecteur sur la pression artérielle à l'âge de 8 ans.

Rangan AM, et al. Eur J Clin Nutr 2012;doi:10.1038/ejcn.2011.218.

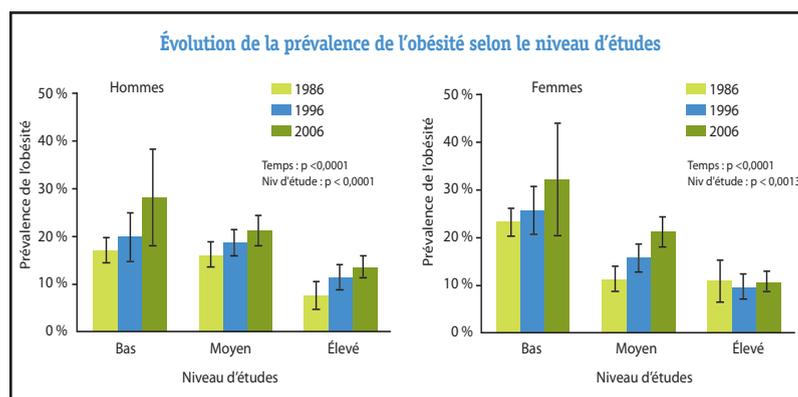
Magnésium et AVC

Une méta-analyse de sept études prospectives indépendantes, publiées entre 1998 et 2011, portant sur plus de 240 000 sujets et près de 6 500 accidents vasculaires cérébraux (AVC), montre qu'une augmentation de la consommation journalière de magnésium de 100 mg entraîne une réduction de 8 % du risque total d'AVC. En outre, la consommation de magnésium est inversement associée au risque d'AVC par ischémie (9 % de réduction du risque) mais non par hémorragie.

Larsson SC, et al. Am J Clin Nutr 2012;95:362-6.

Évolution de l'obésité en France

Selon les données de l'étude MONICA sur trois régions de France (Lille, Strasbourg et Toulouse), la prévalence de l'obésité a progressé en vingt ans chez les hommes (15,0 % en 1986 vs 18,4 % en 2006) et est restée stable chez les femmes (15,9 % à 17,2 %). Chez les hommes, l'obésité sévère a été multipliée par deux, l'obésité morbide par neuf ! Pendant la même période, la proportion de sujets occupant un poste à haute responsabilité, et celle de ceux ayant un haut niveau d'études s'est accrue. L'obésité a augmenté au cours du temps quelle que soit la catégorie professionnelle chez les hommes. Sa prévalence reste plus importante chez les personnes, hommes ou femmes, qui exercent les moins bons emplois et est inversement associée au nombre d'années d'études (figure).



L'évolution sociétale dans ces trois régions a permis de limiter l'évolution naturelle de l'obésité. Selon les estimations des auteurs, l'obésité aurait dû augmenter de 3,9 % et 2,5 % respectivement chez les hommes et les femmes si les catégories socio-professionnelles étaient restées identiques, et de 7,5 % et 7,3 % respectivement si le niveau d'études n'avait pas changé. Ainsi, l'accès d'un plus grand nombre de sujets aux catégories professionnelles les plus élevées a réduit l'évolution naturelle de la prévalence de l'obésité de 0,3 % chez les hommes et 1,9 % chez les femmes, et l'allongement de la durée des études, de 2,8 % chez les hommes et 4,6 % chez les femmes.

Pigeyre M, et al. Preventive Medicine 2001;52:305-9.

De la faisabilité des recommandations...

Les recommandations américaines de 2010 conseillent de réduire la consommation de sodium à moins de 2 300 mg/jour et même à 1 500 mg/jour pour les plus de 51 ans, les Afro-Américains et tous ceux qui ont de l'hypertension, du diabète ou une maladie rénale chronique... soit la moitié des Américains !

Ces recommandations extrêmement strictes sont-elles compatibles avec une alimentation équilibrée couvrant les autres besoins nutritionnels ? Pour le savoir, les auteurs sont partis de l'alimentation des Américains (résultats de NHANES 1 et 2 compris entre le 10^e et le 90^e percentile), qu'ils ont progressivement modifiée pour réduire la consommation de sodium de 100 mg en 100 mg tout en respectant la couverture des autres macro- et micronutriments recommandée par les autorités sanitaires et en s'approchant, dans la mesure du possible, des portions conseillées par la pyramide alimentaire américaine. Résultat sans appel : consommer 1 500 mg de sodium par jour est incompatible avec la couverture des autres besoins en nutriments chez le sujet de moins de 50 ans ! et seulement théoriquement réalisable chez les plus de 50 ans. Pour l'adulte de moins de 50 ans, le modèle théorique propose une ration permettant d'atteindre moins de 2 300 mg de sodium par jour environ, mais au prix de modifications considérables du régime habituel des Américains qui devront aug-

menter fortement leurs consommations de fruits et légumes et d'oléagineux au détriment des produits carnés et céréaliers (surtout raffinés). Atteindre 1 500 mg de sodium n'est en fait réalisable qu'avec des produits « de régime ».

Maillot M, et al. *Am J Prev Med* 2012;42:174-9.

Produits laitiers et masse osseuse chez les Chinoises

Plusieurs travaux ont déjà montré l'intérêt du lait dans le maintien de la masse osseuse. Dans cette étude, les auteurs ont comparé l'effet d'une quantité modérée de lait par rapport aux importantes suppléments habituellement conseillées. Ainsi, 141 Chinoises âgées de 45 à 65 ans, ménopausées depuis plus de deux ans et ne consommant ni lait ni jus de soja au quotidien, ont été réparties en trois groupes : 1) un avec 250 mg de calcium/jour sous forme de lait entier, 2) un avec 250 mg de calcium/jour sous forme de jus de soja enrichi, 3) un contrôle sans apport de calcium supplémentaire. Ces femmes ont été suivies pendant 18 mois avec mesure de la densité minérale osseuse (DMO) tous les 6 mois en trois points (colonne vertébrale, hanche et tête fémorale). Au bout de 18 mois, aucune différence significative dans les variations de la DMO au niveau de la colonne vertébrale n'est observée entre les trois groupes. En revanche, la DMO a augmenté significativement pour le groupe lait, que ce soit au niveau de la hanche (+ 2,52 %) ou au niveau de la tête fémorale (+ 2,82 %). Dans le groupe contrôle, la DMO a baissé dans les trois localisations, avec une perte significative au niveau de la hanche à 12 mois et de la tête fémorale à 18 mois. Dans le groupe soja aucun effet sur la DMO n'a été significatif. La consommation de 250 mg de calcium sous forme de lait entier semble prévenir la perte de masse osseuse au niveau de la hanche et de la tête fémorale chez des Chinoises ménopausées.

Gui JC, et al. *Osteoporos Int* 2012;doi 10.1007/s00198-012-1895-z

Influence des portions et des autres convives

Une étude finlandaise a analysé l'influence de la taille des portions servies et/ou de la quantité de nourriture consommée par une convive « complice » sur les portions consommées par la personne qui partage son repas en tête-à-tête. Pour cela, sous prétexte d'une étude sur l'influence de la nourriture sur les performances cognitives, les expérimentateurs servaient aux étudiantes dont le comportement était testé (n = 85) soit une « petite » portion (250 g), soit une portion « standard » (500 g) d'un plat qu'ils savaient apprécié par les participantes. La convive « complice », étudiante également, recevait une portion identique avec comme instruction d'en consommer la moitié, la totalité ou 1,5 fois la quantité servie (possibilité de se resserrer). Le repas devait durer 20 minutes et les jeunes filles, qui ne se connaissaient pas, pouvaient discuter normalement.

Les résultats montrent que, d'une part, la taille des portions servies, d'autre part, la quantité qui en est consommée par la convive « complice », influencent la consommation de l'autre jeune fille, et cela de façon indépendante, leurs effets s'additionnant. Ces résultats sont indépendants de l'indice de masse corporelle des participantes. La consommation alimentaire des jeunes femmes augmente avec la taille des portions servies et le volume consommé par la personne qui partage leur repas, un résultat à prendre en compte dans le cadre des stratégies préventives contre l'obésité.

Hermans RCJ, et al. *Br J Nutr* 2012;107:588-94.

Chocolat et maladies cardiovasculaires

À partir d'une revue de la littérature, une méta-analyse de 42 études regroupant près de 1 300 participants a fait le point sur l'intérêt du chocolat, du cacao et des flavan-3-ols dans la prévention des maladies cardiovasculaires. Les résultats montrent qu'une consommation de chocolat, et notamment de flavan-3-ols, induit une réduction de la résistance à l'insuline, une amélioration de la fonction endothéliale (Flow Mediated Dilatation), ainsi qu'une diminution de la pression artérielle diastolique et des taux de LDL- et HDL-cholestérol. Des études de plus longue durée sont cependant nécessaires pour confirmer ces résultats.

Hooper L, et al. *Am J Clin Nutr* 2012;doi:10.3945/ajcn.111.023457.

INFOS CONGRÈS

- *European Congress on Obesity, Lyon, 9-12 mai, www.eco2012.org*
- *JE de l'AFDN, Saint-Malo, 7-9 juin, www.afdn.org*
- *Entretiens de nutrition de l'institut Pasteur de Lille, régimes-cuisson-épices, 14-15 juin*
- *Journées de printemps de la SFNEP, Montpellier, 21-22 juin, www.sfnep.org*
- *9^e université d'été francophone en santé publique, Besançon, 1-6 juillet, www.ars.sante.fr/Univete.96210.0.htm*

Nouveautés réglementaires

• Après le décret sur la restauration scolaire, le JO du 31 janvier 2012 a publié une série de décrets élargissant l'exigence de qualité nutritionnelle à d'autres collectivités : universités, établissements pénitentiaires, de santé, sociaux et médico-sociaux, d'accueil d'enfants de moins de 6 ans. Les textes entreront en vigueur le 1^{er} juillet 2013.

Références : décrets n^{os} 2012-141 à 2012-145 du 30 janvier 2012.

• L'étiquetage « sans OGM » est désormais possible (étiquetage volontaire) sur les aliments d'origine végétale, animale et apicole issus de cultures ou d'élevages sans OGM. Le nouveau décret entre en vigueur le 1^{er} juillet 2012.

Référence : décret n^o 2012-128 du 30 janvier 2012, JO du 31 janvier 2012.

Rapport d'activité des ARS

Moins de deux ans après leur création, le rapport d'activité des ARS pour 2011 témoigne des modalités de pilotage du système de santé et des réalisations concrètes dans les différents domaines d'intervention des ARS. La première partie du rapport expose les étapes marquantes et les chiffres clés de l'année, la seconde développe des exemples d'actions portées par chacune des ARS.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000162-rapport-d-activite-agence-regionale-de-sante-2011>

Publications de la HAS

Recommandations de bonnes pratiques concernant l'autisme et autres troubles envahissants du développement, rappelant que les régimes sans

gluten, sans caséines, la prescription de vitamines et d'acides gras oméga 3 n'ont pas leur place dans le traitement de l'autisme.

Guide ALD pour le syndrome de Prader-Willi.

<http://www.has-sante.fr>

Consommation de viande

Le Crédoc a édité une brochure reprenant les données concernant la consommation de viande de la dernière étude CCAF (comportements et consommations alimentaires des Français) de 2010 et son évolution depuis les enquêtes précédentes.

http://www.credoc.fr/pdf/Sou/Consommation_viande_CCAF2010.pdf

Les aliments les plus « surconsommés »

D'après les données d'achats Nielsen, le Journal du Net a établi une carte de France interactive, indiquant les dix produits les plus « surconsommés » par département par rapport à la consommation moyenne des Français. Certaines habitudes locales restent marquées, en particulier pour les alcools.

<http://www.journaldunet.com/economie/distribution/consommation-alimentaire-en-france.shtml>

Aide alimentaire

Après un état des lieux sur l'insécurité alimentaire en France, les dispositifs d'aide existants, le Conseil national de l'alimentation (CNA) a publié son avis et ses recommandations sur l'aide alimentaire et l'accès à l'alimentation des populations démunies. Avis n^o 72.

www.cna-alimentation.fr

SÉLECTIONNÉS POUR VOUS

La taxation nutritionnelle comme outil de santé publique : justifications et effets attendus

Etilé F. *Cah Nutr Diet* 2012;47(1):25-34.

Cet article discute la littérature économique sur les politiques de taxation nutritionnelle. Il présente notamment les résultats empiriques relatifs à la taxation des boissons sucrées. L'analyse historique montre clairement les liens existant entre les évolutions des prix alimentaires et celles de la qualité du régime alimentaire moyen.

Effets d'une intervention nutritionnelle sur la prévention et le traitement des escarres

Salles N, Jenn J. *Nutr Clin Metabol* 2012;26:34-9.

La dénutrition représente un facteur prédictif de la survenue d'escarre au même titre que l'immobilisation. Les bénéfices cliniques de la prise en charge nutritionnelle ont été évalués aussi bien dans la prévention que dans la cicatrisation d'escarres. Cet article pratique reprend les principaux résultats de la littérature, le but étant d'aider les cliniciens dans leurs stratégies nutritionnelles.

Que deviennent les enfants cœliaques à l'âge adulte?

Nion-Larmurier I, Cosnes J. *Réalités Nutrition Diabétologie* 2012;(38):12-6.

La maladie cœliaque est une maladie auto-immune unique. La suppression du gluten de l'alimentation guérit la maladie sur les plans clinique, biologique et histologique. Le régime est contraignant, son abandon expose à de nombreux risques souvent méconnus et minimisés, en particulier par les adolescents. Il paraît donc licite de recommander la poursuite du régime à vie, quel que soit l'âge au diagnostic.

Nutrition pédiatrique : quoi de neuf ?

Tounian P. *Réalités Nutrition Diabétologie* 2012;(39):18-21.

Des publications scientifiques marquantes, de nouvelles recommandations émises en 2011 concernent les laits infantiles, l'allergie aux protéines de lait, les acides gras polyinsaturés, l'obésité et l'hypercholestérolémie.

Introduction des petites quantités de lait de vache chez les allergiques persistants

Bidat E, Feuillet D, Dassoval C, Tressol C. *Rev Fr Allergol* 2012;52(1):48-51.

Chez les enfants présentant une allergie aux protéines du lait de vache IgE médiée persistante, en fonction de la dose tolérée de lait de vache cru ou cuit, il est possible d'introduire dans l'alimentation des petites quantités de lait de vache. Grâce à cette introduction, la qualité de vie de ces enfants est considérablement améliorée.

Revue bimestrielle éditée par le CERIN
(Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles).
Rédactrice en chef : Brigitte Coudray - Coordination et rédaction : Chantal Lalau Keraly
Rédaction : Christine Lacroix- Maquette : Kasia Gluc
ISSN 1166-1828

CERIN - 42, rue de Chateaudun - 75314 Paris Cedex 09
Fax : 01 42 80 64 13 - E-mail : nutrition-fr@cerin.org
www.cerin.org