

JFN 2021 : alimentation et précarité

Une session des JFN 2021 a été consacrée à la précarité et à ses conséquences en termes d'alimentation et de santé. Retour sur deux interventions de cette session qui proposent des pistes pour limiter l'impact de la précarité sur la nutrition et la santé.

Surpoids, précarité et lieu de vie

Thierry Feuillet (Paris), géographe de la santé, étudie les liens entre l'environnement socio-économique et l'obésité. Dans un article récent, il tente de répondre à la question suivante : **existe-t-il une relation entre la précarité sociale du lieu de vie et la probabilité de surpoids et d'obésité ?** Les données de 68 000 personnes vivant sur l'ensemble du territoire français et issues de la cohorte Nutrinet-Santé ont été utilisées. L'indice de défaveur sociale français (Fdep) a été calculé au niveau des unités administratives nommées IRIS (îlots regroupés pour l'information statistique) qui constituent chacun un « micro quartier » regroupant 2 000 habitants ou plus. Le Fdep est un indice standardisé et fortement corrélé au revenu médian et aux pourcentages d'ouvriers, de bacheliers et de chômeurs de l'IRIS considéré.

Les résultats montrent que :

- **la prévalence du surpoids suit clairement un gradient d'urbanité** : cette prévalence est de 22 % au niveau de Paris intra-muros, 27 % dans les centres-villes des grandes aires urbaines, 31 % dans les communes de la banlieue de Paris. Elle s'élève même jusqu'à 39 % dans les communes rurales ;
- **plus la défaveur sociale mesurée par le Fdep augmente, plus la probabilité d'être en situation de surpoids s'élève.** L'hypothèse la plus probable expliquant cette relation serait que les quartiers les plus défavorisés sont aussi les moins favorables à des comportements sains en termes d'activité physique (moins d'aménagements) et d'alimentation (paysage alimentaire moins diversifié) ;
- **cette relation entre le niveau de défaveur sociale de son quartier de résidence et le surpoids est d'intensité variable en fonction des territoires** : elle est très forte en banlieue parisienne, d'intensité moyenne dans les centres-villes des grandes aires urbaines et absente dans la couronne périurbaine de Paris ou en milieu rural. Cela signifie qu'il ne faut pas tenir uniquement compte

du niveau de défaveur sociale du quartier de résidence, mais aussi de la position de ce quartier. **Le fait qu'un quartier soit socialement défavorisé n'a pas le même impact sur la prévalence du surpoids s'il est situé dans une grande ville, en banlieue de cette ville ou en milieu rural.**

Pour conclure, Thierry Feuillet insiste sur les implications de cette étude en termes de santé publique : elle peut permettre de mieux cibler, en fonction des territoires, les interventions en direction des groupes de populations défavorisées pour promouvoir des comportements plus sains.

Limites de l'aide alimentaire et perspectives pour repenser la lutte contre la précarité alimentaire en France

Nicole Darmon (Montpellier) rappelle que **l'insécurité alimentaire est constatée lorsque la disponibilité d'aliments sûrs et adéquats sur le plan nutritionnel ou la possibilité d'acquérir des aliments appropriés par des moyens socialement acceptables est limitée ou incertaine.** Selon l'étude INCA 3, au moins huit millions de personnes seraient en situation d'insécurité alimentaire en France. Nicole Darmon précise qu'en France, c'est plutôt le terme de précarité alimentaire qui est employé dans les textes de loi ou le monde associatif, mais qu'il n'en existe pas de définition officielle ou d'instrument de mesure validé.

La chercheuse met ensuite en lumière le fait que, **pour lutter contre la précarité alimentaire, la réponse de l'Etat français et de l'Europe, depuis plusieurs dizaines d'années, est l'aide alimentaire.** Ce système est principalement basé sur des dons de denrées alimentaires, il est massivement délégué au monde associatif et est dépendant des subventions institutionnelles, du gaspillage et du bénévolat.

Ce système d'aide alimentaire présente de nombreuses limites. En particulier, il ne touche qu'une partie des personnes en situation d'insécurité alimentaire et il ne permet de couvrir que partiellement les besoins de ses utilisateurs (environ 40 % des besoins énergétiques en moyenne). Nicole Darmon met aussi en avant les difficultés de fonctionnement de ce système, en particulier logistiques, ainsi que la dépendance aux dons en nature dont les associations ne maîtrisent pas toujours le contenu.

Dans un rapport disponible en ligne¹, Nicole Darmon, accompagnée d'autres chercheurs, propose des pistes de réflexion pour passer d'un système curatif de lutte contre la précarité alimentaire à un système de prévention de l'insécurité alimentaire. Dans ce cadre, **les experts définissent le concept de sécurité alimentaire durable qui existe lorsque tous les individus ont un accès (économique, physique et social) égalitaire à une alimentation durable de manière coordonnée et pérenne.**

Une des propositions phare de ce rapport¹ est la mise en place d'une Sécurité Sociale de l'Alimentation (SSA) qui correspond à une allocation universelle dédiée à l'alimentation durable, dont le mode d'organisation et de financement se fonderait sur le système des caisses de Sécurité Sociale. La SSA, financée par la cotisation sociale,

¹ <https://tnova.fr/societe/alimentation/vers-une-securite-alimentaire-durable-enjeux-initiatives-et-principes-directeurs/>

permettrait un accès à des produits et/ou des lieux conventionnés dont les critères de conventionnement seraient élaborés démocratiquement dans les territoires.

Pour lutter contre la précarité alimentaire, Nicole Darmon insiste sur l'importance de passer du système curatif actuel à un système préventif permettant une sécurité alimentaire durable. Elle met en lumière la nécessité de mettre en place des mesures d'universalisme proportionné, dont l'intensité serait proportionnelle au niveau de défaveur sociale.

A qui s'adresse le régime sans gluten ?

Le suivi d'un régime sans gluten ou sans blé est recommandé aux personnes souffrant de troubles spécifiques tels que la maladie cœliaque ou l'allergie au blé. En dehors de ces situations, le régime sans gluten ne présente pas d'avantages pour la santé ou d'intérêts pour perdre du poids.

Le nombre de personnes suivant un régime alimentaire dépourvu de gluten, avec ou sans avis médical, est en augmentation ces dernières années. **Une revue de littérature fait le point sur les différents types de troubles liés à la consommation de blé et de gluten, ainsi que sur les croyances les plus répandues, associées au blé et au gluten.**

Les auteurs distinguent les trois types de troubles liés à la consommation de gluten ou de blé (cf. figure 1) :

- **La maladie cœliaque et l'ataxie au gluten sont les deux troubles auto-immuns les plus courants liés au gluten. Les personnes souffrant de ces troubles doivent suivre un régime sans gluten strict.** Le régime sans gluten est également efficace sur les signes cutanés et digestifs de la dermatite herpétiforme.
- Les allergies au blé peuvent être déclenchées par plusieurs fractions protéiques du blé, telles que l'albumine et la globuline (que l'on retrouve essentiellement dans l'enveloppe du grain) ainsi que la gluténine (qui est contenue à l'intérieur de l'albumen farineux du grain). **L'élimination complète du blé du régime alimentaire est la seule thérapie disponible pour les personnes allergiques.**
- **Les personnes souffrant de sensibilité au blé ou au gluten non cœliaque présentent des symptômes similaires à ceux de la maladie cœliaque ou à ceux de l'allergie au blé. En revanche, on ne trouve chez ces personnes ni anticorps anti-transglutaminase ni anticorps IgE spécifiques contre les protéines de blé.** S'il n'existe aucune recommandation concernant la prise en charge de ce syndrome, l'exclusion du gluten améliore en général les symptômes. En cas d'amélioration partielle, une hypersensibilité plus globale aux FODMAPs peut être suspectée.

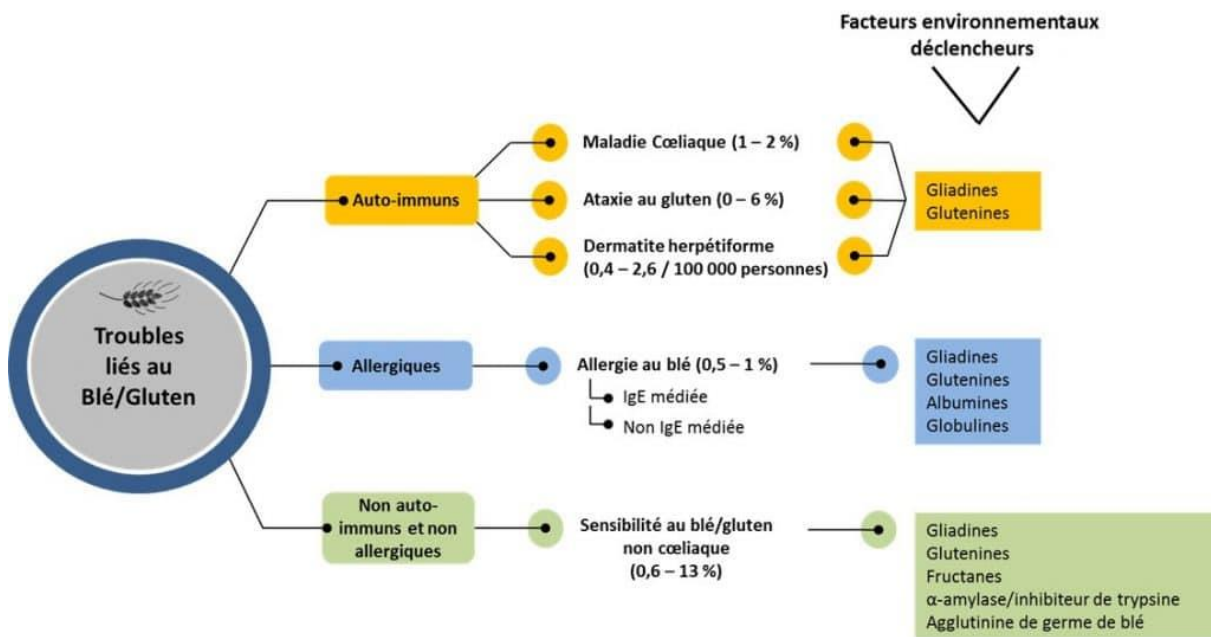


Figure 1 : Troubles liés au blé/gluten, prévalences et facteurs environnementaux déclencheurs.

Trois idées reçues sont ensuite démenties par les auteurs :

1. **Suivre un régime sans gluten n'est pas une option meilleure pour la santé pour les personnes ne souffrant pas des troubles décrits précédemment.**
2. Le suivi d'un régime sans gluten n'est pas adapté dans une optique de perte de poids.
3. Le blé consommé aujourd'hui ne contient pas plus de gluten comparativement aux variétés anciennes.

Pour conclure, les auteurs mettent en avant le fait que seul un faible pourcentage de la population souffre de troubles liés à la consommation de gluten ou de blé. En dehors de ces cas spécifiques, le suivi d'un régime alimentaire dépourvu de gluten, sans avis médical, présente plus d'inconvénients que d'avantages et n'est donc pas à encourager.

Source : SABENÇA, C. RIBEIRO, M. DE SOUSA, T. « et col. » **Wheat/gluten-related disorders and gluten-free diet misconceptions: a review.** Foods, 2021, 10, 1765, doi: 10.3390/foods10081765.

Obésité : bienfaits du modèle alimentaire « petit-déjeuner » chez les adolescents

L'adhésion à un modèle alimentaire de type « petit-déjeuner », caractérisé par la consommation de céréales de petit déjeuner, de fruits, de lait et de produits laitiers est associée à une diminution de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents européens.

L'étude HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) est une étude transversale menée auprès d'adolescents, âgés de 12,5 à 17,5 ans, habitant dans 10 villes de 9 pays européens. **Les données de 2327 participants à cette étude ont été utilisées pour identifier les modèles alimentaires spécifiques aux adolescents et adolescentes européen(ne)s, ainsi que les associations entre ces modèles alimentaires et la prévalence du surpoids et de l'obésité.**

Les auteurs ont identifié 3 modèles alimentaires chez les adolescents européens :

- le modèle alimentaire « snacks et pain », caractérisé par la consommation de pain, de snacks, de sucre, de boissons sucrées et de desserts ;
- le modèle méditerranéen, associé à la consommation de pain, de céréales, d'huiles végétales, de légumes, de noix et de légumineuses ;
- **le modèle « petit-déjeuner » caractérisé par la consommation de céréales de petit déjeuner, de fruits, de lait et de produits laitiers et par une faible consommation de boissons sucrées.**

Chez les adolescentes européennes, 4 modèles alimentaires ont été identifiés :

- le modèle « prêt à manger », associé à la consommation de pain, de céréales, de sucres, beurre, café et fromages ;
- le modèle « produits végétaux et œufs » ;
- le modèle occidental, associé à la consommation de produits de boulangerie, de snacks, de boissons sucrées, viandes et desserts ;
- **le modèle « petit-déjeuner » associé à la consommation des mêmes aliments que chez l'adolescent et à une faible consommation de céréales (pâtes, riz).**

Après ajustement sur les potentiels facteurs confondants, **seule une plus grande adhésion au modèle « petit-déjeuner » se révèle être associée à une diminution du risque de surpoids et d'obésité de 25 % chez les adolescents** (rapports des cotes ou odds ratio OR = 0,85 ; IC95% = [0,44 ; 0,95], P = 0,025) **et de 39 % chez les adolescentes** (OR = 0,61 ; IC95% = [0,40 ; 0,94], P = 0,024).

Pour conclure, **cette étude met en évidence le caractère protecteur contre le surpoids et l'obésité d'un modèle alimentaire de type « petit-déjeuner », caractérisé par la consommation de céréales de petit déjeuner, de fruits, de lait et de produits laitiers, chez les adolescents et adolescentes européen(ne)s.**

Source : TEIXEIRA CACAU, L. DE MIGUEL-ETAYO, P. SANTALIESTRA-PASÍAS, AM. « et col. » **Breakfast dietary pattern is inversely associated with overweight/obesity in European adolescents: the HELENA study.** Children, 2021, 8, 1044, doi: 10.3390/children8111044.

Produits laitiers : la recommandation chez l'enfant est associée à un mode de vie plus sain et à moins de surpoids

Les enfants âgés de 8 ans et plus qui consomment un minimum de 3 produits laitiers par jour présentent des habitudes de vie plus saines, un risque de surpoids et d'obésité diminué et une meilleure condition physique.

Une étude examine les caractéristiques des enfants qui respectent les recommandations nutritionnelles relatives à la consommation de produits laitiers : habitudes alimentaires, niveaux d'activité physique, risque d'obésité ou encore temps de sommeil. Les données de plus de 177 000 enfants grecs âgés de 8 à 17 ans, issues d'une enquête nationale représentative, ont été utilisées dans cet objectif. Plus de 81 % des enfants de l'échantillon ont déclaré consommer quotidiennement un minimum de 3 portions de produits laitiers et ont donc été classés parmi ceux respectant les recommandations.

Comparativement aux enfants dont la consommation de produits laitiers se situe en dessous des recommandations, **ceux consommant au moins 3 portions par jour présentent :**

- **des habitudes alimentaires globalement plus saines**, avec en particulier :
 - un risque diminué de sauter le petit déjeuner, de consommer une alimentation de type « fast-food » ou encore de consommer des bonbons ;
 - une probabilité augmentée de consommer des légumes, des légumes secs, des fruits et de l'huile d'olive ;
- **des niveaux d'activité physique plus élevés ;**
- **un risque moindre de passer un temps élevé devant les écrans ;**
- **un temps de sommeil plus adéquat.**

En plus de ces habitudes de vie plus saines associées à la consommation de produits laitiers, **les résultats mettent également en évidence, chez les enfants consommant 3 produits laitiers par jour ou plus :**

- **une baisse du risque de présenter un surpoids ou une obésité, de 9 % chez les garçons et de 11 % chez les filles.** Concernant l'obésité abdominale, la baisse du risque est de 10 %, quel que soit le sexe ;
- **une baisse du risque de présenter des performances faibles aux tests cardiorespiratoires** utilisés pour évaluer la condition physique. Cette baisse est de 25 % pour les garçons et de 43 % pour les filles.

En conclusion, cette étude met en lumière le fait que **le respect des recommandations de consommation pour les produits laitiers, chez les enfants de 8 à 17 ans, est associé à un mode de vie plus sain, un risque diminué de surpoids et d'obésité et une condition physique améliorée.**

Source : TAMBALIS, K. PANAGIOTAKOS, D. PSARRA, G. « et col. » **Recommended dairy intake is associated with healthy dietary habits, better physical fitness, less obesity and a healthier lifestyle profile in school age children.** British Journal of Nutrition, 2022, doi: 10.1017/S0007114521005006.

Manger moins vite pour réduire le risque d'obésité

Dans la population générale et dans celle plus spécifique des adultes souffrant de troubles métaboliques, une vitesse d'ingestion plus rapide des aliments est associée à un indice de masse corporelle et un tour de taille plus élevés.

Plusieurs études ont mis en évidence un lien entre le fait de manger lentement et des apports énergétiques moins importants. **Une revue de littérature examine la relation entre la vitesse d'ingestion des aliments et des indicateurs de l'obésité : indice de masse corporelle (IMC) et tour de taille.** Vingt-et-une études menées chez l'adulte, 6 longitudinales et 15 transversales, ont été incluses dans cette revue de littérature. Ces études comparent les données anthropométriques des participants déclarant manger rapidement à celles des personnes déclarant avoir une vitesse d'ingestion lente des aliments.

Parmi les 18 études menées au sein de la population générale, toutes mettent en évidence une association entre le fait de manger moins vite et un IMC plus bas. Huit études ont examiné, dans cette même population, les liens entre la vitesse d'ingestion des aliments et le tour de taille. Sept d'entre elles montrent **une association significative entre une vitesse d'ingestion lente et un tour de taille plus bas** ; la huitième ne montre pas de lien statistiquement significatif.

Trois études ont été menées au sein de populations spécifiques, souffrant de diabète ou du syndrome métabolique. Elles ont toutes conclu à une relation significative entre une vitesse d'ingestion lente et des paramètres anthropométriques améliorés : IMC et tour de taille plus bas.

Pour conclure, les auteurs précisent qu'il n'est pour le moment pas possible de déterminer si c'est le fait de manger plus vite qui contribue à augmenter l'IMC ou si les personnes avec un IMC plus élevé ont simplement une tendance à augmenter leur vitesse d'ingestion. Néanmoins, **les données longitudinales semblent indiquer que l'abaissement de la vitesse d'ingestion permettrait de réduire le risque d'obésité.**

Source : KOLAY, E. BYKOWSKA-DERDA, A. ABDULSAMAD, S. « et col. » **Self-reported eating speed is associated with indicators of obesity in adults: a systematic review and meta-analysis.** Healthcare, 2021, 9, 1550, doi: 10.3390/healthcare9111559.