

LES MÉDECINS : ACTEURS PRIVILÉGIÉS DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ



édito

Les professionnels de soins primaires : rôle clé dans la promotion d'une alimentation saine

La promotion de la santé repose le plus souvent sur des changements de la routine quotidienne au sein de laquelle les habitudes alimentaires jouent généralement un rôle majeur.

Il est aujourd'hui communément admis que les habitudes alimentaires d'une personne sont, à la fois le reflet de facteurs sociétaux et d'un contexte individuel.

Le médecin de famille suit généralement ses patients tout au long de leur vie. Dans sa démarche de diagnostic et de traitement, il interprète les signes et symptômes en se basant sur le contexte individuel de ses patients. Il représente également un guide et un témoin au cours de la vie de ses patients.

La relation pérenne qui les lie est ponctuée de moments « privilégiés » où le médecin peut fournir à ses patients des conseils précieux et les aider à améliorer leur hygiène de vie. La relation de confiance est au cœur de ce processus. Cette confiance se construit sur la compréhension et le respect des ressources du patient et des enjeux de sa vie et sur la capacité de répondre à ses besoins.

De multiples informations sur un mode de vie « sain » sont actuellement disponibles, et le public est généralement familiarisé avec les grands principes de base. Le défi le plus difficile est de transformer ces connaissances en actions concrètes. Une approche centrée sur le patient généralement utilisée en médecine familiale, est la clé pour concrétiser cette transformation.

Lorsque le patient a pleinement confiance en son médecin et que ce dernier possède les connaissances nécessaires en nutrition, alors, le changement devient possible !

Anna Stavdal

Présidente élue de WONCA* World et ex-présidente de WONCA Europe,
NORVEGE

* Société Européenne de médecine générale - médecine de famille



www.egeaconference.com

▶ Voir la présentation d'Anna Stavdal :
"The primary care professional: an agent for healthy eating?"



Le rôle de la littératie en santé et en nutrition dans la prévention des maladies non transmissibles

Y. Khegay et I. Stafeyeva

École de santé publique du Kazakhstan,
Kazakhstan Association of Family Physicians Almaty, KAZAKHSTAN

La littératie en santé « améliore les connaissances, la motivation et les compétences des individus pour accéder, comprendre, évaluer et appliquer des informations de santé afin de prendre chaque jour des résolutions éclairées en termes de prévention des maladies et de promotion de la santé, pour maintenir ou améliorer leur qualité de vie »¹.

La littératie en santé est un meilleur prédicteur de santé que l'âge, les revenus, l'éducation, l'origine ethnique et l'emploi². Même si son intérêt a considérablement augmenté ces dix dernières années, peu d'études portent sur les deux aspects spécifiques de la littératie en santé : la littératie en nutrition et la littératie alimentaire. En parallèle, il est établi qu'une alimentation de mauvaise qualité nutritionnelle contribue significativement au développement de maladies non transmissibles et augmente les taux de décès prématurés³.

Obésité infantile: où en sommes-nous ?

L'obésité infantile demeure un problème de santé publique important dans la région européenne de l'OMS. Son incidence est inégale entre les différents pays et groupes de population, et même à l'intérieur de ceux-ci. Les dernières données (2015-2017) de l'Initiative pour la surveillance de l'obésité infantile (COSI, *Childhood Obesity Surveillance Initiative*) de l'OMS montrent que les pays d'Europe occidentale présentent le taux le plus élevé d'obésité infantile. À Chypre, en Grèce, en Italie, à Malte, à Saint-Marin et en Espagne, environ 1 garçon sur 5 (entre 18 et 21%) est obèse. Le Danemark, la France, l'Irlande, la Lettonie et la Norvège font partie des pays où le taux est le plus bas, allant de 5 à 9 % pour les deux sexes⁴. En 2014, la consommation de F&L se situait entre 220 et 345 g/jour chez les enfants européens de 11 ans, ce qui est inférieur à la recommandation de 400 g/jour de l'OMS⁵.

Au Kazakhstan, presque 20% des enfants de 6 à 9 ans étaient en surpoids ou obèses, en 2016-2017. Seul 1 enfant sur 3 consommait quotidiennement des F&L. La consommation moyenne de sel est l'une des plus élevées au monde, avec 17 g/jour, soit plus de 4 fois la dose recommandée par l'OMS. Certains produits locaux populaires contiennent plus de 220% de la dose journalière maximale recommandée d'acide gras trans par portion. Une publicité sur trois porte sur la nourriture ou les boissons, et 79% des produits concernés sont considérés comme mauvais pour la santé par l'OMS⁶.

Niveau de littératie en nutrition chez les parents: des points problématiques

Une meilleure connaissance de la nutrition peut améliorer les choix alimentaires de la population et avoir des effets bénéfiques sur sa santé⁷.

Une enquête a été réalisée sur 3 jours pour évaluer le niveau de littératie en nutrition (LN) chez les parents d'enfants de 6 à 13 ans, vivant à Almaty au Kazakhstan⁸ (Figure 1). 363 participants ont répondu au questionnaire.

Basé sur : Khegay Y., "The influence of parental nutrition literacy on weight in children aged 6-13 y. living in Almaty, Kazakhstan", master's thesis, 2019.

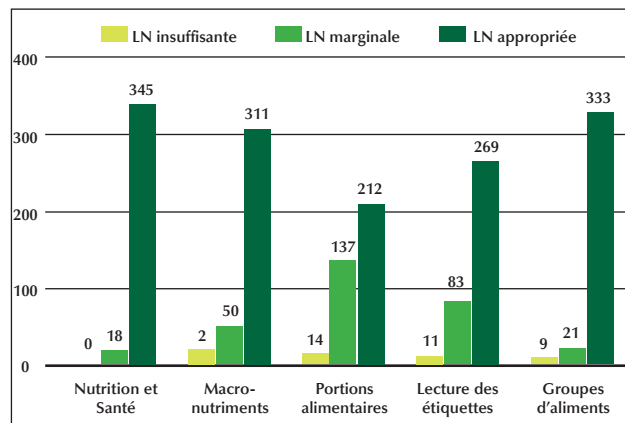


Figure 1 : Littératie en nutrition des parents

Les points les plus problématiques sont ceux relatifs à :

- aux «portions alimentaires» (41,6% des participants ont un niveau de LN inadéquat et marginal) et ;
- à la «lecture des étiquettes» (25,8%).

La relation entre les scores de LN des parents et l'IMC des enfants a été étudiée, en tenant compte de l'âge des parents et leur niveau d'éducation. Aucune corrélation évidente entre le niveau de LN des parents et l'IMC des enfants n'a été établie, ce qui est cohérent avec les données d'une étude réalisée aux États-Unis⁹.

Une urgence : des activités de promotion de la santé au Kazakhstan

Même si les résultats de notre enquête à petite échelle n'ont pas trouvé de corrélation significative entre le niveau de LN des parents et l'IMC des enfants, il est nécessaire d'effectuer des recherches sur une population plus importante. Certains facteurs supplémentaires, comme le statut socio-économique, devront être pris en compte dans ces recherches à venir.

Les résultats des précédentes études indiquent clairement qu'il est urgent de mettre en place des activités de promotion de la santé au Kazakhstan, avec un fort soutien gouvernemental. Ces interventions devront impliquer non seulement le secteur de la santé, mais également ceux de l'éducation, des médias et de l'agriculture et nécessiteront donc



Références

1. Sørensen K, et al. BMC Public Health. 2012 Jan 25; 12(0):80
2. Health literacy. The solid facts. Edited by Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel and Agis D. Tsouros. 2013
3. Meier T, et al. Eur J Epidemiol (2019) 34: 37
4. WHO Europe, 2018. Latest data shows southern European countries have highest rate of childhood obesity.
5. Lynch CT, et al. Public Health Nutrition, 2014; 17 (11): 2436-2444.

6. WHO Europe, 2019. Better nutrition in Kazakhstan. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/396190/WHO-Nutrition-Kazakhstan-EN.pdf?ua=
7. Pearson N, et al. (2009). Public Health Nutrition, 12(2), 267-283.
8. Gibbs, Heather D. et al. Journal of Nutrition Education and Behavior, 50 (3), 247 - 257.e1
9. Gibbs HD, J Nutr Educ Behav. 2016;48(7):505-509.e1.



Mythes en matière de nutrition : quand apprendre devient un jeu

AM. Artime* et collaborateurs

* Médecine familiale et communautaire, clinique de Villaconejos, Madrid, ESPAGNE

L'étude du fardeau mondial des maladies, traumatismes et facteurs de risque (Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study - GBD) évalue la relation directe entre la mortalité et l'invalidité et les risques nutritionnels spécifiques.

De nombreux mythes sur l'alimentation « saine »

Portant sur 195 pays, cette étude a révélé qu'en 2017, à l'échelle mondiale, la consommation de presque tous les aliments et nutriments sains était suboptimale, tandis que celle de ceux néfastes pour la santé dépassait le niveau recommandé. D'un autre côté, le fardeau de morbidité attribuable à des facteurs nutritionnels était considérable : 11 millions de décès et 255 millions d'années de vie corrigées du facteur d'invalidité¹. Une alimentation de mauvaise qualité nutritionnelle présente plus de risques, en termes de morbidité et de mortalité, que les rapports sexuels non protégés, l'alcool, la drogue et le tabac combinés². Toutefois les publicités agro-alimentaires, les faux régimes « miracles » et le manque de formation des professionnels de santé, ont créé de nombreux mythes sur l'alimentation « saine ». Ces fausses croyances se sont perpétuées. Résultats: les consommateurs éprouvent des difficultés à manger correctement, et les professionnels de santé peinent à donner des conseils nutritionnels de qualité.

La « ludification »: rendre l'apprentissage en nutrition agréable et efficace

Pour encourager la réflexion critique et permettre de se représenter l'importance des preuves scientifiques étayant les conseils nutritionnels fournis en consultation, nous avons conçu une activité pédagogique basée sur des techniques de ludification.

Le terme « ludification » désigne l'application de mécanismes et d'éléments de jeu dans des contextes non ludiques, dans le but de rendre l'apprentissage plus agréable et efficace. Il a été prouvé que cette méthode renforce les connaissances, compétences et aptitudes d'apprentissage, notamment en matière de résolution des problèmes, de travail en équipe ou de communication^{3,4}.

Un atelier dédié aux « mythes en nutrition »

Selon cette approche, nous avons présenté un atelier dédié aux « mythes en nutrition » lors du 5^e Forum du Vasco da Gama Movement, qui a rassemblé 47 personnes de 11 pays, en janvier 2018. Pour la plupart, les participants ont déclaré n'avoir reçu aucune formation en nutrition à l'Université ou, au mieux, limitée à une ou deux semaines.

Ils ont été répartis en groupes de 7 à 8 personnes. Chaque groupe a reçu un jeton de couleur à déplacer sur le panneau regroupant quatre sujets liés à la nutrition : l'obésité, les régimes alimentaires, les pathologies ou un ensemble des thèmes.

L'équipe pédagogique a abordé de nombreux mythes sur la nutrition par des questions comme :

- Est-il plus sain de manger 5 repas par jour ?
- Les produits allégés sont-ils efficaces pour prévenir l'obésité ?
- Devrions-nous éviter les graisses ?
- Un verre de vin par jour prévient-il les risques de crise cardiaque ?
- Les végétariens ont-ils tendance à plus souffrir d'anémie ou d'ostéoporose ?
- Les jus « détox » sont-ils efficaces ?
- Les aliments « bio » sont-ils plus sains ?

Croyances générales en matière de nutrition

Après chaque question, l'équipe pédagogique clarifiait le sujet avec une explication rapide sur les preuves scientifiques disponibles, ce qui donnait lieu à un court débat pour encourager une réflexion critique chez les participants.

Les nombreuses croyances auxquelles les groupes ont répondu étaient :

- le petit déjeuner est le repas le plus important pour prévenir l'obésité
- les sucres non raffinés sont plus sains que les sucres blancs
- les végétariens doivent prendre des suppléments en fer
- le lait écrémé est meilleur pour la santé que le lait entier, etc.

La nutrition demeure largement insuffisante dans les formations actuelles

Les participants ont déclaré que cet atelier a éveillé leur conscience scientifique. Deux participants souhaitent même reproduire l'atelier dans leur pays.

La ludification est de plus en plus utilisée pour compléter les stratégies de formation traditionnelles, car elle offre un ensemble d'avantages sociaux, émotionnels et cognitifs qui la rendent très attractive en termes d'apprentissage^{5,6,7}.

Il est essentiel de prendre conscience du besoin des professionnels de santé de se former correctement en nutrition. Alors qu'elle a un impact considérable sur notre santé, la nutrition demeure largement insuffisante dans les formations actuelles.



© Shutterstock

Références

1. GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Lancet 2018; 392: 1923-94
2. Willett W, et al. Lancet 2019; 393: 447-92
3. Zichermann & Cunningham (2011). Sebastopol, CA: O'Reilly Media.
4. Werbach, K., & Hunter, D. (2012). Wharton Digital Press.

5. Lamyae Sardi, Ali Idris, J.L. Fernández -Alemán. Journal of Biomedical Informatics 2017; 71: 31-34

6. C. Carreras. Quaderns de filosofia 2017; Vol. IV Num. I: 107-118

7. Earla J White, Joy H Lewis, Lise McCoy. Advances in Medical Education and Practice 2018; 9: 407-414



Comment fournir des conseils nutritionnels judicieux lors d'une consultation médicale ?

Nessler K.^a, Zoitanu R.^b et Lygidakis H.^c

a. Vasco da Gama Movement, POLOGNE

b. WONCA Europe, ROUMANIE

c. WONCA Europe, LUXEMBOURG

Au cours des dernières décennies, les informations sur l'importance d'une bonne hygiène de vie en général, particulièrement en nutrition, ont été largement diffusées à la population. Confrontés à des connaissances de plus en plus nombreuses, les professionnels de santé ont parfois du mal à trouver les informations les plus adaptées à leurs patients et la bonne façon de leur communiquer. Les conseils nutritionnels doivent être pertinents et formulés au bon moment de la consultation, avec un langage compréhensible par le patient, respectant son contexte, sa culture, ses valeurs et ses priorités.

Continuité des soins et approche centrée sur le patient

Une revue systématique a montré que les interventions nutritionnelles assurées par des médecins de famille/généralistes pouvaient fortement améliorer les comportements nutritionnels et la santé des patients¹. En 2009, une étude italienne a analysé 713 adultes atteints d'hypercholestérolémie. Suite à une brève séance d'éducation, personnalisée et informelle sur l'importance d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique, dispensée par leur médecin, on a observé une réduction significative de leur niveau de cholestérol total et du risque cardiovasculaire global au cours d'un suivi de 54 jours².

La volonté de changer est l'un des facteurs essentiels

Au cœur du système de santé, les médecins de famille sont les mieux placés pour fournir aux patients des conseils nutritionnels. Selon Eurostat, en 2014, dans 28 pays européens, 31,3% des hommes et 40,2% des femmes ont consulté leur médecin de famille 2 fois plus que d'autres médecins³. Grâce à la continuité des soins et à une approche centrée sur le patient, les médecins de famille peuvent fournir aux patients, de manière fréquente et opportune, des informations nutritionnelles personnalisées et adaptées. Leurs conseils ne doivent pas faire l'objet d'une seule consultation. Il faut mettre en place un processus dynamique et progressif. Ainsi, le médecin connaîtra de mieux en mieux le patient et sa maladie, et pourra lui fournir des informations supplémentaires en matière de nutrition⁴.

La volonté de changer est l'un des facteurs essentiels des programmes d'intervention nutritionnelle. L'EUROPREV (Réseau européen pour la prévention et la promotion de la santé en médecine de famille/médecine générale) a réalisé une enquête auprès de 7947 patients fréquentant des centres de soins primaires dans 22 pays européens. Parmi les 1500 patients ayant une alimentation de mauvaise qualité nutritionnelle, 82,4% souhaitent évoluer et 56,3% se sentent capables de changer leurs comportements alimentaires⁵.

A quels moments délivrer des conseils en matière de nutrition ?

Les conseils peuvent être fournis, par le médecin de famille, au bon moment, lors d'une consultation de routine. Le patient peut également être orienté vers un autre médecin⁶. Les médecins peuvent améliorer les habitudes nutritionnelles et la santé de leurs patients en leur conseillant simplement de consommer 2 portions supplémentaires de F&L par semaine⁷.

La relation durable entre médecin de famille et patient lui permet de fournir des conseils nutritionnels de manière progressive, sur une période étendue. Ils peuvent être adaptés à l'histoire du patient et de sa famille, ainsi qu'à sa littératie en santé, ses valeurs, ses priorités, ses besoins et ses attentes. En outre, un médecin de famille suit souvent plusieurs membres d'une même famille, ce qui permet des interventions plus complètes et efficaces, optimisant ainsi les chances de réussite.

Quels outils pour aider les médecins généralistes ?

Les médecins de famille rencontrent parfois des difficultés pour donner des conseils nutritionnels en consultation, en raison de capacités personnelles insuffisantes ou de connaissances limitées en termes de nutrition, d'un manque de temps ou d'un remboursement inadéquat^{8,9}.

Divers outils permettent de fournir plus facilement ces conseils, comme des fiches suggérant des questions à poser aux patients⁶, des visuels imprimés - tels « l'Assiette santé » pour adultes¹⁰ ou pour enfants¹¹, de courts messages cohérents avec les dernières données disponibles, ou une liste de questions rapides à poser aux femmes enceintes ou allaitantes, concernant leur consommation quotidienne de F&L⁶.



© Shutterstock

Références

1. Ball L, et al. (2013). *J Prim Health Care*, 5(1):59-69.
2. Filippi A, et al. (2009). *European Journal of General Practice*, 15:3, 136-140.
3. EUROSTAT. *Statistics Explained: Healthcare activities statistics - consultations* [Internet]. 2019. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>
4. van Weel C. (2003). *European Journal of General Practice*, 21:1, 33-38
6. Ball L, Wilkinson S. (2016) Available at <http://www.racgp.org.au/afp/2016/august/nutrition-care-by-general-practitioners-enhancing-women's-health-during-and-after-pregnancy/>.
7. Sacerdote C, et al. (2006). *Int J Epidemiol*, 35(2):409-15.
8. Kushner RF. (1995). *Prev Med*, 24(6):546-52.
9. Visser F, et al. (2008). *Fam Pract*, 25 Suppl 1:i105-11.
10. The Healthy Eating Plate, Harvard School of Public Health and Harvard Medical School. Available at <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/>.
11. The Kid's Healthy Eating Plate, Harvard School of Public Health and Harvard Medical School. Available at <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/kids-healthy-eating-plate/>.

Médecins et parents: unis dans la prise en charge de l'obésité chez les enfants

Thierry Gibault

Endocrinologue-Nutritionniste, Paris, FRANCE

L'obésité infantile représente un enjeu important de santé publique qui touche actuellement 18.5% des jeunes aux USA. Elle est associée à de multiples complications somatiques et psychologiques à moyen et long terme. Il est donc impératif de la dépister, la prévenir et la prendre en charge. L'Association du Comité d'Expertise Médicale Américaine préconise de mesurer l'IMC des enfants au moins tous les ans à partir de l'âge de 2 ans. Cependant, se focaliser uniquement sur le poids est inadéquat.

Pour promouvoir des changements favorables, les professionnels de santé doivent avoir des discussions positives au sujet du poids avec les enfants et les parents. Cependant ils disposent de peu de conseils sur la manière de communiquer avec les familles sur ce sujet. En outre des études montrent que des discussions de parents trop centrées sur le poids et l'alimentation peuvent avoir des conséquences délétères sur leurs enfants.

Définir les meilleures stratégies de communications pour les médecins

Il est donc important de définir les meilleures stratégies pour les médecins afin d'aborder le sujet avec les parents et les enfants. Coté médecins, des barrières existent: le manque de temps, de formation et de connaissances. Certains craignent que le sujet du poids de leur enfant soit mal ressenti par les parents et qu'ils y soient fermés. Des études ont porté sur les terminologies préférées par les parents d'enfant en surpoids. Le moment pour aborder ces discussions est important: il doit être précoce. Les médecins doivent délivrer leur message en faisant preuve de respect, de confiance, d'ouverture d'esprit et de sensibilité aux valeurs culturelles. On a montré que les interventions les plus efficaces ne sont pas conçues pour les rendez vous de consultation de soins primaires et qu'il était nécessaire de les adapter à des consultations de routine.

Identifier les préférences des parents envers les médecins

L'objectif de cette étude a été de décrire les préférences des parents sur la manière dont les médecins pourraient aborder au mieux ces questions délicates. Les données pourront guider le développement de recommandations applicables par les médecins et permettront de mieux les préparer au cours de leur formation.

Des entretiens semi structurés enregistrés ont été menés auprès de 40 parents d'enfants d'âge préscolaire, dont les données ont été retranscrites et doublement codées selon une approche d'analyse thématique inductive. On a pu ainsi identifier des concepts majeurs pour les parents, qui ont été analysés en détail.

5 thèmes généraux ont émergé :

1. Le ton et l'approche sont importants

- « Etre honnête et direct »
- « Faire preuve de sensibilité »

2. Eviter le jugement

- « Se focaliser sur la santé et le comportement, plus que sur le poids »
- « Eviter de réagir de façon négative aux pratiques des parents »
- « Eviter les termes en rapport avec le poids potentiellement offensants et inappropriés, qui pourraient blesser l'estime de l'enfant et son image corporelle »

3. Tenir compte de l'expertise parentale

- « Chercher à bien comprendre le point de vue des parents sur le poids et l'alimentation de leur enfant »
- « Les impliquer dans la conversation et leur poser des questions pertinentes sur l'alimentation de leur enfant et l'environnement alimentaire de la maison »

4. Choisir le moment de la discussion avec les parents

- « Etre proactif, initier la discussion et intervenir plus tôt que trop tard »
- « Avoir une conversation continue et non figée avec les parents »
- « Discuter des préoccupations sur le poids et les habitudes alimentaires en dehors de la présence de l'enfant »

5. Fournir aux parents des recommandations concrètes et personnalisées

- « Présenter aux parents des informations visuelles pertinentes et en parler »
- « Leur transmettre des suggestions réalisables et des ressources appropriées pour l'action et la prévention »
- « Expliquer clairement les raisons justifiant ces recommandations et ces préoccupations »

Les compétences médicales de relation et de communication sont essentielles

Pour la plupart, ces données reflètent la synthèse des meilleures pratiques et traduisent l'adéquation entre les recommandations actuelles et les préférences parentales.

Les parents attachent une part importante au fait que le médecin possède des compétences non techniques (faire preuve de sensibilité; avoir de bonnes qualités de communication). Ces compétences de relation et de communication sont considérées comme essentielles par l'Accreditation Council on Graduate Medical Education (ACGME) aux USA.

Cependant, de nombreux programmes de résidence médicale ont des difficultés à intégrer de telles sessions de formation par manque de temps ou de ressources.

La prise en charge des problèmes de poids chez l'enfant est un processus complexe impliquant de multiples niveaux. Depuis quelques années, les pratiques et les recommandations sur la communication entre les soignants, les parents et les enfants se sont accumulées.

A l'évidence, les opportunités pour apprendre ces «compétences non techniques», comme la communication et la réalisation de brèves interventions de changement de comportement, doivent être améliorées au cours de la formation médicale.



Vers une alimentation bas carbone, saine et abordable

Thomas Uthayakumar

Département Agriculture et Alimentation, WWF FRANCE

Dans le cadre des Etats Généraux de l'Alimentation (EGA) en 2017, et avec l'objectif de sensibiliser les citoyens sur le lien entre l'alimentation et le changement climatique, le WWF France a souhaité répondre à la question suivante : Est-il possible d'améliorer la qualité nutritionnelle de son alimentation, tout en augmentant la part de produits certifiés (AB, Label Rouge, etc.), sans devoir dépenser plus pour nos courses ?

Pour le démontrer, le WWF France et Eco2 Initiative se sont associés pour élaborer un panier alimentaire durable plus respectueux de l'environnement, abordable financièrement (dont le coût n'excède pas celui du panier alimentaire moyen des français) et qui couvre les besoins nutritionnels des français.

Promouvoir les protéines végétales au détriment des protéines animales

L'étude propose ainsi un **panier durable**¹ correspondant à la composition moyenne de l'alimentation hebdomadaire d'une famille de 4 personnes (2 adultes et 2 enfants). Ce panier, appelé « flexitarien »², prend en compte trois indicateurs de durabilité :

- un moindre **impact carbone**³, aligné sur l'engagement de la France dans le cadre de la loi relative à la transition énergétique pour la croissance verte et de l'Accord de Paris (réduire de 40% les émissions de gaz à effet de serre françaises d'ici à 2030 par rapport à 1990 et les diviser par 4 entre 1990 et 2050) ;
- une bonne **qualité nutritionnelle**, calculée selon l'approche

du Nutri-Score, la signalétique nutritionnelle choisie par le Ministère de la santé, avec cinq notes allant de A à E, selon la valeur nutritionnelle du produit ;

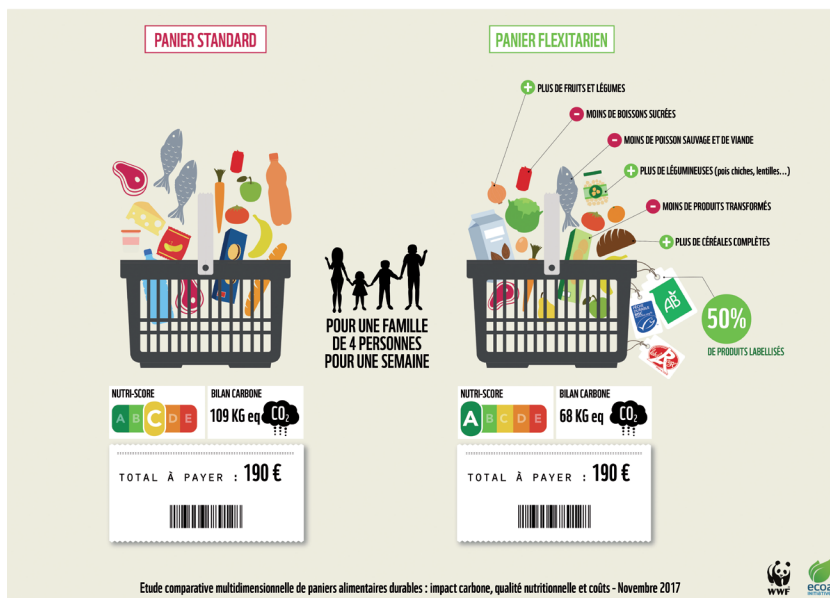
- un **coût équivalent** au panier alimentaire moyen actuel des Français (environ 190€ par semaine).

Par rapport au panier moyen actuel des français, le **panier flexitarien** prévoit une diminution de la viande (notamment du bœuf et du veau), une diminution des poissons sauvages, des produits transformés industriels, gras, salés et sucrés et des produits à base de farines raffinés au profit de farines complètes. La variation positive des indicateurs de durabilité réside également dans l'augmentation **importante** de la part de **légumes, céréales et légumineuses**.

Un panier flexitarien qui répond aux enjeux nutritionnel et climatique

La variation massique des aliments, mentionnés ci-dessus, permettrait de réduire de 40% l'impact carbone du panier (de 109 kg CO₂ à 68 kg CO₂ par semaine), et de 21% son coût (de 190€ à 147€ par semaine). Grâce à cette réduction de coût, il est possible d'introduire dans le panier flexitarien 50% de produits bio et certifiés, pour un coût équivalent à celui du panier moyen actuel des Français.

Sur le volet nutritionnel, la réduction importante des protéines animales nous conduit à estimer la teneur de certains micronutriments essentiels (vitamines A, B12, D, Ca, Fe et Znc), en sus du calcul du Nutriscore, pour couvrir les besoins nutritionnels du régime flexitarien.



1. Pour aboutir à ce panier durable, l'étude a réalisé une comparaison entre les 3 principales études déjà menées sur la consommation des français :

- Le panier moyen actuel des français présenté par l'étude INCA 3 (Étude individuelle des Consommations Alimentaires), réalisée par l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'Alimentation, de l'environnement et du travail) et publiée en juillet 2017. Cette étude donne une photographie de la consommation alimentaire actuelle moyenne en France.
- L'assiette Livewell, réalisée en 2016 par le WWF, qui définit le profil de l'assiette durable en 2020 et en 2030.
- L'assiette Aterres 2050, issue des travaux de Solagro, qui présente un scénario sur l'évolution des systèmes agricoles et alimentaires français à l'horizon de 2050.

2. Le terme « flexitarien » indique un mode de consommation alimentaire qui consiste à réduire fortement sa consommation de protéines animales au profit des protéines végétales. Dans notre étude, l'assiette flexitarienne se compose ainsi de 2/3 de protéines végétales contre 1/3 de protéines animales.

3. L'estimation de l'impact carbone d'un aliment désigne la quantité de gaz à effet de serre (en équivalent CO₂) émise lors des étapes de production, transformation et transport.

Lien étude : https://www.wwf.fr/sites/default/files/doc-2017-11/171109_rapport_vers_une_alimentation_bas_carbone_saine_abordable_0.pdf