

DOSSIER DE PRESSE

JABD | Alimentation
Nutrition
Diététique

Journée Annuelle Benjamin Delessert

Vendredi 31 janvier 2014
CNIT - Paris-La-Défense

Les textes, photos et coordonnées des orateurs de la JABD sont disponibles
sur demande par mail à ibd@institut-b-delessert.asso.fr



Vendredi 31 janvier 2014

CNIT - Paris-La-Défense

Amphithéâtre Goethe - niveau D

Comité scientifique :

Pr E. Bruckert, Dr D.A. Cassuto, Dr E. Disse, Dr F. Dadoun,
M. C. Fischler, Pr J.M. Oppert, Mme N. Rigal

Secrétaire générale : Mme A.C. Durand

Accueil des participants à partir de 8h00

Toxicologie alimentaire : vers un nouveau paradigme ?

Modérateurs : Jean-Michel Oppert, Robert Barouki

9h00 : Introduction

Claude Fischler

9h15 : Les contaminants : de quoi parle-t-on ?

Rémy Slama

9h45 : Tissu adipeux : stockage, source et cible des contaminants

Robert Barouki

10h15 : Pause

10h45 : Bisphénol A : l'histoire d'un contaminant alimentaire

Jean-Pierre Cravedi

11h15 : Quel discours avoir dans une situation d'incertitude ?

Jocelyn Raude

11h45 : Remise du Prix Benjamin Delessert par Claude Fischler

Inactivité physique et sédentarité :

du concept socio-écologique à la preuve physiopathologique

Chantal Simon

12h30 : Déjeuner

Au-delà de l'IMC

Modérateurs : Emmanuel Disse, Olivier Ziegler

14h15 : Anciennes mesures - Nouveaux phénotypes

Emmanuel Disse

14h30 : Évolutions de la mesure et de la norme depuis Quetelet

Thibaut de Saint-Pol

15h00 : Répartition de la graisse ectopique : de nouvelles données

Anne Dutour-Meyer

15h30 : Les paradoxes de l'IMC : quand la perte de poids est-elle néfaste ?

Jean-Michel Oppert

16h00 : Quelle nouvelle classification pour une prise en charge personnalisée ?

Olivier Ziegler

16h30 : Fin de séance

AU-DELÀ DE L'IMC

Adopté par l'OMS en 1997, l'IMC ou Indice de Masse Corporelle, aussi appelé indice de Quetelet, est un indicateur permettant de mesurer la corpulence d'un adulte (homme et femme). Il permet d'estimer si un individu présente a priori, en raison de sa corpulence, un risque de maladies métaboliques (hypercholestérolémie, diabète, hypertension...) ou de dénutrition liée à une trop grande maigreur. Cet instrument initialement créé pour effectuer des statistiques est devenu une véritable norme concernant le diagnostic de la corpulence individuelle. Aujourd'hui, la communauté scientifique (chercheurs, cliniciens et associations d'obèses) souhaite alerter les professionnels de santé : au-delà de l'IMC qui reste important, de nouveaux concepts permettraient une prise en charge plus personnalisée du patient même s'il reste à affiner sur de nombreux points pour les mettre en application.

La définition de l'IMC

Facile d'utilisation, l'IMC a permis de mettre en place un consensus pour définir l'obésité de façon internationale, et de comparer les pays entre eux. Il permet aussi une surveillance à l'échelle d'une population. La valeur de l'IMC est un reflet de la "corpulence", elle est calculée à partir du poids (en kg) et de la taille d'un individu (en m) par la formule poids/taille au carré.

Etat :	IMC :
Maigreur	< 18,5
Normal	De 18,5 à 24,9
Surpoids	De 25 à 29,9
Obésité	> 30
Obésité morbide	> 40

Evolution de la mesure et de la norme depuis Quetelet

🕒 *D'après Thibaut de Saint-Pol, Paris*

Une norme évolutive

Initialement l'IMC a été validé par l'OMS en 1997 pour établir des statistiques à l'échelle internationale. Il est peu à peu devenu un instrument normatif de diagnostic de la corpulence individuelle ce qui interroge sur sa pertinence.

On constate que l'image de soi et du regard porté aux autres, notamment en fonction de son IMC, est vécu différemment chez les hommes et chez les femmes et varie selon les époques, les cultures, et les milieux sociaux. Aujourd'hui être mince, tout au moins chez la femme française, symbolise la beauté, voire la norme. La minceur véhicule la notion d'une alimentation saine et équilibrée, d'une vitalité physique contrairement au siècle dernier où elle évoquait la pauvreté ou la maladie... À l'inverse, le surpoids qui touche plus fortement les classes populaires est perçu comme le fait de « ne pas savoir rester mince » ou de ne pas avoir accès à des produits alimentaires de qualité ni aux salles de sport, même si chez l'homme, la corpulence renvoie encore à l'idée de force.

En France, la norme de la minceur va au-delà des chiffres de l'IMC. Ainsi en France, les femmes jugeant leur poids trop faible sont deux fois moins nombreuses que celles qui ont effectivement un IMC inférieur à 18,5. Au Portugal, en Espagne et au Royaume-Uni, c'est l'inverse.

Les nouveaux phénotypes

► 5 questions au Dr Emmanuel Disse, Lyon

1) Pourquoi pensez-vous que les mesures actuelles comme l'IMC ne suffisent plus ?

L'IMC est un indicateur du statut nutritionnel qui présente des limites : il ne prend pas en compte différents paramètres comme l'ethnie (par exemple un Asiatique est obèse avec un IMC à 27, alors qu'un Européen serait en surpoids) le sexe et la répartition de la masse grasse. L'IMC n'explique ainsi que 2/3 de la variabilité interindividuelle de la masse grasse et peu donc être considéré comme un marqueur insuffisant du risque associé à l'excès de masse grasse.

2) Que voulez-vous dire par « répartition de la masse grasse » ?

L'IMC qui estime la quantité de graisses dans le corps, ne rend pas compte de la répartition de la masse grasse. Or, une personne peut avoir un IMC normal (entre 20 et 25), mais une masse grasse anormalement localisée et être exposée à un risque de diabète ou de maladies cardiovasculaires. (cf. intervention d'Anne Dutour-Meyer)

3) Quels sont les nouveaux concepts autour de l'IMC ?

Un des nouveaux concepts autour de l'IMC, c'est le fait que l'obésité (IMC >30) puisse dans certaines conditions avoir un effet protecteur vis-à-vis du risque de mortalité. Par exemple au cours du vieillissement, l'obésité modérée considérée initialement comme un facteur de fragilité est maintenant vue comme un facteur protecteur. De la même façon, chez le patient insuffisant rénal, la survie dans les 2 années suivant le début de la dialyse est meilleure chez les sujets obèses que chez les sujets de poids normal. Les explications de ce « paradoxe de l'obésité » restent incertaines.

4) Quels sont les nouveaux phénotypes de l'obésité ?

On estime que 20 à 30 % de la population obèse ne présente pas de complications métaboliques (diabète, hypertension artérielle ou dyslipidémie). Ces patients sont considérés comme « métaboliquement sains ». Inversement, certains sujets ont un IMC normal mais des complications métaboliques sévères : il s'agit des sujets de poids normal que l'on pourrait qualifier de métaboliquement obèses. Pour ces deux phénotypes, l'IMC est pris à défaut pour le risque métabolique. Ces nouveaux phénotypes devraient donc permettre de mieux comprendre la physiopathologie des complications de l'obésité.

5) Quelles mesures proposer ?

Il faut probablement tenter de redéfinir la mesure et la norme.

Des outils de mesures complémentaires simples comme le tour de taille ou le rapport taille / hanche, les éléments cliniques et biologiques du syndrome métabolique comme la glycémie à jeun et le taux de triglycérides pourraient permettre de mieux approcher le risque cardio-métabolique que la simple mesure de l'IMC.

Le poids du retentissement métabolique mais également psychologique et social de l'obésité n'est aucunement proportionnel à l'IMC. Considérer simultanément ces retentissements pour appréhender le sujet obèse dans sa globalité et déterminer la gravité de sa pathologie : c'est probablement vers cela qu'il faut tendre. La nouvelle classification de l'obésité Edmonton Staging (avec des grades allant de 0 à 4, comme détaillé par le Pr Ziegler) est un outil prometteur en ce sens et pourrait rendre la seule mesure de l'IMC insuffisante.

Répartition de la graisse ectopique : de nouvelles données

► D'après le Pr Anne Dutour-Meyer, Marseille

La localisation des graisses est cruciale pour déterminer son effet sur l'organisme. Les graisses placées sur les hanches n'ont pas les mêmes conséquences que les graisses abdominales ou celles qui se situent autour de certains organes vitaux comme le cœur, le pancréas ou le foie. On les appelle graisses ectopiques et ce sont les plus délétères. Ces graisses inflammatoires peuvent engendrer une fibrose, qui elle-même va favoriser des risques de sur-

venues des maladies métaboliques notamment le diabète, car l'insuline n'est plus régulée. On s'interroge également aujourd'hui sur le rôle des perturbateurs endocriniens et leurs effets sur les adipocytokines qui provoquent cette inflammation.

Ainsi, les personnes avec un IMC normal mais avec des graisses abdominales (forme androïde) présentent généralement plus de risques de maladies métaboliques que des personnes obèses avec des graisses localisées sur les hanches (forme gynoïde ou « poire »).

Les paradoxes de l'IMC : la perte de poids peut être également néfaste

👉 *D'après le Pr Jean-Michel Oppert, Pitié-Salpêtrière, Paris*

Il est généralement admis que l'obésité est une maladie qui comporte des risques pour la santé et diminue l'espérance de vie et que la perte de poids est bénéfique sur les complications cardiovasculaires. Certaines situations sont parfois plus complexes. Ainsi, l'obésité telle qu'elle est définie habituellement (IMC > à 30) est un facteur de risque pour l'insuffisance cardiaque, mais apparaît comme un prédicteur positif pour la survie après l'apparition de cette insuffisance cardiaque. Le concept de « paradoxe de l'obésité » évoque la possibilité que, dans certaines situations particulières, l'obésité puisse être protectrice et qu'une perte de poids puisse avoir des conséquences néfastes. Il convient de distinguer la perte de poids intentionnelle et non intentionnelle. Il faut également prendre en compte l'ampleur de la perte de poids (perte modérée induite par un changement de comportements par rapport à la perte massive due à une chirurgie bariatrique qui peut entraîner des dénutritions et des carences vitaminiques). Autre point important : la composition de cette perte de poids (masse musculaire ou masse grasse) et la localisation de la perte de graisse (effets bénéfiques présumés de la graisse glutéofémorale par opposition à la graisse viscérale abdominale). Il est aussi important de ne pas oublier les conséquences psychologiques ou psychosociales que peuvent faire apparaître des pertes de poids importantes, en partie responsables des effets « yoyos ». Au-delà de l'IMC, c'est donc redéfinir une approche globale de la gestion du poids avec des objectifs personnalisés.

Les alternatives à l'IMC

👉 *D'après le Pr Olivier Ziegler, CHU de Nancy, professeur à l'Université de Lorraine et président de l'AFERO (association française d'étude et de recherche sur l'obésité)*

De nouvelles approches sont nécessaires pour mieux décrire les différentes formes d'obésité, qui est une maladie plurifactorielle. L'IMC est un critère pratique et validé (associations significatives avec la morbi-mortalité) qui reste d'actualité. Mais il n'est pas suffisant au niveau individuel. Il faut aller plus loin en tenant compte du retentissement de l'excès de masse grasse sur le plan somatique et sur le plan psychologique. Le facteur temps, c'est-à-dire la trajectoire du patient est également importante à considérer, car l'obésité est une maladie chronique évolutive.

De nouvelles propositions de classification émergent, notamment la classification d'Edmonton. Il s'agit d'évaluer le risque en décrivant 5 stades de gravité (noté de 0 à 4).

Un triple regard

Cette classification prend en compte 3 dimensions : l'une est médicale ou somatique (anomalies de la glycémie, de la fonction respiratoire par exemple), l'autre psychologique (souffrance et vulnérabilité psychique) et la dernière fonctionnelle (degré de handicap) qui prend en compte la qualité de vie. Le stade 0 correspond à la présence de facteurs de risque, avec peu d'expression clinique, alors que le stade 4 est celui de la défaillance d'organe (ex : insuffisance cardiaque).

Ces notions étaient absentes dans les classifications précédentes. Toutefois, cette approche particulièrement séduisante demeure arbitraire car des questions restent en suspens : comment grade-t-on ? Comment choisir les seuils qui séparent les différents stades ? Un exemple : où se situe la limite de la glycémie considérée comme anormale ? Comment définir une altération modeste de la qualité de vie ? C'est sur ces questions que vont travailler les centres spécialisés de l'obésité (CSO) en 2014. Une étude portera sur les critères à prendre en compte.

La vraie nouveauté est cette prise en charge multi-dimensionnelle : les maladies mais aussi le handicap, la qualité de vie et le retentissement psychologique.

TOXICOLOGIE ALIMENTAIRE: VERS UN NOUVEAU PARADIGME ?

La toxicologie alimentaire est l'analyse du risque toxicologique lié à l'ingestion d'un aliment ou à l'exposition d'une population à des contaminants (pesticides bisphénol A...) et aux dangers que cette exposition engendre. Cette discipline vit actuellement une révolution et représente une des principales sources d'inquiétude chez le grand public. Alors que les scientifiques disposent de meilleurs outils de mesure et d'une évaluation plus fine des risques liés aux contaminants, de nouvelles questions surgissent :

- le précepte affirmant que "seule la dose fait le poison" semble largement dépassé par les connaissances actuelles ;
- l'effet de certains contaminants dépendrait largement de la fenêtre d'exposition (in utero, dans les premiers mois de la vie ou à l'adolescence) mais aussi "d'effets cocktails" s'ils sont combinés entre eux ;
- les conséquences d'une exposition à ces contaminants peuvent se révéler après une longue période de latence, voire sur plusieurs générations, ce qui complexifie encore l'analyse des risques.

Dans bien des cas, ces "contaminants alimentaires" sont transformés ou éliminés par l'organisme mais une partie résiduelle est absorbée et stockée dans les tissus adipeux. Ce stockage permet de transformer une toxicité aiguë en une toxicité réduite mais potentiellement chronique, les substances contaminantes pouvant ensuite être relarguées dans la circulation générale.

Dans ce contexte encore incertain, l'Institut Benjamin Delessert a demandé aux experts comment appréhender ces nouvelles notions.

Les contaminants : de quoi parle-t-on ?

🕒 *D'après le Pr Jean-Michel Oppert, Pitié-Salpêtrière, Paris*

On peut catégoriser les contaminants en plusieurs familles : les facteurs physiques (radioactivité, chaleur...), les facteurs chimiques (les pesticides, les phtalates utilisées notamment pour assouplir les matières plastiques, les cosmétiques, les phénols comme le bisphénol A, la pollution atmosphérique...) et les facteurs biologiques (virus, bactéries...).

Les effets de ces contaminants sont multiples et peuvent affecter différents systèmes de l'organisme. Si l'effet du contaminant passe par une altération du système endocrinien (par exemple si la substance est reconnue à tort par l'organisme comme une hormone naturelle), on parle alors de *perturbation endocrinienne*. Ce mécanisme peut entraîner des effets sur la fertilité, le déroulement des grossesses avec risque de fausse couche, le développement du fœtus, la cancérogenèse ou encore les pathologies métaboliques comme le surpoids.

Une sensibilité accrue selon la fenêtre d'exposition

D'après des études sur modèles animaux et quelques études épidémiologiques sur les humains, l'exposition intra-utérine et dans la petite enfance aux Polluants Organiques Persistants, ou POP (dont les PCB qui finissent par s'introduire dans la chaîne alimentaire de certains poissons) pourraient favoriser le développement du surpoids dans l'enfance ou à l'adolescence. Ces études ont conduit l'Anses à émettre des restrictions sur la consommation de poissons chez les femmes enceintes et les personnes fragiles.

Les perturbateurs endocriniens agissent sur les troubles du métabolisme et l'obésité

🕒 *D'après le Pr Robert Barouki, de l'INSERM UMR-S 747, Université Paris Descartes, Paris*

Les perturbateurs endocriniens sont des substances exogènes qui modifient soit la quantité soit l'activité des hormones, entraînant ainsi des effets indésirables tels que les maladies métaboliques. Ils peuvent contaminer la voie alimentaire sans agir à dose élevée mais en agissant à faible dose. Ces « réponses » sont déroutantes car elles ne correspondent pas à la toxicologie traditionnelle. Par ailleurs, le fœtus exposé sur une période courte à des contaminants (dioxine, PCB, pesticides...) peut être affecté sur le long terme.

Des effets sur l'obésité et les maladies métaboliques

Certains de ces contaminants se stockent dans le tissu adipeux pendant des années et y créent une inflammation. Ils ont des effets perturbateurs sur le métabolisme lipidique et peuvent engendrer indirectement une prise de poids. Les dioxines et d'autres polluants organiques persistants sont stockés dans les tissus adipeux, ce qui protège les autres organes mais crée une source chronique d'exposition interne. On parle "d'effet éponge".

Des données chez l'animal et quelques indices chez l'homme

Les études liant exposition aux contaminants et effets métaboliques ont été essentiellement réalisées chez l'animal. Il existe quelques arguments de corrélation chez l'homme mais il est difficile de parler de causalité car la preuve est difficile à établir et nécessite de prendre en compte de nombreux paramètres, y compris l'exposition in utero.

Les recommandations ? Bon sens et prudence

Le plus sage est de faire preuve de bon sens et de prudence sans céder à la panique. Les conseils sont simples : équilibrer et varier son alimentation, en particulier continuer à consommer des fruits et légumes mais en les lavant bien pour éliminer un maximum de résidus de pesticides, être particulièrement prudent pendant la grossesse (pas plus de 2 fois du gros poisson par semaine) et la petite enfance. En ce qui concerne la gestion du poids, le professeur Barouki recommande aux personnes obèses de maigrir mais progressivement et toujours avec un suivi médical. En effet, si la perte de poids présente de nombreux avantages pour les personnes obèses, l'état de personnes contaminées s'améliore moins vite que les autres.

Nous pouvons parler du principe de précaution raisonnablement appliqué, comme c'est le cas pour le bisphénol A.

L'exemple du bisphénol A : le plus connu des perturbateurs endocriniens

► *D'après le Dr Jean-Pierre Cravedi, Toulouse.*

Une récente évaluation du risque

En 2013, l'Anses a publié un nouveau rapport sur l'évaluation du risque pour la santé humaine d'une exposition au Bisphénol A (BPA). Contrairement aux positions des autres agences, dont celui de l'autorité européenne de la sécurité des aliments (EFSA), cet avis indique que le BPA présente des risques potentiels pour la santé, même à faibles doses, en particulier chez la femme enceinte.

Depuis, l'EFSA a publié un avis sur les perturbateurs endocriniens visant à redéfinir cette catégorie de substances et le parlement européen a également souligné la nécessité de mettre en place des mesures visant à protéger la santé des consommateurs avant même la mise en évidence d'un risque avéré.

C'est dans ce contexte, qui sème le trouble dans le monde scientifique qu'un état des lieux devrait être dressé.

Des risques mal connus

Les études récentes ont identifié un grand nombre de cibles du BPA dépassant largement les effets toxiques initialement identifiés sur le foie ou la reproduction. Ce contaminant produit et utilisé dans le monde entier, présente un intérêt majeur : il permet de fabriquer des emballages alimentaires solides et peu coûteux (ce sont les polycarbonates), il entre aussi dans la composition des laques protégeant l'intérieur des boîtes de conserve pour éviter les corrosions. Transparent et résistant, ses usages sont multiples : composites dentaires, tickets de caisses, etc... Les alternatives ne sont pas évidentes et les candidats potentiels présentent des risques mal identifiés pour l'instant et un coût plus élevé. L'enjeu du règlement est donc à la fois économique et politique.

Les mécanismes d'action du BPA sont insuffisamment connus mais il ressort une quinzaine de cibles potentielles et non des moindres : le système nerveux central, la thyroïde, l'équilibre métabolique... Des questions demeurent : les pathologies à l'âge adulte ont-elles bien un lien

avec l'exposition à la naissance ou in utero ? Faut-il déjà prendre déjà des mesures ou non ? Le risque encouru est-il acceptable ? Il est difficile de conclure de façon évidente pour l'homme mais le principe de précaution prévaut en France.

Quel discours peut-on avoir en cette période de doutes ?

👉 *D'après Jocelyn Raude, sociologue, Rennes*

Par rapport au siècle dernier, notre alimentation présente moins de risques (notamment nutritionnels ou infectieux grâce à la généralisation des règles d'hygiène). Il n'en reste pas moins vrai que des incertitudes demeurent et que de nouveaux risques sont encourus. D'après le sociologue, les peurs reposent sur la conjonction de trois données anxiogènes : la méconnaissance de l'origine des produits, la mondialisation de l'offre et la banalisation des produits agroalimentaires. La peur a quelque chose d'irrationnelle, véhiculée par certains discours alarmants, ce qui peut engendrer un rejet des produits.

Pour dépasser le paradoxe entre le risque alimentaire réel et le risque ressenti, il est utile de se rappeler que la peur alimentaire a toujours existé dans des périodes de crise. Cette peur réapparaît en cas de crise (par exemple : la vache folle). Il est alors plus rassurant de se tourner vers des produits présumés traditionnels voire bio alors que des risques persistent sur ces produits et que la naturalité n'est pas un gage de non-toxicité.

L'environnement du mangeur est donc de moins en moins risqué mais de plus en plus incertain ce qui incite à poursuivre les recherches afin d'avoir des réponses claires aux interrogations liées à l'apparition de nouveaux risques potentiels.

L'INSTITUT BENJAMIN DELESSERT EN QUELQUES MOTS

Les différentes missions de l'Institut Benjamin Delessert

Depuis sa création en 1976, l'Institut Benjamin Delessert est financé par l'interprofession sucrière et a une double vocation :

- encourager la recherche en nutrition dans le domaine des sciences médicales, humaines et sociales,
- contribuer à la diffusion des connaissances dans le domaine de la nutrition.

Depuis 2002, les **Prix de Projets de Recherche** récompensent 5 à 6 chercheurs d'unités de recherche universitaire, INSERM, CNRS ou INRA.

Chaque année depuis 1986, le **Prix Jean Trémolières** récompense un ouvrage ou une thèse éclairant la psychologie alimentaire, les habitudes et comportements alimentaires individuels ou collectifs. Ce prix est remis à l'occasion d'une **Conférence Benjamin Delessert**, réunissant plusieurs spécialistes sur un thème en lien avec le travail récompensé.

L'Institut Benjamin Delessert organise également la **Journée Annuelle Benjamin Delessert** (JABD). Cette journée de conférences rassemble, autour de deux thèmes d'actualité, médecins nutritionnistes, diététicien(ne)s, professionnels de santé, ingénieurs des industries de l'agroalimentaire, journalistes scientifiques et étudiants. Le **Prix Benjamin Delessert**, décerné depuis 1988 lors de cette Journée Annuelle, récompense, pour l'ensemble de ses travaux, une personnalité dont l'action dans le domaine de la nutrition a contribué au développement des connaissances dans ses diverses composantes et/ou dans leurs multiples applications pratiques.

Qui était Benjamin Delessert ?

Benjamin Delessert (1773-1847) fut un des hommes les plus brillants de son époque. Doté d'un esprit vif et altruiste, il fut tour à tour botaniste, industriel, inventeur, banquier et collectionneur. Il a notamment introduit l'usage de la vapeur dans les machineries textiles, créé les premières soupes populaires ou encore les Caisses d'Épargne et de Prévoyance. En 1806, alors que le blocus continental provoque une envolée des prix de la canne à sucre, Benjamin Delessert réussit la mise au point de machines permettant d'extraire du sucre de betterave. Impressionné par son ingéniosité, Napoléon lui remet sa propre légion d'honneur en 1812.

Les lauréats des Prix de Projets de Recherche 2013 Dotation globale : 90 000€

Mme Annick FAURION, CNRS Paris

Rôle des récepteurs gustatifs dans les changements du comportement alimentaire après chirurgie bariatrique ;

M. Laurent GENSER, PITIE-SALPETRIERE Paris

Impact des sucres non digestibles sur la perméabilité passive de l'intestin grêle dans l'obésité humaine ;

M. Lourdes MOUNIEN, Université d'Aix-Marseille

Fonction des micro-ARN dans la régulation du système mélanocortinergique impliqué dans le contrôle de l'homéostasie glucidique ;

Mme Amandine ROCHEDY, Université de Toulouse II

Socialisation alimentaire des enfants avec trouble du spectre autistique : une aide pour les familles et les soignants ;

Mme Christel TRAN, CHUV Lausanne

Intolérance héréditaire au fructose : rôle de la mutation de l'aldolase B dans les pathologies métaboliques et cardiovasculaires.

LAURÉAT 2014 DU PRIX BENJAMIN DELESSERT

Pr Chantal Simon

*Professeur en Nutrition, Université de Lyon
Médecin hospitalier Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition
Centre Hospitalier Lyon Sud*

Un thème de recherche clé : "activité physique et santé métabolique"

Chantal Simon mène son activité de recherche dans le cadre du CRNH-Rhône Alpes et de l'Unité INSERM CARMEN U1060 où elle codirige une équipe.

Son activité de recherche est centrée de longue date sur l'activité physique et la sédentarité en lien avec la santé cardiovasculaire et métabolique, et un intérêt particulier pour la mesure objective de ces comportements en condition de vie réelle et pour leurs déterminants notamment environnementaux.

Parmi d'autres projets, elle a initié et coordonné l'étude ICAPS. Cette étude, d'une durée de 4 ans, basée sur une approche socio-écologique, est l'une des premières à avoir démontré l'intérêt de la promotion de l'activité physique pour la prévention de l'excès de poids chez l'adolescent, avec des résultats qui se maintiennent plus de deux ans après la fin de l'intervention.

L'étude ICAPS et ses retombées

Entre 2002 et 2006, l'étude Icaps a été réalisée dans le Bas-Rhin, par l'équipe du Pr Chantal Simon. Cette étude randomisée a impliqué 1 000 élèves de sixième, répartis dans 4 collèges "témoin" et 4 collèges "action". Elle a montré l'efficacité d'une intervention socio-écologique sur l'augmentation de la pratique d'activité physique et la prévention d'une prise de poids excessive.

Reconnue comme efficace par l'OMS en 2009 (World Health Organization. Interventions on Diet and Physical Activity: What Works. Evidence Tables, 2009), cette stratégie d'intervention privilégie une action simultanée et directe sur trois niveaux :

- auprès des élèves (connaissances, attitudes et motivations de l'élève grâce à l'organisation de débats sur le sujet de l'activité physique, par exemple, et en lui proposant des activités sportives pendant les récréations, les heures de permanence, durant la pause de midi ou encore le temps périscolaire)
- auprès de leur entourage (famille, enseignants, éducateurs) afin qu'il valorise la pratique d'activité physique et qu'il incite les jeunes à augmenter leur niveau de pratique
- auprès de leur environnement structurel pour le rendre plus favorable à la pratique d'activité physique (rendre accessible l'exercice physique au quotidien, à l'école et en dehors, dans tous les lieux de vie du jeune).

Actuellement, l'enjeu pour l'Institut National Pour la Prévention et l'Education pour la Santé (INPES) est de passer d'un essai contrôlé randomisé à une stratégie de déploiement national avec des partenaires locaux pour généraliser sur le territoire les projets de type Icaps.

► Pour en savoir plus :

***Promouvoir l'activité physique des jeunes -
Élaborer et développer un projet de type Icaps***

Sous la direction de Florence Rostan, Chantal Simon, Zékya Ulmer, INPES 2011

Activité physique et santé - Arguments scientifiques, pistes pratiques

J.-M. Oppert ; C. Simon ; D. Rivière ; C.-Y. Guezennec, PNNS 2006

Les textes, photos et coordonnées des orateurs de la JABD sont disponibles
sur simple demande par mail à ibd@institut-b-delessert.asso.fr



**23, Avenue d'Iena
75116 Paris
Tél : 01 45 53 41 69 - Fax : 01 47 27 66 74
E-mail: ibd@institut-b-delessert.asso.fr
<http://www.institut-benjamin-delessert.net>**