

PROGRAMME SPÉCIAL D'AIDE ALIMENTAIRE WIC, DESTINÉ AUX FEMMES, AUX NOUVEAU-NÉS ET AUX ENFANTS

N° 201 | octobre 2019

Édito

Depuis plus de 40 ans, le programme WIC (*Women, Infants, and Children*) – vaste programme nutritionnel de santé publique aux Etats-Unis – fournit aux familles défavorisées des aliments sains et une aide à l'allaitement, tout en les orientant vers les services médicaux et sociaux et en les informant sur la nutrition. Géré par le ministère de l'Agriculture américain, le programme WIC aide 7 millions de femmes à faibles revenus, leurs nourrissons et/ou leurs enfants jusqu'à l'âge de 5 ans.

Le panier alimentaire est la pierre angulaire du programme. Les aliments proposés sont adaptés aux besoins nutritionnels individuels du participant et favorisent une croissance et un développement sains tels que: lait, fromages, yaourts, beurre de cacahuète, fruits, légumes, poisson en conserve et céréales complètes. Les bénéficiaires reçoivent leur prescription d'aliments sains soit sur une carte électronique soit sous forme de bons d'achats destinés à l'achat exclusif de fruits et légumes (F&L).

Ce panier alimentaire est réévalué au minimum tous les 10 ans, selon la loi « *Healthy Hunger Free Kids Act* » de 2010, afin d'intégrer les dernières données scientifiques tout en étant conforme au Guide Alimentaire Américain (*Dietary Guidelines for Americans*) et en tenant compte des diverses origines culturelles. En janvier 2017, la NASEM (*National Academy of Sciences, Engineering and Medicine*) a publié une étude sur 10 ans sur le panier alimentaire et a préconisé des modifications pour améliorer l'équilibre et le choix des bénéficiaires. L'un des points clé de ces recommandations est l'augmentation de la quantité de F&L que les familles peuvent se procurer via le programme WIC.

L'Association nationale WIC (NWA) garantit et soutient les politiques en faveur d'un panier alimentaire sain et culturellement adapté. La NWA mène ce travail à travers les politiques législatives efficaces adoptées au cours du processus législatif de la *Child Nutrition Reauthorization* (CNR), qui proroge la loi sur l'alimentation des enfants. Les priorités actuelles de la NWA au regard de la CNR comprennent la mise en œuvre de projets pilotes visant à améliorer les bons d'achat, en augmentant leur valeur et en remplaçant des produits du panier par d'autres, notamment des jus de fruits et des légumes en pot, en étendant les avantages de ces bons.

En plus des modifications recommandées du panier alimentaire, la NASEM émet des recommandations pour de futures recherches pour documenter l'impact du programme WIC et identifier les domaines d'amélioration. Il est impératif que les chercheurs continuent à réaliser des études indépendantes analysant les divers aspects du programme, concernant en particulier la qualité, la forme et le contenu du panier alimentaire. Sans études qualitatives, la réussite durable du programme WIC ne peut être assurée.

Nous avons le plaisir de vous présenter trois articles démontrant l'importance de la recherche qui évalue de manière continue comment les bénéficiaires utilisent



octobre 2019

Douglas Greenaway

Président et Directeur Général Association Nationale WIC - ÉTATS-UNIS



octobre 2019

Relations entre stress, données démographiques et comportement alimentaire chez des femmes enceintes à faibles revenus, obèses ou en surpoids

Aux États-Unis, près de 45 % des femmes enceintes à faibles revenus sont obèses ou en surpoids avant leur grossesse¹. Environ 65 à 85 % des femmes obèses ou en surpoids – justement celles à faibles revenus – ont une prise de poids gestationnelle excessive associée à une alimentation de mauvaise qualité nutritionnelle² et à des conséquences néfastes durant la grossesse et à la naissance, comme un diabète gestationnel³ et un bébé au poids de naissance élevé^{4,5}.

Cette étude a identifié les facteurs de risques démographiques associés à un niveau de stress élevé. Elle a examiné la relation entre stress, données démographiques et consommation de matières grasses et de F&L chez des femmes enceintes à faibles revenus, obèses ou en surpoids. Les participantes recrutées font partie du programme WIC. 353 femmes enceintes obèses ou en surpoids, blanches ou noires non-hispaniques, ont rempli manuellement un questionnaire sur les données démographiques, leur niveau de stress et la consommation de matières grasses et de F&L.

Relation entre niveau de stress, données démographiques et consommation de matières grasses ou de F&L

47 % des femmes enceintes ont rapporté un niveau de stress élevé. Les femmes âgées de 35 ans ou plus, qui disposaient d'un diplôme d'études secondaires ou inférieur, ou étaient au chômage, ont un risque de stress élevé (Figure 1).

- **Le niveau de stress** n'est pas associé à la consommation de matières grasses. Quand le stress augmente, les femmes sont moins susceptibles de manger des F&L.
- **L'âge** n'est pas associé à la consommation de matières grasses et de fruits. Concernant les légumes, les femmes âgées de 35 ans ou plus sont susceptibles d'en consommer davantage comparativement aux femmes âgées de 24 ans ou moins.
- **Origine raciale ou ethnique** : comparativement aux femmes noires, les femmes blanches sont plus susceptibles de consommer moins de matières grasses et de légumes, d'après ce qu'elles ont rapporté. L'origine raciale n'est pas associée à la consommation de fruits.
- **L'éducation** n'est pas associée à la consommation de matières grasses ou de F&L.
- **Le statut professionnel** n'est pas associé à la consommation de matières grasses ni de F&L.
- **Statut tabagique** : les femmes qui n'ont jamais fumé rapportent une consommation de matières grasses plus faible que les femmes qui fumaient ou fument. Le statut tabagique n'est pas associé à la consommation de F&L.

Conclusion

Dans notre étude, le niveau de stress est susceptible d'être plus élevé chez les femmes enceintes à faibles revenus, obèses ou en surpoids qui sont, en outre, plus âgées, avec un niveau d'études inférieur et sans emploi. Les professionnels de santé pourraient envisager d'identifier des sous-groupes de femmes à risque en raison d'une alimentation de mauvaise qualité nutritionnelle, afin de leur fournir des conseils nutritionnels supplémentaires.

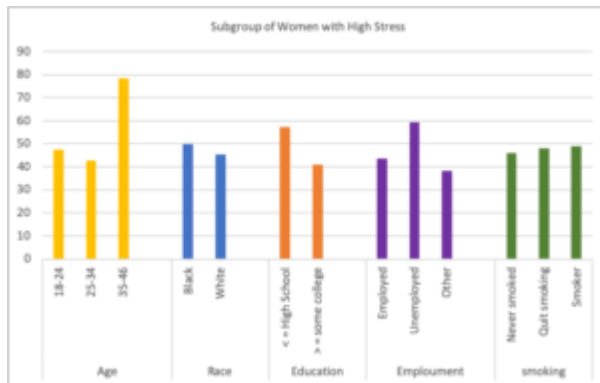


Figure 1 : Prévalence de stress et facteurs de risque démographiques

Basé sur : Chang M, Tan A, Schaffir J. Relationships between stress, demographics and dietary intake behaviours among low-income pregnant women with overweight or obesity. *Public Health Nutrition*. 2019;22(6):1066-1074

Références

1. Center for Disease Control and Prevention. Eligibility and enrollment in the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC)—27 states and New York City, 2007-2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2013;62(10):189- 193.
2. Stuebe AM, Oken E, Gillman MW. Associations of diet and physical activity during pregnancy with risk for excessive gestational weight gain. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201(1):58 e51-58.
3. Hedderson MM, Gunderson EP, Ferrara A. Gestational weight gain and risk of gestational diabetes mellitus. *Obstet Gynecol*. 2010;115(3):597-604.
4. Johansson S, Villamor E, Altman M, Bonamy AK, Granath F, Cnattingius S. Maternal overweight and obesity in early pregnancy and risk of infant mortality: a population based cohort study in Sweden. *BMJ*. 2014;349:g6572.
5. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, et al. Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2017;317(21):2207-2225.

Lutte contre la consommation de boissons sucrées dans les 1 000 premiers jours de la vie : entretiens avec des familles et des prestataires du programme WIC

Aux États-Unis, la prévalence de l'obésité infantile persiste à des niveaux élevés. Les disparités raciales et socio-économiques de l'obésité infantile prennent racine dans les 1 000 premiers jours de la vie – de la grossesse jusqu'à 2 ans¹. La consommation de boissons sucrées (BS) est un facteur de risque majeur d'obésité durant toute la vie, y compris la grossesse et la petite enfance^{2,3}. Notre but est d'étudier la perception de la consommation de BS et l'acceptabilité d'éventuelles interventions incitant les familles à faibles revenus à éviter les BS dans les 1 000 jours de la vie.

Nous avons réalisé 25 entretiens semi-structurés avec des femmes enceintes et des mères de nourrissons participant au programme WIC, et 7 entretiens avec des prestataires et médecins du programme. Les participants se sont prêtés à un entretien de 90 minutes, ont examiné 24 supports visuels puis en ont discuté. Nous avons étudié les perceptions, les freins et les éléments facilitateurs pour éviter les BS et l'efficacité des diverses interventions.

Les parents ont le sentiment d'un manque de contrôle sur le choix des boissons

Presque toutes les mères avaient du mal à distinguer les boissons bonnes pour leur santé et celle de leurs enfants. Elles s'appuyaient sur la marque et l'emballage pour déterminer quelles étaient les boissons sucrées, mais aucune n'a indiqué évaluer la teneur en sucre. La plupart croyaient que leurs envies de femmes enceintes étaient irrésistibles et leurs attirances si fortes qu'il était impossible de les surmonter. Elles croyaient que les enfants maîtrisaient leur consommation de boissons sucrées et qu'il leur était impossible de les éviter. Mères et prestataires du programme WIC se sont aperçus que les familles cherchaient des alternatives à l'eau, bonnes pour la santé.

Les conséquences néfastes sur la santé sont fortement motivantes pour les mères

Si les messages destinés à promouvoir les bienfaits de l'eau sur la santé ont été bien accueillis, ceux soulignant les conséquences néfastes des BS sur la santé ont suscité des réactions plus contrastées. Toutes les mères approuvaient que les messages sur les conséquences néfastes des BS pour la santé des enfants puissent convaincre les parents d'arrêter de leur en donner. En revanche, les prestataires ne pensaient pas que les conséquences néfastes sur la santé soient un argument efficace pour faire passer le message: les familles ne se sentiraient pas concernées et trouveraient les messages négatifs décourageants.

Les illustrations concrètes sur la teneur en sucre modifient les comportements par rapport aux BS

Les femmes ont été surprises par les informations sur la teneur en sucre de différentes boissons, en particulier celles des boissons considérées « saines » (exemple : boissons pour sportifs et aux fruits). De nombreuses mères ont apprécié de pouvoir faire des choix éclairés en comparant la teneur en sucre des différentes boissons. Les prestataires ont noté que les supports visuels montrant la quantité de sucre des boissons avaient un impact positif dans leur pratique.

Thèmes

Confusion concernant les boissons bonnes ou non pour la santé

Citations illustratives

« Bon pour la santé ? Le jus de pommes bio...Le lait à un pour cent est bon pour la santé, il n'a pas de matières grasses... Je bois aussi une boisson chocolatée, mais elle est bio. »

Manque de contrôle sur le choix des boissons

« Quand j'étais enceinte, je ne buvais presque jamais d'eau. C'était surtout parce que j'avais toujours des envies de choses sucrées ».

Forte motivation induite par les images montrant les conséquences néfastes sur la santé

« AVC, crise cardiaque... oh mon Dieu. C'est effrayant... J'aimerais qu'ils boivent tout le temps de l'eau et oublient les boissons sucrées... ça me fait peur surtout pour mes enfants ».

Responsabilisation par les informations sur la teneur en sucre

« Vous pourriez dire à quelqu'un 'oh tu bois tout ce sucre', mais en fait quand on voit les cuillères de sucre... ça fait beaucoup ».

Les messages axés sur les conséquences sur la santé des nourrissons et la responsabilisation des parents pour choisir des boissons de meilleure qualité nutritionnelle selon la teneur en sucre doivent être testés dans des interventions pour diminuer la consommation de BS dans les 1 000 premiers jours.

Basé sur : Morel K., et al. Parental and Provider Perceptions of Sugar-Sweetened Beverage Interventions in the First 1,000 Days: A Qualitative Study. Acad Pediatr. 2019; 19(7): 748-755.

Références

1. Taveras EM et al. Reducing racial/ethnic disparities in childhood obesity: the role of early life risk factors. JAMA Pediatr. 2013;167:731-738.
2. Gillman MW et al. Beverage intake during pregnancy and childhood adiposity. Pediatrics. 2017;140(2).
3. Park S et al. The association of sugar-sweetened beverage intake during infancy with sugar-sweetened beverage intake at 6 years of age. Pediatrics. 2014;134: S56-S62.

La participation au programme WIC et un environnement alimentaire plus sain sont associés à une consommation plus élevée de fruits et légumes

L'accessibilité à une alimentation saine, mesurée par la distance jusqu'aux points de vente comme les supermarchés, influe sur les comportements alimentaires de la population¹. Les recherches antérieures examinant l'association entre accès aux supermarchés et qualité du régime alimentaire sont contrastées². Ces différences pourraient être dues à des erreurs dans les mesures de consommation alimentaire auto-rapportées³.

Le but de notre étude est d'examiner :

- l'association entre l'accessibilité au supermarché dans lequel les participants ont été étudiés ;
- la fréquence des achats au supermarché ;
- la consommation de fruits et légumes (F&L) objectivement évaluée et auto-rapportée.

Quelles sont les méthodes utilisées ?

L'accessibilité a été évaluée par des Systèmes d'Information Géographique (SIG) et l'indice modifié de l'environnement alimentaire des points de vente (*Modified Retail Food Environment Index – mRFEI*). Ce dernier établit un ratio entre :

- les magasins type super/hypermarchés, grandes épiceries, marchés de F&L, fournissant des aliments sains – « points de vente d'aliments sains » et
- les magasins type fast-food, petites épiceries, magasins de dépannage vendant des aliments de moins bonne qualité nutritionnelle – « points de ventes d'aliments peu sains ».

NB : les magasins sont situés dans les secteurs de recensement ou dans les 800 m.

La consommation de F&L a été mesurée en évaluant les caroténoïdes cutanés à l'aide du « *Veggie Meter™* » qui utilise la spectroscopie par réflexion de manière non invasive.

Les participants, recrutés dans 2 supermarchés situés dans la « Stroke Belt » (littéralement « ceinture d'AVC ») (région au taux d'accidents vasculaires cérébraux élevé aux Etats-Unis) ont comme caractéristiques :

- un taux d'obésité de 30 % ;
- une santé passable ou mauvaise (20 %) ;
- une situation d'insécurité alimentaire (>20 %). 136 participants ont été recrutés principalement des femmes (75 %) et des afro-américains (86 %), avec un revenu annuel du foyer inférieur à 40 000 \$ (74 %).

Une association positive entre le score de caroténoïdes cutanés et l'indice mRFEI

Nous avons constaté une association positive significative entre le score de caroténoïdes cutanés et l'indice mRFEI : le score de caroténoïdes cutanés a augmenté dans un environnement alimentaire avec un ratio plus élevé pour les points de vente d'aliments sains en comparaison avec les points de ventes d'aliments peu sains ». Cela suggère que la consommation à long terme de F&L peut être influencée, non seulement par la proximité du supermarché préféré, mais également par le rapport entre les points de vente d'aliments sains et moins sains dans l'environnement alimentaire proximal. Ce résultat est cohérent avec les recherches antérieures montrant que le niveau d'obésité était associé à l'indice RFEI (« marais alimentaires^a ») versus la proximité des

supermarchés (« déserts alimentaires »).

La participation au programme WIC est associée au taux de caroténoïdes cutanés

Nous avons retrouvé des associations entre la participation au programme WIC et les caroténoïdes cutanés : les bénéficiaires du programme WIC avaient un score de caroténoïdes cutanés supérieur aux non bénéficiaires (284 participants au programme WIC contre 247 non-participants, $p = 0,04$). Ceci est cohérent avec les résultats précédents montrant que la participation au programme WIC a une influence positive sur les comportements alimentaires. Nous avons également constaté que l'impact négatif de la distance aux magasins d'alimentation sur la consommation de F&L pouvait être diminué par la participation au programme WIC (figure 1), suggérant un effet protecteur pour ceux ayant un faible accès à la nourriture. (Nous avons peu de participants au programme WIC ($n = 12$) et il est nécessaire que de futures études étudient cette association sur un échantillon plus grand).

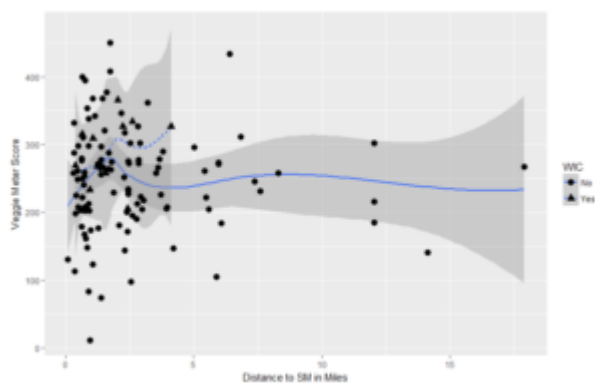


Figure 1. Diagramme de dispersion montrant la corrélation entre le score de caroténoïdes cutanés moyen et la distance jusqu'au supermarché où est réalisée l'étude.

En conclusion, une participation au programme WIC et un environnement sain sont associés à une mesure objective de la consommation de F&L (attestée par les caroténoïdes cutanés) sur un échantillon de clients d'un supermarché. Ces résultats confirment le bénéfice potentiel de la participation au programme WIC dans le maintien d'une alimentation de qualité malgré une accessibilité réduite.

1. zones dans lesquelles la nourriture de fast-food et la nourriture dite « junk food » ou « malbouffe » (sans valeur nutritionnelle) noient les alternatives saines
2. zones résidentielles avec un accès limité à une alimentation abordable et nutritive

Basé sur : McGuirt JT et al. Association between spatial access to food outlets, frequency of grocery shopping and objectively-assessed and self-reported fruit and vegetable consumption. *Nutrients*. 2018 Dec; 10(12): 1974.

Références

1. Glanz K, et al. Healthy nutrition environments: concepts and measures. *Am J Health Promot.* 2005; 19(5):330-3.
2. Abeykoon AH, et al. Health-related outcomes of new grocery store interventions: a systematic review. *Public Health Nutr.* 2017; 20(12):2236-2248.
3. Miller TM, et al. Effects of social approval bias on self-reported fruit and vegetable consumption: a randomized controlled trial. *Nutr J.* 2008; 7:18.
4. Cooksey-Stowers, K.; Schwartz, M.B.; Brownell, K.D. Food swamps predict obesity rates better than fooddeserts in the United States. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2017, 14, 1366