

# Rapport " Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France "

## Pour une politique nutritionnelle de Santé Publique en France : Enjeux et propositions

### Synthèse

Cette synthèse présente de façon succincte et non exhaustive les points essentiels du rapport rédigé par le Groupe de Travail réuni par le Haut Comité de Santé Publique pour répondre à la demande du Secrétariat d'Etat à la Santé.

### LE CONSTAT ET LES ENJEUX

Au cours des dernières décennies, avec le développement d'une situation d'abondance alimentaire qui a permis de faire disparaître les grandes maladies de carence, les liens les plus évidents entre l'alimentation et la santé se sont apparemment estompés, en France comme dans les autres pays industrialisés.

Cependant il est aujourd'hui parfaitement établi que, parmi les facteurs physiologiques, génétiques et environnementaux qui interviennent dans l'initiation, le développement et l'expression clinique des maladies qui y sont aujourd'hui les plus répandues (cancers, maladies cardiovasculaires, obésité, ostéoporose,...), l'alimentation et l'état nutritionnel participent de façon essentielle à leur déterminisme.

### LES ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE

L'épidémiologie des problèmes de santé dans lesquels des facteurs nutritionnels sont impliqués permet de mesurer l'ampleur des enjeux :

- Les maladies cardiovasculaires sont aujourd'hui la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité en France, à l'origine de près de 170 000 décès chaque année (32 % des décès, dont près de 10 % surviennent avant 65 ans).
- Les tumeurs malignes représentent 29 % de l'ensemble des décès chez l'homme et 23 % chez la femme. Le nombre de nouveaux cas est estimé 240 000 par an.
- L'obésité concerne 7 à 10 % des adultes et 10 à 12,5 % des enfants de 5 à 12 ans. Sa prévalence augmente, chez les enfants, de façon dramatique depuis quelques années.
- L'ostéoporose, à l'origine d'une fragilité osseuse exposant les patients à un risque de fractures concernerait 10 % des femmes à 50 ans, 20 % à 60 ans et 40 % à 75 ans.
- La prévalence du diabète, tous âges confondus, est estimée à 2-2,5 %.
- Près d'un adulte sur 5 présente une cholestérolémie supérieure à 2,50 g/l.

En dehors de leurs conséquences sur le plan humain, ces pathologies ont un coût économique considérable : les coûts directs et indirects des cardiopathies ischémiques ont été estimés à 30 milliards de francs/an ; ceux attribuables à l'obésité atteindraient près de 12 milliards de francs/an,...

### LA CONSOMMATION ALIMENTAIRE ET L'ETAT NUTRITIONNEL EN FRANCE

Les habitudes alimentaires ont beaucoup plus évolué au cours des 50 dernières années qu'au cours des siècles précédents, sous l'influence de multiples déterminants : développement socio-économique, abondance et qualité de l'offre alimentaire, changements sociologiques modifications des modes de vie et de consommation, des goûts des consommateurs, progrès technologiques, multiplication des messages d'information nutritionnelle, médiatisation des problèmes de sécurité alimentaire,...

#### ***Evolution de la consommation des groupes d'aliments***

La consommation de produits céréaliers, de légumes secs et de féculents a considérablement chuté depuis le début des années 50, mais semble désormais se stabiliser.

A l'inverse, on constate une augmentation de la consommation de produits sucrés, de

fruits et légumes, cette dernière étant cependant en diminution depuis quelques années. Augmentation également de la consommation de viandes, de poissons, d'œufs et de produits laitiers, avec toutefois pour les viandes et le lait sous forme liquide un recul récent de leur consommation. La consommation des matières grasses visibles s'est considérablement accrue au cours des dernières décennies, mais a tendance à se stabiliser depuis les 10 dernières années. La consommation de sel semble excessive dans une fraction importante de la population.

### **Conséquences nutritionnelles de l'évolution de l'alimentation**

Ces évolutions de l'alimentation au cours des dernières décennies se traduisent sur le plan nutritionnel par :

- une réduction globale de l'apport énergétique, en réponse à la diminution des dépenses énergétiques,
- une diversification importante des apports alimentaires,
- une modification de la contribution des différents macronutriments aux apports énergétiques :
  - diminution de la part des glucides complexes et augmentation de la part des sucres simples (saccharose),
  - augmentation de la part des protéines d'origine animale et diminution de la part des protéines d'origine végétale,
  - augmentation de la part des lipides, notamment invisibles et saturés,
- une réduction des apports en de nombreux micronutriments en rapport avec d'une part la réduction globale des apports énergétique, d'autre part la modification structurelle de la ration caractérisée aujourd'hui par une part de plus en plus importante d'aliments fournissant des calories " vides ", (aliments contenant des sucres simples, mais sans apport de micronutriments). Ce phénomène a contribué à réduire la " densité " en micronutriments de l'alimentation, c'est-à-dire la concentration en vitamines et minéraux par unité d'énergie,

Ces profondes modifications comportent, sur le plan nutritionnel et sur le plan de la santé, des aspects positifs et des aspects négatifs, des avantages et des inconvénients. L'alimentation est incontestablement plus variée, plus diversifiée qu'autrefois, ce qui est beaucoup plus favorable à la santé. Mais si les grands problèmes de carence sévère ont disparu, l'évolution de l'alimentation en France a eu quelques conséquences négatives en termes de facteurs de risque de certaines maladies chroniques.

Les moyennes des apports énergétiques chez les adultes sont actuellement de l'ordre de 2 340 kcal/j chez les hommes et de 1 800 kcal/j chez les femmes. Les glucides, les lipides, les protéines et l'alcool contribuent respectivement à 39 %, 36 %, 16 % et 9 % des apports énergétiques chez les hommes ; et à 40 %, 38 %, 16 % et 5 % des apports énergétiques chez les femmes. Exprimés par rapport aux apports énergétiques totaux sans alcool, les apports en glucides, lipides et protéines représentent respectivement 43 %, 40 % et 17 % chez les hommes et 42 %, 40 % et 18 % chez les femmes, ce qui correspond à des apports qui s'éloignent des recommandations. Les apports en protéines sont suffisants voire excédentaires. Les apports moyens en glucides sont en revanche inférieurs aux recommandations. Ils sont notamment insuffisants en amidons, et très insuffisants en glucides indigestibles (fibres alimentaires) ; ils sont par contre trop riches en glucides simples (essentiellement en saccharose). Les apports moyens en lipides sont trop importants par rapports aux recommandations et sont surtout caractérisés par un excès en graisses saturées. Le niveau moyen d'activité physique de la population dans la vie quotidienne apparaît également comme insuffisant.

### **Les apports et le statut minéral et vitaminique de la population en France**

Il n'existe pas de signes évocateurs dans la population générale de carences minérales ou vitaminiques majeures, cependant des fractions non négligeables de la population ont des apports alimentaires en certaines vitamines et minéraux qui peuvent s'éloigner des Apports Nutritionnels Conseillés. Ceci ne permet absolument pas de conclure à l'existence de carence ou de déficience, ni même à une absence de couverture des besoins minéraux et vitaminiques au niveau des individus. Dans les études utilisant des biomarqueurs au niveau de populations générales, il n'est pas retrouvé de " statut biochimique " correspondant à des formes majeures de carence, à l'exception d'anémies

ferriprives chez les femmes enceintes, les femmes en âge de procréer et les jeunes enfants, et de déficiences importantes en minéraux et vitamines (vitamines C, D,...) chez les personnes âgées en institution.

Par contre des fractions plus ou moins importantes de populations présentent des valeurs " basses " pour les marqueurs biologiques d'évaluation du statut en certaines vitamines ou certains minéraux, qui peuvent être considérées comme d'éventuels stigmates biochimiques de déficience (et non pas de carence) sans manifestations cliniques évidentes. Outre le fer, des problèmes de couverture des besoins semblent se poser dans certains groupes de populations, pour les folates, l'iode, le calcium et la vitamine D.

## **FACTEURS NUTRITIONNELS IMPLIQUES DANS LE DETERMINISME DES MALADIES CHRONIQUES**

Au cours des 30 dernières années, de très nombreux travaux scientifiques sur modèles cellulaires, organes, animaux, chez l'homme sain et le malade ainsi qu'au niveau des populations ont mis en évidence, avec des degrés de certitude différents, le rôle de facteurs nutritionnels (excès ou insuffisance) dans le déterminisme de nombreuses maladies. Si dans de nombreux cas, les arguments disponibles ne permettent pas (encore) d'affirmer la réalité du lien entre le facteur nutritionnel suspecté et certaines maladies, dans d'autres cas au contraire, la convergence des arguments est telle qu'elle fait l'objet d'un consensus international.

### ***Cancer et nutrition***

L'effet protecteur des fruits et des légumes est aujourd'hui reconnu par tous les comités d'experts. Pour la plupart des localisations cancéreuses, les sujets dont les apports en fruits et légumes sont les plus faibles ont un risque de cancer 1,5 à 2 fois plus élevé que ceux ayant les niveaux d'apports les plus élevés. Cet effet protecteur pourrait s'expliquer par l'action de plusieurs composants des fruits et légumes (fibres, vitamines antioxydants, polyphénols,...).

Un effet protecteur a également été retrouvé pour les aliments d'origine végétale riches en amidon et protéines, préférentiellement peu raffinés (riches en fibres). Par contre il semble que la consommation de produits et de sucres raffinés soit associée à une augmentation du risque.

L'absence de surcharge pondérale et le maintien d'une activité physique équivalant à environ une heure de marche quotidienne sont fortement associés à un moindre risque de cancer.

Un risque plus faible est également retrouvé lorsque la consommation de viandes rouges contribue à moins de 10 % de l'apport énergétique total (soit moins de 80 g/j). L'utilisation de méthodes de cuisson utilisant des traitements thermiques drastiques (ex. barbecue, grillades) semble être associée à un risque plus élevé.

La consommation d'alcool au-delà de 5% de l'apport énergétique total chez l'homme et de 2,5% chez la femme (soit plus de deux verres/jour chez l'homme, et plus d'un verre/jour chez la femme) augmente le risque de cancer. La consommation d'aliments salés, sel de cuisson et sel de table doit être limitée.

### ***Maladies cardio-vasculaires et hyperlipidémies***

De très nombreux facteurs de risque impliqués dans le déterminisme des maladies cardiovasculaires ont été identifiés : les hyperlipidémies (hypercholestérolémie et hypertriglycéridémie), l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'obésité sévère et/ou abdominale, le diabète,.... Différents facteurs alimentaires et de mode de vie exercent une très forte pression sur leur développement : effet délétère des acides gras saturés et du cholestérol alimentaire ; effets " protecteurs " de certains facteurs tels que les acides gras insaturés, mono et polyinsaturés, (notamment acides gras polyinsaturés de la

famille n-3), les fibres, les vitamines et oligoéléments antioxydants, les polyphénols, les vitamines B9, B6 et B12.

Les travaux épidémiologiques retrouvent avec une grande cohérence l'effet protecteur de certains aliments : les fruits et légumes, les fruits oléagineux et le poisson.

### **Obésité**

Les facteurs en cause dans le développement de l'obésité sont multiples et intriqués. La phase de gain de poids et de masse grasse résulte d'un bilan d'énergie positif où les apports sont supérieurs aux dépenses. Parmi les facteurs environnementaux et comportementaux, le rôle de l'alimentation est évidemment primordial. De nombreuses études physiologiques et comportementales mettent en évidence le rôle d'une alimentation de densité énergétique élevée (riche en lipides) dans la surconsommation énergétique et le gain de poids, plus particulièrement en situation sédentaire. Toutefois, le rôle de l'activité physique, ou plus exactement de l'inactivité physique (sédentarité) apparaît comme un déterminant majeur de l'obésité..

### **Ostéoporose**

Les deux nutriments les plus importants pour la santé osseuse sont le calcium et la vitamine D. La ration calcique joue un rôle important dans l'étiopathogénie de l'ostéoporose et des fractures (en particulier les fractures périphériques du sujet âgé). La vitamine D intervient par deux mécanismes sur l'état osseux : une carence sévère et prolongée conduit à une ostéomalacie. D'autre part, une insuffisance vitaminique D induit un hyperparathyroïdisme secondaire conduisant à une fragilité osseuse accrue, en particulier au niveau de l'os cortical.

De nombreux travaux ont mis en évidence une optimisation de la densité minérale osseuse après supplémentation en calcium et/ou en vitamine D. Deux études contrôlées ont montré que des suppléments associant le calcium et la vitamine D ont permis de réduire la fréquence des fractures non vertébrales chez les personnes âgées vivant en institution, ou à domicile.

### **Problèmes nutritionnels spécifiques à des populations particulières : conséquences en termes de santé**

Certains groupes de populations, pour des raisons physiologiques, comportementales, sociales ou économiques peuvent présenter des risques particuliers de déséquilibre nutritionnel : les enfants et adolescents (problèmes d'obésité, déficience en fer, couverture insuffisante des besoins en calcium, troubles de comportements alimentaires,..) ; les femmes enceintes et allaitantes (carences en fer et en acide folique, couverture insuffisante des besoins en vitamine D et en zinc) ; les personnes âgées (risques de dénutrition et de carences spécifiques en vitamines et minéraux), les personnes hospitalisées (risques de malnutrition) ; les sujets en situation de précarité ; la population étrangère et immigrée ; les personnes souffrant de troubles de la conduite alimentaire ou suivant des régimes restrictifs ; les personnes souffrant d'allergie alimentaire.

## **LES ACTEURS, STRUCTURES ET ORGANISATIONS IMPLIQUÉS DANS LE CHAMP DE LA NUTRITION**

De nombreux acteurs, structures et organisations sont impliqués dans le champ de la nutrition. Un dispositif institutionnel élaboré organise, surveille, expertise, réglemente et sécurise. Il repose sur les nombreux ministères concernés par l'alimentation et la nutrition, principalement ceux de la Santé, de l'Agriculture et des Finances. Le paysage institutionnel français a connu d'importantes transformations au cours des années récentes avec la création, en 1998, de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), qui a repris les fonctions de nombreuses commissions et organismes existants, et la mise en place en 2000 de l'USEN, Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle au sein de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Différents professionnels et structures (médecins, paramédicaux, professionnels de l'industrie agro-alimentaire, secteur de l'éducation nutritionnelle, diététiciens, structures

associatives spécialisées) interviennent dans le domaine des interrelations entre nutrition et santé.

La recherche fournit les éléments de base qui permettent d'identifier les facteurs alimentaires et nutritionnels constituant des facteurs de risque ou de protection vis-à-vis des maladies chroniques.

De multiples acteurs économiques assurent la production, de la transformation et de la distribution des aliments.

Enfin le consommateur occupe bien entendu une position centrale dans ce paysage, puisque c'est pour lui que fonctionne l'ensemble de ce dispositif, et que, même s'il est plus ou moins fortement influencé par son environnement, c'est lui qui, en dernier lieu, fait le choix de sa consommation alimentaire.

## LES RECOMMANDATIONS

Dans un domaine où des possibilités d'intervention préventives existent, la volonté politique doit être à la hauteur des enjeux de santé publique aujourd'hui bien identifiés. Seul un véritable " **Programme National Nutrition-Santé** ", ambitieux et rigoureux sur le plan méthodologique, basé sur des objectifs précis, associant le plus grand nombre d'acteurs et faisant l'objet d'un pilotage par une équipe compétente peut permettre une évolution significative de la situation actuelle.

### 1. OBJECTIFS DU PROGRAMME NATIONAL NUTRITION-SANTÉ

#### ➤ *Les objectifs nutritionnels prioritaires de santé publique*

Les objectifs définis en 1999 par un Comité d'experts coordonné par Serge Hercberg et Arnaud Basdevant dans un rapport élaboré pour la Direction générale de la Santé, intitulé " Des objectifs pour une politique nutritionnelle de santé publique en France ", constituent le socle du Programme National Nutrition-Santé, orienté vers la population générale. L'objectif général de ce programme est l'amélioration de l'état nutritionnel, la réduction du risque de maladies chroniques, l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie de la population générale.

#### **Objectifs nutritionnels prioritaires en termes de santé publique**

##### **1. objectifs portant sur des modifications de la consommation alimentaire**

- **augmentation de la consommation de fruits et légumes** : réduction du nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25 %,
- **augmentation de la consommation de calcium** afin de réduire de 25 % la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des Apports Nutritionnels Conseillés, associée à **une réduction de 25 % de la prévalence des déficiences en vitamine D**,
- **réduction de la moyenne des apports lipidiques totaux** à moins de 35 % des apports énergétiques journaliers, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35 % des apports totaux de graisses),
- **augmentation de la consommation de glucides** afin qu'ils contribuent à plus de 50 % des apports énergétiques journaliers, en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon, en réduisant de 25 % la consommation actuelle de sucres simples, et en augmentant de 50 % la consommation de fibres,
- **réduction de la consommation d'alcool** qui ne devrait pas dépasser 20 g d'alcool chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet objectif vise la population générale et se situe dans le contexte nutritionnel (contribution excessive à l'apport énergétique) ; il n'est pas orienté sur la population des sujets présentant un problème d'alcoolisme chronique, redevable d'une prise en charge spécifique.

##### **2. objectifs portant sur des modifications des marqueurs de l'état nutritionnel**

- **réduction de 5 % de la cholestérolémie moyenne** dans la population des

adultes,

- **une réduction de 10 mm de Hg de la pression artérielle systolique** chez les adultes,
- **une réduction de 20 % de la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>)** chez les adultes et une **interruption de l'augmentation** particulièrement élevée au cours des dernières années **de la prévalence de l'obésité chez les enfants**

### **3. objectifs portant sur la modification de l'hygiène de vie en relation avec l'alimentation**

**augmentation de l'activité physique** dans les activités de la vie quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant, par jour, l'équivalent d'au moins 1/2h de marche rapide par jour (monter l'escalier à pied, faire les courses à pied). La sédentarité étant un facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue chez l'enfant.

Le fait d'atteindre ces objectifs ne constitue pas une fin en soi, mais le niveau de réduction des facteurs de risque retenu est considéré comme raisonnable et surtout atteignable dans une durée limitée, tout en permettant un impact réel significatif à plus long terme sur la morbidité et la mortalité.

#### ➤ **Les objectifs nutritionnels spécifiques**

A côté de ces objectifs prioritaires qui concernent l'ensemble de la population, des objectifs spécifiques doivent être également retenus. Ils visent à résoudre certains problèmes nutritionnels observés dans différents groupes à risque (femmes enceintes et allaitantes, femmes en âge de procréer, enfants et adolescents, sujets âgés, personnes en situation de précarité,...) et portant spécifiquement sur certains nutriments (fer, folates, calcium, vitamine D) ou certains risques particuliers (carences spécifiques, malformations congénitales, allergie,...). La prise en compte de ces objectifs spécifiques peut associer diverses approches : recommandations nutritionnelles, utilisation de compléments ou de suppléments, enrichissement des aliments.

### **Recommandations concernant les compléments, suppléments et l'enrichissement en vitamines et minéraux des aliments**

Les données actuelles ne permettent en aucune façon de recommander l'utilisation de compléments et/ou suppléments vitaminiques et minéraux en auto-médication pour la population générale. Par contre, il est indispensable que les produits d'auto-médication mis à la disposition des consommateurs fournissent des informations précises sur les doses apportées et leur contribution aux Apports Nutritionnels Conseillés (ANC), ainsi que les conditions d'utilisation. Les compléments vitaminiques et minéraux (aux doses journalières inférieures aux ANC) ne posent pas, a priori, de problèmes en termes d'innocuité. Encore faut-il que les posologies unitaires soient bien indiquées et la contribution aux ANC soit précisée. Au contraire les suppléments (doses journalières supérieures aux ANC) ne devraient pas être utilisés en auto-médication, au long cours, sans avis médical. Les compléments et suppléments devraient porter une mention rappelant le fait que l'alimentation est la principale source de vitamines et de minéraux.

D'autre part, dans l'état actuel des connaissances, il n'existe pas d'arguments pour recommander l'enrichissement obligatoire d'un ou plusieurs aliments en un quelconque constituant nutritionnel (à l'exception des laits infantiles). L'enrichissement d'aliments véhicules peut être cependant acceptable sur une base de volontariat des industriels, dans le cas où la fréquence des déficiences (formes modérées du déficit sans expression clinique mais objectivables biologiquement) est importante au niveau d'une population spécifique. L'enrichissement d'aliments destinés à des populations particulières peut être un moyen de contribuer à augmenter les apports en certains micronutriments et à favoriser la satisfaction des apports conseillés dans des groupes de populations bien définies (en fonction du sexe, de l'âge ou de certaines circonstances physiologiques de la vie) dont une large fraction s'éloigne des recommandations (< 2/3 des ANC). L'enrichissement est une

approche qui peut être justifiée à condition que l'aliment-véhicule ait une bonne pertinence sur le plan nutritionnel, qu'il soit réellement consommé par la population cible et qu'existent toutes les garanties d'efficacité et d'innocuité de la mesure. L'enrichissement ne doit pas être responsable de modifications négatives des comportements (en termes de régression ou de modification de bonnes habitudes).

## **2. LES OUTILS DE SANTE PUBLIQUE NECESSAIRES**

### **➤ Des Apports Nutritionnels Conseillés régulièrement actualisés**

Le suivi permanent de la validité de ces références, ainsi que la publication régulière d'une édition actualisée devront être mis en place.

### **➤ Un guide alimentaire national largement diffusé**

Ce document pratique et aisément compréhensible proposera un mode d'alimentation intégré basé sur les choix d'aliments et de comportements permettant à chaque individu de satisfaire les apports nutritionnels conseillés et, au niveau de la collectivité, d'atteindre les objectifs nutritionnels prioritaires de santé publique retenus. Il est essentiel que sa diffusion s'inscrive dans une stratégie précise et définie à l'avance.

Des guides complémentaires pourront être élaborés pour les groupes concernés par les objectifs nutritionnels spécifiques (femmes enceintes, adolescents, sujets âgés...).

## **3. LES MESURES ET ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE DESTINEES A L'ENSEMBLE DE LA POPULATION**

### **➤ Mesures politiques influençant les consommations alimentaires, la qualité nutritionnelle des aliments et l'activité physique**

- intégration de la dimension nutritionnelle dans toutes les mesures politiques touchant directement ou indirectement l'alimentation (politique agricole, sociale, réglementation,...),
- développement de mesures législatives et politiques ayant un impact favorable sur les consommations et comportements alimentaires (lois, subventions et mesures fiscales incitatives),
- adaptation de la réglementation dans le domaine nutritionnel aux objectifs de santé publique,
- incitation et soutien aux initiatives des producteurs en matière de qualité nutritionnelle,
- aménagements urbains favorisant l'activité physique dans la vie quotidienne
- mesures incitant les employeurs à favoriser l'activité physique des salariés ayant une activité sédentaire.

### **➤ Programmes d'information et d'éducation autour des objectifs nutritionnels prioritaires et des objectifs spécifiques**

- Leur conception, leur mise en œuvre et leur évaluation nécessitent la mobilisation de tous les partenaires concernés : ministères (Santé, Agriculture, Economie, Education, Recherche, Ville, Environnement,...), responsables et acteurs de santé publique régionaux, scientifiques et chercheurs impliqués dans la nutrition, associations de consommateurs, spécialistes en éducation pour la santé et en sciences humaines, industriels, spécialistes en marketing, publicitaires, agences de communication, représentants des médias
- Les campagnes d'information " grand public " devront être développées sur une grande échelle : TV, radio, presse écrite nationale et régionale. Elles seront précédées de campagnes destinées aux professionnels de santé, afin qu'ils puissent être des relais efficaces de ces informations.

Elles reposeront sur des messages simples, limités, clairs et spécifiques, déclinés en fonction des différents publics visés. Elles devront viser à responsabiliser les consommateurs pour en faire des acteurs de leur santé.

Elles porteront, à côté des objectifs à finalité alimentaire, sur l'activité physique dans la vie quotidienne (par exemple, campagnes de communication dans les transports urbains pour promouvoir l'intérêt de descendre à la station précédant celle initialement

programmée ; dans les établissements publics pour rappeler l'intérêt " santé " de monter à pied les escaliers,...).

- Des centres-ressources régionaux, s'intégrant aux structures de santé publique existantes, devront être mis en place pour favoriser l'appropriation de ces programmes par les acteurs de terrain. Les associations de consommateurs devront également être associées à cette dynamique, tant au plan national qu'au niveau local.
- Un soutien des médias est indispensable, notamment pour amplifier les campagnes d'information, mais aussi pour rétablir la vérité face à la diffusion d'informations induisant en erreur les consommateurs.
- Des moyens doivent être mis en place pour garantir et crédibiliser la publicité des entreprises souhaitant communiquer sur des produits alimentaires ayant une pertinence nutritionnelle (contribuant à atteindre les objectifs nutritionnels prioritaires). Parallèlement, il est indispensable de contrôler les allégations concernant certains produits présentant de " pseudo " vertus nutritionnelles et de réprimer la publicité trompeuse.

#### ➤ **Actions en milieu scolaire et universitaire**

Différentes mesures ou actions doivent donc être associées dans ce secteur :

- intégration de la dimension alimentation/nutrition et notamment d'éléments du Guide Alimentaire National (et d'un éventuel Guide spécifique pour l'enfant), dans les programmes et manuels scolaires,
- implication des services de promotion de la santé en faveur des élèves,
- intégration des repas scolaires dans les processus d'éducation nutritionnelle et dans les moyens d'atteindre les objectifs nutritionnels prioritaires (adaptation des menus).
- mise en pratique des recommandations nutritionnelles officielles du GPEM-DA concernant les repas servis en milieu scolaire,
- labellisation (en accord notamment avec la charte mise au point par l'IFN) du matériel pédagogique à finalité nutritionnelle destiné aux élèves.
- limitation des produits de grignotage dans les distributeurs automatiques situés dans ou à proximité des établissements scolaires, obligation d'intégrer des aliments ayant une valeur nutritionnelle adéquate (fruits, produits laitiers, produits céréaliers,...),
- obligation d'installer des fontaines d'eau fraîche dans les établissements scolaires et interdiction des distributeurs des boissons sucrées énergétiques (sodas),
- distribution gratuite de fruits (sous une forme séduisante pour les enfants) et de produits laitiers à la collation du matin ou au goûter de l'après-midi,
- développement de l'éducation physique à l'école, dans l'optique de favoriser la gestion de la vie physique future.

#### ➤ **Actions au niveau de la restauration collective et des lieux de travail**

Les sociétés de restauration collective souhaitant s'associer à cette démarche s'engageront à proposer des menus labellisés "Programme National Nutrition-Santé " et à participer aux campagnes d'information répondant à un cahier des charges préalablement défini.

#### ➤ **L'implication forte des industriels de l'agro-alimentaire**

Les objectifs nutritionnels de santé publique ne peuvent être atteints sans une collaboration étroite avec les industriels de l'agro-alimentaire, qui doit être envisagée à différents niveaux dans le cadre de :

- l'amélioration des produits alimentaires mis à la disposition des consommateurs, notamment des aliments dont la consommation contribue à atteindre les objectifs de santé publique,
- la communication ou la promotion autour de ces aliments l'information du public sur les objectifs nutritionnels prioritaires.

Deux mesures spécifiques doivent permettre de favoriser l'adhésion des industriels :

- ***La création d'un label officiel "Programme Nutrition-Santé "***,

Ce label sera matérialisé sous forme d'un logo, qui devra être largement médiatisé pour

être connu et reconnu par la population générale. Il sera délivré sur demande pour tout produit alimentaire répondant à un cahier des charges strict et pré-défini, et considéré comme contribuant aux objectifs nutritionnels prioritaires.

Ce logo permettra également de labelliser la communication (campagnes publicitaires) des produits alimentaires faisant allusion directement ou indirectement à une valeur santé intrinsèque ou ajoutée, à condition que cette communication présente une réelle pertinence nutritionnelle.

- **La possibilité d'utilisation d'allégations " nutritionnelles "** issues du "Programme Nutrition – Santé " sur les produits alimentaires et dans la communication relative à ces produits. Les allégations autorisées porteront sur les données génériques reprenant les objectifs nutritionnels prioritaires (et non pas directement sur les produits eux-mêmes).

Une charte de bonne pratique mise à la disposition des industriels de l'agro-alimentaire devrait faciliter leurs demandes de labellisation et/ou d'allégations. Une réflexion développée avec les industriels de l'agro-alimentaire et les consommateurs devrait permettre de déboucher sur un principe d'étiquetage informatif.

#### ➤ **Actions au niveau du système de soins**

Les acteurs du système de soins occupent une place privilégiée auprès des consommateurs et leur soutien est essentiel, à la fois pour relayer auprès de la population les campagnes d'information nutritionnelle, conforter les recommandations et assurer la prise en charge précoce des problèmes nutritionnels.

Le Programme National Nutrition-Santé doit aussi être l'occasion d'améliorer la détection et la prise en charge des maladies nutritionnelles par le développement :

- d'un Outil d'évaluation clinique de l'état nutritionnel,
  - de recommandations pour la pratique clinique concernant la prévention, le diagnostic et le traitement des principales maladies liées à la nutrition,
  - de l'accès à des consultations de nutrition,
  - de démarches d'éducation du patient,
- et par la mise en place de structures d'évaluation de l'alimentation hospitalière.

#### ➤ **Actions au niveau des supports artistiques, culturels, sportifs et des personnalités politiques**

Le soutien du programme national nutrition-santé par les différents supports artistiques, culturels et sportifs, et des personnalités politiques (maires, conseillers généraux et régionaux, députés, sénateurs, ministres) pouvant favoriser la promotion des objectifs nutritionnels prioritaires devra être activement recherché.

#### ➤ **Mise en place à la Direction générale de la Santé d'un Comité d'Appui pour la mise en place et le suivi de la politique nutritionnelle**

### **4. LES MESURES ET ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE SPECIFIQUES**

Ces mesures porteront sur :

- la lutte contre la carence en fer pendant la grossesse,
- l'amélioration du statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment en cas de désir de grossesse,
- la promotion de l'allaitement maternel,
- l'amélioration du statut en fer, en calcium et en vitamine D des enfants et des adolescents
- l'amélioration du statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées,
- la lutte contre la dénutrition des personnes âgées,
- la lutte contre les déficiences vitaminiques et minérales et les dénutritions chez les sujets en grande situation de précarité,
- la lutte contre les déficiences vitaminiques et minérales chez les sujets suivant des régimes restrictifs,

- des mesures visant la prise en compte des problèmes d'allergies alimentaires.

## 5. LES ACTIONS DE FORMATION

- **Les formations médicales et paramédicales.** La formation initiale et continue des médecins doit intégrer l'alimentation de l'homme " sain ", la prévention nutritionnelle des grandes maladies chroniques, la nutrition thérapeutique. Ces objectifs concernent également les infirmiers et les kinésithérapeutes.
- **La formation des enseignants, des formateurs et des professions relais.** Le corps enseignant doit pouvoir non seulement assurer les enseignements prévus dans le cadre des programmes, mais aussi relayer de façon efficace, rigoureuse et complémentaire les messages préventifs en matière de nutrition et d'alimentation. Il est donc indispensable d'intégrer la dimension alimentation/nutrition dans les programmes de formation initiale et continue de certains de ces professionnels. Une telle formation est également indispensable pour les gestionnaires et le personnel d'encadrement de restauration scolaire et plus généralement, de restauration collective.
- **La formation des " diététiciens " et des professionnels de l'industrie agro-alimentaire.** Il semble nécessaire de mettre en place une formation correspondant à un nouveau métier de " diététicien nutritionniste ". Il faut également former à la nutrition humaine les professionnels destinés à travailler dans l'industrie agro-alimentaire.

## 6. LA PROMOTION DE LA RECHERCHE EN NUTRITION HUMAINE

La recherche en nutrition humaine souffre en France de sa dispersion et de l'absence d'une politique globale définissant ses objectifs et cernant les limites de son domaine d'action. Il est indispensable de promouvoir des recherches au sein des organismes de recherche (INSERM, INRA, CNRS,...) et des universités dans le domaine des déterminants et de l'évaluation de l'état nutritionnel, de la compréhension des relations entre alimentation et santé, de l'évaluation des méthodes et actions de prévention nutritionnelle. Il est indispensable de développer des moyens visant à créer, soutenir et mieux financer les unités, centres et équipes de recherche ou universitaires dédiées à la recherche en nutrition et notamment en nutrition humaine et dans ses application en santé publique.

Des programmes de recherche incitatifs dans les domaines de l'étude des relations entre l'alimentation et la santé devraient permettre de stimuler et soutenir financièrement les travaux dans ces domaines. La création d'un Réseau Technologique de Nutrition, sous l'égide du ministère de la Recherche, associant les pouvoirs publics, les chercheurs, les industriels de l'agro-alimentaire et les consommateurs devrait permettre de définir un plan national et de hiérarchiser les priorités de recherche. Par cohérence aux objectifs de santé publique, une priorité devra être donnée aux recherches dans les domaines des relations alimentation-cancer, alimentation-maladies cardiovasculaires, alimentation-obésité et alimentation-ostéoporose.

## 7. LES MOYENS DE SURVEILLANCE DE L'ETAT NUTRITIONNEL DE LA POPULATION

- L'ajustement du Programme National Nutrition-Santé à l'évolution de la situation nutritionnelle de la population, ainsi que son évaluation, nécessitent la mise en place d'un dispositif permettant de centraliser les données existantes et de collecter régulièrement de façon transversale des données sur un échantillon représentatif de la population, de disposer des moyens d'évaluation de l'état nutritionnel de la population et des groupes de population à risque de problèmes nutritionnels.
- Le nombre de produits alimentaires actuellement commercialisés est tout à fait considérable, et l'innovation dans ce domaine est très rapide. Il est donc essentiel de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour que les tables de composition des aliments soient actualisées et enrichies en permanence.

## 8. L'EVALUATION

L'évaluation du programme Prévention National Nutrition-Santé et de ses différentes composantes est bien entendu indispensable à prévoir d'emblée et à mettre en œuvre.

## CONCLUSION

La **mise en place d'une politique nutritionnelle** apparaît comme une grande priorité de santé publique en France, comme dans l'ensemble de l'Europe. Outre les immenses enjeux humains, sociaux et économiques, les relations entre l'alimentation et la santé ont comme particularité :

- **de concerner l'ensemble de la population.** Si certains groupes de population connaissent des risques spécifiques, tous les individus, tout au long de leur vie, sont directement confrontés au travers des aliments qu'ils consomment quotidiennement et/ou de leurs habitudes alimentaires à un déterminant majeur de l'état de santé. Par ses choix alimentaires et son mode de vie, chaque consommateur s'expose, souvent sans en avoir conscience, à d'éventuels facteurs de risque ou de protection vis-à-vis de certaines maladies chroniques. Il est donc un acteur essentiel pouvant intervenir directement sur un déterminant majeur de sa santé.
- **de reposer sur des connaissances scientifiques bien documentées.** Les travaux épidémiologiques, cliniques et expérimentaux fournissent des informations scientifiques suffisamment fiables pour permettre d'identifier, de façon consensuelle, des facteurs nutritionnels impliqués dans le risque ou la protection vis-à-vis de certains grands problèmes de santé publique.
- **de concerner des facteurs de risque (ou de protection) bien identifiés sur lesquels il est possible d'intervenir.** S'il est difficile d'agir sur la composante génétique impliquée dans le déterminisme des grandes maladies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, obésité, ostéoporose,...), les facteurs alimentaires et nutritionnels sont particulièrement accessibles. Par ailleurs, leur prise en compte peut se faire non pas sur le mode de l'interdit, mais sur celui de la promotion de comportements favorables à la santé.
- **d'avoir un impact important sur l'incidence des grandes maladies chroniques.** En agissant sur l'alimentation (et l'activité physique), il est possible de réduire, à court terme, l'exposition à certains facteurs risque et de promouvoir certains facteurs de protection, laissant augurer une réduction de la morbidité et à plus long terme de la mortalité.
- **d'impliquer, autour du consommateur, de multiples acteurs du champ de la nutrition** (professionnels de santé, acteurs de santé publique, secteur agro-alimentaire, restauration collective, milieux scolaires et universitaires, formateurs, enseignants, chercheurs, communicants, législateurs, monde associatif, médias,...), de multiples structures politiques (Santé, Agriculture, Education Nationale, Recherche, Economie et Finances, Jeunesse et Sports, Ville, Transports, Culture...) et institutions (InVS, AFFSA, DGS, DGAL, DGCCRF, INRA, INSERM, CFES,...). Au cœur des actions développées avec l'ensemble des acteurs concernés, une réelle implication des industriels de l'agro-alimentaire doit permettre d'avoir un impact majeur sur les aliments eux-mêmes et sur les choix des aliments par les consommateurs.
- **d'avoir des références en termes de faisabilité.** L'efficacité de la lutte contre les facteurs de risque cardiovasculaire mise en place en Finlande au cours des 20 dernières années illustre la faisabilité de projets nationaux ambitieux et leur efficacité à réduire la morbidité et la mortalité.  
Pour toutes ces raisons, **il apparaît aujourd'hui indispensable de faire, en France, de la promotion de la nutrition et de l'activité physique, un grand " Programme National Nutrition-Santé "**, impliquant l'ensemble des acteurs concernés et disposant de moyens à la hauteur de ses ambitions.

[http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/rapport\\_hcsp/synthese.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/rapport_hcsp/synthese.htm) - haut