

# La nutrition

## Présentation générale du programme

### 1.1.1 Introduction

Le programme national nutrition santé a été annoncé par le Premier ministre lors du discours de clôture des États généraux de l'alimentation le 13 décembre 2000. S'appuyant sur les travaux réalisés notamment par le Haut comité de la santé publique, le programme national nutrition santé a été lancé par le ministre chargé de la santé le 31 janvier 2001.

Ce programme sur 5 ans (2001-2005) se fixe comme objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Il vise neuf objectifs prioritaires quantifiés et indissociables ainsi que divers objectifs spécifiques relatifs à des populations ou des problèmes particuliers. Il définit des principes généraux pour l'action. Il oriente la programmation selon six axes stratégiques. Pour chaque axe ainsi déterminé il oriente les actions à mettre en œuvre pendant la durée du programme.

### 1.1.2 Caractéristiques générales du programme national nutrition santé

- Il s'agit d'un **programme complet de santé publique**, qui met en place les outils de son évaluation ; il prend en compte les multiples dimensions de la nutrition : santé, plaisir, culture, économie, échange.
- La nutrition, un **déterminant de santé majeur** lié aux principales pathologies fréquentes dans la population et dépendant de comportements et pratiques quotidiens soumis à des influences multiples.
- **Une santé positive** : le programme vise la promotion d'une alimentation et d'un mode de vie favorable à la santé et la réduction du risque de maladie chronique. Il bannit l'interdit.
- **Une nutrition globale** : l'état nutritionnel est une alchimie complexe entre des apports nutritionnels, un passé nutritionnel et des dépenses énergétiques ; c'est l'ensemble qui doit être pris en compte et non seulement des problèmes particuliers à un moment précis de la vie.
- **Plurisectorialité**, comme le prouve la composition de son comité stratégique et les modalités de mise en place.
- **Partenariat** avec de multiples acteurs : ministères, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), scientifiques, agences, secteur privé de l'alimentation...

- **Cohérence** afin de donner aux français les repères qu'ils demandent devant une foison d'informations aux origines diverses et une offre alimentaire toujours plus grande et attrayante.
- **Synergie** entre les actions développées : de multiples actions dans des champs variés, à destination de publics divers pour l'atteinte des divers objectifs.
- **Professionnels** : le programme s'appuie sur les professionnels qui interviennent auprès de la population et des individus.

### 1.1.3 Présentation du programme

#### 1.1.3.1 État nutritionnel et morbidité

Il est, actuellement, démontré que l'alimentation et l'état nutritionnel participent de façon essentielle au développement et à l'expression clinique des pathologies les plus répandues, en France, comme dans l'ensemble des pays industrialisés (maladies cardiovasculaires, tumeurs malignes, obésité, ostéoporose, diabète, hypercholestérolémie etc.).

Celles-ci ont un coût économique considérable puisqu'on estime à 30 milliards de francs par an, les coûts directs et indirects des maladies cardiopathies ischémiques. Ceux attribuables à l'obésité atteindraient près de 12 milliards de francs par an.

#### 1.1.3.2 Équilibre nutritionnel et santé

*A contrario*, un équilibre nutritionnel, une consommation variée avec une répartition satisfaisante des quantités ingérées permettent par la consommation régulière d'aliments et de plats largement disponibles en France, de préserver un bon état de santé et la qualité de vie.

#### 1.1.3.3 La nutrition, une priorité de santé publique

Consciente de ces enjeux, la France a fait de la nutrition l'une des priorités de sa présidence de l'Union européenne. Une résolution sur ce thème a été votée lors du conseil des ministres européens le 14 décembre 2000.

En 1999, la direction générale de la Santé avait sollicité l'avis de différents experts nationaux.

En mai 1999, la ministre de l'Emploi et de la Solidarité et le secrétaire d'État à la Santé et à l'Action sociale demandaient au Haut Comité de la Santé publique (HCSP) une étude globale de la situation.

Le rapport " Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France " contenant diverses recommandations a été remis à la secrétaire d'État à la Santé et aux Handicapés, en juin 2000.

Le Premier ministre, dans son discours de clôture des États généraux de l'alimentation du 13 décembre 2000, a annoncé le lancement, en janvier 2001, d'un programme national " Nutrition-Santé " (PNNS), coordonné par la secrétaire d'État à la Santé et aux Handicapés, en lien avec les membres du gouvernement chargés de l'éducation nationale, de l'agriculture et de la pêche, de la recherche, de la jeunesse et des sports et de la consommation. Il en a fixé les grandes orientations.

#### **1.1.3.4 Les auteurs du programme national**

Le présent plan s'appuie sur les travaux du Haut Comité de Santé publique, du Conseil national de l'alimentation et des directions techniques des différents ministères impliqués, en concertation avec l'Assemblée des départements de France, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, l'Institut de veille sanitaire, la Caisse nationale d'assurance maladie, la Fédération nationale de la mutualité française, des personnalités scientifiques, des représentants de consommateurs.

Le PNNS associe l'ensemble des acteurs publics et privés impliqués dans les champs d'intervention retenus : recherche, formation et surveillance, actions de terrain, de promotion, d'information, de prévention et de soins, offre alimentaire, distribution et contrôle.

#### **1.1.3.5 Objectif général du programme**

Le programme national " Nutrition-Santé " (PNNS) a comme objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition.

#### **1.1.3.6 Les neuf objectifs nutritionnels prioritaires**

Neuf objectifs nutritionnels ont été retenus comme prioritaires en termes de santé publique.

**1. Augmenter la consommation de fruits et de légumes** afin de réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et de légumes d'au moins 25 % ;

**2. Augmenter la consommation de calcium** afin de réduire de 25 % la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des apports nutritionnels conseillés, tout en réduisant de 25 % de la prévalence des déficiences en vitamine D,

**3. Réduire la contribution 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),

**4. Augmenter 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, – Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne dans la population des adultes ;

**5. Réduire l'apport d'alcool** chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet apport ne devrait pas dépasser l'équivalent de 20 g d'alcool pur par jour (soit deux verres de vin de 10 cl ou deux bières de 25 cl ou 6 cl d'alcool fort). 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,

**6. Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne** dans la population des adultes,

**7. Réduire de 10 mm de mercure** la pression artérielle systolique chez les adultes,

**8. Réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité** ( $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$ ) chez les adultes et interrompre l'augmentation, particulièrement élevée au cours des dernières années, de la prévalence de l'obésité chez les enfants,

**9. Augmenter l'activité physique** quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant l'équivalent d'au moins une demi-heure de marche rapide par jour. La sédentarité étant un facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue chez l'enfant.

#### **1.1.3.7 Les neufs objectifs nutritionnels spécifiques**

- 1 - Réduire la carence en fer pendant la grossesse ;
- 2 - Améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment, en cas de désir de grossesse ;
- 3 - Promouvoir l'allaitement maternel ;
- 4 - Améliorer le statut en fer, en calcium et en vitamine D des enfants et des adolescents ;
- 5 - Améliorer le statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées ;
- 6 - Prévenir, dépister, limiter la dénutrition des personnes âgées ;
- 7 - Réduire la fréquence des déficiences vitaminiques et minérales et de la dénutrition parmi les populations en situation de précarité ;
- 8 - Protéger les sujets suivant des régimes restrictifs contre les déficiences vitaminiques et minérales ; prendre en charge les problèmes nutritionnels des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire ;
- 9 - Prendre en compte les problèmes d'allergies alimentaires.

<p><b>Source</b> : DGS/Sous-direction 5 - Pathologies et santé et Bureau des systèmes d'information. 8, avenue de Ségur, 75007 Paris. Rédaction : juin 2001. Actualisation : juillet 2003</p>
---