

CADRE NATIONAL :  
DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES, PNNS et LOI du 9 août 2004

### ALIMENTATION, ETAT NUTRITIONNEL ET SANTE

L'alimentation et l'état nutritionnel constituent ont un impact sur la santé important : ils constituent l'un des facteurs de nombreuses pathologies pluri-factorielles très fréquentes en France :

- les maladies cardiovasculaires (32 % des décès)
- les tumeurs malignes (deuxième cause de décès)
- l'obésité (11 % des adultes en 2003)
- l'ostéoporose (10 % des femmes à 50 ans, 40 % à 75 ans)
- le diabète (2 à 2,5 % de la population)

Les principaux problèmes relevés aux différents âges de la vie sont les suivants :

#### Les enfants : l'augmentation de la prévalence de l'obésité

Le nombre d'enfants obèse a doublé depuis les années 80. La prévalence de l'obésité infantile est actuellement de 10 à 12 % chez les enfants de 6 à 12 ans.

Les études épidémiologiques montrent que la probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie de 20 à 50 % avant à puberté à 50 à 70 % après la puberté. Un enfant obèse sur 2 peut récupérer un poids normal durablement s'il est pris en charge précocement (contre 1 adulte obèse sur 10).

Par ailleurs, le risque de rester obèse à l'âge adulte augmente avec l'âge de l'enfant, la sévérité de l'obésité et les antécédents familiaux d'obésité, d'où l'intérêt d'une **prise en charge précoce**.

Une obésité apparue dans l'enfance a des conséquences néfastes sur la santé avec une surmortalité de 50 à 80 % à l'âge adulte<sup>1</sup>.

Les **actions préventives** se justifient donc dès l'enfance afin de toucher l'ensemble de la population à long terme et de prévenir les pathologies liées à l'obésité (HTA, maladies cardio-vasculaires, diabète de type 2, tumeurs malignes, complications ostéo-articulaires et respiratoires).

#### Les adolescents : surpoids, déficit en fer, déficit en calcium et vitamine D

La puberté est une période de transformation durant laquelle le développement en poids et en taille est très rapide (chez la fille de 10 à 15 ans et chez le garçon de 12 à 17 ans). Ce développement nécessite un apport énergétique considérable et rend l'organisme très vulnérable à tout déséquilibre alimentaire. Les problèmes nutritionnels les plus fréquents à l'adolescence sont les suivants<sup>2</sup> :

- surpoids et obésité (prévalence en augmentation)
- carence en fer (concernerait 15 % des adolescentes)
- carence en calcium (apports journaliers insuffisants jusqu'à pour 95 % des adolescentes) et vitamine D (25 % de la population concernée)
- anorexie (1 à 1,3 % des adolescentes concernées)

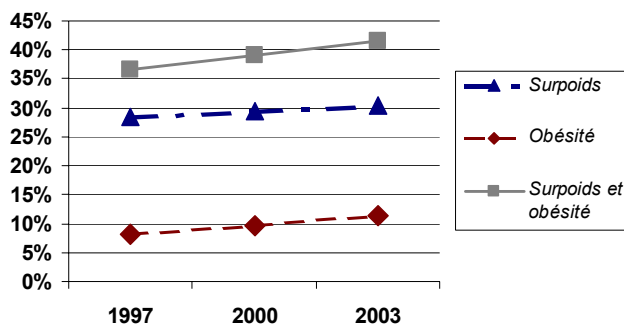
<sup>1</sup> INSERM. Expertise collective. Dépistage et prévention chez l'enfant. Editions INSERM. Juin 2000.

<sup>2</sup> Haut Comité de Santé Publique. Pour une politique nutritionnelle en France. Editions ENSP, Sept. 2000. 288 p.

### Les adultes : augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité

Le surpoids et l'obésité sont en augmentation constante. La prévalence de l'obésité augmente avec l'âge : ainsi dans la tranche d'âge 15-24 ans, 9,8 % des français sont en surpoids et 2,2 % sont obèses et pour les 55-64 ans, 39,2 % des adultes sont en surpoids et 15,9 % sont obèses<sup>3</sup>.

Chez l'adulte, l'enquête OBEPI, réalisée en 1997, 2000<sup>4</sup> et 2003<sup>5</sup> auprès d'un échantillon représentatif de la population française objective une hausse du surpoids et de l'obésité en France :



### Les personnes âgées : dénutrition

La prévalence de la dénutrition des personnes âgées à domicile est estimée à 4 %<sup>6</sup> mais le risque est plus important pour les personnes âgées vivant en institution, pouvant atteindre 50 à 60% dans certaines études. Au niveau hospitalier, les risques sont encore plus importants : d'après les études publiées, 20 à 50 % des patients hospitalisés sont dénutris ou à risque de dénutrition. Or, la dénutrition entraîne une diminution des défenses immunitaires et a des conséquences importantes en terme de morbidité (infections nosocomiales, escarres), de mortalité et de surcoût financier (traitement des complications, augmentation de la durée de séjour).

### Précarité et nutrition<sup>6</sup> :

#### ◆ sujets en situation de grande exclusion

Ces sujets sont dénutris pour 7 % d'entre eux, soit 4 fois plus fréquemment que dans la population générale. La malnutrition s'ajoute aux autres problèmes (tabagisme, alcoolisme, insalubrité..) qui sont source d'une dégradation de l'état de santé de ces populations.

#### ◆ sujets défavorisés

Le lien entre précarité et surpoids a été établi par de nombreux travaux.

Les études des consommations alimentaires permettent de faire l'hypothèse que ces populations présentent un risque de déséquilibres nutritionnels avec déficiences en vitamines et minéraux liés à une moindre consommation de produits frais

<sup>3</sup> INSERM/ Institut Roche de l'obésité / TNS-SOFRES. ObEpi 2003. Le surpoids et l'obésité en France : Enquête épidémiologique réalisée dans un échantillon représentatif de la population française, adulte. Institut Roche de l'Obésité. octobre 2003 ; 56 pages.

<sup>4</sup> INSERM/ Institut Roche de l'obésité / SOFRES. ObEpi 2000. Le surpoids et l'obésité en France : Enquête épidémiologique réalisée dans un échantillon représentatif de la population française, adulte et enfant. Institut Roche de l'Obésité. mai 2001 ; 71 pages.

<sup>5</sup> Durin-Alirol M. L'obésité continue à progresser en France. *Quotidien du médecin* N° 7357 du 20 juin 2003.

<sup>6</sup> Haut Comité de la Santé Publique. Pour une politique nutritionnelle en France. Editions ENSP. Septembre 2000

### Nutrition et cancer :

Le lien établi entre nutrition et cancer est renforcé par les premières conclusions de l'étude SUVIMAX<sup>7</sup>, qui confirme l'impact positif de la consommation de vitamines et d'antioxydants à dose nutritionnelle chez les hommes : le risque de cancer est diminué de 31 %. Le lien entre surpoids et risque de cancer a été démontré par différentes études pour le cancer de l'endomètre, du sein après ménopause. L'activité physique a un effet protecteur sur le cancer du colon et du sein<sup>8</sup>.

## PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTE (PNNS)

Le programme est un programme quinquennal (2001-2005) de grande ampleur. Il fait suite à la publication du rapport du Haut Comité de Santé Publique (HCSP) « *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et propositions* » et a été officiellement lancé en janvier 2001 par le premier Ministre.

Le programme national nutrition santé est un programme ambitieux qui vise à "améliorer l'état de santé des individus en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition".

### Quatre principes ont été définis dans le cadre du PNNS :

- le choix alimentaire est un acte libre,
- le citoyen a droit à une information scientifiquement valide et compréhensible,
- les actions du programme sont orientées vers la promotion des facteurs de protection de la santé (+++) et la réduction des facteurs de risque de pathologies,
- chaque action doit favoriser l'atteinte d'au moins un des objectifs prioritaires et de pas aller à l'encontre de l'un d'eux.

Le PNNS 2001-2005 est décliné en 6 axes stratégiques et 18 objectifs dont 9 visent l'ensemble de la population (cf. page x)

### **Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique**

L'annexe de la loi relative aux 100 objectifs de santé publique comporte 10 objectifs relatifs à la nutrition.

Ils concernent l'obésité de l'adulte, l'obésité de l'enfant, la consommation de fruits et légumes, la sédentarité, le rachitisme carenciel, la consommation de sel, la carence en fer, la carence en folates, le déficit en iode et la dénutrition des personnes âgées.

## CONTEXTE REGIONAL

- L'étude OBEPI 2003 montre que 12,0 % des adultes sont obèses en Haute-Normandie contre 11,3 % en France.
- L'étude triennale santé réalisée en 1999-2000 auprès de 30 000 élèves âgés de 5-6 ans, montre que 12,7 % d'entre eux sont en surpoids contre 14,4 % en France (+ DOM).

<sup>7</sup> S. Hercberg et coll. Communiqué de presse de l'étude SUVIMAX. Journée nationale SUVIMAX. 21 juin 2003.

<sup>8</sup> Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, PNNS, CNAM, InVS. Alimentation, nutrition et cancer : vérités, hypothèses et idées fausses. Les synthèses du PNNS, août 2003.

- L'étude NORMANUT réalisée en 2002 auprès de la population adulte consultant des médecins généralistes de la région (885 patients inclus) fait apparaître que :
  - 18 % des hommes et 22 % des femmes de l'échantillon sont obèses
  - 43 % des hommes et 29 % des femmes sont en surpoids.
- L'étude sur les comportements alimentaires des collégiens et des lycéens, réalisée en 2003 montrent que les habitudes alimentaires ne sont pas favorables à un équilibre nutritionnel. Près d'un tiers des lycéens sont conscients de ne pas avoir une alimentation équilibrée.
- Deux études réalisées au CHU par le CLAN en 1998 et 2002 montrent à la fois l'importance de la prévalence de la dénutrition (40 % des personnes âgées) et son impact sur la santé (2 fois plus d'infections nosocomiales et 4 fois plus d'escarres).
- Dans le cadre de la déclinaison régionale du PNNS, un état des lieux de la prise en charge hospitalière de l'obésité a été réalisé en 2004. Cette étude met en évidence les difficultés de prise en charge de l'obésité dans la région, que ce soit pour les enfants ou les adultes. Les adultes obèses sont pris en charge lorsque l'obésité est compliquée et les enfants font l'objet d'une prise en charge multidisciplinaire dans 3 centres hospitaliers : Rouen, Le Havre et Evreux. La file active est peu importante (environ 70 enfants par an) du fait des moyens trop faibles accordés à cette prise en charge.

## METHODOLOGIE

Un comité technique régional nutrition santé, rassemblant de nombreux partenaires concernés par cette thématique a été mis en place pour l'élaboration du programme régional. Coordonné par le Professeur Pierre Déchelotte (Professeur des Universités-Praticien Hospitalier en Nutrition, CHU Rouen), il est piloté par la DRASS et l'URCAM.

Afin de faciliter la coordination des différentes phases de la mise en place de ce programme par le COTER nutrition santé, un comité de pilotage (COFIL nutrition santé) a été mis en place. Composé d'une dizaine de membres, il rassemble les représentants du Comité régional des politiques de santé et les professionnels de santé publique et d'éducation pour la santé.

A partir des différents indicateurs régionaux disponibles (OBEPI, NORMANUT, enquête sur la dénutrition au CHU), des axes de travail ont été choisis lors de la première réunion du COTER nutrition santé, soit le 7 mai 2002.

Ces axes de travail sont les suivants :

- Prévention primaire de l'obésité,
- Dépistage, prise en charge du surpoids, de l'obésité de l'enfant,
- Dépistage, prise en charge du surpoids, de l'obésité et des troubles du comportement alimentaire de l'adulte,
- Dénutrition en institution.

Chaque groupe de travail a ensuite proposé des objectifs opérationnels, dont la mise en œuvre a été planifiée par le COTER jusqu'en 2005. Une analyse de la mise en œuvre des actions programmées entre 2003 et 2005 devrait permettre de définir les actions prioritaires pour les années à venir.

## OBJECTIFS (2003-2005) et INDICATEURS DE RESULTATS

- **Prévention primaire**

**Eduquer à des choix responsables de santé :**

- acquisition des connaissances basiques (équilibre alimentaire)
  - prise en compte des différences culturelles alimentaires
  - prise en compte du modèle parental
- Favoriser l'activité physique

Publics cibles pour les appels à projets :

- 2004 : enfants de 3 à 10 ans
- 2005 : jeunes de 11 ans à 25 ans

- **Dépistage et prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant**

Objectifs	Mise en oeuvre
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amener les parents à consulter pour les problèmes de surcharge pondérale de leur enfant</li> <li>- Impliquer les parents dans l'accompagnement de la prise en charge de leur enfant</li> <li>- Lutter contre la solitude de l'enfant, rompre l'ennui</li> <li>- Développer la prise en charge ambulatoire multidisciplinaire type « club miniligne »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration d'un protocole de dépistage et de suivi dans les services de santé scolaire (2004)</li> </ul> <p>Projet du Réseau de prise en charge de l'obésité en Pédiatrie en Haute-Normandie (REPOP-HN)</p>

- **Dépistage et prise en charge de l'obésité, du surpoids et des troubles des comportements alimentaires de l'adulte**

Objectifs	Mise en oeuvre
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inciter au dépistage et à l'orientation des patients salariés obèses</li> <li>- Dépister et prendre en charge les troubles du comportement alimentaire de la femme entre 20 et 40 ans</li> <li>- Informer les professionnels de PMI, les gynécologues libéraux et les professionnels de maternité de la forte prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité dans la région</li> <li>- Sensibiliser et former les médecins généralistes à l'importance de la nutrition</li> <li>- Dépister les troubles du comportement alimentaire, le surpoids et l'obésité chez les étudiants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etude CIRE-en cours dans 2 structures à Rouen.</li> </ul> <p>- action régionale en cours (pilotage par le CHU) : questionnaire pour les patientes et guide pour les médecins. Action menée en lien avec l'URML (formation des médecins libéraux) et les Conseils Généraux.</p> <p>- questionnaire élaboré par un sous-groupe de travail (diffusion par le service de médecine universitaire de Mt St Aignan : 2004).</p>

- **Dénutrition en institution**

Un état des lieux régional de la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées en institution a conduit à développer les objectifs suivants :

<b>Objectifs</b>	<b>Mise en oeuvre</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibiliser les institutions hébergeant des personnes âgées à la problématique de la dénutrition</li> <li>- Systématiser le dépistage et la prise en charge de la dénutrition en institution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation d'une plaquette de sensibilisation à la problématique dénutrition (2004)</li> <li>- Rédaction d'un guide régional "prévention, dépistage, prise en charge de la dénutrition en institution"<sup>9</sup> (2004)</li> <li>- Mise en place de formations pour accompagner les actions préconisées dans le guide (2005). Il conviendra de former les professionnels de la restauration collective qui est le maillon transversal de la chaîne.</li> </ul>

Il est préconisé pour l'année 2005 de mettre en place un groupe de travail sur la dénutrition des personnes en maintien à domicile.

### Les indicateurs de résultats

En Haute-Normandie, le programme sera évalué à partir de trois types d'indicateurs de résultats :

- Indicateurs portant sur le comportement alimentaire (prévalence grignotage, consommation fruits et légumes, activité physique, etc.),
- Indicateurs portant sur la statut pondéral (prévalence du surpoids et de l'obésité : bilans de PMI, bilans de santé scolaire et adultes consultant en Médecin générale),
- Indicateurs portant sur la prise en charge institutionnelle de la dénutrition en institution (ex : mesure du poids et de la taille, existence d'un protocole de prise en charge de la dénutrition, choix du repas possible, etc.).

Synthèse des enquêtes régionales réalisées et programmées

<b>ENQUETE (indicateurs)</b>	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
NORMANUT statut pondéral et comportement							
COLLEGES LYCEES comportement							
ENQUETE DENUTRITION prise en charge							
BILANS DE 4 ANS statut pondéral							
BILANS DE 6 ANS statut pondéral				Expérimentation en cours (ORS)			
BILANS DE 10 ANS statut pondéral							

### Les perspectives

<sup>9</sup> Guide téléchargeable sur le site internet de la DRASS : <http://haute-normandie.sante.gouv.fr>

## EN 2005 ET APRES ?

- ◆ dans le cadre du PRAPS et de la déclinaison régionale du PNNS, la région devra proposer des actions concrètes pour les publics en situation de précarité.
- ◆ dans le cadre du PRS santé mentale : prise en charge des troubles du comportement alimentaire
- ◆ prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition à domicile

**La mise en place d'un réseau pour la prise en charge de l'obésité (enfants ET adultes) devrait permettre de coordonner les actions de prévention primaire, de dépistage et de prise en charge de l'obésité dans la région**

## POUR PLUS D'INFORMATIONS

### Référents :

Dr Claire BAUDE-HURLIMANN	DRASS de Haute-Normandie	Tél :	02 32 18 32 86
Melle Katia LECOEUICHE	URCAM de Haute-Normandie	Tél :	02 35 12 42 80
Madame Jacqueline BIESBROUCK	URCAM de Haute-Normandie	Tél :	02 35 12 42 71
Madame Pascale VANDEBROUCK	DRASS de Haute-Normandie	Tél :	02 32 18 32 44

### Différents documents sont téléchargeables :

pour le PNNS, sur le site du ministère : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) ; [www.mangerbouger.fr](http://www.mangerbouger.fr)

pour la déclinaison régionale du PNNS, également sur le site de la DRASS : [www.haute-normandie.sante.gouv.fr](http://www.haute-normandie.sante.gouv.fr)

## LES SIX AXES STRATEGIQUES

1. informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant ; éduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant.
2. prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins.
3. impliquer les industriels de l'agro-alimentaire, de la restauration collective et les consommateurs.
4. mettre en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population.
5. développer la recherche en nutrition humaine.
6. engager des mesures et actions de santé publique complémentaires destinées à des groupes spécifiques.

## LES NEUFS OBJECTIFS NUTRITIONNELS PRINCIPAUX DU PNNS

- **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 %<sup>10</sup>,
- **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 % la prévalence des déficiences en vitamine D,
- **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),
- **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 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,
- **Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne dans la population des adultes**,
- **Réduire de 10 mm de mercure la pression artérielle systolique chez les adultes**,
- **Réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>) chez les adultes** et interrompre l'augmentation, particulièrement élevée au cours des dernières années, de la prévalence de l'obésité chez les enfants,
- **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

## LES NEUFS OBJECTIFS NUTRITIONNELS SPECIFIQUES

- **Réduire la carence en fer pendant la grossesse**,

<sup>10</sup> Un petit consommateur de fruits et légumes est défini comme consommant quotidiennement moins d'une portion et demi de fruits et moins de deux portions de légumes par jour.

- **Améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment, en cas de désir de grossesse,**
  - **Promouvoir l'allaitement maternel,**
  - **Améliorer le statut en fer, en calcium et en vitamine D des enfants et des adolescents,**
  - **Améliorer le statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées,**
  - **Prévenir, dépister, limiter la dénutrition des personnes âgées,**
  - **Réduire la fréquence des déficiences vitaminiques et minérales et de la dénutrition parmi les populations en situation de précarité,**
  - **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,**
  - **Prendre en compte les problèmes d'allergies alimentaires.**
- 