

AVIS

relatif aux objectifs de santé publique quantifiés pour la politique nutritionnelle de santé publique (PNNS) 2018-2022

9 février 2018

Depuis la mise en place du PNNS en 2001, les objectifs nutritionnels de santé publique ont comme vocation de structurer les orientations stratégiques et servir de base pour définir les actions prévues dans le cadre de la politique nutritionnelle de santé publique.

Comme pour les précédents PNNS, les objectifs sont quantifiés pour la durée du nouveau cycle à venir du PNNS (2018-2022) afin de disposer d'indicateurs permettant d'évaluer la politique nutritionnelle, en termes d'amélioration de la qualité des apports et du statut nutritionnel de la population ainsi que la réduction des niveaux d'exposition à divers risques.

Ces objectifs sont destinés exclusivement aux autorités de santé publique et, à la différence des repères de consommation du PNNS, ils ne sont pas destinés à être diffusés ou utilisés pour une communication auprès du grand public. Ce sont des éléments qui justifient la mise en place des actions et mesures s'intégrant dans la future politique nutritionnelle de santé publique et qui doivent permettre d'assurer la surveillance et juger de l'efficacité de cette politique. Ces objectifs sont donc essentiellement des indicateurs de résultats. Le suivi de l'implémentation de la politique nutritionnelle de santé publique a fait l'objet d'un chapitre spécifique dans le rapport du Haut Conseil de santé publique (HCSP) portant sur le futur PNNS [1].

Principes des objectifs du PNNS 2018-2022

Les objectifs ont été fixés en prenant en considération les repères nutritionnels révisés définis par le HCSP (avis du 27 Mars 2017 relatif à la révision des repères alimentaires pour les adultes du futur Programme national nutrition santé 2018-2022) [2]. Ils sont un support à ces deux rapports publiés par le HCSP [1 et 2].

Ils prennent par ailleurs en compte les données épidémiologiques sur les apports et le statut nutritionnel de la population française en fixant une marge de progression par rapport à la situation actuelle qui paraît atteignable dans l'échelle de temps du PNNS et qui constitue un bénéfice réel en termes de santé publique. Des objectifs ambitieux ont été retenus.

Cette ambition est directement liée à l'impact estimé des facteurs de risques nutritionnels sur les maladies chroniques et la mortalité en France. En effet, la part attribuable aux facteurs nutritionnels en France en 2016 selon le rapport du « Global Burden of Diseases Project » place les facteurs de risques nutritionnels (consommation d'alcool et facteurs nutritionnels) parmi les trois premiers facteurs de risque de morbidité et mortalité en France avec le tabac [3]. Malgré ses limites, cet outil permet d'appréhender l'importance relative des différents facteurs de risque dans la morbi-mortalité mondiale et par pays.

Ils ont été considérés comme atteignables sous réserve d'une politique nationale nutritionnelle de santé publique à la hauteur des enjeux, intégrant des mesures et des actions fortes telles que celles annoncées dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé [4] et recommandées dans le rapport du HCSP sur le futur PNNS publié le 6 novembre dernier [1]. Le niveau des objectifs est donc en totale cohérence avec les propositions mises en avant dans le cadre de ces différents documents et en particulier celles proposées récemment par le HCSP, agissant au niveau de l'individu (information, éducation, communication) et au niveau de son environnement alimentaire et d'activité physique (standards de composition nutritionnelle des aliments, logo d'information sur la qualité nutritionnelle Nutri-Score sur les emballages des aliments et en restauration collective, régulation économique et fiscale favorisant l'accessibilité aux aliments de bonne qualité nutritionnelle, réglementation concernant la publicité et le marketing des aliments, accessibilité physique aux aliments de meilleure qualité nutritionnelle, mesures économique et fiscale et en terme d'urbanisme, favorisant un environnement favorable pour une pratique d'activité physique, prise en charge des pathologies nutritionnelles...).

Des objectifs prenant en compte les inégalités sociales de santé

Les évolutions observées au regard des précédents objectifs du PNNS, formulés d'une façon générale pour l'ensemble de la population, ont montré que si le statut nutritionnel de la population s'améliore en moyenne pour certains indicateurs, leur niveau stagne en revanche pour les populations défavorisées. Dans cet avis, le HCSP a par conséquent clairement défini les objectifs dans le but de lutter contre les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition. Ainsi, les objectifs ne sont pas formulés de sorte à améliorer le statut nutritionnel en moyenne de l'ensemble de la population, mais en intégrant un principe d'universalisme proportionné. De fait, leur formulation s'appuie principalement sur les consommations alimentaires, le niveau d'activité physique et l'état nutritionnel observés dans les populations défavorisées et les écarts constatés entre les catégories sociales et leur évolution au cours du temps.

Méthodes de définition des objectifs

La définition des objectifs et la marge de progression retenue pour chacun des indicateurs (pourcentage de sujets se situant par rapport à l'indicateur) ont été réalisées sur la base d'un consensus d'experts, à partir des données disponibles dans les études concernant la consommation des aliments et l'état nutritionnel de la population française. Les experts impliqués dans la discussion associaient des compétences en termes de nutrition, d'épidémiologie et de surveillance nutritionnelle de la population. En effet, le groupe de travail s'est appuyé sur les

données disponibles concernant la consommation des aliments et l'état nutritionnel de la population française (études ENNS, InCA2 et InCA3, ESTEBAN).

Au total, les objectifs retenus portent sur les 12 repères alimentaires spécifiques du PNNS, les repères transversaux majeurs, l'activité physique et la sédentarité, la prévalence du surpoids et de l'obésité et de la dénutrition et la pratique de l'allaitement. Pour chaque objectif a été défini un ou plusieurs indicateurs et le chiffrage de leur situation tel qu'attendu à la fin du prochain cycle du PNNS.

L'ensemble de ces objectifs se rapportent à l'adulte. Dans certains cas pertinents, des objectifs pour des sous-groupes de population spécifiques, en particulier les populations vulnérables ont été définis. Des objectifs spécifiques relatifs aux autres groupes de la population (enfants, femmes enceintes, personnes âgées, comportements spécifiques) seront définis lors de l'établissement des repères de consommations pour ces groupes de population, en tenant compte de leurs besoins et des consommations alimentaires et activité physique observés lors des dernières enquêtes réalisées en population. Seuls certains objectifs font l'objet d'un indicateur spécifique chez des populations particulières (enfants, adolescents, personnes âgées) du fait en particulier de l'actualisation des données portant sur la prévalence. Les objectifs adultes ont néanmoins été formulés de sorte à faciliter leur transposition dans les autres groupes de la population. Par ailleurs, des objectifs spécifiques portant sur des nutriments spécifiques seront susceptibles d'être définis en fonction de l'avancement des travaux du Haut Conseil de la Santé Publique.

Lorsque cela est possible, l'objectif est traduit en termes d'évolution de l'indicateur par rapport à la situation actuelle. Il est à noter que certains indicateurs sont nouveaux au regard des précédents objectifs. La quantification de l'évolution dans ce cas est réalisée par une approche pragmatique, à partir d'indicateurs proches.

La démarche retenue a été de définir un standard minimal ou maximal de consommation pour la population, au regard des consommations observées actuelles et de leur évolution attendue, plutôt qu'une modification relative des consommations par rapport au repère de consommation.

Pour certains objectifs, l'indicateur est le repère nutritionnel lui-même (par exemple 500 g de viande par semaine ou 150 g de charcuteries par semaine). Dans d'autres cas, par volonté de réalisme, il s'agit d'un indicateur intermédiaire (par exemple le repère pour les légumineuses est « 2 fois par semaine » mais l'objectif, prenant en compte la situation actuelle de la consommation de ces produits porte sur « au moins 1 portion par semaine »). Pour certains objectifs, 2 indicateurs ont été fixés lorsque ceux-ci étaient pertinents en termes de santé publique (par exemple le pourcentage de petits consommateurs de fruits et légumes -moins de 3,5 fruits et légumes par jour- et le pourcentage de sujets atteignant le repère des 5 fruits et légumes par jour).

Les discussions ont intégré la situation actuelle au regard de l'indicateur (si les données étaient disponibles), l'évolution de la situation passée au regard de l'indicateur (si disponible), et l'équilibre entre l'ambition attendue des nouvelles orientations stratégiques de la politique nutritionnelle en terme de santé publique et le réalisme des experts sur la faisabilité en terme d'atteinte de l'objectif (sur la base des réussites et des échecs des précédents PNNS dans l'atteinte des objectifs précédemment fixés).

Les objectifs quantifiés ont été retenus sur la base d'un consensus entre les experts considérant que les objectifs fixés sont atteignables (notamment pour les populations défavorisées) à

condition que soient mises en œuvre les mesures à la hauteur des enjeux proposés dans le rapport du HCSP.

La formulation des objectifs pour la '*population générale*' fait référence à la mesure de l'atteinte de celui-ci dans des études dont le design prend en compte un tirage aléatoire avec redressement à visée de représentativité de la population française (selon les méthodes des études de Santé publique France et l'ANSES). Les objectifs sont donc formulés directement en lien avec les outils de mesure disponibles en France.

Des indicateurs pour surveiller l'atteinte des objectifs

La situation vis-à-vis de ces objectifs devra être évaluée à la fin du cycle du PNNS 2018-2022 dans le cadre des enquêtes de surveillance réalisées par Santé Publique France et intégrant les indicateurs retenus afin d'évaluer si les objectifs ont été atteints (ou non), compte-tenu des actions et mesures mises en place dans le cadre de la politique nutritionnelle de santé publique. La majorité des indicateurs de surveillance des objectifs sont définis et les données de base les concernant sont disponibles, Les données nécessaires à la mesure de certains nouveaux indicateurs devront être développées, en particulier pour les sucres libres, l'indicateur de sédentarité, les indicateurs de produits bruts et ultra-transformés, ainsi que la dénutrition. Des études spécifiques devront être mises en œuvre pour la mesure des indicateurs de sédentarité et de part de produits BIO dans l'alimentation, ainsi que la part attribuable à la chirurgie bariatrique dans l'évolution de la prévalence de l'obésité morbide.

OBJECTIFS QUANTIFIES RETENUS

Objectifs se rapportant aux consommations alimentaires

Fruits et légumes

Augmenter chez les adultes la consommation de fruits et légumes, de sorte que :

- 80 % au moins consomment au moins 3,5 portions de fruits et légumes par jour ;
- 55 % au moins consomment au moins 5 portions de fruits et légumes par jour.

Augmenter chez les adultes en situation de pauvreté, la consommation de fruits et légumes, de sorte que :

- 100% des adultes consomment au moins un fruit ou légume par jour ;
- 50% des adultes consomment au moins 3,5 fruits et légumes par jour

Produits céréaliers complets

Améliorer le profil de consommation des produits céréaliers, afin d'obtenir en 5 ans :

- 100% de la population* avec un rapport céréales complètes et peu raffinées / produits céréaliers totaux supérieur à 50%.

Légumineuses

Augmenter la consommation de légumineuses dans la population de sorte que :

- 100% de la population consomme au moins une portion de légumineuses par semaine.

Matières grasses ajoutées

Améliorer le profil de consommation des matières grasses ajoutées, de sorte que :

- 100% de la population ait un rapport matières grasses végétales / matières grasses totales supérieur à 50% ;
- 100% de la population ait un rapport matières grasses végétales riches en ALA (acide alpha-linolénique) et huile d'olive / matières grasses végétales totales supérieur à 50%.

Fruits à coque sans sel ajouté

Augmenter la consommation de fruits à coque sans sel ajouté dans la population de sorte que :

- 100% de la population de plus de 36 mois consomme au moins une portion de fruit à coque sans sel ajouté par semaine.

Produits laitiers

Faire évoluer la consommation des produits laitiers chez les adultes de sorte que :

- 100% de la population consomme au moins un produit laitier par jour ;
- 100% de la population consomme moins de 4 produits laitiers par jour.

Viande hors volaille

Diminuer la consommation de viande « rouge » (bœuf, porc, veau, mouton, chèvre cheval, sanglier, biche) dans la population de sorte que :

- 100% de la population consomme en dessous du seuil de 500g de viande par semaine.

Poisson

Augmenter la consommation de poisson dans la population de sorte que :

- 100% de la population consomme au moins une portion de poisson par semaine.

Charcuterie

Diminuer la consommation de charcuterie dans la population de sorte que :

- 100% de la population consomme en dessous du seuil de 150g de charcuterie par semaine.

Boissons sucrées

Diminuer la consommation de boissons sucrées dans la population pour atteindre :

- 100% de la population consomme au maximum un verre de boisson sucrée par jour (dont jus de fruit).

Alcool

Réduire la consommation d'alcool pour l'ensemble de la population en accord avec les recommandations du PNNS proposés par Santé publique France pour les adultes de sorte qu'un maximum de sujets consomme moins de 10 unités d'alcool par semaine et ne pratique pas un comportement de binge drinking.

Objectifs se rapportant aux apports nutritionnels

Sel

Diminuer la consommation de sel dans la population de sorte que :

- 90% des adultes consomment moins de 7,5g de sel par jour
- 100% des adultes consomment moins de 10g de sel par jour

Sucres

Diminuer la consommation moyenne de sucres (mono et disaccharides hors lactose et galactose) et de sucres libres* dans la population de sorte que :

- 100% de la population soit en dessous du seuil de 100g de sucres hors lactose et galactose par jour ;
- 100% de la population soit en dessous du seuil de 10% de l'apport énergétique total provenant des sucres libres par jour.

** les sucres libres, selon la définition de l'OMS, incluent les monosaccharides et disaccharides ajoutés aux aliments et aux boissons par le fabricant, le cuisinier ou le consommateur, ainsi que les sucres naturellement présents dans le miel, les sirops, les jus de fruits et les concentrés de jus de fruits.*

Objectifs se rapportant à des repères transversaux

Produits bruts – produits ultra-transformés

- Interrompre la croissance de la consommation des produits ultra-transformés (selon la classification NOVA) et réduire la consommation de ces produits de 20% sur la période entre 2018 et 2021

Produits BIO

Augmenter la consommation de produits BIO dans la population de sorte que

- 100 % de la population consomment au moins 20% de leurs consommations de fruits et légumes, produits céréaliers et légumineuses issues de produits BIO par semaine

Objectifs se rapportant à l'activité physique et la sédentarité

Augmenter l'activité physique (AP) dans la population adulte de sorte que :

- 80% de la population adulte atteint un niveau d'activité physique au moins modéré (au moins 30 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité modérée à élevée au moins 5 fois par semaine ou au moins 3 jours avec une activité physique intense d'au moins 25 minutes par jour) ;

Diminuer la sédentarité dans la population de façon à :

- Réduire de 20% le nombre d'adultes passant plus de trois heures par jour devant un écran en dehors de leur activité professionnelle ;
Le développement d'un indicateur de sédentarité prenant mieux en compte les usages et les modalités d'usage des écrans, les types d'activité sédentaires et les activités intellectuelles en découlant devra être défini.

Objectifs se rapportant au statut nutritionnel

Surpoids et obésité

Stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids chez les adultes de façon à :

- Diminuer de 15% la prévalence de l'obésité chez les adultes ;
- Stabiliser la prévalence du surpoids chez les adultes ;
- Stabiliser la prévalence de l'obésité, chez les femmes de faibles niveau-socio-économiques ;
- Stabiliser la prévalence de l'obésité morbide par la prévention (hors chirurgie bariatrique).

Diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents de façon à :

- Diminuer de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents (dont la tendance était à la stabilisation au cours des dernières années) ;
- Diminuer de 10% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents issus de familles défavorisées (dont la tendance était en augmentation au cours des dernières années).

Dénutrition

Réduire le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution :

- de 15 % au moins pour les > 60 ans

- de 30 % au moins pour les > 80 ans

Réduire de 20 % au moins, le pourcentage de malades hospitalisés dénutris à la sortie d'hospitalisation

Objectifs se rapportant à l'allaitement maternel

Promouvoir l'allaitement maternel, dans le respect de la décision de la femme, de sorte à :

- Augmenter de 15 % au moins, le pourcentage d'enfants allaités à la naissance pour atteindre un taux de 75% d'enfants allaités à la naissance.

- Allonger de 2 semaines, la durée médiane de l'allaitement total (quel que soit son type), soit la passer de 15 à 17 semaines.

AGENDA

Pour la plupart des objectifs, les indicateurs et les données sur la situation actuelle sont déjà disponibles dans le cadre des études épidémiologiques réalisées en population générale adulte.

Pour certains, l'indicateur est en cours de finalisation à partir de la classification NOVA (produits bruts/produits ultra-transformés)

Il reste également à définir un indicateur synthétique de sédentarité prenant mieux en compte les usages et les modalités d'usage des écrans, les types d'activité sédentaires et les activités intellectuelles en découlant.

Pour les objectifs concernant la dénutrition, nous ne disposons pas de données consensuelles de prévalence dans la population (il serait nécessaire que dans un délai bref des données puissent être collectées au niveau de la population générale et des établissements de soins).

Pour l'alcool, il sera nécessaire de disposer d'études qui non seulement quantifient la consommation moyenne des individus, mais aussi sa fréquence et périodicité, et enfin les comportements de type binge drinking.

Pour les contaminants devront être développés des recherches précisant les niveaux d'exposition de la population et les relations avec la santé afin de définir de futurs objectifs dans ce domaine.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haut Conseil de la Santé Publique. Pour une Politique nutritionnelle de santé publique en France. PNNS 2018-2022. Novembre 2017. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=632>. Date d'accès : 11/01/2018
2. Haut Conseil de la Santé Publique. révision des repères alimentaires pour les adultes du futur Programme national nutrition santé 2018-2022. Avis du 16 février 2017. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=600>

3. GBD 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 390(10100), 1345-1422. 16-9-2017. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32366-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32366-8)
4. Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022.
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/12/29/SSAZ1735885D/jo/texte>
<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

2018

	Indicateur	ENNS-2006/ESTEBAN-2005 *ABENA 2005 / 2012
Fruits et légumes		
Population générale		
- 80 % au moins consomment au moins 3,5 fruits et légumes par jour ;	% d'adultes qui consomment au moins 3,5 fruits et légumes par jour	63.1 % en 2015 Pas d'évolution depuis 2006
- 55 % au moins consomment au moins 5 fruits et légumes par jour.	% d'adultes qui consomment au moins 5 fruits et légumes par jour	41.7 % en 2015 40.4% chez les < bac et 49.4% chez les > bac+3 Pas d'évolution depuis 2006
adultes en situation de pauvreté (*ABENA)		
- 100% des adultes consomment au moins un fruit ou légume par jour ;	% d'adultes qui consomment au moins un fruit ou légume par jour	95.1% en population générale 94.0% chez les < bac et 98.2% chez les > bac+3 Pas d'évolution depuis 2006 *ABENA 2012 49.2% des personnes (repas) et 60% des personnes (denrées) Légère amélioration depuis 2005
- 50% des adultes consomment au moins 3,5 fruits et légumes par jour	% d'adultes qui consomment au moins 3,5 fruits et légumes par jour	60.2% chez les < bac et 69.7% chez les > bac+3 Ecart inchangé depuis 2006 *ABENA 2012 4.7% des personnes (repas) et 19.7% des personnes (denrées) Légère amélioration depuis 2005
Sel		
- 90% des adultes consomment moins de 7,5g de sel par jour	% d'adultes qui consomment moins de 7,5g de sel par jour	47.9% en 2015 Diminution depuis 2006 (55.5% en 2005)
- 100% des adultes consomment moins de 10g de sel par jour	% d'adultes qui consomment moins de 10g de sel par jour	79.9% en 2015 Diminution depuis 2006 (83.2% en 2005)

	Indicateur	ENNS-2006/ESTEBAN-2005 *ABENA 2005 / 2012
Sucres		
- 100% de la population soit en dessous du seuil de 100g de sucres hors lactose et galactose		
- 100% de la population soit en dessous du seuil de 10% de l'apport énergétique total provenant des sucres libres	% d'adultes ayant des apports en glucides simples issus des produits sucrés < 12.5% AESA (dont 2.5% gs natifs)	65.% en 2015 65.1% chez les < bac et 70.5% chez les > bac+3 Diminution depuis 2006 (74.7% en 2005)
Matières grasses ajoutées		
- 100% de la population ait un rapport matières grasses végétales / matières grasses totales supérieur à 50%	% sujets ayant un rapport matières grasses végétales / matières grasses totales supérieur à 50%	67.9% en 2015 Diminution depuis 2006 (73.1% en 2005)
- 100% de la population ait un rapport matières grasses végétales riches en ALA (acide alpha-linolénique) et huile d'olive / matières grasses végétales totales supérieur à 50%.		
Viande hors volaille		
- 100% de la population consomme en dessous du seuil de 500g de viande par semaine	% d'adultes qui consomment moins de 500g de viande par semaine	72.0% en 2015 69.8% chez les < bac et 79.5% chez les > bac+3 Augmentation depuis 2006 (63.8% en 2005)

2018

Charcuterie		
- 100% de la population consomme en dessous du seuil de 150g de charcuterie par semaine	% d'adultes qui consomment moins de 150g de charcuterie par semaine	58.5% en 2015 Pas d'évolution depuis 2006
Légumineuses		
- 100% de la population consomme au moins une portion de légumineuses par semaine	% d'adulte qui ne consomment pas de légumineuses sur les 3 rappels de 24h	73.4% en 2015 Pas d'évolution depuis 2006
	Indicateur	ENNS-2006/ESTEBAN-2005 *ABENA 2005 / 2012
Fruits à coque sans sel ajoutés		
- 100% de la population de plus de 36 mois (hors sujets allergiques) consomme au moins une portion de fruit à coque sans sel ajouté par semaine		
Boissons sucrées		
- 100% de la population consomme au maximum un verre de boisson sucrée par jour (dont jus de fruit).	% d'adultes qui consomment moins d'un verre de boisson sucrée par jour (dont jus de fruit).	82.8% en 2015 83.4% chez les < bac et 86.7% chez les > bac+3 Diminution depuis 2006 : 84.8%
Poisson		
- 100% de la population consomme au moins une portion de poisson par semaine	% d'adultes qui consomment au moins une portion de poisson par semaine	60.8% en 2015 57.8% chez les < bac et 69.3% chez les > bac+3 Diminution depuis 2006 : 66.6%

2018

Produits céréaliers complets		
- 100% de la population* avec un rapport céréales complètes et peu raffinées / produits céréaliers totaux supérieur à 50%.	% d'adultes ne consommant aucun produit complet sur les 3 jours de rappels	62.4% en 2015 67.0% chez les < bac et 53.9% chez les > bac+3 Augmentation depuis 2006 (58.7%)
Produits laitiers		
- 100% de la population consomme au moins un produit laitier par jour ;	% d'adultes qui consomment au moins un produit laitier par jour ;	62.4% en 2015 Pas d'évolution depuis 2006
- 100% de la population consomme moins de 4 produits laitiers par jour.	% d'adultes qui consomment moins de 4 produits laitiers par jour	84.2% en 2015 Pas d'évolution depuis 2006

	Indicateur	ENNS-2006/ESTEBAN-2005 *ABENA 2005 / 2012
Activité physique et sédentarité		
- 80% de la population adulte atteint un niveau d'activité physique au moins modéré (au moins 30 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité modérée à élevée au moins 5 fois par semaine ou au moins 3 jours avec une activité physique intense d'au moins 25 minutes par jour) ;	idem	70% des hommes et 53% des femmes en 2015 Pas d'évolution globale depuis 2006 chez les hommes (64%, sauf chez les 40-54 ans augmentation de 54.6% à 70.5%) Diminution globale et dans toutes les tranches d'âges chez les femmes (de 63% à 53%)
Réduire de 20% le nombre d'adultes passant plus de trois heures devant un écran en dehors de leur activité professionnelle		80% des adultes en 2015 Augmentation depuis 2006 (59% pour les hommes et 49% pour les femmes)

	Indicateur	ENNS-2006/ESTEBAN-2005 *ABENA 2005 / 2012
Surpoids et obésité		
- Diminuer de 15% la prévalence de l'obésité chez les adultes	idem	16.8% chez les hommes et 17.4% chez les femmes Stabilité depuis 2006
- Stabiliser la prévalence du surpoids chez les adultes ;		Surpoids obésité incluse 53.9% chez les hommes et 44.2% chez femmes Depuis 2006, stabilité chez hommes et augmentation chez les femmes (41.4% en 2005) Chez les femmes prévalence du surpoids a augmenté chez les 40-54 ans (41.2% à 49.7% et a diminué chez les plus âgées (de 57.7% à 49.8%.
- Stabiliser la prévalence de l'obésité, chez les femmes de faibles niveau-socio-économiques		Surpoids obésité incluse : 53.4% chez femmes < bac et 29.6% chez les >bac+3 ABENA 2012 Obésité : 35.1% des femmes en 2012 Augmentation depuis 2005 (29.6%)
- Stabiliser la prévalence de l'obésité morbide par la prévention (hors chirurgie bariatrique).		

Avis rédigé par un groupe d'experts constitué de membres du Haut Conseil de la santé publique et de personnalités extérieures.

Avis validé par les membres de la commission spécialisée « Commission spécialisée maladies chroniques » du HCSP le 9 février 2018 : aucun conflit d'intérêt, 18 votants sur 18 membres qualifiés ; le texte a été approuvé par 16 votes pour, 1 vote contre, 1 abstention.

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr

Annexe 1 : Saisines de la Direction Générale de la Santé



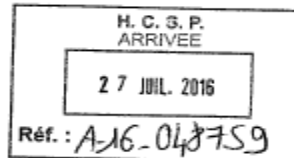
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

22 JUL. 2016

Paris, le

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
Sous-direction de la prévention des risques
liés à l'environnement et à l'alimentation
Bureau Alimentation et Nutrition
Programme National Nutrition Santé (PNNS)
DGS/EA3 n° 192

Isabelle de Guido-Vincent-Genod
☎ : 01.40.56.68.47
isabelle.de-guido@sante.gouv.fr



Le Directeur général de la santé

à

Monsieur le Président
du Haut Conseil de la santé publique
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

OBJET : Elaboration du Programme national nutrition santé (PNNS 4)

PJ : - Projet de rapport de l'Anses sur l'actualisation des repères PNNS

Le Haut conseil de la santé publique a, notamment, pour mission de contribuer à la définition des objectifs de santé publique, d'évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et de contribuer au suivi annuel de la mise en œuvre. Il a également pour mission, en particulier, de fournir aux pouvoirs publics l'expertise nécessaire à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention. Dans le cadre du PNNS 3, il a défini, dans son rapport d'avril 2010 intitulé *Objectifs de santé publique : évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions*, des objectifs et des recommandations destinés à piloter et évaluer la politique nutritionnelle.

Je souhaite confier au HCSP l'élaboration de propositions d'objectifs pour le futur Programme national nutrition santé 2017-2021 ainsi que la proposition de recommandations qui serviront à la conception de ce programme. Le HCSP proposera également une hiérarchisation de ces objectifs et recommandations.

Je souhaiterais disposer de l'avis du HCSP sur les objectifs et recommandations du futur PNNS en février 2017.

Pour cela, le HCSP pourra en particulier s'appuyer sur :

- L'évaluation du PNNS réalisée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) conformément à l'action 45 du PNNS, en cours de finalisation ;
- Les résultats des études INCA 3 et Esteban menées par l'Anses et l'ANSP et dont les résultats sont attendus d'ici fin 2016. La DGS a demandé à ce que des premiers résultats puissent être disponibles dès le mois d'octobre ;
- L'expertise collective de l'Inserm sur les messages nutritionnels sur les publicités, dont le rapport est en cours de validation ;
- Vous trouverez en pièce jointe un projet du rapport de l'Anses intitulé « *Actualisation des repères PNNS – révision des repères de consommation alimentaire* » dont la publication officielle aura lieu en septembre 2016.

Dans le cadre de ma saisine en date du 16 juillet 2015, j'ai sollicité le HCSP afin que la formulation retenue pour les repères dans les divers documents de communication, qui seront élaborés par l'Agence nationale de santé publique (ANSP), prenne en compte la dimension de santé publique. Pour ce qui concerne plus particulièrement les repères activité physique, le rapport de l'Anses a été publié le 26 février 2016 et des travaux sont en cours à l'ANSP afin d'élaborer les futurs repères activité physique du PNNS.

L'élaboration de repères du PNNS relatif à l'alimentation est plus complexe et nécessite l'expertise du HCSP, en amont des travaux qui seront engagés par l'ANSP, afin de prendre en compte, au-delà des données issues des sciences de la nutrition, le contexte global de santé publique, essentiel afin d'assurer l'intérêt de ces repères pour toute la population. Le retard pris par l'Anses, pour l'actualisation des repères nutritionnels pour l'alimentation, rend la saisine 16 juillet 2015 caduque. Cette saisine est donc close et remplacée par cette présente saisine dans un contexte plus global.

L'outil d'optimisation développé par l'Anses permet d'intégrer l'ensemble des données nutritionnelles, sur les contaminants et sur les habitudes alimentaires. Néanmoins, l'Anses a du, pour élaborer des scénarii plausibles intégrant les données bibliographiques, les habitudes de consommation et, élément nouveau, la présence de contaminants, lever certaines « contraintes ». Aussi, si cet outil constitue un outil d'aide à la décision, utile à l'élaboration des repères de consommations alimentaires, il nécessite toutefois, comme le souligne l'Anses, à la fois des choix en amont mais également une interprétation en aval au regard des messages prioritaires et des stratégies de santé publique. Le HCSP fournira une analyse visant à ce que la formulation qui sera retenue pour ces repères dans les divers documents de communication, prenne en compte la dimension santé publique.

Je souhaite que le HCSP s'attache à définir les axes fondamentaux de ces futurs repères en intégrant des éléments de complexité tels que les contraintes levées et le fait que l'Anses n'ait pas encore engagé les travaux concernant les repères alimentaires pour des populations spécifiques. Il va donc exister un laps de temps durant lequel la cohabitation d'anciens et nouveaux repères est susceptible d'engendrer un manque de cohérence du message de santé publique.

Pour cela, le HCSP pourra associer l'Anses et l'ANSP dans le cadre de ses groupes de travail. L'analyse du HCSP, attendue pour novembre 2016, sera transmise par la Direction générale de la santé à l'ANSP afin d'engager les travaux d'élaboration des repères alimentation « grand public » et des outils de communication utiles.

Enfin, le HCSP pourra contribuer à orienter, en lien avec l'ANSP, l'évolution des messages sanitaires apposés sur les actions de promotion des acteurs économiques conformément à l'arrêté du 27 février 2007 « fixant les conditions relatives aux informations à caractère sanitaire devant accompagner les messages publicitaires ou promotionnels en faveur de certains aliments et boissons ».

C'est donc une réponse en deux temps que je sollicite de la part du HCSP dans le cadre global de l'élaboration du PNNS 4 :

- **Novembre 2016 : analyse du HCSP sur l'actualisation des repères PNNS et les messages nutritionnels sur les publicités ;**
- **Février 2017 : définition des objectifs et des recommandations, priorisés, du futur PNNS 4.**

Mes services se tiennent à votre disposition pour vous apporter toute information complémentaire.

Le Directeur Général de la Santé,

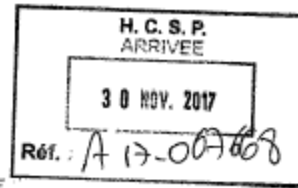


Professeur Benoît VALLET

2018



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ



DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
Sous-direction de la prévention des risques
liés à l'environnement et à l'alimentation
Bureau Alimentation et Nutrition
Programme National Nutrition Santé (PNNS)
DGS/EA3 159

Paris, le 28 NOV. 2017

Dr Michel Chaufiac
☎ : 01.40.56.41.24
michel.chaufiac@sante.gouv.fr

Le Directeur général de la santé
à
Monsieur le Président
du Haut Conseil de la santé publique
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

OBJET : Elaboration du Programme national nutrition santé: complément à la saisine du 22 juillet 2016

Dans ma saisine du 22 juillet 2016, je demandais notamment au Haut Conseil de la Santé Publique de formuler des propositions pour des objectifs et des recommandations pouvant servir à la conception du futur programme national nutrition santé.

Vous m'avez adressé des recommandations pour le futur PNNS qui ont été publiées début novembre 2017. Cependant la question des objectifs pour le futur PNNS n'a pas pu être traitée par le HCSP avant le renouvellement de ses commissions et notamment la dissolution de la commission prévention, éducation et promotion de la santé qui avait commencé à travailler sur la question.

La nouvelle commission spécialisée maladies chroniques a souhaité que je précise la question formulée concernant les objectifs.

Un programme de santé publique se fonde sur des objectifs précis, importants pour la définition des stratégies d'intervention et nécessaires pour son évaluation.

Le Programme national nutrition santé a été initié en 2001. Dès ce moment, sur la base des travaux de ce qui était alors le Haut Comité de la santé publique, le PNNS a retenu des

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS 07 SP - Tél. : 01 40 56 60 00 – Télécopie : 01 40 56 50 56 – www.sante.gouv.fr – www.sante.fr

Haut Conseil de la santé publique

20/22

Cet avis doit être diffusé dans sa totalité, sans ajout ni modification

objectifs quantifiés, relatifs tant à l'alimentation qu'à l'activité physique, pour les 5 années du premier PNNS (2001-2005). Ces objectifs étaient alors au nombre de 9. Ils avaient été proposés sur la base de la connaissance disponible de la situation nutritionnelle et de la consommation alimentaire des français.

L'étude nationale nutrition santé de 2006 (ENNS) mise en place par l'Institut de veille sanitaire et l'étude INCA2 de 2006 de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) avaient permis d'estimer le niveau d'atteinte de ces objectifs. En 2010, sur cette base et en tenant compte d'autres éléments qui lui étaient apparus pertinents, le Haut conseil de la santé publique avait proposé de nouveaux objectifs quantifiés, au nombre d'une trentaine, en vue du PNNS3 2011-2015.

Diverses études ont été menées depuis qui contribuent à fournir des estimations de l'atteinte de ces objectifs : Esteban et INCA3 réalisées en 2015-2016 par l'Agence nationale de santé publique (ANSP) et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) ; ABENA (ANSP) menée auprès des bénéficiaires de l'aide alimentaire ; Epifane (ANSP) relative aux pratiques d'alimentation des enfants de moins de 1 an ; les études menées auprès des enfants de Grande section de maternelle ou de CM2 par la DREES.

Aussi, je souhaite que le HCSP, sur la base de ces résultats, propose de nouveaux objectifs quantifiés actualisés, dont l'atteinte, dans le délai de 5 ans du futur programme, puisse être considérée comme réaliste.

Je sollicite un avis du HCSP sur ce point au plus tard pour le mois de janvier 2018.

Mes services se tiennent à votre disposition pour vous apporter toute information complémentaire.

Le Directeur Général de la Santé,


Professeur Benoît VALLET

Annexe 2 : Composition du groupe de travail

Agathe Billette de Villemeur, HCSP, Commission spécialisée maladies chroniques (CSMC)

Linda Cambon, HCSP, CSMC

Sébastien Colson, HCSP, CSMC

Corinne Delamaire, Santé Publique France

Valérie Deschamps, Santé Publique France

Liana Euler-Ziegler, CSMC, présidente du groupe de travail

Karine Gallopel-Morvan, HCSP, CSMC

Virginie Halley des Fontaines, HCSP, CSMC

Serge Herberg, EREN, CHU Avicenne, Université Paris 13, co-président du groupe de travail

Chantal Julia, EREN, CHU Avicenne, Université Paris 13

Isabelle Millot, HCSP, CSMC

Anne-Marie Schott, HCSP, CSMC

Secrétariat général du HCSP

Marie France d'Acremont, coordinatrice de la Commission maladies chroniques du HCSP