



# La situation nutritionnelle en France

Depuis 20 ans, les Français consomment davantage de produits transformés mais aussi plus de fruits et moins de sel. Les évolutions de la situation nutritionnelle semblent plutôt favorables mais de grandes inégalités sociales sont constatées.

## La situation nutritionnelle et ses déterminants individuels

**Katia Castetbon**

Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle, Institut de veille sanitaire, université Paris 13

Les recueils d'information sur la situation nutritionnelle en France se sont fortement développés au cours des années 2000. Cela a fait suite à une accumulation de résultats issus de la recherche sur les relations entre nutrition et état de santé. Ces travaux avaient permis de mettre en lumière l'importance majeure de l'alimentation, de l'activité physique, de la sédentarité et de l'état nutritionnel dans la prévention, ou au contraire le développement de maladies chroniques fréquentes dans la population (maladies cardiovasculaires, certains cancers, diabète...). Le lancement du Programme national nutrition santé (PNNS) en 2001 a aussi permis de structurer la surveillance nutritionnelle et la production régulière d'informations sur la situation en France. Le PNNS a défini un ensemble d'indicateurs, qui ont été priorisés selon les bénéfices espérés pour la santé de la population. C'est autour de ces indicateurs que la situation nutritionnelle a été décrite, de même que les facteurs impliqués dans les variations observées.

### Des consommations alimentaires trop éloignées des recommandations...

En 2006-2007 [48], environ la moitié des adultes en France avaient des apports alimentaires en féculents et

en viandes/poisson/œufs qui étaient concordants avec les recommandations diffusées (« à chaque repas selon l'appétit », et « 1 à 2 fois par jour », respectivement). La plupart des adultes consommaient modérément des boissons alcoolisées ou étaient abstinents. La situation était moins favorable concernant les fruits et légumes (seuls 43 % en consommaient au moins 5 par jour), les produits laitiers (29 % en consommaient 3 par jour, le reste étant le plus souvent en dessous de ce niveau) et le poisson (30 % en mangeaient au moins deux fois par semaine). Par ailleurs, les niveaux d'apports en sel restaient très élevés en moyenne : 10 g par jour pour les hommes et 7,5 g pour les femmes, alors que le seuil maximal recommandé par l'OMS est de 5 g par jour. Enfin, des aliments clés tels que les produits céréaliers complets, dont les bénéfices pour la prévention de nombreuses maladies chroniques sont consensuels, étaient très peu fréquemment consommés. Lorsque l'ensemble de ces indicateurs est sommé, le constat est que, en moyenne, seule la moitié des recommandations est suivie par les adultes en France [32].

Chez les enfants, la situation était également contrastée en 2006-2007 [48]. La plupart avaient des apports en sel conformes aux recommandations (les

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 48.*

trois quarts en consommaient moins de 8 g par jour et la moitié moins de 6 g par jour) et globalement corrects en ce qui concerne le groupe des viandes/poisson/cœufs (la moitié en consommaient une à deux fois par jour). Mais seuls 20 % consommait au moins 5 fruits et légumes par jour, un tiers consommaient des féculents suffisamment et 43 % avaient par ailleurs des apports en produits laitiers équivalents à trois à quatre par jour. Concernant ce dernier groupe d'aliments, le cas des filles adolescentes mérite d'être souligné puisque plus de la moitié d'entre elles en consommaient moins de trois par jour.

### ... qui varient selon la position socio-économique

Au-delà de cette situation « moyenne », il existe d'importantes disparités dans les consommations alimentaires en France, comme cela est observé également dans les autres pays occidentaux [28]. D'une façon générale, plus la position socio-économique augmente, plus les consommations alimentaires sont concordantes avec les recommandations et sont donc favorables à la santé. Ce résultat peut être mis en parallèle avec les inégalités sociales de santé observées en ce qui concerne les maladies chroniques, dont la survenue est associée à la nutrition, comme les maladies cardiovasculaires, certains cancers et le diabète. Concernant ces maladies, ce sont des inégalités qui sont particulièrement marquées dans notre pays.

Tous les groupes alimentaires ne sont pas également concernés par de telles disparités sociales. D'après les études menées en France (comme à l'étranger), ces disparités sont très bien documentées en ce qui concerne les fruits et légumes, qui sont davantage consommés quand la position socio-économique augmente [28]. Par exemple, près de la moitié des cadres en consomment au moins cinq par jour contre moins de 30 % des ouvriers [13]. Ce type de variations est aussi observé en ce qui concerne les produits laitiers peu gras, les produits céréaliers complets ainsi que le poisson. Concernant les aliments peu favorables à la santé, qui sont plus consommés lorsque la position socio-économique augmente, interviennent également des questions de coût et d'accessibilité [28].

Il faut aussi noter que les variations observées chez les enfants selon leurs conditions de vie, sont parfois moins concluantes, faute d'études suffisantes sur ce groupe. Pour autant, une augmentation significative des consommations de fruits, légumes et yaourts a été rapportée chez les enfants, lorsque le niveau d'étude de la personne de référence du foyer s'accroît, tandis que la consommation de viandes et pâtes diminuait [2]. Pour les autres groupes, il n'y avait pas de variations significatives. Le cas des produits gras et sucrés ou des boissons sucrées peut être relevé : leur consommation par les enfants ou les adolescents s'élevait quand le niveau d'éducation de la personne de référence augmentait. Il s'agit d'un exemple illustrant le fait qu'au-delà des questions de connaissances et

des influences sociales, la question de l'accessibilité financière constitue un facteur déterminant des consommations alimentaires [28].

L'augmentation de la consommation des aliments favorables à la santé, avec celle de la position socio-économique est généralement retrouvée dans les études lorsque le niveau d'éducation est pris en compte pour décrire la position socio-économique. Mais les conclusions peuvent varier selon les contextes lorsque c'est la profession ou les revenus qui sont étudiés, et qui peuvent être le reflet de dimensions socio-culturelles et économiques intéressantes à prendre en compte. Ces variations ne sont en effet pas uniquement la conséquence d'un niveau de connaissances qui serait suffisant ou non en matière nutritionnelle. Les problématiques de coût des aliments, d'arbitrages entre différents postes budgétaires du ménage, de l'influence de la publicité, de l'accessibilité physique aux aliments de bonne qualité nutritionnelle, de dimensions psychosociales et culturelles... interviennent également dans les comportements alimentaires [28].

### Au moins un adulte sur deux touché par le surpoids ou l'obésité

Au milieu des années 2000, la moitié des adultes avaient un indice de masse corporelle (poids/taille<sup>2</sup>, kg/m<sup>2</sup>) supérieur ou égal à 25, ce qui les classait en situation de surpoids ou d'obésité [48]. La part d'adultes obèses était équivalente chez les hommes et les femmes (17 % avaient un IMC supérieur ou égal à 30) mais les hommes étaient 41 % à être en surpoids (hors obésité, IMC compris entre 25 et 30) contre seulement un quart des femmes. Ces prévalences augmentent fortement avec l'âge : un quart des adultes de 55 à 74 ans étaient obèses, contre moins de 10 % des jeunes adultes de 18-29 ans [48].

Comparées aux autres pays de l'OCDE, ces prévalences situent la France dans le groupe des pays plutôt préservés par le surpoids et l'obésité. Toutefois, elles continuent d'augmenter, même si un infléchissement récent a été observé [13]. Par ailleurs, comme pour l'alimentation, ces prévalences globales cachent des disparités sociales très importantes. Par exemple, un quart des adultes de niveau scolaire primaire présentent une obésité, contre 10 % de ceux qui ont poursuivi des études au-delà du baccalauréat [13]. Ces niveaux de variation sont également observés pour le surpoids hors obésité.

Chez les enfants de 3 à 17 ans, 18 % sont en situation de surpoids – obésité incluse – et 3,5 à 4 % présentent une obésité, selon les références de l'*International Obesity Task Force* (IOTF) [48]. Il n'existe quasiment pas de variations selon le sexe, et celles rapportées selon l'âge peuvent s'interpréter en partie par des effets de génération. En effet, au cours des années 2000, il a été observé une stabilisation, et même une diminution, des prévalences de surpoids et d'obésité chez les enfants [13]. Ainsi, chez les enfants de CM2, la prévalence du



## La nutrition : des constats aux politiques

surpoids – obésité incluse – était en 2001-2002 de 19,9 % ; elle était de 19,7 % en 2004-2005. Les prévalences d'obésité dans cette classe d'âges sont restées stables également (4,1 % et 3,7 %, respectivement). Chez les enfants de grande section maternelle, ces prévalences ont significativement diminué entre 1999-2000 (13,9 % dont 3,4 % d'obésité) et 2005-2006 (12,2 % dont 3,1 % d'obésité) [13].

### Des marqueurs de l'état nutritionnel contrastés

L'analyse des statuts biologiques en vitamines et minéraux complète la description de la situation nutritionnelle. Quelques exemples de marqueurs considérés comme prioritaires ont ainsi pu être décrits. Chez les adultes en France en 2006-2007, l'étude des statuts en vitamine D a permis de souligner que si les carences étaient rares (moins de 5 % présentaient un niveau plasmatique inférieur à 10 ng/ml), les niveaux marquant un déficit modéré étaient en revanche fréquents dans la population : 42 % avaient un niveau plasmatique en vitamine D inférieur à 20 ng/ml [49]. L'analyse des facteurs de risque a montré l'importance du niveau d'ensoleillement de la région de résidence et de l'activité physique. La vitamine D est en effet principalement synthétisée grâce à une exposition modérée au soleil, les apports alimentaires ne comptant que peu dans le statut biologique.

Le statut en fer et celui en folates sont des éléments nutritionnels particulièrement intéressants pour la santé maternelle en lien avec la grossesse [13]. Ainsi, une fréquence relativement faible de l'anémie ferriprive a été observée chez les femmes non ménopausées en France (autour de 3 %) [48]. Cependant, près de 15 % de ces femmes présentaient une déplétion complète de leurs réserves en fer. De nouveau, comme pour les consommations alimentaires, il existait des variations selon le statut socio-économique, avec une situation critique plus fréquente chez celles de position socio-économique plus faible. Enfin, un statut inadéquat en folates est un facteur de risque majeur des anomalies de fermeture du tube neural (dont le *spina bifida*). Chez les femmes non ménopausées, près de 7 % présentaient un risque de déficit en folates [48]. À noter qu'une supplémentation systématique est recommandée dès un projet de grossesse car cette supplémentation, pour être efficace, doit avoir lieu dans les 8 semaines avant la conception et être poursuivie un mois après.

### Le cas des populations pauvres en France

La situation nutritionnelle dans les groupes de population les plus pauvres présente des caractéristiques qui confirment les gradients observés dans la population générale. C'est le cas pour la consommation de fruits et légumes, ou de produits laitiers, qui sont faibles dans ces groupes. Dans l'étude sur l'alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire (Abena), réalisée en 2011-2012 [21], 7 % des personnes recevant des denrées à emporter déclaraient

une fréquence de consommation de fruits et légumes supérieure ou égale à cinq par jour. Par ailleurs, seuls 16 % de ces personnes déclaraient une fréquence de consommation de produits laitiers à trois fois par jour. Les fréquences de consommation en viandes/poisson/œufs et en féculents étaient par contre proches de celles observées en population générale. La situation chez les personnes recevant des repas à consommer sur place était plus défavorable en lien avec un nombre de repas moindre [21].

Concernant les marqueurs de l'état nutritionnel, la situation des personnes recourant à l'aide alimentaire était également dégradée par rapport à ce qui est observé en population générale. Notamment, plus de 35 % des femmes étaient obèses dans l'étude Abena en 2011-2012, une fréquence en augmentation par rapport à ce qui avait été observé en 2004-2005 dans la première étude de ce type, selon un même protocole. Par ailleurs, alors que les personnes recourant à l'aide alimentaire sont plus jeunes en moyenne, les fréquences d'hypertension artérielle ou de diabète y sont plus élevées que dans la population générale. Enfin, les déficits comme celui en vitamine D ou en fer sont également plus fréquents dans cette population, mais une amélioration a été relevée entre 2004-2005 et 2011-2012 [21].

### Conclusion

Comparativement à d'autres pays occidentaux, la situation nutritionnelle en France présente des éléments relativement encourageants de façon globale. La répétition des enquêtes nationales en population permettra de confirmer, ou non, ces grandes tendances. Mais il faut souligner qu'il existe de fortes disparités sociales dans les comportements alimentaires, qui se traduisent par des inégalités dans les marqueurs de l'état nutritionnel, eux-mêmes facteurs de risque majeurs de nombreuses maladies chroniques. Il apparaît donc primordial d'être en mesure de les documenter finement et de mettre en œuvre des actions efficaces et adaptées pour chercher à atténuer ces disparités dans les années à venir. †