



Nationaal
Voedings- en
Gezondheids-
Plan

Plan
National
Nutrition
Santé

Nationaler
Ernährungs- und
Gesundheits-
Plan

National
Food and
Health
Plan

PLAN NATIONAL NUTRITION ET SANTE POUR LA BELGIQUE

2005 –2010

**VERSION FINALE
DECEMBRE 2005**



Table de matière

<i>Table de matière</i>	2
<i>Avant-propos</i>	4
INTRODUCTION	6
SECTION 1: Contexte du PNNS-B (Plan National Nutrition et Santé pour la Belgique)	6
Contexte International	7
Importance d'une initiative belge	9
SECTION 2: Facteurs déterminants pour l'alimentation et la santé en Belgique	10
L'enquête nationale de consommation alimentaire	11
Santé et facteurs de risque	18
SECTION 3: Les objectifs nutritionnels pour la Belgique	37
Bilan énergétique	38
Fruits et légumes	39
Lipides	40
Glucides et fibres alimentaires	43
Sel	45
Minéraux, Oligo-éléments, Vitamines, Autres substances	45
L'eau	46
SECTION 4: Principes généraux de la stratégie belge	48
SECTION 5: Les Axes Stratégiques du PNNS-B	49
AXE 1: INFORMATION ET COMMUNICATION	52
Identification et situation de la problématique	52
Objectifs dans le cadre du PNNS-B	53
Les initiatives de communication et d'information dans le cadre du PNNS-B	55
Mise au point et diffusion d'un logo de communication	55
Campagne média	56
Création d'un site Internet et d'une newsletter électronique	59
Réalisation d'un guide alimentaire général	60
Réalisation de guides alimentaires spécifiques	62
AXE 2: DEVELOPPEMENT D'UN CADRE PROPICE AUX BONNES HABITUDES ALIMENTAIRES ET À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ LA POPULATION ET PLUS PARTICULIÈREMENT CHEZ LES JEUNES ET LES ADOLESCENTS	63
Identification et situation de la problématique	64
Style de vie saine en milieu familial	64
Le milieu scolaire	67
Mode de vie saine durant le temps libre	68
Les objectifs du PNNS-B	69
Mesures proposées	70
AXE 3: L'ENGAGEMENT DES ACTEURS DU SECTEUR PRIVÉ	76



Identification et situation de la problématique	76
Les objectifs du PNNS-B	77
Mesures proposées	77
Sensibilisation et formation des professionnels	77
Composition et choix des produits alimentaires	78
Communication d'informations sur les produits alimentaires et les repas : étiquetage et étiquetage nutritionnel	80
Allégations de santé	83
Réclame et publicité	85
AXE 4: MESURES RELATIVES A DES GROUPES CIBLES SPECIFIQUES	88
ALIMENTATION DES NOURRISSONS ET DES JEUNES ENFANTS	88
Identification et situation de la problématique	88
Les objectifs du PNNS-B	92
Mesures proposées	93
MINÉRAUX, VITAMINES ET AUTRES COMPOSANTS ALIMENTAIRES	97
Identification et situation de la problématique	97
Les objectifs du PNNS-B	98
L'iode pour la population en général	98
Fer et acide folique chez les femmes enceintes	100
Fer, calcium et vitamine D chez les nourrissons, les jeunes enfants et les adolescents	102
Calcium et vitamine D chez les personnes âgées	105
Apport suboptimal de vitamines, de minéraux, d'oligo-éléments et d'autres composants alimentaires	106
AXE 5: DÉNUTRITION : PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE	109
Identification et situation de la problématique	109
Les objectifs du PNNS-B	110
Mesures proposés	111
Hôpitaux	111
Maisons de repos et de soins	114
Soins à domicile	117
Mesures destinées à renforcer l'accessibilité des mesures nutritionnelles spécialisées	119
Mesures relatives à l'enseignement et à l'éducation	121
AXE 6: L'ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION ALIMENTAIRE	122
Identification et situation de la problématique	122
Les objectifs du PNNS-B	122
Mesures proposées	123
AXE 7: LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE RELATIVE A L'ALIMENTATION ET AU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	125



Avant-propos

Le Plan National Nutrition et Santé pour la Belgique (PNNS-B) est une initiative du Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique.

L'espérance de vie de la population belge croît grâce aux progrès des soins médicaux et à l'amélioration générale des conditions de vie. Certaines évolutions liées à notre mode de vie sont, néanmoins, propices à l'adoption d'habitudes alimentaires nuisibles et à la diminution de l'activité physique.

Ces facteurs de risques provoquent, à leur tour, une augmentation des cas de surcharge pondérale, d'obésité et d'un certain nombre d'affections chroniques liées sans, pour autant, que la population n'en soit consciente.

Le PNNS-B entend s'attaquer à cette problématique et augmenter le niveau de santé de la population belge. Le PNNS-B se fonde, à cet effet, sur les initiatives internationales existantes au niveau de l'Union européenne et de l'Organisation Mondiale de la Santé, en particulier sur la stratégie globale de l'OMS en matière d'alimentation, d'activité physique et de santé.

Le mode de travail adopté prône le consensus et la reconnaissance, par toutes les parties prenantes, de la responsabilité qu'elles doivent assumer dans une concertation constructive.

Dans le cadre de ce projet, dix groupes de travail ont été activés entre janvier et mai 2005. Les différentes parties prenantes qui y ont participé ont coopéré à l'identification des diverses problématiques, à l'évaluation de leurs causes ainsi qu'à l'identification des mesures nécessaires afin de s'attaquer efficacement à la problématique et pour lesquelles chacun souhaite assumer ses responsabilités.

Le projet ne traite pas seulement de la problématique de la nutrition et de la surcharge pondérale mais également des problèmes de dénutrition, de carences alimentaires sélectives et des problèmes liés à la communication et la publicité.

Le présent texte et les recommandations qui l'accompagnent se fondent sur le résultat de ces activités. Nous espérons de tout cœur que tous les acteurs sociaux continueront à faire preuve d'engagement dans ce contexte afin de contribuer à réaliser les objectifs annoncés et améliorer significativement le niveau de santé de la population belge.

Le succès de ce plan dépend de l'implication de tous les acteurs déjà mobilisés pour sa conception y compris les diverses autorités politiques de la



santé, de l'économie, de l'agriculture, d'enseignement, de sport, de la mobilité, ... qui de près ou de loin y vont de leur responsabilité. L'enchevêtrement des compétences tant techniques que politiques qui caractérise le paysage institutionnel belge, impose une coordination politique à l'appui de la coordination scientifique nécessaire à l'exécution du PNNS-B.

December 2005

Pour le Gouvernement fédéral:
Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Pour le Gouvernement de la Communauté française:
La Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé

Voor de Vlaamse Regering:
De Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Für die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft:
Der Minister für Ausbildung und Beschäftigung, Soziales und Tourismus

Pour le Gouvernement wallon:
La Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances

Pour le Collège de la Commission communautaire française de Bruxelles-
Capitale:
Le Ministre de la Santé et de la Fonction publique

Pour le Collège réuni de la Commission communautaire commune de la
Région de Bruxelles-Capitale:
Le Membre du Collège réuni, chargé de la Santé



INTRODUCTION

SECTION 1: Contexte du PNNS-B (Plan National Nutrition et Santé pour la Belgique)

L'espérance de vie du Belge croît. En 2003, les hommes avaient, à la naissance, une espérance moyenne de vie de 75,9 ans et les femmes, de 81,7 ans. En 1995, ces chiffres s'élevaient respectivement à 73,9 et 80,7 ans.¹

Cette augmentation est imputable à une multitude de facteurs, principalement à l'amélioration du cadre de vie et de travail ainsi qu'aux progrès réalisés par la médecine. L'espérance de vie du Belge subit, cependant, la pression d'un certain nombre de changements apparus dans son cadre de vie et qui influencent son mode de vie.

L'évolution technologique et la production alimentaire en constante augmentation, associées à un développement économique croissant, ont eu une influence positive sur la santé et l'espérance de vie, mais ont également conduit à une diminution du niveau d'activité physique et à un changement des habitudes alimentaires.

Le recours toujours plus important à la voiture, l'invasion de la télévision et des ordinateurs, l'automatisation sans cesse croissante ont conduit, ces dernières décennies, à une diminution de la dépense énergétique. Jadis nettement plus répandue, l'activité physique se limite aujourd'hui de plus en plus aux temps libres. Le mode de vie sédentaire est un facteur déterminant dans le développement de la surcharge pondérale et de l'obésité. Aujourd'hui, l'individu devrait tirer profit de chaque occasion pour être actif physiquement en empruntant, par exemple, les escaliers plutôt que l'ascenseur ou en roulant à vélo ou en marchant au lieu de prendre le bus ou la voiture.

La plus grande disponibilité des denrées alimentaires, combinée avec leur baisse de prix relative par rapport au revenu, a également conduit à un phénomène de surconsommation alimentaire.

Tous ces facteurs expliquent pourquoi l'obésité est aujourd'hui devenue l'un des principaux problèmes de santé en Europe.

¹ SPF Économie, PME, Classe moyennes et Énergie (2005) ; Division Statistiques



Le marketing alimentaire, plus sophistiqué qu'autrefois (jeu des émotions, affinités de groupe et mode de vie, grandeur des portions, ...) contribue également à un changement de la consommation alimentaire. Notre société attend aujourd'hui qu'un consommateur bien informé développe un comportement sain et critique afin de résister à la tentation constante de manger ou de boire. Or, ce n'est pas parce qu'on est informé qu'on va changer son comportement.

Il convient, cependant, de faire preuve d'une grande prudence afin d'éviter que des mesures, destinées à l'origine à s'attaquer à la problématique de l'obésité, ne mènent à une prévalence plus élevée de troubles alimentaires dans la population.

Contexte International

L'importance de la nutrition et du style de vie en tant que déterminant majeur de l'état de santé des populations fait l'objet d'une prise de conscience internationale, et les initiatives se multiplient pour agir sur ces facteurs:

Union Européenne

- La mise sur pied du projet « Eurodiet » ou (Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe), en 1998, qui souligne la nécessité d'une coordination entre les Etats membres pour la promotion de la santé via l'alimentation et le style de vie, et le développement de recommandations nutritionnelles européennes.²
- Le Livre blanc sur les initiatives en matière de politique alimentaire (2000) qui établit un « plan d'action concernant la nutrition » et des « recommandations concernant des orientations en matière de régimes alimentaires pour l'UE »;³
- Le rapport sur l'état d'avancement de la politique nutritionnelle, publié à la fin 2002, qui soulignait l'importance d'une politique nutritionnelle active en Europe avec l'aide indispensable des Etats Membres;⁴
- L'adoption et le lancement officiel du programme de santé publique de l'UE (2003-2008) qui affirme l'importance de l'alimentation et de l'activité physique et qui confirme les intentions de la Commission

² Core report, Eurodiet, Nutrition and diet for healthy lifestyles in Europe, science and policy implications, DG sanco (health and consumer protection), 2000, 21 p. <http://eurodiet.med.uoc.gr>.

³ Commission Européenne, Livre Blanc de la Sécurité Alimentaire. COM (1999) 719, jan 2000, 61 p.

⁴ Commission Européenne, Rapport sur l'action de la Commission européenne dans le domaine de la nutrition. 2002, 48 http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/pubs_nutrition_en.htm



d'investir du temps et de l'argent dans les facteurs clés influant sur la santé;⁵

- La création d'un Réseau Nutrition et Activité Physique (Nutrition and Physical Activity Network) en juillet 2003 dans le but d'échanger des bonnes pratiques entre Etats Membres;⁶
- La création de la plate-forme « European Platform for Action on Health, Physical Activity and Health » par la DG SANCO de la Commission européenne.⁷

Conseil de l'Europe

- La création, sous l'impulsion de la Belgique, du Sous-comité de la nutrition, témoigne également de l'importance de ce débat. Il est envisagé d'organiser plusieurs ateliers clés sur ce sujet. Par ailleurs, l'incidence de l'alimentation sur la santé a fait l'objet d'une discussion intense dans le cadre des travaux du Sous-comité en matière d'allégations relatives à la santé et aux aliments.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

- L'OMS a organisé une réunion d'experts sur le thème « Alimentation, nutrition et santé » au début de l'année 2002. Plus de 50 experts du monde entier y ont participé. Le rapport final de cette réunion a été lancé en avril 2003 dans un effort commun de l'OMS et la FAO (Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture).⁸ En mai 2004, l'OMS a adopté une « stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé ».⁹
- L'OMS a également publié, en octobre 2005, le rapport « Preventing Chronic Diseases: a vital investment ».¹⁰
- L'OMS prévoit une conférence interministérielle à Istanbul, en novembre 2006, sur le thème : « Counteracting Obesity ». L'objectif

⁵ Official Journal L 271 , 09/10/2002 P. 0001 - 0012, Programme of Community action in the field of public health (2003-2008) - Commission Statements

⁶ Europese Commissie, DG Health and Consumer protection, Nutrition and Physical Activity (NPA) Network, Feb 2004. http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20040211_mi_en.pdf

⁷ Working groups mandate, diet, physical activity and health, a European platform for action, 25 May 2005

⁸ WHO technical report series 916, diet, nutrition and the prevention of chronic diseases, Joint WHO/FAO expert consultation, Geneva, 2003, 160 p. WGO.

⁹ WHO global strategy on diet, physical activity and health, Resolution WHA 55.23) May 2004, (<http://www.who.int>) WGO, 2005,

¹⁰ WHO Preventing chronic diseases: a vital investment, ISBN 92 4 15 6300 1 (2005)



consiste à placer l'obésité en tête des priorités des différents domaines politiques pouvant avoir une influence sur l'approche de cette problématique (ex. : santé publique, enseignement, transport, infrastructure, ...)

Organisation pour Coopération et Développement Economique (OCDE)

- L'OCDE s'intéresse aussi au sujet, comme l'indique la réunion consacrée entre autres à l'alimentation, qui s'est tenue à La Haye le 7 février 2003.

Importance d'une initiative belge

La Belgique considère ce débat comme une opportunité et une nécessité importantes pour les raisons suivantes :

- L'incidence sociale et économique directe de la santé pour la population La santé a un impact social et économique direct sur la population, tel que le gain de santé, des frais de santé moins élevés, ...
- Le fait que ce débat porte sur des questions hautement nationales telles que les habitudes alimentaires et le mode de vie, et que la pensée européenne ne s'est pas encore cristallisée dans ce domaine. Dès lors, les expériences et modèles nationaux peuvent apporter une contribution non négligeable aux forums internationaux;
- Notre réputation internationale de pays capable de soumettre des propositions utiles dans des dossiers souvent complexes ;
- Pour reconnaître les efforts considérables consentis par d'innombrables organisations dans le domaine ;
- Pour souligner le profil de notre communauté scientifique et veiller à ce que nos universités et nos centres d'excellence, internationalement reconnus, ainsi que les opérateurs économiques belges et d'autres opérateurs sociaux ne soient pas exclus du débat ;



SECTION 2: Facteurs déterminants pour l'alimentation et la santé en Belgique

La Belgique connaît une évolution comparable à celle décrite dans le Rapport sur la santé dans le monde de 2002, montrant de manière détaillée que dans la plupart des pays, un petit nombre de facteurs de risque majeurs sont responsables de l'essentiel de la morbidité et de la mortalité.¹¹ Les plus grands facteurs de risque de maladies non transmissibles sont l'hypertension, l'hypercholestérolémie, une faible consommation de fruits et de légumes, la surcharge pondérale et l'obésité, la sédentarité et le tabagisme. Hormis pour le tabagisme – qui ne fera pas l'objet du PNNS-B – ces facteurs de risque sont étroitement liés à l'alimentation et à l'exercice physique.

Il est nécessaire de rassembler une connaissance suffisante des déterminants comportementaux pour formuler des solutions destinées à prévenir ces risques et pouvoir ainsi mettre en œuvre des actions fructueuses.

Au niveau européen, malgré des différences sensibles de culture – notamment en matière d'alimentation –, la Belgique se retrouve dans les grandes tendances observées dans l'Union européenne. Ainsi, la DG SANCO souligne qu'il existe de nombreuses similitudes en matière d'habitudes alimentaires, d'activité physique et de prévalence de l'obésité entre les Etats Membres¹² :

- L'obésité devient un problème croissant dans l'Union européenne, en particulier parmi les enfants et les adolescents ;
- La consommation de fruits et de légumes est inférieure aux recommandations, en particulier dans le Nord de la Communauté et dans la plupart des groupes socio-économiques défavorisés ;
- L'apport alimentaire en graisses, en particulier de type saturé, est élevé dans presque tous les Etats membres ;
- La consommation de céréales a chuté d'un quart dans toute l'Europe depuis 1960 ;

¹¹ Rapport sur la santé dans le monde, 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

¹² DG SANCO Common nutritional trends in the EU

(http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/nutrition_trends_en.htm)



- La consommation de viande s'est accrue dans de nombreux Etats Membres depuis 1960 (en dépit d'une baisse de la consommation de viande bovine consécutive à la crise de l'ESB) ;
- En dépit du contexte d'abondance alimentaire dans l'UE, de nombreuses personnes peuvent éprouver des difficultés pour l'accès à une alimentation saine de haute valeur nutritionnelle ;
- Les enquêtes alimentaires récentes suggèrent qu'il existe toujours des déficiences en micronutriments – en particulier pour le fer, l'iode et le folate – qui affectent, à des degrés divers, tous les Etats membres.

L'enquête nationale de consommation alimentaire

Afin de dresser la carte des habitudes alimentaires et du statut nutritionnel de la population, l'Institut Scientifique de Santé publique a organisé, pour la première fois en 2005, une enquête de consommation alimentaire. Cette enquête visait à identifier les différences qui existent dans les schémas de repas, les apports énergétiques et la consommation de denrées alimentaires et de nutriments entre différents sous-groupes de la population, définis par des variables sociodémographiques et par tranches d'âge. L'adéquation de l'apport énergétique avec la consommation de denrées alimentaires et de nutriments a été évaluée pour différents sous-groupes de la population à la lumière des recommandations alimentaires afin de déterminer les groupes à risque¹³.

Un sondage, portant sur 3200 personnes sélectionnées sur la base d'un échantillonnage de tous les habitants de Belgique, stratifié par région et province, a donc été organisé. Ces personnes ont répondu oralement à une liste de questions par ménage qui portaient, entre autres, sur la composition du ménage, l'éducation et l'occupation professionnelle, l'activité physique, le mode de vie, le comportement tabagique et (l'attitude à l'égard de) leur état de santé. Les personnes sélectionnées, dès l'âge de 15 ans, ont également été interrogées par le biais d'une interview informatisée, dans laquelle des données sur les denrées alimentaires qu'elles avaient consommées au cours des 24 dernières heures furent collectées à deux moments différents. Par ailleurs, elles ont également dû compléter un questionnaire de fréquence alimentaire afin de pouvoir évaluer la fréquence de consommation de certaines denrées alimentaires.

Cette enquête de consommation alimentaire contribue sans nul doute à mieux cerner la santé, les différences de santé et les besoins de la population belge.

¹³ Institut Scientifique de Santé Publique, Rapport d'enquête sur la consommation alimentaire, 2005



L'enquête de consommation alimentaire peut aussi être considérée comme un instrument de travail pour identifier les priorités de santé et comme référence afin de pouvoir suivre les tendances de l'état de santé de la population belge pour le comparer avec les autres États membres de l'Union européenne.

Les résultats définitifs de cette enquête de consommation alimentaire seront disponibles fin 2005. Seuls quelques résultats provisoires en sont donnés ici à titre illustratif et pour éclairer d'un premier regard la problématique de l'équilibre nutritionnel au niveau de la population.

Apport de nutriments

Energie

L'apport énergétique moyen est calculé après exclusion des personnes pour lesquelles une sous-estimation était de toute évidence possible sur la base du métabolisme basal, évalué au moyen du poids corporel, de la taille, de l'âge et du sexe. L'apport énergétique moyen chez les hommes (N = 1400) s'élève à 2648,0 et 541 kcal. Il s'établit, chez les femmes (N = 1203), à 1854,8 et 242,7 kcal. Le P75 s'élève respectivement à 2953 kcal et 2003 kcal.

Sur la base d'une répartition fondée sur l'âge, les valeurs suivantes se dégagent:

		Energie (Kcal/j)	P25	P50	P75	N
Homme	15-18a	2800.0	2542.0	2778.0	3034.0	356
	19-59a	2775.7	2445.0	2727.0	3052.0	344
	60-74a	2313.8	2033.0	2279.0	2556.0	359
	>75a	2106.3	1819.0	2054.0	2337.0	341
Femme	15-18a	2033.2	1961.0	2030.0	2102.0	311
	19-59a	1895.2	1726.0	1877.0	2045.0	328
	60-74a	1787.5	1650.0	1776.0	1912.0	302
	>75a	1639.0	1491.0	1624.0	1772.0	262

Puisque les besoins en énergie réels d'un individu dépendent de facteurs liés à la personne comme le métabolisme au repos, la constitution physique ou le niveau d'activité physique, ces chiffres ne peuvent être examinés comme une donnée isolée et une analyse plus détaillée s'avère indispensable (voir rapport final de l'enquête nationale de consommation alimentaire).



Macronutriments

Le tableau présente l'apport de ces importants macronutriments en fonction de l'âge et du sexe. L'apport est exprimé en pourcentage de l'apport énergétique par jour (% En/j), déduction faite de l'apport énergétique issu de l'alcool.

		Protéines	Lipides	Glucides
		% En/j	% En/j	% En/j
Homme	15-18 a	13.5	36.6	49.9
	19-59 a	15.6	39.8	44.6
	60-74 a	16.6	40.4	43.0
	≥ 75 a	15.5	41.1	43.4
Femme	15-18 a	13.4	36.7	49.9
	19-59 a	15.8	38.2	46.0
	60-74 a	16.1	39.4	44.4
	≥ 75 a	16.1	41.1	42.8

Le tableau suivant présente une répartition plus précise de l'apport en graisses selon les trois sous-groupes : acides gras saturés, acides gras mono-insaturés et acides gras poly-insaturés. L'apport est exprimé en pourcentage de l'apport énergétique par jour (% En/j) calculé sur la base des graisses, des glucides et des protéines.

		Apport de lipides (catégories des acides gras)		
		Saturés	Mono-insaturés	Poly-insaturés
		% En/j	% En/j	% En/j
Homme	15-18 a	14.5	13.0	6.5
	19-59 a	15.9	14.4	7.4
	60-74 a	16.5	14.6	7.3
	≥ 75 a	17.0	14.3	7.2
Femme	15-18 a	14.9	13.2	6.9
	19-59 a	15.7	13.8	7.2
	60-74 a	16.3	14.3	6.7
	≥ 75 a	18.4	14.3	6.0

Micronutriments

A titre d'exemple de l'apport en micronutriments observé dans l'enquête de consommation alimentaire, les tableaux suivants illustrent l'apport en calcium et en fer.



La répartition des apports de Ca et de Fe est établie sur la base de la moyenne/jour, de l'écart-type, des 25e, 50e et 75e percentiles.

		Calcium (mg/j)				
		m	SD	P25	P50	P75
Homme	15-18 a	882	366	617	830	1091
	19-59 a	880	318	652	832	1056
	60-74 a	736	291	528	688	891
	≥ 75 a	683	265	494	638	822
Femme	15-18 a	708	218	552	688	843
	19-59 a	757	250	577	730	908
	60-74 a	663	255	476	629	814
	≥ 75 a	590	210	439	565	714

		Fer (mg/j)				
		m	SD	P25	P50	P75
Homme	15-18 a	12.6	3.1	10.4	12.3	14.5
	19-59 a	13.6	3.3	11.3	13.2	15.5
	60-74 a	12.6	3.3	10.4	12.2	14.4
	≥ 75 a	11.0	2.5	9.2	10.7	12.4
Femme	15-18 a	9.8	2.3	8.2	9.6	11.2
	19-59 a	10.0	2.4	8.3	9.8	11.5
	60-74 a	9.3	2.4	7.6	9.0	10.8
	≥ 75 a	8.2	2.4	6.6	7.9	9.4

Apport de denrées alimentaires

Les données utilisées pour estimer l'apport en denrées alimentaires sont fondées sur la fréquence de consommation. Elles permettent de se faire une idée du pourcentage de la population qui consomme une catégorie précise de denrées alimentaires et la fréquence d'une telle consommation. Aucun compte n'est tenu, en l'occurrence, de la quantité moyenne ingérée des catégories de produits. De telles analyses font partie du rapport final de l'enquête nationale de consommation alimentaire.

Les données de fréquence de consommation donnent une bonne image des habitudes alimentaires du groupe de population sondé et permettent d'identifier les goulets d'étranglement relatifs au comportement alimentaire qui doivent constituer la base des mesures comportementales que propose le PNNS-B.



Boissons

Les liquides sont un composant important de l'alimentation journalière. En effet, l'homme peut survivre beaucoup plus longtemps sans manger que sans boire. Les liquides comprennent tant l'eau – que l'on consomme comme telle ou en buvant d'autres boissons (potages, café, thé, ...) – que les liquides qui ne sont pas visibles mais pourtant présents dans presque toutes les denrées alimentaires.

Il ressort des résultats de l'enquête nationale de consommation alimentaire que moins d'un pourcent de la population affirme ne jamais boire d'eau.

Il ressort de l'enquête de consommation de 2005 que 64,7% des jeunes de la tranche d'âge 15-18 ans consomment quotidiennement une ou plusieurs boissons sucrées. Ce chiffre est de 57,4% pour la tranche d'âge 19-29 ans et tombe à 37,5% pour le groupe des 30-59 ans, par rapport à 47,6% pour le Belge moyen. La moyenne de consommation quotidienne pour l'entièreté de la population étudiée s'élève à 44% chez les hommes et à 37,2% chez les femmes. La consommation semble également diminuer avec le poids, de 46% chez les personnes en sous-poids à 25,2% pour le groupe obèse.

27,6 % des hommes et 15,6% des femmes indiquent consommer quotidiennement au moins une boisson alcoolisée. Des chiffres à comparer au 10,5% et 13,6% qui indiquent respectivement ne jamais en consommer. 34,3% et 21,9% consomment une boisson alcoolisée entre deux et six fois par semaine.

Lait, produits laitiers et produits à base de soja enrichis en calcium

Le lait (en ce compris le yoghourt et le fromage) et les produits à base de soja enrichis en calcium et vitamines sont une importante source de protéines de qualité, de calcium et de nombreuses vitamines. Ils constituent un élément-clé du schéma alimentaire de la population belge (à l'exception des nourrissons et jeunes enfants auxquels seules les préparations pour nourrissons conviennent). Les données issues de l'enquête nationale de consommation alimentaire montrent que 18,3% des hommes et 12,7% des femmes indiquent ne consommer de tels produits qu'à peine une fois par semaine, voire moins. A peine 65% de la population masculine et 69,4% des femmes affirment consommer un tel produit au moins une fois par jour. Ces pourcentages chutent à mesure que le poids augmente (71% chez les personnes en sous-poids contre 64,5% en cas d'obésité). Aucune différence significative n'est décelable selon le lieu de résidence. Près de 80% des répondants sondés ne consomment jamais de boissons à base de soja.



21,7% des hommes et 25,4% des femmes consomment quotidiennement du fromage mais 34,2% et 32,4% ne le font respectivement qu'une fois par semaine, voire moins (4,4% ne mange jamais de fromage).

Viande, poisson et œufs

62,5% des hommes et 50,4% des femmes indiquent consommer quotidiennement au moins une fois de la viande ou un produit à base de viande.

C'est à peine le cas de respectivement 3,6% et 3,1% d'entre eux en ce qui concerne le poisson et les produits à base de poisson. 53% des hommes et 61,5% des femmes indiquent consommer du poisson une fois par semaine, voire moins.

En ce qui concerne les œufs, 83% des hommes et 87,9% des femmes indiquent en consommer à peine une fois par semaine, voire moins. Respectivement 1,7% et 0,3% font état d'une consommation quotidienne.

Pommes de terre et produits céréaliers

81% des hommes et 83,4% des femmes indiquent consommer du pain et/ou des céréales au petit-déjeuner tous les jours. 11,7% et 10,6% le font respectivement au moins cinq à six fois par semaine.

Les produits céréaliers et/ou les pommes de terre sont quotidiennement consommés par 61,4% des hommes et 56% des femmes. Respectivement 17,1% et 19,3% affirment ne consommer de tels produits que deux à quatre fois par semaine, voire moins souvent.

Fruits et légumes

A peine 38% des hommes et 56,1% des femmes consomment quotidiennement un fruit. 9,5% et 8,6% en consomment à peine cinq à six fois par semaine, 21,7% et 17,8% à peine deux à quatre fois par semaine tandis que 14,5% et 8,1% ne le font qu'une fois. 16,3% de la population masculine et 9,5% des femmes consomment moins d'un fruit par semaine.

La consommation quotidienne de fruits augmente avec l'âge, de 35,2% chez les 15-18 ans à 66,1% chez les plus de 75 ans. Aucune différence significative n'est liée aux niveaux de formation.



Des chiffres similaires se dégagent pour la consommation de légumes : à peine 31,3% des hommes et 43,8% des femmes indiquent consommer quotidiennement des légumes. Respectivement 10,2% et 6,6% affirment même n'en consommer qu'une fois par semaine, voire moins souvent.

Matières grasses et graisses de cuisson

58,8% des hommes et 55,2% des femmes indiquent consommer quotidiennement des matières grasses tandis que 14% et 13,3% affirment ne jamais le faire. 96% de la population sondée utilisent des graisses de cuisson pratiquement tous les jours.

Autres groupes d'aliments sélectionnés

En-cas

77,5% des 15-18 ans indiquent consommer tous les jours des snacks sucrés ou salés. Ce pourcentage chute avec l'âge à 62,2% chez les 19-29 ans, 42,8% chez les 30-59 ans et 39,6% dans le groupe âgé de 60 à 74 ans.

Ce pourcentage chute également en fonction du poids, de 61,4% chez les personnes en sous-poids à 34,8% chez les personnes obèses.

Compléments alimentaires et aliments enrichis

L'enquête nationale de consommation alimentaire a également sondé la consommation de compléments alimentaires par la population. Les résultats montrent que 9,7% des hommes et 12,8% des femmes consomment des compléments alimentaires. Cette consommation augmente avec l'âge et est la plus élevée dans la tranche d'âge des 60-74 ans, avec une consommation par 15,8% de la population. Il n'y a pas de différence essentielle entre les différents niveaux de formation.

L'enquête a suivi la consommation de compléments alimentaires en effectuant 2 sondages espacés de 24 heures. De ces résultats aucune indication ne peut donc être donnée sur la durée de consommation des compléments alimentaires pour une personne donnée, bien qu'il soit possible de déduire que la consommation de l'homme est de plus courte durée ou plus sporadique que celle de la femme.

La majorité des répondants a déclaré ne consommer qu'un seul complément (respectivement 8,4 et 11,2% pour les hommes et les femmes). Environ 1% des personnes interrogées consommaient deux compléments et 0,5% a



déclaré en consommer trois ou plus. Qu'il s'agisse ici de compléments du même type ou non n'est cependant pas connu.

En ce qui concerne le type de compléments, il s'agit dans 80% des cas, et quelle que soit la tranche d'âge, de compléments vitaminiques et minéraux (entre 53,3% et 99,9% selon le groupe cible). Dans 10% des cas, il s'agit d'extraits de plantes (entre 3,1% et 14,9%) et, dans 5% des cas, de produits antioxydants (entre 0% et 11,9%). Il a été constaté, principalement chez les hommes, que la consommation de vitamines et de minéraux diminue à mesure qu'ils prennent de l'âge, tandis que la consommation des autres catégories de compléments augmente.

Aucune donnée sur l'utilisation des produits alimentaires enrichis n'est disponible.

Conclusions

Sur la base des résultats de fréquence alimentaire de l'enquête nationale de consommation alimentaire, les constatations suivantes revêtent un rôle capital dans l'élaboration des principes du PNNS-B :

- De 12 à 18% de la population sondée consomment du lait et des produits laitiers moins d'une fois par semaine.
- Nous constatons une consommation extrêmement faible de fruits. Entre un tiers et la moitié des personnes à peine consomment quotidiennement des fruits. Dix à 15% de la population sondée mange même un fruit moins d'une fois par semaine. Nous constatons des chiffres similaires pour la consommation de légumes.
- Entre la moitié et deux tiers de la population adulte et jusqu'à trois quarts des jeunes (15-18 ans) consomment quotidiennement des snacks sucrés ou salés.
- Environ 10% de la population consomment des compléments alimentaires.
- Les produits végétariens ne sont que sporadiquement consommés.

Santé et facteurs de risque

Les données les plus récentes relatives à la surcharge pondérale, à l'obésité et aux affections chroniques proviennent de l'enquête nationale de consommation alimentaire, de l'étude de santé et de l'étude BELSTRESS. Ce texte ne présente qu'un compte-rendu sommaire d'un ensemble de données pertinentes issues de l'enquête de consommation. Nous vous renvoyons à l'étude proprement dite pour plus d'informations sur la méthodologie employée, l'analyse scientifique des données et les conclusions.



Poids corporel – Indice de Masse Corporelle – (IMC)

L'excès pondéral est défini, chez l'adulte, par l'indice de Quetelet, un indice de masse corporelle (IMC : poids exprimé en kilogrammes divisé par la taille exprimée en mètre et élevée au carré) égal ou supérieur à 25 kg/m² et l'obésité par un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m². Ce "surpoids" résulte d'un excès de la masse grasse. Ces seuils ont été choisis à partir de la relation statistique tirée des études épidémiologiques liant la morbi-mortalité à l'IMC : en effet, il existe déjà une augmentation du risque à partir d'un IMC de 25 kg/m² et le risque est très accru pour un IMC atteignant ou dépassant 30 kg/m², en particulier dans une population de sujets adultes jeunes, et ce dans les deux sexes. Cependant, chez les obèses âgés, le risque de mort par toutes causes est identique à celui observé chez les non-obèses. Enfin, le risque cardio-vasculaire est particulièrement accru en présence d'une adiposité abdominale.¹⁴

L'enquête de consommation alimentaire laisse apparaître, sur la base des renseignements donnés par les personnes sur leur taille et leur poids, que l'IMC moyen de la population belge s'élève à 24,6 kg/m² (24,2 kg/m² chez les femmes et 25 kg/m² chez les hommes). La valeur médiane (P50) s'élève chez les femmes à 23,2 kg/m² et chez les hommes à 24,4 kg/m². L'IMC moyen se situe, par conséquent, dans la tranche qualifiée de normale par la littérature scientifique.

La prévalence de valeurs IMC extrêmes est plus grande chez les femmes que chez les hommes. En effet, la prévalence d'IMC inférieurs à 18,5 kg/m² ou à 20 kg/m² s'élève respectivement à 4,9% et 16,0% chez les femmes contre 2,6% et 7,6% chez les hommes. De même, la prévalence d'IMC d'au moins 30 kg/m² ou d'au moins 40 kg/m² s'élève à 11,6% et 0,3% chez les femmes contre 9,9% et 0,1% chez les hommes.

L'interprétation d'un chiffre IMC en « sous-poids », « poids sain », « surcharge pondérale » ou « obésité » dépend de l'âge. S'il en est tenu compte, force est de constater que, sur la base des renseignements donnés par les personnes, 3,4% de la population belge souffrent de sous-poids, que 55,5% ont un poids qui peut être considéré comme normal, qu'environ 1 Belge sur 3 souffre d'une surcharge pondérale (30,3%) et qu'un Belge sur 10 peut être qualifié d'obèse (10,8%). Si les chiffres sont répartis par sexe, les pourcentages obtenus sont respectivement de 4,6%, 60,3%, 23,5% et 11,6% chez les femmes et de 2,1%, 50,4%, 37,6% et 9,9% chez les hommes. En

¹⁴ Academie Royale de Médecine de Belgique. Recommandations concernant le surpoids : conséquences a long terme pour la sante et moyens d'actions. <http://www.amb.be/avis&recommand5.htm>



d'autres termes, les hommes souffrent plus souvent d'une surcharge pondérale que les femmes.

La prévalence d'un poids corporel normale diminue avec l'âge, tant chez les femmes que chez les hommes, et atteint son niveau le plus bas dans la catégorie d'âge des 60-74 ans. 76% des femmes de 15 à 18 ans ont un poids corporel sain. Ce pourcentage ne s'élève qu'à 41% dans la tranche d'âge des 60-74 ans. De même, le pourcentage est de 82% chez les hommes entre 15-18 ans, de 45% chez les 30-59 ans et de 31% chez les 60-74 ans.

La surcharge pondérale et l'obésité se manifestent déjà, dans une certaine mesure, dans les tranches d'âge plus jeunes. Les pourcentages de personnes souffrant d'une surcharge pondérale entre 15 et 18 ans et entre 19 et 21 ans sont respectivement de 10,4% et de 13,7%, et l'obésité survient, respectivement, chez 1,7% et 4,7% des jeunes de ces groupes d'âge.

Les pourcentages de femmes souffrant de sous-poids s'élèvent respectivement à 11% et 12% dans les groupes d'âge de 15-18 ans et de 19-29 ans. En ce qui concerne les groupes d'âge plus élevés, le pourcentage de personnes souffrant de sous-poids est inférieur à 5%. Chez les hommes, le problème du sous-poids ne touche que la tranche d'âge des 15-18 ans avec un pourcentage de 7%.

L'IMC moyen est plus élevé chez les personnes qui ont un niveau de formation plus bas. En effet, il est de 25,9 kg/m² chez les personnes ayant arrêté leurs études à l'enseignement secondaire inférieur ou avant, par rapport à celles qui ont un diplôme d'enseignement supérieur (23,9 kg/m²). Le pourcentage de personnes souffrant d'une surcharge pondérale (37,0%) et d'obésité (16,8%) est bien plus élevé dans le groupe des personnes les moins qualifiées que dans le groupe de personnes ayant reçu une plus grande formation (respectivement 23% et 7,9%).

Précisons cependant que ces chiffres pourraient sous-estimer l'ampleur du phénomène, sachant qu'il s'agit des données recueillies par interview. L'étude BIRNH ("Belgian Interuniversity Research on Nutrition and Health", 1979-1984, une enquête auprès de 11.000 personnes de 25 à 75 ans) a mis en évidence que la prévalence de surpoids s'élève à 35,2% chez les femmes et à 46,5% chez les hommes tandis que l'obésité survient chez 18,4% des femmes et 12,1% des hommes. Ces données furent étayées sur la base de paramètres anthropométriques mesurés.¹⁵

Les données du projet BELSTRESS (1994-1997), réalisé dans 24 entreprises du pays auprès de plus de 15000 hommes et quelque 5000 femmes âgées de 35 à 59 ans, rapportent une prévalence de surpoids de 47 % chez les hommes

¹⁵ Kesteloot, H. Nutrition and Health: the conclusions of the B.I.R.N.H. Study. Acta Cardiol. XLIV,2:183-194, 1989



et 28 % chez les femmes. L'obésité concerne, dans cette population, 14 % des hommes et 13 % des femmes ¹⁶.

Le manque de données fiables sur la prévalence exacte de l'obésité dans la population souligne l'intérêt d'avoir un suivi structurel (enquêtes répétées dans le temps) afin de pouvoir suivre l'évolution de l'épidémie annoncée.

Étant donné que la première enquête de consommation alimentaire s'est limitée aux catégories d'âge supérieures à 15 ans, aucune donnée nationale n'est disponible pour la catégorie des enfants et des jeunes de moins de 15 ans. Bien qu'il n'existe que des études locales à ce sujet, les chiffres indiquent pourtant que la Belgique suit la tendance prévalente en Europe selon laquelle de plus en plus de jeunes souffrent d'obésité. Si cette tendance n'est pas revue à la baisse, le fossé qui existe encore avec la situation américaine serait comblé dans les 5 à 10 prochaines années.

Dans la province du Limbourg, 9.487 enfants ont fait l'objet d'une enquête de grande échelle, dans laquelle leur poids et leur taille ont été mesurés : la prévalence de surcharge pondérale varie de 15%, chez les enfants de 3 à 4 ans, à 19% chez les enfants de 12 à 13 ans. ¹⁷

Il ressort d'une étude récente, menée sur 341 adolescents gantois dont le poids et la taille ont été mesurés, que 6,2% des garçons et 14,4% des filles entre 13 et 18 ans souffrent d'une surcharge pondérale. ¹⁸

De même, 20,5% des enfants âgés de 12 à 15 ans à Bruxelles souffrent d'une surcharge pondérale et 5,6% luttent contre l'obésité (le poids et la taille de 2.607 enfants ont été mesurés). ¹⁹

Le projet « Les Courbes de Croissance Flamandes pour âges 2-20 ans », dont le champ s'est étendu de janvier 2002 à décembre 2003, laisse apparaître que 11,2% des garçons de 2 à 12 ans souffrent d'une surcharge pondérale et qu'ils sont 2,5% à souffrir d'obésité. Les pourcentages chez les filles s'élèvent respectivement à 15,2% et 3,4%. ²⁰

En Wallonie, les chiffres montrent que l'obésité est présente chez 5% des enfants âgés de 3 ans et chez 8% des enfants âgés de 2 à 6 ans. ²¹

Dans la Province du Hainaut, une base de données provenant de plusieurs enquêtes sur des échantillons d'environ 2000 enfants indiquent que pour les 13 ans le taux de surcharge pondérale évolue de 15,8 % en 1997 à 20,9 % en 2001 et de 6,8 % à 7,1 % pour l'obésité (taux mesurés et définis suivant

¹⁶ Pelfrene E e.a. Arch Public Health 2002 ;60:245-268

¹⁷ Matthys C et al, 2003 C. Matthys et al, Eindrapport over de voedingsgewoonten bij adolescenten, RUG, 1998

¹⁸ Matthys C et al, 2003 C. Matthys et al, Eindrapport over de voedingsgewoonten bij adolescenten, RUG, 1998

¹⁹ De Spiegelaere M et al., 1998 De Vlaamse groeicurven voor 2-20 jarigen was project van de VUB dienst Antropogenetica en KULeuven dienst Jeugdgezondheidszorg met steun van de Vlaamse regering."

²⁰ Kind en Gezin, onderzoek naar de voedingssituatie van jonge kinderen, November 2002, 578 p. (SEIN/2002/04)

<http://www.kindengezin.be>

²¹ ONE (2004)



les critères de l'International Obesity Task Force). Pour les 16 ans, les taux sont légèrement inférieurs. L'analyse détaillée des données de 1997 montre clairement l'existence d'un gradient social pour ces paramètres.²²

Le PNNS-B vise à infléchir la tendance croissante du nombre de Belges souffrant d'une surcharge pondérale et d'obésité, quelles que soient les catégories d'âge. Par ailleurs, le problème de dénutrition chez les personnes âgées (voir 1.2.2.3.) mérite une attention toute particulière. L'accent mis sur le problème de la surcharge pondérale ne doit pas conduire des personnes présentant un poids normal ou ayant un problème de dénutrition à adopter des comportements alimentaires non adaptés.

Affections chroniques

L'excès de poids et l'obésité sont associés à de nombreuses complications, parmi lesquelles les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, certains cancers figurent aux premiers rangs des priorités en matière de santé publique.

Le rapport entre l'hypertension et les maladies cardiovasculaires a été amplement établi. En Belgique, plus de 15% de la population belge souffre d'hypertension. Chaque année, quelque 40.000 personnes décèdent des conséquences de déficiences cardiovasculaires.

Plus de 10 millions de diabétiques de type 2 ont été diagnostiqués en Europe, soit une prévalence de 4% de la population totale. En Belgique, cette affection touche environ 500.000 personnes. Ce chiffre pourrait être nettement plus élevé, sachant que l'on estime qu'un diabétique sur deux s'ignore.

Dans l'enquête nationale de consommation alimentaire, sur la base des renseignements donnés par les personnes interrogées, la prévalence des affections chroniques les plus fréquentes a été évaluée comme suit :

- affection cardiovasculaire : 8,3%
- hypertension : 16,9%
- hypercholestérolémie : 17,6%
- diabète : 5,4%

Les différences entre hommes et femmes sont négligeables, avec une estimation quelque peu plus élevée de l'hypertension chez les femmes. Les prévalences des différentes affections augmentent fortement avec l'âge. Logiquement, la prévalence des différentes affections augmente en fonction

²² Nutrition et alimentation des adolescents. L. Berghmans, V. Tellier, M. Demarteau, V. Janzyk, P. Bizel. Actes du Symposium de l'Institut Danone du 5 octobre 2002, pages 35 à 45.



du poids. Les personnes qui ne sont pas ou pratiquement pas actives indiquent plus souvent qu'elles souffrent de diabète.

En comparant ces chiffres avec le taux de mortalité selon lequel 40,3% des Belges décèdent des suites de maladies circulatoires, la seule conclusion qui s'impose est que les individus ne sont pas tous au courant de leur état de santé exact.²³

Les affections chroniques constituent un facteur important de morbidité et mortalité dans la population. Le PNNS-B a pour objectif de lutter contre les facteurs alimentaires qui augmentent la prévalence de ces affections. L'objectif du PNNS-B est de réduire, pour la population belge, la mortalité et la morbidité qui résultent de ces affections et/ou de ces facteurs de risque.

Dénutrition

Malgré la problématique de suralimentation et des affections chroniques associées, une partie importante de la population souffre d'un problème de dénutrition. Selon une estimation, 2 à 6 patients sur 10 souffrent de dénutrition dans chaque hôpital de Belgique. Le coût associé à ce problème est estimé à 400 millions d'euros par an, ce qui représente 7% du budget total des hôpitaux. Ces chiffres se fondent sur des études qui montrent, par ailleurs, que 20% à 62% de tous les patients hospitalisés en Europe souffrent de dénutrition.²⁴

La dénutrition ralentit non seulement la convalescence mais augmente également le risque de complications et représente, par conséquent, un coût socioéconomique important. La durée de l'hospitalisation des patients souffrant de dénutrition est plus longue de 30% à 50%.²⁵ De plus, cette problématique ne se limite pas seulement au milieu hospitalier mais touche également les maisons de repos, les institutions de soins et le système des soins à domicile.

Le Comité d'experts sur la nutrition, la sécurité alimentaire et la protection du consommateur du Conseil de l'Europe a reconnu l'existence de cette problématique, a publié un rapport relatif à la prévention de la dénutrition et à la lutte contre ce problème dans le milieu hospitalier et a formulé des recommandations. Le Comité des Ministres a pris une résolution relative à

²³ SPF Économie, PME, Classe moyennes et Énergie (1997) ; Division Statistiques

²⁴ Studie onder leiding van Prof L. Annemans – Universiteit Gent

²⁵ Gazzotti C, Arnaud-Battandier F, Parello M, Farine S, Seidel L, Albert , Petermans J. Prevention of malnutrition in older people during and after hospitalisation: results from a randomised controlled clinical trial. Age Ageing. 2003 May;32(3):321-5.



cette problématique en 2003, selon laquelle les États membres sont appelés, entre autres, à rédiger des recommandations nationales en matière d'alimentation et de soins nutritionnels dans les hôpitaux et à les mettre en œuvre en se fondant sur les principes et les mesures qui ont été élaborés.²⁶

Outre la problématique de l'obésité, le PNNS-B considère la dénutrition comme un problème de santé majeur et propose des mesures applicables, tant dans les hôpitaux que dans les maisons de repos et dans le système des soins à domicile, conformément aux recommandations du Conseil de l'Europe.

Activité physique

L'augmentation de la prévalence de surcharge pondérale indique que la consommation alimentaire est supérieure aux besoins alimentaires. La surconsommation de protéines, graisses, de glucides et d'alcool peut conduire à un surplus d'énergie avec accumulation de l'énergie excédentaire. La restauration d'une balance énergétique équilibrée passe simultanément par l'apport d'énergie via l'alimentation et par l'augmentation de la dépense énergétique résultant d'une activité physique.

Insistons, en l'occurrence, sur le fait que l'activité physique supplémentaire poursuivie dans le cadre du PNNS-B n'est pas seulement recommandée aux personnes obèses ou qui souffrent de surcharge pondérale mais également à l'ensemble de la population. Il est bien connu qu'un niveau raisonnable d'activité physique favorise la santé physique et mentale, aussi chez les personnes qui présentent un poids normal.

Le Conseil de l'Europe a reconnu, en juin 2005, que l'activité physique doit faire partie intégrante d'un mode de vie sain. Il est primordial de faire du sport et des efforts physiques à l'école et durant les temps libres, et d'éduquer les jeunes à la santé dès l'école maternelle.²⁷ Ces recommandations ont des fondements scientifiques en ce sens qu'il est reconnu que l'activité physique réduit la tension artérielle et le taux de glycémie tout en stimulant la fonction cardiaque. L'activité physique favorise également le développement physiologique, le maintien de la balance énergétique, le bien-être général, la résistance des os, l'endurance et la mobilité. Être physiquement actif joue également un rôle important dans les loisirs et les jeux et contribue au développement moteur et social ainsi qu'au développement de la créativité.

²⁶ Résolution ResAP(2003)3 sur l'alimentation et les soins nutritionnels dans les hôpitaux, adoptée par le Comité des Ministres le 12 novembre 2003, lors de la 860e réunion des Délégués des Ministres

²⁷ Conseil de l'Europe, Conclusion du Conseil sur l'obésité, la nutrition et l'activité physique, 6 juin 2005 (9803/05)



En règle générale, il est raisonnable d'affirmer que la population belge n'est pas suffisamment active physiquement. Les Belges n'ont pas un bon score par rapport aux autres pays européens. La Belgique est, d'ailleurs, dans le peloton de tête des pays les plus sédentaires, même lorsque l'expression « activité physique » est prise au sens large.

La population est divisée en trois groupes selon l'échelle d'activité physique IPAQ (Questionnaire international d'activité physique) : personnes inactives, personnes avec une activité physique minimale et personnes qui effectuent une activité physique suffisante pour que cela influence positivement leur santé. L'enquête de consommation alimentaire laisse apparaître que la grande majorité de la population est inactive (41,1%) ou seulement active au minimum (31,2%). Seuls 27,7% de la population ont une activité physique suffisante pour qu'elle ait une influence positive sur leur santé. Chez les femmes, les pourcentages respectifs sont de 45,1%, 33,1% et 21,9% tandis qu'ils s'élèvent à 36,8%, 29,2% et 34,0% chez les hommes. Cette différence entre hommes et femmes transparait dès les plus jeunes tranches d'âge et se manifeste dans tous les groupes d'âge. Dans la catégorie des 15-18 ans, 25,7% des femmes ont une activité physique suffisante contre 40,7% chez les hommes.

Les personnes ayant un diplôme d'enseignement secondaire professionnel ou technique sont les moins inactives et présentent le plus souvent un degré d'activité physique suffisant et positif pour la santé. Le groupe de personnes ayant le niveau de formation le plus bas présente, d'une part, la plus grande proportion de personnes inactives et, d'autre part, le deuxième plus grand pourcentage de personnes présentant un degré d'activité physique positif pour la santé.

Le groupe de personnes au poids normal présente également le pourcentage le plus élevé de personnes effectuant une activité physique suffisante (29,9%). Seuls 18,5% des obèses et moins de 10% des personnes souffrant d'une surcharge pondérale sont suffisamment actifs. Par comparaison avec les personnes au poids normal, le pourcentage de personnes effectuant une activité physique suffisante est nettement plus bas chez celles qui souffrent de surcharge pondérale ou d'obésité.

Le degré d'activité physique diminue fortement dès l'adolescence. Et cette tendance ne s'améliore pas avec l'âge. Au contraire, même. Soulignons notamment que les femmes et les jeunes filles sont de moins en moins actives. Le manque actuel d'activité physique et le mode de vie sédentaire des Belges constituent un sérieux problème de santé publique étant donné l'augmentation du risque de développement de maladies chroniques.

Une publication récente incluant 24 études internationales démontre une relation élevée entre l'accroissement de l'IMC chez l'enfant et l'adolescent et



les risques d'obésité subséquente chez l'adulte.²⁸ Par ailleurs, d'autres études insistent sur l'importance de l'inactivité physique sur le développement de l'obésité chez les élèves et étudiants des enseignements primaires, secondaires et universitaires.²⁹

Il est clair que l'obésité et l'inactivité physique ont des conséquences budgétaires considérables. Il y ressort que le coût des soins médicaux avoisine les 3 à 7% du budget total de la sécurité sociale.³⁰ Il a également été démontré, au moins aux USA, qu'une activité physique régulière (2-3 fois par semaine) peut réduire de 1,5 % les dépenses des soins de santé chez les personnes adultes.³¹ De même, des seniors physiquement actifs contribuent à réduire de 20% les frais médicaux du budget de la sécurité sociale en limitant les effets de la perte de masse musculaire).³²

Cependant, il n'est pas facile de changer le comportement des personnes en matière d'activité physique. Il est néanmoins important de formuler des objectifs à ce sujet. Il est admis qu'il est essentiel de pratiquer une activité physique modérée quotidiennement.

L'augmentation de l'activité physique est donc un objectif essentiel et transversal du PNNS-B. Bien que les recommandations en matière de nutrition occupent l'avant-plan dans l'élaboration du PNNS-B, l'importance d'une activité physique journalière fait partie intégrante d'un mode de vie sain. Le rôle de l'éducation physique dans les différents niveaux d'enseignement est essentiel. Pour faire chaque jour 30 minutes d'efforts physiques, il est recommandé d'intégrer le plus possible d'activités physiques régulières dans la vie de tous les jours (marcher, rouler beaucoup à vélo, allonger le pas, monter l'escalier, aller faire les courses à pied, ...). Il est même recommandé aux enfants et aux jeunes d'avoir une activité physique journalière d'intensité modérée à soutenue et d'une durée de 60 minutes. La régularité d'une pratique physique modérée s'accompagne d'une réduction de la morbidité chez l'individu actif, de tous âges, et d'une réduction des dépenses des coûts de santé.

²⁸ Baird J. et al. Being big or growing fast : systematic review of size and growth in infancy and later obesity. Brit. Med. J. 2005, 331 :929-931

²⁹ Haase A. et al. Leisure-time physical activity in university students from 23 countries : associations with health beliefs, risk awareness, and national economic development. Preventive Med. 2004, 39 : 182-190.

³⁰ Thompson D. and Wolf AM. The medical-care cost burden of obesity. Int. Assoc. Study Obes. Reviews 2001, 2 : 189-197.

³¹ Wang F. et al. Relationship of body mass index and physical activity to health care costs among employees. J. Occup. Environ. Med. 2004, 46 : 428-436.

³² Janssen I. et al. The healthcare costs of sarcopenia in the Unites States. J. Am. Geriatr. Soc. 2004, 52 : 80-85.



Comportement alimentaire et perception de l'alimentation

Les objectifs du PNNS-B et les mesures mises en place pour atteindre ces objectifs ne peuvent être efficaces que s'ils concordent avec le comportement de la personne. En effet, le but poursuivi à long terme est d'arriver à un changement durable du comportement par le biais de la sensibilisation et de mesures d'accompagnement pour susciter un comportement alimentaire plus sain.

Une étude récente sur base d'interviews chez 610 personnes, âgées de 18 à 55 ans donne un aperçu des attitudes et idées de la population des comportements et styles de vies associés à l'alimentation montre des différences significatives, tant sur le plan alimentaire que sur celui des styles de vie, entre les personnes en surpoids et obèses. Par exemple, une personne obèse sera plus résignée par rapport à son poids. Une personne en surpoids fera plus attention et sera plus consciente de son état et donc des mesures à prendre pour éviter l'aggravation de son problème.³³

Les données sur un certain nombre de schémas comportementaux et les perceptions de la population belge revêtent donc une grande importance lors de la rédaction de messages adaptés, de l'identification des différents groupes cibles et de l'élaboration de mesures spécifiques à ce sujet. L'enquête nationale de consommation alimentaire est, en ce sens, la principale et plus récente source d'informations relatives au comportement alimentaire.

Rapport des personnes sur leur santé

85 à 90% des Belges de moins de 60 ans pensent que leur état de santé est bon à très bon. Ce pourcentage chute à 69% pour la catégorie des 60-75 ans et à 56% pour les 75 ans et plus. Les personnes dont le niveau d'études est moins élevé s'estiment moins souvent en bonne santé (77% dans le groupe d'enseignement secondaire inférieur ou moins) que les personnes ayant un niveau de scolarisation plus élevé (89% dans le groupe enseignement supérieur).

Le jugement subjectif d'un bon état de santé se réduit à mesure que le poids augmente : 87% pour un poids normal comparé à 83% et 71% pour les personnes souffrant respectivement de surcharge pondérale et d'obésité. Les personnes inactives physiquement ont une moins bonne opinion de leur santé (81%) que celles qui ont une activité physique favorable à leur santé (89%).

³³ P. R. Patesson, Centre de psychologie de l'Opinion, ULB, avec la collaboration de la FEVIA



Les résultats indiquent qu'en dépit de la prévalence d'une problématique de santé en matière de surcharge pondérale, d'obésité et d'affections chroniques au sein de la population, l'individu ne perçoit pas cette problématique en tant que telle. De plus, les personnes jugent moins subjectivement leur état de santé en cas de crise aiguë (infection, inflammation, douleur, ...) ou de problèmes de santé chroniques perceptibles (migraine, fatigue, ...) que lorsqu'elles souffrent d'affections chroniques non accompagnées de symptômes, telles que l'hypercholestérolémie et l'hypertension.

Il en résulte que l'évaluation subjective de l'état de santé d'une personne est un facteur de motivation insuffisant pour développer un schéma alimentaire et de vie plus sain. La politique du PNNS-B consistera, par conséquent, à s'attaquer en premier lieu aux facteurs de risque susceptibles de provoquer l'apparition d'affections chroniques en mettant sur pied des mesures adéquates et de sensibiliser la population à l'importance d'un mode de vie sain.

Attitude face au poids

Il ressort des données issues de l'enquête nationale de consommation alimentaire qu'environ 25% des Belges pensent que leur poids est trop élevé ou souhaitent maigrir. A peine une personne sur 3 (31,5%) souhaite stabiliser son poids et 4,4% des personnes désirent en prendre. Près de 40% de la population ne se soucie pas de son poids. Chez les femmes, 30% souhaitent maigrir, 34% veulent garder leur poids tel quel et 33,4% ne se soucient pas de leur poids. Chez les hommes, ces pourcentages s'élèvent respectivement à 19,8%, 28,8% et 45%. Finalement, 2,6% des femmes et 6,4% des hommes essaient de prendre du poids.

Tant chez les hommes que chez les femmes, le nombre de personnes qui ne se soucient pas de leur poids est le plus élevé dans les groupes d'âge extrêmes.

De même, le désir de maigrir augmente avec l'âge tant chez les hommes que chez les femmes pour atteindre un niveau maximal dans le groupe des 30-59 ans. Ceux ou celles qui ne se soucient pas de leur poids sont plus souvent des personnes ayant un niveau de scolarité peu élevé et un diplôme d'enseignement secondaire professionnel ou technique que des personnes avec un diplôme d'enseignement supérieur.

Les personnes souffrant de surcharge pondérale (38,4%) ou d'obésité (56,8%) souhaitent maigrir bien plus souvent que celles présentant un poids normal (13,6%). Une grande partie de personnes de ces catégories



souhaitent pourtant stabiliser leur poids (respectivement 31,1% et 18,9%) ou ne se soucient pas de leur poids (respectivement 29,1% et 23,4%).

Le niveau d'activité physique, après correction des variables sociodémographiques et de poids, n'est généralement pas associé à l'attitude par rapport au poids.

Il a été demandé aux personnes qui avaient déclaré vouloir maigrir ou stabiliser leur poids quelle(s) méthode(s) elles utilisaient. Toutes les femmes et pratiquement tous les hommes ont indiqué qu'ils modifieraient leur type d'alimentation (une ou plusieurs des méthodes suivantes : faire certains choix, moins de calories, moins de sucre, moins de graisses, plus de fruits et légumes, consommation de produits diététiques).

40% des hommes et un tiers des femmes prennent des produits amaigrissants, y compris éventuellement des laxatifs. Il est frappant que les personnes les plus jeunes affirment, le plus souvent, utiliser des produits amaigrissants et modifier leur schéma alimentaire. Un tiers des hommes et 29% des femmes modifient leur schéma alimentaire, entre autres, en sautant les repas, en changeant l'importance relative des repas ou en jeûnant pendant 24 heures.

10% des femmes et 11% des hommes indiquent qu'ils fument pour maigrir ou pour stabiliser leur poids. Fumer est une méthode largement répandue, tant chez les femmes que chez les hommes, dans la catégorie des 19-59 ans, bien que 9% des femmes de 15 à 18 ans déclarent déjà fumer pour maigrir ou maintenir leur poids.

Seuls 3% des hommes et 7% des femmes augmentent leur activité physique pour maigrir ou pour stabiliser leur poids. Pratiquement aucun homme n'augmente son activité physique, à l'exception de ceux appartenant à la catégorie d'âge la plus élevée.

Les pourcentages d'hommes et de femmes qui essaient de maigrir ou de stabiliser leur poids en participant à des activités de groupe ou en se faisant accompagner par un diététicien ou un médecin s'élèvent respectivement à 7% et 12%.

La démarche qui pousse tant les femmes (92%) que les hommes (87%) à surveiller leur poids d'une manière ou d'une autre résulte principalement d'une initiative personnelle, toute catégorie d'âge confondue. Le médecin traitant, le spécialiste ou le diététicien interviennent pour 19% des femmes et 22% des hommes. Chez les personnes de plus de 60 ans, le rôle du personnel de santé gagne en importance dans toute démarche d'amaigrissement ou de maintien du poids. 10% des femmes et 15% des hommes souhaitant maigrir ou stabiliser leur poids se font conseiller par leur entourage (la famille, les amis, les connaissances). Le rôle des médias, de la presse écrite ou des magazines est limité et inférieur à 4%, tant chez les femmes que chez les hommes, dans leur décision de surveiller leur poids d'une manière ou d'une autre.



Ces résultats indiquent qu'une partie de la population se soucie grandement de son poids mais que la motivation et les méthodes utilisées pour maigrir varient énormément d'une personne à l'autre et ne sont peut-être pas très efficaces. Outre les mesures préventives élaborées dans le cadre du PNNS-B, un autre aspect sera développé afin de fournir à la population les aides nécessaires pour maigrir efficacement, si c'est indiqué, et pour valoriser l'accompagnement par un personnel de santé spécialisé (diététicien, spécialiste de la nutrition, médecin). Dans ce contexte, un abaissement des freins à la visite d'un diététicien et à l'intervention nutritionnelle est recommandé.

La sensibilisation devra, avant tout, viser le segment de population qui ne se fait aucun souci par rapport à son poids mais qui présente bel et bien des problèmes pondéraux, par le biais d'interventions de sensibilisation ciblées sur l'individu et le cadre. Il importe, en ce sens, de veiller à ce que les personnes présentant un poids normal ou un sous-poids ne soient pas incitées à maigrir par ces messages.

Schéma de repas

Les résultats de l'enquête de consommation alimentaire donnent un aperçu du comportement alimentaire de la population belge. Il semble ainsi que 75% de la population semblent avoir adopté un schéma de repas régulier. En d'autres termes, ces personnes prennent un petit-déjeuner, un déjeuner et un dîner au moins 5 jours par semaine. Ce chiffre augmente avec l'âge pour atteindre près de 9/10 des personnes dans la catégorie d'âge des 75 ans et plus. Plus le niveau de formation est élevé, plus le schéma de repas est régulier. Comme l'on pouvait s'y attendre, le petit-déjeuner est le repas pris le moins souvent ou moins de 5 jours par semaine. Les fumeurs prennent moins souvent leur petit-déjeuner que les non-fumeurs.

Il n'y a pas de lien significatif entre la régularité des schémas de repas et le degré d'activité physique ou le poids.

Les résultats indiquent que 92% des petits-déjeuners et 87% des dîners sont pris à domicile. La plus grande partie des déjeuners est également prise à domicile (67%) et environ 18% sur le lieu de travail. Les restaurants et les fast-foods ne représentent que 4% de la consommation des déjeuners et des dîners.



L'impact des mesures de politique prises dans le cadre du PNNS-B sera, par conséquent, maximal lorsqu'il visera les repas consommés à domicile. Une attention particulière doit être portée aux différents groupes de population tels que les personnes âgées (situation à domicile), les jeunes et la population active (horeca, traiteurs, environnement de travail).

Régimes

17% de la population affirment suivre l'une ou l'autre forme de régime. Cette tendance se marque plus fréquemment chez la femme que chez l'homme et s'accroît avec l'âge. Certains régimes alimentaires vont de pair avec une ou plusieurs pathologies. Plus de 60% des patients diabétiques suivent, par exemple, un régime adapté à leur affection tandis qu'à peine 5% des personnes souffrant d'hypertension respectent un régime pauvre en sel (et souvent, dans ce cas, après l'âge de 60 ans).

Un régime à basses calories ou pauvre en graisses et en cholestérol est suivi par respectivement 9% et 5% des femmes et 4% des hommes. Ce chiffre passe à 14% et 22% des femmes et de 7% à 19% des hommes en cas d'hypercholestérolémie.

De 10,0% à 16,9% des personnes présentant une surcharge pondérale ou souffrant d'obésité suivent un régime à basses calories.

Moins de 2% de la population adoptent une alimentation végétarienne.

En d'autres mots, la part de la population suivant l'une ou l'autre forme de régime alimentaire n'est pas très élevée, même dans le groupe de personnes souffrant de surcharge pondérale ou d'obésité. Cela souligne l'importance d'une approche politique axée sur un changement durable de comportement plutôt que sur une approche curative par laquelle une personne doit brutalement adapter son comportement nutritionnel à son état de santé.

Allaitement et alimentation des nourrissons et jeunes enfants

L'allaitement maternel est la méthode d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui assure une croissance, un développement et une santé optimaux. Par rapport à certains autres Etats membres de l'Union européenne, la Belgique accuse, cependant, un certain retard dans le domaine de l'allaitement, également pour ce qui concerne sa durée qui doit idéalement s'élever à 6 mois en tant qu'alimentation exclusive du nourrisson.



En Belgique, les chiffres disponibles suggèrent qu'environ 63%³⁴ - 77%³⁵ des enfants de 6 jours sont allaités et qu'environ 25% des femmes continuent à allaiter exclusivement après 3 mois. Après 3 mois, 14% des enfants reçoivent déjà une alimentation mixte (allaitement partiel, complété par une préparation pour nourrissons et/ou une alimentation solide).³⁶

Le retard au niveau de la prévalence de l'allaitement doit être rattrapé par la création, pour les mères, d'un climat propice à l'allaitement et à sa poursuite à plus long terme.

Apport de vitamines, minéraux et autres composants alimentaires utiles

En dépit de la disponibilité d'une alimentation variée, il semble qu'un certain nombre de problèmes se posent, au sein de la population belge, quant à l'apport suffisant en certains micronutriments.

Des données relatives à certains de ces micronutriments sont disponibles dans l'enquête nationale de consommation alimentaire. Pour la plupart d'entre eux, en revanche, aucune information n'est disponible ou ne l'est que pour les groupes de population où le problème se pose.

Iode

En 1998, le Conseil Supérieur d'Hygiène a attiré l'attention sur la problématique de l'apport suboptimal d'iode et de la carence en iode au sein de la population belge. Il proposa également diverses recommandations.³⁷

Il ressort de cette prise de position que le statut iodé de la Belgique reste l'un des plus précaires en Europe. Cette problématique concerne toute la population mais est plus particulièrement préoccupante pour les femmes enceintes ou allaitantes.

L'approche de la problématique de l'iode est un problème de santé majeur sur lequel le Conseil Supérieur d'Hygiène a attiré l'attention et qui sera abordé dans le cadre du PNNS-B.

³⁴ SEIN, Onderzoek naar de voedingssituatie van jonge kinderen, SEIN/2002/04, November 2002

³⁵ ONE, Rapport 2004 de la Banque de Données Médico-Sociales de l'ONE.

³⁶ Universiteit Gent, vakgroep maatschappelijke Gezondheidskunde i.s.m. Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde en Nutrition Information Centre, Stefaan De Henauw, voedingsgewoonten van Vlaamse kleuters, onderzoek van november 2002 tot februari 2003, (www.123aantafel.be)

³⁷ Conseil Supérieur d'Hygiène (1998) Information destinée au corps médical et au grand public au sujet d'une prise alimentaire adéquate d'iode et des manières les plus efficaces pour augmenter l'apport iodé. (Avis du 30.09.1998, approuvé le 28.10.1998).



Fer

En dépit de sa concentration suffisante dans l'alimentation, l'apport de fer n'est pas optimal, notamment durant la grossesse. Cette constatation est d'ailleurs confirmée par les résultats de l'enquête nationale de consommation alimentaire. Ceux-ci indiquent qu'une part importante de la population féminine (91,7% du groupe 15-18 ans et 88,9% des 19-59 ans) présente un apport en fer inférieur à 13 mg/j, la limite inférieure pour les jeunes entre 15 et 18 ans.

Les besoins en fer de la femme sont, de la puberté à la ménopause, plus élevés que ceux de l'homme (principalement suite aux pertes menstruelles). L'apport recommandé pour ce groupe de femmes a été fixé par le CSH à 20 mg/jour. Il importe donc de consacrer suffisamment d'attention à la sensibilisation et à des mesures ciblées sur la femme.

La carence en fer, principalement liée à un complément alimentaire non optimal, se manifeste également souvent chez le nourrisson et le jeune enfant, dès l'âge de 4 mois.

Le PNNS-B prêtera donc une attention particulière aux besoins nutritionnels de la femme enceinte, de l'adolescent et du jeune enfant et proposera des mesures de sensibilisation et d'approche de cette problématique.

Acide folique

Le rôle majeur que joue un apport suffisant en acide folique avant et pendant la grossesse dans la diminution du risque de défaut de fermeture du tube neural (spina-bifida en anencéphalie) est unanimement admis. Différentes études ont clairement établi qu'un apport complémentaire de 400 µg d'acide folique par jour semble utile pour réduire de moitié le risque de défaut de fermeture du tube neural. Il est unanimement reconnu que l'apport que procure l'alimentation normale ne suffit pas pour satisfaire ce besoin.³⁸

En ce sens, le PNNS-B prêtera attention et élaborera des mesures relatives à la problématique de l'apport insuffisant d'acide folique chez la femme, plus particulièrement parmi celles désirant avoir un bébé.

³⁸ MRC Vitamin Study Research Group. Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. Lancet 1991;338:131-7



Calcium et Vitamine D

Le calcium et la vitamine D sont deux nutriments essentiels au développement du système osseux et à la construction des os. Ils sont plus importants encore pour les jeunes enfants, les adolescents et les personnes âgées. Un apport suffisant de calcium et de vitamine D constitue, en effet, un facteur majeur dans la prévention de l'ostéoporose.

Les données issues de l'enquête nationale de consommation alimentaire illustrent l'état de l'apport de calcium au sein de la population en bonne santé. Il ressort en l'occurrence qu'à peine 2,3% des hommes et 17,8% des femmes entre 15 et 18 ans ont un apport en calcium supérieur à l'apport journalier recommandé par le CSH (1200 mg/jour). La part de la population dont l'apport en calcium est suffisant (> 900 mg/jour) est faible chez les adultes aussi : à peine 25,9% des hommes et 41,3% des femmes.

Le PNNS-B inclura donc diverses mesures relatives à la problématique du calcium et de la vitamine D.

Autres composants alimentaires utiles pour la santé

L'importance d'une alimentation variée est l'un des principes de base du PNNS-B. La variété est, en effet, à la base d'un apport optimal de tous les nutriments nécessaires. Il en va de même pour l'apport, par l'alimentation, de nombreux éléments non nutritifs dont l'utilité pour la santé gagne sans cesse en importance.

Sont ici concernées les substances caractérisées par un effet anti-oxydant, telles que les isoflavones, les flavonoïdes, les polyphénols, la lutéine, les lycopènes, ... Présents dans de nombreux fruits et légumes, et d'autres substances ayant un impact sur les facteurs de risque de certaines maladies chroniques, telles que les phytostérols du soja, les peptides bioactifs du lait et les pré- et probiotiques qui sont des déterminants essentiels de l'équilibre de la flore intestinale.

Outre la disponibilité de ces nutriments dans l'alimentation normale, de nombreux compléments alimentaires comprenant ces substances sont disponibles dans le commerce et sont promus sur la base des effets qu'ils peuvent avoir. Il importe qu'une telle information soit scientifiquement fondée et qu'elle cadre avec l'importance d'une alimentation équilibrée.



Le PNNS-B soutient la recherche scientifique en ce domaine avec pour objectif d'intégrer les effets scientifiquement fondés de ces nutriments à la communication en général et de surveiller que l'information relative à ces aspects soit en ligne avec les principes du PNNS-B, correcte et qu'elle n'induisse pas le consommateur en erreur.

Information commerciale et non commerciale

Le PNNS-B prévoit une importante communication autour des principes d'une alimentation saine, tant vers la population en général que vers des groupes de population spécifiques. Cette communication doit être cohérente et conséquente. Elle doit idéalement constituer la base de la communication diffusée par des tiers sur ces aspects.

La population est, cependant, désarmée face à l'abondance d'information sur l'alimentation et la santé que diffusent les messages publicitaires, sous la forme de brochures ou de publicité, et via les médias. Une telle information, qui n'est pas contrôlée en termes d'exactitude et prône parfois des principes contradictoires, trouble finalement le consommateur dépourvu de cadre de référence. Un minimum de règles doit donc être respecté, principalement en ce qui concerne la publicité ciblée vers les enfants dans la mesure où ceux-ci comprennent insuffisamment les mécanismes publicitaires et n'ont pas suffisamment de recul critique par rapport aux messages que diffusent les différents médias.

La protection du consommateur, en particulier des enfants, contre les messages trompeurs relatifs à l'alimentation et à la santé est une dimension essentielle du PNNS-B.

En ce sens, le PNNS-B doit faire fonction de cadre simple, cohérent et scientifiquement fondé pour ce qui concerne les messages sur l'alimentation et la santé. Il doit inciter les tierces parties à mettre leurs messages en conformité avec ce cadre. Un logo sera créé afin de favoriser la reconnaissance de ces messages.

Comportement tabagique

Selon l'enquête IPSOS réalisée en avril 2005 à la demande de la Fondation contre le Cancer, il y a en Belgique 29 % de fumeurs réguliers et 4% de fumeurs occasionnels.³⁹

³⁹ N= 2046



Fumer est un facteur de risque majeur, si pas le plus important, dans le déclenchement de certaines maladies chroniques. Les mesures relatives à l'alimentation et à la santé proposées dans le cadre du PNNS-B ne sont donc que des déterminants partiels pour atteindre l'objectif de diminution de l'incidence de ces maladies chroniques. Les mesures relatives au comportement tabagique s'intègrent dans la politique fédérale de lutte contre le tabagisme et n'entrent donc pas dans le champ du PNNS-B.

Dans le cadre du PNNS-B, la communication s'axera cependant autour du fait que fumer n'est pas une solution de contrôle pondéral efficace.

Alcool

Les boissons alcoolisées peuvent être une importante source de calories. Il ressort des résultats de l'enquête nationale de consommation que l'alcool représente $5,5 \pm 4,4$ % de l'apport énergétique quotidien des hommes et $3,3 \pm 3,8$ % de celui des femmes.

L'alcool n'est pas une denrée alimentaire essentielle et son abus s'accompagne de nombreux problèmes de santé. Un apport de 0 à 4% de l'apport énergétique global par l'alcool, soit l'équivalent d'un ou deux verres de bière (type pils) ou de vin par jour, est acceptable⁴⁰. Ceci ne peut, cependant, être un prétexte pour amener des personnes qui ne consomment pas d'alcool à en boire. La consommation d'alcool par les femmes enceintes reste fortement déconseillée.

La problématique de l'abus de l'alcool fait sujet d'une approche spécifique et n'entre pas dans le champ du PNNS-B.

⁴⁰ Conseil Supérieur d'hygiène (2003); Recommandations nutritionnelles pour la Belgique.



SECTION 3: Les objectifs nutritionnels pour la Belgique

Les objectifs alimentaires du PNNS-B tels que définis ci-après sont des objectifs pour l'individu qui se trouve dans un état de santé normal. Ils concernent la personne individuelle qui doit les adopter dans ses activités et comportements au quotidien.

Ils ne peuvent être confondus avec les Apports Nutritionnels Conseillés (ANC) qui sont plutôt des objectifs au niveau de la population globale.

Ils ne sont pas non plus applicables à des personnes se trouvant dans une situation physiologique ou pathologique particulière et qui nécessitent, en ce sens, des interventions alimentaires spécifiques.

Les objectifs reposent en partie sur les recommandations nutritionnelles pour la Belgique, comme établis par le CSH, que sont les ANC, mais également sur la situation sanitaire et les enjeux de santé publique.

Les objectifs nutritionnels du PNNS-B consistent en une sélection de mesures considérées comme prioritaires. Celles-ci sont souvent exprimées en termes de nutriments, mais peuvent aussi l'être sous forme d'aliments, lorsqu'il n'y a pas d'équivalence possible (par. ex. : dans le cas des fruits et légumes). Ces objectifs nutritionnels servent de base pour traduire les messages en mesures concrètes portant sur des aliments.

Les objectifs du PNNS-B ne sont pas toujours superposables aux ANC. C'est le cas de l'apport lipidique, où le PNNS-B vise une réduction du pourcentage d'énergie allouée aux graisses (max 35 % de l'apport énergétique total (AET) recommandé), sans pour autant atteindre le même degré de restriction classiquement préconisé (max 30 % de l'AET recommandé). Il ressort des chiffres de l'enquête nationale de consommation alimentaire que la part de matières grasses dans l'alimentation s'établit déjà, en moyenne, à 35%. Le P75 s'élève, en revanche, à respectivement 37,9%, 38,6% et 40,3% pour les tranches d'âge 15-18 ans, 19-59 ans et 60-74 ans. Ce qui indique qu'une part significative de la population n'atteint pas l'objectif de 35%. Le pourcentage de la population sondée qui atteint actuellement l'objectif de 30% est, par contre, peu élevé (respectivement à peine 12%, 17,8% et 16,8% pour les tranches d'âge mentionnées). Un objectif de 35% signifie donc une approche caractérisée par un niveau de limitation moins élevé pouvant être appliqué à un nombre plus important de personnes. Une révision de cet objectif parmi d'autres pourra être évaluée après l'enquête nationale de consommation alimentaire de 2009.

Les objectifs nutritionnels prioritaires en termes de santé publique sont les suivants :



Bilan énergétique

- **Favoriser l'adéquation entre les apports et les dépenses énergétiques**
- **Augmenter le niveau d'activité physique (min 30 min de marche ou d'une activité physique équivalente par jour)**

L'augmentation de la prévalence de l'obésité s'explique essentiellement par des modifications du style de vie. Bien que la consommation énergétique ait accusé un déclin au cours du siècle dernier, les besoins énergétiques ont, eux, nettement régressé, notamment en raison de la mécanisation des tâches et, surtout, d'un mode de vie globalement plus sédentaire. Avec pour résultat une balance énergétique souvent positive (apports supérieurs aux dépenses), conduisant à la mise en réserve de l'énergie excédentaire.

L'obtention d'une balance énergétique équilibrée doit reposer à la fois sur la quantité d'énergie ingérée, (à réduire lorsqu'elle est excessive) et sur une augmentation de la dépense énergétique. L'augmentation du niveau d'activité physique pour atteindre un niveau souhaitable fait donc partie intégrante du PNNS-B.

Précisons que l'augmentation du niveau d'activité physique recherchée dans le cadre du PNNS-B ne concerne pas seulement les personnes obèses ou en excès de poids, mais toute la population. Un niveau d'activité physique suffisant est bien connu pour exercer des effets favorables sur la santé physique et mentale, y compris chez celles et ceux qui ont un poids correct.

La réduction de l'apport énergétique de la ration ne doit pas se focaliser uniquement sur la valeur calorique des aliments, mais tenir compte du contexte nutritionnel de l'énergie. Ainsi, la réduction énergétique ne doit pas mettre en péril la couverture des apports nutritionnels conseillés (ANC) en nutriments, fibres alimentaires et autres composés protecteurs (antioxydants, phytochimiques...).

Compte tenu des habitudes alimentaires, caractérisées par une consommation excessive de lipides et de glucides simples, ces deux catégories de nutriments représentent un levier important pour agir sur le bilan énergétique total. Seront surtout visées les formes concentrées d'énergie qui n'apportent pas ou peu de micronutriments et d'éléments protecteurs (fibres alimentaires, antioxydants...), c'est-à-dire les aliments présentant une densité énergétique élevée (apport énergétique important par rapport au volume) et de faible densité nutritionnelle (faible apport en



vitamines, minéraux et autres éléments protecteurs par rapport au contenu énergétique).

Il s'agit d'encourager un aménagement de la ration énergétique qui soit favorable à la santé et compatible avec une vision à long terme. Il ne s'agit pas de mettre l'ensemble de la population au régime, les personnes obèses ou en excès de poids devant pouvoir bénéficier d'une prise en charge médicale et diététique (par un médecin et un diététicien). Les aliments présentant une faible densité énergétique (faible teneur énergétique pour un volume important) et une densité nutritionnelle élevée (apport élevé en vitamines, minéraux ou autres éléments protecteurs par rapport à l'apport énergétique) sont à favoriser.

Enfin, l'objectif d'un apport énergétique adapté à des besoins, compte tenu d'un niveau d'activité physique souhaitable, est un défi particulièrement important dans les couches sociales défavorisées, où la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité est plus élevée.

Fruits et légumes

- **Augmenter la consommation de fruits et légumes au niveau de la population pour atteindre au moins 400 g par jour.**
- **Diminution du nombre de petits mangeurs, surtout chez les jeunes (écoliers et adolescents)**

Les fruits et surtout les légumes ont une faible teneur en énergie, sont pauvres en matières grasses et apportent de nombreux nutriments et éléments protecteurs utiles (vitamines, minéraux, fibres alimentaires, antioxydants et autres phytochimiques).

Il est généralement reconnu que la consommation importante de fruits et de légumes est associée à une réduction du risque d'affections majeures telles que les maladies cardiovasculaires et les cancers. Même si le mécanisme de cette protection n'est pas entièrement élucidé, la relation entre cette catégorie d'aliments et la santé est probablement celle qui bénéficie des preuves les plus solides dans la science nutritionnelle.

La majoration de la consommation de fruits et de légumes présente l'avantage d'être un message positif, qui s'inscrit parfaitement dans l'objectif 1, à savoir un aménagement de la ration énergétique qui soit favorable à la santé, avec des aliments de faible densité énergétique et de densité nutritionnelle élevée.



Selon l'OMS, la consommation de fruits et de légumes devrait se situer entre 400 et 800 g par jour. Il s'agit donc d'essayer d'atteindre au moins 400 g par jour, ce qui correspond à 5 portions de 80 g (poids de la partie comestible). L'objectif « 5 par jour » n'est pas en contradiction avec les recommandations actuelles en Flandre (300 g de légumes et 2 fruits).

Outre l'aspect quantitatif, il faut également assurer une diversité suffisante au sein de cette famille. Ainsi, il importe de veiller à une répartition cohérente entre les fruits (source de glucides simples) et les légumes.

Les actions menées dans le cadre du PNNS-B attacheront une attention particulière pour majorer la consommation de fruits et légumes chez ceux qui en consomment le moins (par exemple dans les catégories socio-économiques basses, chez les adolescents...). Cela suppose une sensibilisation et une information de l'ensemble de la population, et un accès aux fruits et légumes qui soit facilité.

Lipides

- **Limitation de l'apport en matières grasses (en tendant vers moins de 35 % de l'apport énergétique total recommandé)**
- **Amélioration de la composition de l'apport lipidique**

Aspects quantitatifs

La consommation excessive de lipides qui caractérise l'alimentation du Belge est considérée comme un facteur important conduisant à un excès énergétique. Du fait de leur concentration élevée en énergie (9 kcal/g), mais aussi de leur pouvoir satiétogène moindre (contrairement à une perception largement répandue) que celui des autres nutriments énergétiques (protéines et glucides) et de leur palatabilité élevée, les lipides sont particulièrement aptes à déséquilibrer le bilan énergétique.

La consommation excessive de lipides totaux, et surtout d'acides gras saturés, influence défavorablement des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (dyslipidémies) et augmente le risque de certains cancers et de diabète de type 2.

Les recommandations nutritionnelles en matière de lipides totaux (Conseil Supérieur d'Hygiène) préconisent un apport maximal correspondant à 30 % de l'apport énergétique total (AET) recommandé, alors que la consommation actuelle dépasse les 35 % des apports énergétiques totaux ingérés. Sans remettre en cause le bien-fondé de cet objectif, une telle restriction est difficile



à obtenir, compte tenu de nos habitudes alimentaires et des traditions en matière de gastronomie. C'est pourquoi le PNNS-B vise un degré de restriction moindre (maximum 35 % de l'AET recommandé), avec pour objectif une meilleure compliance aux messages prodigués concernant l'apport lipidique. Ce seuil des 35 % peut être considéré comme un objectif intermédiaire pour limiter l'apport lipidique.

Il importe de tenir compte, dans l'expression des recommandations concernant les lipides, de l'apport énergétique total, et pas uniquement du pourcentage de l'énergie correspondant aux lipides. En effet, on peut très bien atteindre un pourcentage d'énergie lipidique proche des objectifs, tout en ingérant beaucoup trop de lipides au total, parce que l'AET ingéré est excessif (une telle situation se retrouve par exemple aux Etats-Unis, où le pourcentage de calories lipidiques est plus faible que chez nous, mais le bilan énergétique total est plus élevé).

Il convient, en outre, de prêter attention à l'apport en graisses cachées dans l'alimentation. Le problème des matières grasses se pose, en effet, au niveau de la quantité de graisses totale, de leur sorte et de l'insuffisance de connaissance sur la présence de matières grasses cachées.

Aspects qualitatifs

La nature des lipides ingérés est également reconnue comme un déterminant important en matière de santé. Les efforts doivent porter en priorité sur la réduction de l'apport en acides gras saturés, dont la consommation – nettement excessive en Belgique – exerce une influence importante sur la cholestérolémie et le risque cardiovasculaire.

La réduction de l'apport en acides gras implique une diminution de la consommation des sources de graisses animales (à l'exception de celles du poisson), mais aussi des denrées riches en certaines graisses végétales (graisses hydrogénées, huile de palme...). L'ensemble des acides gras saturés ne devrait pas représenter plus de 10 % de l'AET recommandé.

Étant donné que de nombreuses sources d'acides gras saturés véhiculent aussi du cholestérol, la réduction de l'apport en acides gras saturés constitue une mesure efficace pour maintenir l'apport quotidien moyen en cholestérol à moins de 300 mg.

Les acides gras de configuration trans issus de l'hydrogénation catalytique des acides gras insaturés ou naturellement produits par biohydrogénation dans l'estomac de certains animaux (ruminants) exercent sur l'organisme des effets comparables aux acides gras saturés (selon certaines études, les trans



seraient même plus néfastes que les saturés, bien que certains trans tels que les CLA et les acides linoléiques conjugués offrent un certain nombre de perspectives intéressantes. Ce point fait d'ailleurs encore l'objet d'investigations scientifiques). Toujours est-il que ces acides gras issus de processus destinés à modifier les propriétés physico-chimiques des corps gras, devraient être ingérés dans des quantités les plus limitées possible. Cela vise donc surtout les produits contenant des huiles partiellement hydrogénées (l'hydrogénation totale des huiles ne laisse plus de trans, mais aboutit à des acides gras saturés). Les fritures, selon la composition du bain de friture, sont aussi une source potentielle pouvant cumuler acides gras trans et/ou acides gras saturés.

Au cours de ces dernières années, de nombreux efforts ont été consentis dans la fabrication des matières grasses (à tartiner et de cuisson) pour réduire la teneur en acides gras trans. La plupart de ces produits proposés dans les magasins ont désormais une teneur en trans faible (moins de 1 % pour les matières grasses à tartiner, moins de 5 % pour les matières grasses destinées à la cuisson). Par contre, les acides gras trans peuvent se trouver en quantité importante dans des denrées alimentaires riches en matières grasses cachées et toute denrée confectionnée avec des matières grasses (partiellement) hydrogénées.

Pour les acides gras poly-insaturés (AGPI), l'apport total ne pose pas de problème, par contre, la répartition des différents AGPI est préoccupante. Les acquisitions scientifiques au cours de ces dernières années démontrent l'importance de maintenir un certain équilibre entre les deux familles d'acides gras essentiels, les oméga-6 (dont le chef de file est l'acide linoléique) et les oméga-3 (dont le chef de file est l'acide alpha-linolénique ou ALA). Il apparaît clairement que ce rapport est actuellement trop élevé, alors qu'il ne devrait pas dépasser 5.

Il s'agit donc de rééquilibrer l'apport en AGPI, en augmentant la présence des oméga-3, au par rapport aux oméga-6, afin de se rapprocher des objectifs nutritionnels.

Outre l'ALA, les oméga-3 à longue chaîne que sont le EPA (acide éicosapentaénoïque) et le DHA (acide docosahexaénoïque) doivent aussi être fournis en suffisance. Les données scientifiques montrent que les 3 oméga-3 (ALA, EPA et DHA), doivent être apportés par l'alimentation (la conversion de l'ALA en EPA et DHA est très faible), d'où l'importance d'assurer un apport exogène en ces deux acides gras hautement poly-insaturés. Ceci à l'exception des nourrissons allaités qui reçoivent suffisamment d'oméga-3 via le lait maternel.

L'importance d'un apport adéquat en oméga-3 est bien connue pour la femme enceinte et le nourrisson, dans la mesure où il influence la construction et la



maturation du système nerveux. Il existe actuellement suffisamment de données justifiant un apport exogène en oméga-3 pour les différentes catégories d'âge.

Concrètement, le rééquilibrage des AGPI passe par une réduction des sources d'acide linoléique (huiles de maïs, tournesol...) au profit des sources d'ALA (huiles de colza, lin, noix, soja, certains aliments issus d'animaux nourris avec une ration riche en oméga-3) et de EPA et DHA (poissons, surtout les espèces grasses).

Glucides et fibres alimentaires

- **Promotion de la consommation de glucides (vers minimum 50 % de l'apport énergétique total recommandé) en accordant la préférence aux sources de glucides complexes (amidon, ...) comme des aliments pas ou peu raffinés (céréales complètes, légumineuses...)**
- **Diminution de la consommation de glucides simples ajoutés (sucres, ...).**
- **Augmenter la consommation des fibres alimentaires.**

Selon les recommandations nutritionnelles, les glucides devraient représenter plus de la moitié de l'apport énergétique total (min. 55 % de l'AJR), ce qui est rarement le cas dans notre alimentation. La sous représentation de ce compartiment est en rapport direct avec la proportion excessive d'énergie lipidique (les lipides sont consommés au détriment des glucides, pas des protéines). Cela signifie qu'en marge du rôle des glucides en tant que pourvoyeurs d'énergie, la promotion des glucides constitue une mesure favorable à la réduction des lipides, facilitant ainsi l'objectif (max 35 % de l'AET recommandé sous forme de lipides).

La qualité de la ration glucidique revêt une importance de plus en plus évidente. La plus grande partie des glucides doit être présente sous forme de glucides complexes, dont le principal représentant est l'amidon (retrouvé dans les céréales et leurs dérivés, les pommes de terres, les légumineuses).

Les glucides simples (mono et disaccharides sont naturellement présents dans les fruits (glucose, fructose, saccharose) et les laitages (lactose), et sont incorporés (on parle alors de glucides simples ajoutés) dans de nombreux aliments sucrés (sous forme de saccharose, de sirop de glucose, de glucose ou de fructose). Bien que d'un point de vue strictement métabolique, ces glucides ne connaissent pas vraiment de différence selon leur origine (naturellement présents ou ajoutés), le contexte nutritionnel dans lequel ils se trouvent doit être pris en compte. Si le compartiment des glucides simples



augmente, dans sa globalité, c'est essentiellement en raison de la présence de glucides simples ajoutés.

Contrairement aux fruits et aux laitages, qui, bien que contenant des glucides simples, apportent une précieuse contribution à l'équilibre alimentaire, de nombreux aliments riches en glucides simples ne sont pas considérés comme indispensables, ni même utiles, d'un point de vue physiologique. Outre l'apport important en glucides simples ajoutés (essentiellement du saccharose), donc en énergie, cet apport énergétique peut, au moins en partie, se substituer à d'autres aliments censés apporter leur contribution à la couverture des apports recommandés en nutriments (et autres composés protecteurs), comme par exemple les produits laitiers, ce qui s'accompagne d'une réduction concomitante de l'apport en calcium.

Il importe donc, dans le cadre du PNNS-B, de développer des stratégies visant à favoriser l'apport en glucides complexes et à réduire (sans pour autant devoir les supprimer) les glucides simples ajoutés.

La qualité nutritionnelle des aliments, riches en glucides complexes doit aussi être prise en compte. Le raffinage des céréales conduit à un appauvrissement en fibres alimentaires, mais aussi en de nombreux autres éléments protecteurs (acides gras essentiels, vitamine E, magnésium...).

Pour que l'apport en glucides complexes s'effectue avec un apport en d'autres nutriments et composés protecteurs, le PNNS-B doit encourager la production, la commercialisation et la consommation de produits céréaliers pas ou peu raffinés.

Les légumineuses (légumes secs tels que pois secs, haricots secs, fèves...) méritent également une place dans le PNNS-B, dans la mesure où ils constituent une source de glucides complexes présentant un index glycémique très bas, de plus ces glucides se trouvent dans un environnement nutritionnel très intéressant par rapport aux objectifs nutritionnels (pauvres en lipides, riches en fibres alimentaires, source de minéraux tels que magnésium, calcium... et autres composés potentiellement protecteurs (isoflavones)). Les légumineuses se caractérisent aussi par un apport intéressant en protéines végétales, et peuvent donc contribuer à redresser le rapport protéines végétales/protéines animales (la réduction de la proportion de protéines animales contribue à mieux maîtriser l'apport en lipides, surtout pour ce qui est des acides gras saturés).

Cet aménagement de l'apport glucidique par le biais de produits céréaliers complets, de légumineuses, de fruits permet également d'augmenter la consommation de fibres alimentaires (dont on sait qu'elle est insuffisante), tout en assurant une répartition harmonieuse dans la nature des fibres apportées (notamment entre les fibres insolubles, retrouvées surtout dans les



produits céréaliers, et les fibres solubles, plus présentes dans les fruits, légumes et légumineuses).

Sel

- **Limitation de la consommation de sel et remplacement partiel par du sel iodé**

Bien qu'il existe des différences interindividuelles de sensibilité au sodium, une alimentation trop riche en sel peut contribuer, au niveau de la population, à une tension artérielle élevée.

La consommation de sel ne devrait pas dépasser 8,75 g par jour d'après les apports quotidiens jugés satisfaisants par le CSH (6 g selon l'OMS). Aucune information récente n'est disponible quant à la consommation de sel de la population belge. Aucun chiffre ne ressort, à cet égard, de l'enquête nationale de consommation alimentaire dans la mesure où une telle information est difficilement quantifiable et où la base de données NUBEL est incomplète pour permettre le calcul de l'apport exact de sodium dans les denrées alimentaires. Environ un quart des apports sodés provient du sel ajouté dans la production des denrées (notamment dans les bouillons (tablettes), charcuteries, les fromages, les snacks, le pain).

La consommation de sel de la population belge peut donc être abordée de deux manières :

- Inciter à un usage modéré de la salière dans la préparation des denrées
- Inciter les producteurs à réduire la quantité de sel utilisée dans les denrées alimentaires

Par ailleurs, dans le cadre de la correction de la déficience iodée en Belgique, le sel utilisé, que ce soit dans les ménages ou dans l'industrie agro-alimentaire, devrait être du sel iodé.

Minéraux, Oligo-éléments, Vitamines, Autres substances

- **Diminution des carences d'apports spécifiques (fer, folates, vitamine D, calcium) dans certains groupes de population (jeunes, femmes enceintes et allaitantes, personnes âgées)**
- **Correction de la déficience en iode**
- **Favoriser une alimentation optimale**



Il importe que le PNNS-B comprenne des mesures destinées à s'attaquer aux carences en certains micronutriments qui peuvent survenir dans certains groupes de population et à tendre vers un statut nutritionnel optimal dans toute la population. Cela passe, avant tout, par l'optimisation de l'alimentation et la promotion d'une alimentation saine et équilibrée.

La Belgique a, en outre, toujours mené une politique rendant possible un vaste assortiment de compléments alimentaires et de produits alimentaires enrichis. Une législation, l'une des plus progressistes de l'Union européenne, a été élaborée en ce sens. Elle fixe les règles de composition de tels produits et, par le biais d'une obligation de notification, permet de suivre le lancement sur le marché de nouveaux produits. La sécurité des produits peut ainsi être garantie et la population peut choisir d'enrichir ou pas son alimentation grâce à certains nutriments et autres composants alimentaires.

Il convient, néanmoins, d'être conscient du fait que de tels produits, pour autant que la science y voit un complément précieux à l'alimentation et à la santé du consommateur, ne pourraient, par leur prix et leur disponibilité, pas être accessibles à certains groupes de la population auxquels ils seraient les plus utiles, en particulier les personnes vivant en marge du seuil de pauvreté et les classes sociales les moins favorisées de notre société. Promouvoir une alimentation saine et optimale devra donc, dans un premier stade, cibler ces groupes de population.

L'eau

Encourager la population à privilégier l'eau comme boisson (au moins 1,5 litre par jour)

L'eau n'est pas seulement un nutriment essentiel, c'est également la seule boisson qui soit physiologiquement indispensable. Ces dernières décennies, d'autres boissons se sont forgées une place de choix dans notre alimentation, notamment au détriment de l'eau de boisson. L'enquête de consommation alimentaire confirme la place importante occupée par les boissons sucrées. Ainsi, dans la tranche d'âge 30 à 59 ans, une personne sur trois consomme ces boissons au moins une fois par jour. La consommation quotidienne atteint 57,4 % chez les 19-29 ans, et 64,7 % chez les 15-18 ans.

Il importe, dans le cadre du PNNS-B, que l'eau soit mise en avant comme étant le premier choix de boisson, et ce dès le plus jeune âge. L'eau constitue un diluant calorique qui, dans le contexte actuel d'obésité et de surcharge



pondérale, s'inscrit parfaitement dans les objectifs nutritionnels. De plus, l'habitude de boire de l'eau est également un point important dans le développement du goût chez l'enfant.

Les actions menées visant à encourager l'eau comme boisson de choix doivent, accorder la priorité aux sources d'eau sans calories, comme l'eau de distribution, l'eau en bouteilles, le café, le thé, la soupe, Cependant, il faut noter que les préparations pour nourrissons nécessitent l'utilisation d'eau adaptée (comme le spécifie l'arrêté royal du 08/02/1999 relatif à l'eau de source et l'eau minérale).



SECTION 4: Principes généraux de la stratégie belge

S'aligner sur les recommandations internationales, en particulier sur les aspects nutritionnels de la stratégie de l'OMS (Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé) et le projet Eurodiet de 2000.

L'offre et les paramètres environnementaux et socioéconomiques jouent un rôle essentiel dans les choix individuels. Le PNNS-B prévoit des mesures pour faciliter de tels choix.

La population doit pouvoir bénéficier d'actions concrètes, visibles et concertées au niveau national permettant, en améliorant l'état nutritionnel, de réduire le risque de maladies et d'optimiser l'état de santé et la qualité de vie, à tous les âges de l'existence.

- Le choix alimentaire individuel est un acte libre qui est influencé notamment par l'offre ;
- L'acte alimentaire a une forte charge culturelle, sociale, et affective ;
- Le choix d'aliments et de plats, comme le comportement alimentaire global, doit être éclairé par une information scientifiquement valable, compréhensible, et indépendante ;
- Les actions mises en oeuvre ont comme finalité de promouvoir, dans l'alimentation, les facteurs de protection et de réduire l'exposition aux facteurs de risque vis-à-vis des maladies chroniques et au niveau des groupes à risque, de diminuer l'exposition aux problèmes spécifiques ;
- La politique nutritionnelle prend en compte tant les apports nutritionnels que la dépense énergétique, notamment celle liée à l'activité physique, afin de maintenir un équilibre pour favoriser un poids souhaitable. Outre l'adéquation entre apports et dépenses énergétiques, la stratégie vise à augmenter le niveau d'activité physique (et pas uniquement contrôler l'apport énergétique).
- Globalement toute action visant la consommation alimentaire humaine en général est orientée par les objectifs nutritionnels prioritaires. Chacune des actions prévues doit être mise en place dans le cadre d'un dispositif conforme aux critères de qualité des programmes d'éducation pour la santé... Si elle vise un objectif particulier parmi les objectifs prioritaires, elle ne doit pas aller à l'encontre d'un autre de ces objectifs. Les stratégies et les actions doivent être cohérentes, sans contradiction, ni explicite, ni par omission.



SECTION 5: Les Axes Stratégiques du PNNS-B

Les axes stratégiques proposés dans le cadre du PNNS-B ont pour vocation de permettre l'implémentation des objectifs nutritionnels au sein de la population belge.

Conformément aux recommandations de l'OMS et de nombreuses autres Instances ou Autorités, le PNNS-B accorde une attention particulière au niveau de l'activité physique de la population. Il importe toutefois de préciser que sa mission prioritaire ne consiste pas en un plan d'activité physique. L'augmentation du niveau d'activité physique fait cependant partie à part entière des objectifs nutritionnels et de santé (adéquation entre les apports caloriques et les dépenses). En conséquence, la composante « activité physique » est prise en considération de façon transversale dans les différents axes qui suivent.

Les actions et recommandations qui découlent des axes stratégiques du PNNS-B comprennent un important volet informatif et éducatif destiné au citoyen et au système enseignant. Il est complété par un ensemble d'actions ciblant l'individu et le cadre, issues de la société et des acteurs sociaux, qui s'avèrent nécessaires pour parvenir à des modifications de comportements à moyen et long terme.

Le suivi scientifique porte sur beaucoup de domaines différents :

- Les apports alimentaires.
- L'application diététique des recommandations.
- Les comportements et les rythmes alimentaires et leurs dérives.
- L'efficacité, les conditions nécessaires ... des mesures de prise en charge des problèmes.
- L'efficacité de l'information et des messages de communication et de promotion.
- Les mesures de santé publique.
- Le suivi et l'évaluation des problèmes nutritionnels.

Il est donc essentiel que ce suivi soit multidisciplinaire avec le concours des scientifiques mais aussi des professionnels de la santé (diététiciens, ...), des spécialistes du comportement alimentaire, des spécialistes en éducation à la santé, en promotion, etc., des spécialistes en santé publique, des épidémiologistes, ..., ainsi que des parties prenantes de la société civile.



Les axes développés ci-après et actions proposées sont élaborés notamment suite à une vaste consultation de la société civile, afin d'aboutir à un consensus.

Les axes stratégiques du PNNS-B sont:

1. Information et communication

L'objectif est de sensibiliser la population sur l'importance d'adopter un style de vie et alimentation saine afin d'entamer la lutte contre la surcharge pondérale, l'obésité et les facteurs de risque des affections chroniques.

2. Mesures pour le développement d'un environnement favorisant l'adoption de bonnes habitudes alimentaires et l'exercice d'une activité physique au sein de la population et chez les jeunes, en particulier

L'objectif est de susciter un changement de comportement durable par le biais d'actions ciblant l'individu et le cadre.

3. Engagement des acteurs du secteur privé.

L'objectif est d'inciter le secteur privé à entreprendre des actions pour contribuer efficacement à la réalisation des objectifs et des points d'action du PNNS-B.

4. Mesures ciblant des groupes spécifiques.

L'objectif est de cibler, par des actions adaptées, certains groupes de la population dont les besoins alimentaires et les problèmes spécifiques requièrent une approche particulière, comme c'est le cas des nourrissons et jeunes enfants, des adolescents, des femmes enceintes et allaitantes et des personnes âgées.

5. Prévention et approche de la dénutrition.

L'objectif est d'élaborer des actions qui s'attaqueraient au problème de la dénutrition dans les hôpitaux, les maisons de repos et au niveau des soins à domicile.



6. Evaluation de l'apport alimentaire de la population.

L'objectif consiste à identifier les domaines spécifiques pour lesquels la méthodologie peut être améliorée afin d'évaluer l'apport en denrées et substances alimentaires là où les données font encore défaut aujourd'hui.

7. La recherche scientifique relative à l'alimentation et au comportement alimentaire.

L'objectif est d'identifier les domaines prioritaires par rapport au soutien de la recherche en matière d'alimentation et de comportement alimentaire.



AXE 1: INFORMATION ET COMMUNICATION

Identification et situation de la problématique

Les maladies non transmissibles telles que l'obésité, les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, l'ostéoporose et certains cancers connaissent une incidence élevée, ce qui s'explique en partie par de mauvaises habitudes alimentaires et un manque d'activité physique. Parmi les barrières à une alimentation saine et équilibrée identifiées dans l'enquête paneuropéenne, la croyance selon laquelle on s'alimente déjà sainement arrive de loin en tête (74 %), largement avant d'autres considérations, telles que des horaires de travail irréguliers (35 %) ou même le prix (16 %). La disponibilité des aliments et le manque de connaissance sont souvent citées dans les études socio-économiques comme étant des causes principales d'habitudes alimentaires déséquilibrées.⁴¹

Le volume d'information concernant l'alimentation qui touche le grand public via les médias (spots télévisés, émissions de radio, affiches, Internet), les actions lancées en collaboration avec les communes, la politique nationale, le lieu de travail, les écoles, l'industrie alimentaire, l'horeca, ... ne cesse d'augmenter. Les informations en matière d'alimentation qui sont transmises au public, que ce soit par les médias, l'industrie alimentaire ou d'autres sources ne cessent de croître, mais elles sont parfois peu compréhensibles, incompatibles, voire contradictoires ; elles ne sont pas toujours validées d'un point de vue scientifique ; elles entretiennent une certaine cacophonie ambiante. Les informations à caractère commercial, publicitaire, fantaisiste et scientifique se côtoient, sans que le citoyen puisse s'y retrouver.

L'information et les messages éducatifs concernant l'alimentation et l'activité physique ne tiennent pas suffisamment compte de la diversité des publics (groupes de population, culture, niveau socio-économique...). Les personnes fragilisées (d'un point de vue financier, personnel ou social) nécessitent une attention particulière.

Enfin, la communication n'est pas toujours développée avec rigueur et les méthodes n'égalent pas toujours le professionnalisme des publicitaires.

Ce contexte souligne la nécessité de donner des repères fiables en matière de messages concernant l'alimentation et la santé, avec professionnalisme sur le plan de la communication.

⁴¹ Institute of European Food Studies (1996). A PAN-EU survey of consumer attitudes to food, nutrition and health. Report number one, 29 p.



Objectifs dans le cadre du PNNS-B

Il s'agit de rendre le citoyen capable d'accéder à une information claire et valide et de l'encourager à effectuer des choix favorables à la santé (par l'alimentation et l'activité physique). Cette information s'adresse à la population générale, mais aussi à certains groupes plus limités qui ont des besoins nutritionnels particuliers, comme les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et allaitantes et les personnes âgées, ou qui sont dans des situations particulières (fragilisées).

Les messages devront essentiellement être compatibles avec le principe du « triangle alimentaire actif ⁴² » (Flandre) et de la « pyramide alimentaire ⁴³ » (Wallonie), en mettant autant que possible en relation l'alimentation et l'activité physique. Il s'agit de décliner en messages concrets les recommandations nutritionnelles émises pour la Belgique. ⁴⁴ Le contenu de l'information et des messages doit être basé sur des preuves (« Evidence based »), être compréhensible et applicable au quotidien.

La communication doit prendre en compte les aspects globaux de la nutrition, du comportement alimentaire et de la sédentarité, y compris les aspects psychologiques. Bien que la lutte contre l'obésité soit un objectif majeur du PNNS-B, les informations communiquées ne doivent pas stigmatiser ce sujet, mais s'inscrire dans une vue plus large de santé et de bien-être. Il s'agit, par exemple, d'éviter de conduire des adolescents qui n'ont pas de problème de poids vers des préoccupations illégitimes favorables au développement de comportements alimentaires problématiques pour la santé.

En outre, les actions de communication doivent tenir compte des phases de changement de comportement des individus étant donné que tout le monde ne se trouve pas nécessairement dans la même phase et que la sensibilité d'une personne aux messages envoyés dépend de la phase dans laquelle cette personne se trouve.

Finalement, les actions mises en œuvre doivent également s'inscrire dans une société multiculturelle et, par conséquent, tenir compte des habitudes alimentaires et de vie spécifiques aux diverses cultures.

⁴² VIG. De actieve voedingsdriehoek, www.vig.be

⁴³ Diffu-Sciences 1998 met de medewerking van Instituut Paul Lambin (Hogeschool Léonard de Vinci), La Pyramide Alimentaire www.healthandfood.be. / Caroline Etienne, Ghislaine Dufourny « De brique en brique construisons notre alimentation ». Belgique, 2003. Ed. Haute Ecole Lucia de Brouckère – CIRIHA ISBN : 2-9600374-2-1

⁴⁴ Conseil supérieur d'hygiène (2003). Recommandations alimentaires pour la Belgique, version revue 2003, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, Bruxelles, 84 p. À consulter à l'adresse www.health.fgov.be/CSH_HGR.



Il y a une nécessité de développer, au niveau fédéral des recommandations nationales en matière de nutrition et santé. Ces recommandations sont ensuite déclinées en accord avec les spécificités communautaires ainsi que les spécificités institutionnelles. Ces recommandations doivent être traduites en termes concrets, et révisées régulièrement en fonction des données émanant par exemple de la surveillance nutritionnelle.

La participation des citoyens et du secteur privé dans la conception et le développement d'actions collectives de promotion de la santé (alimentation et activité physique) doivent être encouragés, ceci au travers des messages, des campagnes et des outils élaborés et diffusés dans le cadre du PNNS-B. Ceci dans le respect des codes et mesures éthiques existantes émanant des autorités de santé publique et de promotion de la santé (voir références annexe 1).

La communication et l'information dans le cadre du PNNS-B doivent également s'intégrer dans une démarche globale de promotion de la santé, en complétant la démarche par un ensemble d'interventions portant également sur les déterminants du comportement alimentaire et l'environnement : accès aux produits, cantines scolaires, lieux de travail, distribution... (Voir Références annexe2)

Les professionnels de la communication et des médias doivent être sensibilisés aux objectifs nutritionnels et de santé du PNNS-B, cela par une démarche qualité auprès des personnes et institutions souhaitant communiquer : journalistes, associations de journalistes, agences de presse... Il en va de même pour les acteurs de la santé (médecins, diététiciens, pharmaciens...), qui doivent être suffisamment informés afin de les sensibiliser aux principes du PNNS-B et les motiver à répercuter des informations adéquates dans leur pratique quotidienne.

Une communication positive, enthousiaste, attrayante, où le bénéfice en matière de bien-être est mis en avant sera préférée à une communication austère basée sur les seuls risques liés aux mauvaises habitudes (en matière d'alimentation et d'activité physique).

Les initiatives relatives à la communication et l'information du PNNS-B comprennent un ensemble d'activités qui ne peuvent être prises séparément mais qui se soutiennent et se renforcent entre elles. La substance du contenu de l'information et de la communication sera donc définie en étroite concertation avec les Communautés, les Régions et les acteurs sociaux. Il sera fait le plus possible usage des initiatives ou du matériel existants respectant les principes du PNNS-B. Finalement, la communication et les activités d'information du PNNS-B doivent être considérées comme un élément de la stratégie qui doit s'accompagner et être soutenue par l'ensemble des mesures ciblant l'individu et le cadre que propose le PNNS-B



et par les initiatives que prennent les acteurs sociaux (ex. l'organisation de formations, journées d'étude, aptitudes, animations, actions locales, ...).

Les initiatives de communication et d'information dans le cadre du PNNS-B

Mise au point et diffusion d'un logo de communication

Contexte

Face aux nombreux messages en rapport avec l'alimentation et la santé qui sont véhiculés, il y a un manque évident de fiabilité. Le public éprouve bien souvent des difficultés à faire la part des choses entre les messages de bonne valeur scientifique et la publicité plus ou moins honnête. Il y a un manque cruel de repères permettant d'identifier aisément les informations fiables et validées sur la nutrition.

Même lorsque certaines actions et initiatives, qu'elles soient menées par le secteur public ou privé, peuvent être qualifiées de fiables, elles sont toutes isolées et ne bénéficient d'aucune synergie.

Mesures proposées

Le développement d'un logo « PNNS-B », destiné à être attribué, sur base de critères bien définis, aux actions et initiatives qui s'inscrivent dans les objectifs de santé du PNNS-B.

Toute action (y compris la publication de documents) conçue et menée en conformité avec les objectifs du PNNS-B peut ainsi être authentifiée par ce logo qui doit être attrayant et facilement identifiable. Il n'offre pas seulement une meilleure visibilité du PNNS-B, mais joue un rôle clé pour assurer une cohérence globale à la communication du plan, tout en rétablissant la confiance dans les messages concernant la nutrition.

Un Comité ad hoc doit être créé pour identifier comme étant conforme au PNNS-B toute action dans ce domaine, qu'elle soit d'initiative privée ou publique. La première tâche de ce comité consiste à définir les critères pour l'attribution du logo. L'adjonction du logo n'aurait cependant pas de caractère



contraignant et ne serait consécutive qu'à une demande volontaire du promoteur responsable.

Ce comité devrait être composé des représentants du comité d'experts directeur du PNNS-B, des Communautés et des Régions sous la direction du directeur du PNNS-B.

La demande pour l'attribution du logo peut être faite par des associations, des fondations, des organismes à caractère public ou privé, des collectivités, des entreprises publiques ou privées.

Si des actions ou initiatives sont focalisées sur un thème particulier de l'alimentation (ou l'activité physique), elles doivent également faire référence, ne fut-ce que de manière sommaire, à l'importance de l'équilibre alimentaire dans sa globalité et de l'activité physique. Il ne peut pas y avoir de contradiction entre les messages véhiculés sous le couvert du logo PNNS-B, et les objectifs de santé du PNNS-B

Le logo n'est délivré qu'à des actions, initiatives, publications... et pas à des produits alimentaires.

Objectifs du logo :

- Donner des repères visibles à l'ensemble de la population pour les actions/initiatives qui s'inscrivent dans le PNNS-B, et donc être un gage de fiabilité
- Favoriser le développement d'initiatives propices à l'amélioration de l'équilibre alimentaire et à l'augmentation du niveau d'activité physique
- Donner une meilleure visibilité des actions et initiatives prises çà et là dans le pays, par une « signature » qui permet à la population de faire le lien avec le PNNS-B

Campagne média

Contexte

Les habitudes alimentaires et le niveau d'activité physique de la population doivent être améliorés dans le cadre du PNNS-B. Dans les milieux défavorisés d'un point de vue socio-économique, les messages concernant une alimentation équilibrée et un style de vie sain sont moins fréquents, souvent moins suivis et il y a moins de démarches spontanées pour s'informer à ce sujet.



Il y a un déficit de communication/promotion d'aliments ou de groupes d'aliments réputés sains, comme les fruits et légumes, les céréales complètes, les légumineuses.

Mesures proposées

Campagne média destinée à faire passer les messages de préventions liés au PNNS-B, de manière à toucher le public le plus large possible (y compris dans les milieux socio-économiquement défavorisés). Toutes les actions médiatiques doivent s'effectuer sous le couvert du logo PNNS-B.

L'élaboration concrète de la stratégie de communication et les activités qui seront finalement réalisées seront déterminées sur la base des options prioritaires du plan de communication développé en fonction des moyens budgétaires disponibles. Il sera également tenu compte des activités et initiatives synergiques, existantes et futures, des autres acteurs sociaux. Les options prioritaires possibles pouvant servir de fil conducteur pour l'élaboration du plan de communication comprennent les éléments suivants :

Dans un premier temps (janvier-février 2006) :

- Annoncer le lancement du plan via des spots TV et radio
- Tenue d'une conférence de presse pour informer les journalistes
- Campagne média dans la presse écrite grand public, mais aussi à l'attention des relais importants que sont les professionnels de la santé (en particulier les diététiciens et les médecins)
- Réalisation d'un folder reprenant les grands principes nutritionnels du PNNS-B : objectifs nutritionnels traduits en messages clairs, concrets et scientifiquement fondés stimulant la sensibilisation. Il doit pouvoir donner une vue d'ensemble des différents objectifs, étape indispensable avant d'entreprendre des actions plus ciblées portant sur l'un ou l'autre objectif nutritionnel.
- Celui-ci doit être disponible rapidement pour servir de premier support à la campagne médiatique de début 2006.



- Ce folder doit connaître une distribution aussi large que possible : mise à disposition dans les grands magasins, les bureaux de poste, les gares, les mutuelles, les bâtiments publics...
- Réalisation d'affiches reprenant les grands principes (objectifs nutritionnels + activité physique) du PNNS-B.
- Ces affiches sont destinées aux écoles, au secteur horeca, aux entreprises, aux bibliothèques et autres lieux publics.

Dans un second temps (à partir du deuxième trimestre 2006 jusqu'à fin 2006)

- Campagne media annuelle portant sur des actions de promotion d'aliments ou d'habitudes alimentaires saines (y compris l'activité physique)
- Thème prioritaire : promotion des fruits et légumes : campagne générale de masse
- Ce thème est à décliner, tout au long de 2006, en tenant compte des saisons.

À partir de 2007 :

- Un nouveau thème fera l'objet d'une campagne chaque année.

Autres actions/initiatives à prévoir dans la campagne média

- Recherches de collaborations avec les différents secteurs pour réaliser des actions de communication autour des thèmes du PNNS-B
 - Exemple : mettre des fruits et d'autres produits à la disposition des élèves et en faciliter l'accès dans les écoles.
 - Exemple : affiches dans les transports en commun incitant à prendre l'escalier plutôt que l'escalator (avec le logo PNNS-B).
- Organiser des actions structurelles et matérielles en collaboration avec toutes les parties prenantes (autorités et secteur privé).
 - Les actions peuvent se fonder sur du matériel existant mais peuvent également innover.

Objectifs de la campagne média :

- Sensibiliser l'ensemble de la population sur l'existence du PNNS-B, ses objectifs nutritionnels (y compris activité physique).
- Donner des repères crédibles et identifiables (logo) à la population pour ce qui est des informations sur l'alimentation et l'activité.



- Inciter le citoyen à corriger ses habitudes alimentaires et à être plus actif pour améliorer sa qualité de vie, en prêtant suffisamment d'attention aux informations et aptitudes concrètes de vulgarisation.
- L'apport d'un cadre de référence aux réseaux de santé locaux et au personnel (para-)médical pour renforcer leurs efforts en matière d'éducation alimentaire et à la santé.

Création d'un site Internet et d'une newsletter électronique

Contexte

L'Internet est utilisé de plus en plus couramment pour la recherche d'informations en général, et celle concernant la santé en particulier. Il s'ouvre à un public de plus en plus large. La fiabilité des informations véhiculées par l'Internet peut toutefois être très souvent mise en doute et, ici aussi, il y a un manque certain de repères.

La communication via des « lettres » électroniques s'est aussi considérablement développée, et constitue aujourd'hui un outil de communication extrêmement souple en termes de contenu, rapide et peu coûteux.

Le PNNS-B est un plan global qui comprend de nombreuses ramifications. Il est aussi évolutif. Il est utile de pouvoir regrouper sous une plate-forme commune le contenu du PNNS-B, de pouvoir effectuer des mises à jour et de communiquer à intervalle régulier par voie électronique.

Mesures Proposées

Le développement d'un site web dédié au « PNNS-B », qui reprendrait toutes les informations sur le plan, et surtout tout le matériel didactique.

Nous y trouverions notamment une information générale et pratique sur l'importance d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique suffisante (comme le guide alimentaire générale, Cf. point suivant), mais aussi plus personnalisée. Il pourra donner au grand public l'occasion de collecter des informations sur son propre comportement alimentaire afin que chaque personne qui le désire puisse aisément prendre conscience des éventuels problèmes ou risques liés à ses propres habitudes alimentaires. Les



campagnes de communication se retrouvent également sur le site, ainsi que des informations destinées à certains groupes spécifiques.

Par ailleurs, le site web servira de cadre de référence aux messages qui respectent les grandes lignes du PNNS-B afin qu'ils puissent être utilisés et référencés par tous les acteurs concernés par la diffusion d'informations relatives à l'alimentation et à la santé ou souhaitant entreprendre des initiatives en ce sens. Le site web, tout comme le logo, contribuera ainsi à la cohérence et à l'uniformisation de tels messages au plan national.

La réalisation de « newsletters » électroniques. Celles-ci seront envoyées par courriel aux personnes qui en formulent la demande (notamment via le site Internet).

Leur contenu permettrait de traiter de sujets variés et actuels, tout en abordant des thèmes spécifiques (grossesse, le sel et l'iode, précarité...). Une périodicité mensuelle est proposée. Le contenu envoyé sera sommaire et renverra, pour la suite de ces « fiches thématiques », au site.

Les actions et initiatives menées dans le cadre du PNNS-B ou qui sont en conformité avec le PNNS-B peuvent faire référence au site pour faire savoir qu'il existe ce « point de chute ».

Objectifs du site web et newsletter :

- Proposer une plate-forme de référence qui dispense des informations fiables en matière d'alimentation et de santé
- Donner une vue d'ensemble du PNNS-B
- Informer périodiquement

Réalisation d'un guide alimentaire général

Contexte

Il y a un manque de fiabilité dans les informations qui circulent et qui concernent la nutrition. Bien qu'il y ait déjà de nombreuses publications traitant d'alimentation et de santé, parmi lesquelles certaines sont fiables, il n'existe pas de guide ayant une envergure nationale qui soit consacré à la nutrition et l'activité physique selon les principes du PNNS-B. De plus, les priorités et les recommandations de santé publique ne sont pas toujours



claires et compréhensibles au plus large public et souvent présentées de manière peu attrayante et/ou peu convaincante.

Mesures proposées

Réalisation et diffusion d'un guide alimentaire destiné au grand public.

Il s'agit donc d'un document de référence qui contient une information complète et validée sur les principes de base d'une alimentation saine et équilibrée et de l'activité physique avec des recommandations pratiques et des informations de sensibilisation. L'alimentation ayant pour objectif non seulement de répondre aux besoins physiologiques de base de l'organisme, mais aussi d'offrir une protection la plus optimale possible à l'encontre de maladies chroniques à haute morbidité et mortalité (cancers, maladies cardiovasculaires, maladies dégénératives, etc.) dont le développement et l'aggravation sont nettement liés à une mauvaise alimentation.

Ce guide alimentaire national doit tenir compte des habitudes alimentaires et des particularités de la population belge dans toute sa diversité. Il sera rédigé à partir de situations vécues et de problèmes rencontrés par la population. Il doit être réalisé par un Comité ad hoc et largement validé par un panel d'acteurs concernés. Il doit aussi encourager à adopter un style de vie plus actif. Il contient les éléments pour orienter son alimentation quotidienne, sur la base des objectifs du PNNS-B.

Le guide sera diffusé auprès de la population :

- Il sera vendu à un prix attrayant (par exemple 1 euro) au grand public via les librairies et les grands magasins.
- Il sera également distribué gratuitement à certains publics (leaders d'opinion, journalistes, écoles, milieux défavorisés, ...).
- Il sera accessible via le site PNNS-B

Remarque : une édition plus complète à l'usage des professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, diététiciens/nutritionnistes, autres personnels de santé, etc.) et des divers acteurs concernés (éducation, restauration collective, etc.) est souhaitable. Elle n'est cependant pas considérée comme prioritaire, par rapport aux autres outils de communications développés dans le cadre du PNNS-B.



Objectifs du guide national :

- Proposer un document de référence pour la population, qui reprend, dans un langage clair, mais de façon scientifiquement fondée, les principes pour une alimentation plus équilibrée et un style de vie plus actif, selon les objectifs du PNNS-B.

Réalisation de guides alimentaires spécifiques

Contexte

Les jeunes enfants, les adolescents, les femmes enceintes et allaitantes et les personnes âgées ont un certain nombre de besoins nutritionnels spécifiques adaptés à leur état physiologique. Chacun de ces groupes doit disposer d'une information adaptée à ses besoins. Certaines problématiques nutritionnelles spécifiques nécessitent aussi d'être traitées séparément (ex. : iode, dénutrition, ...).

Mesures Proposées

Des versions du guide national plus particulièrement consacrées à des groupes ou des problématiques précis doivent être élaborées.

Des informations ciblées à l'attention des professionnels de la santé doivent aussi être fournies, ce qui sera effectué via le site web et les newsletters.

Un guide spécifique sera élaboré pour les groupes suivants: femmes et femmes enceintes, enfants, adolescents et personnes âgées.

L'information concernant des problématiques nutritionnelles spécifiques comme l'iode, la dénutrition et autres sera aussi intégrée dans la stratégie de communication du PNNS-B.

Ceci sera élaboré en tenant compte des données émanant des groupes de travail et avec l'appui du Comité directeur d'experts du PNNS-B, afin d'assurer la cohérence des messages.

Objectifs des guides spécifiques :

- Fournir des repères fiables pour différents groupes de population ou par rapport à des problématiques nutritionnelles identifiées, et qui ne peuvent pas être traitées de façon spécifique dans un guide « grand public ».



AXE 2: DEVELOPPEMENT D'UN CADRE PROPICE AUX BONNES HABITUDES ALIMENTAIRES ET À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ LA POPULATION ET PLUS PARTICULIEREMENT CHEZ LES JEUNES ET LES ADOLESCENTS

L'alimentation joue, durant l'enfance et l'adolescence, un rôle crucial dans la formation de certaines habitudes alimentaires qui pourraient mener, plus tard, à l'excès pondéral et à des affections chroniques non transmissibles comme l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, l'ostéoporose, ...

Un grand nombre d'indications permettent, aujourd'hui, de penser que le régime alimentaire peut jouer un rôle, dès le plus jeune âge et au travers de différents mécanismes, dans la prévalence de ces affections. Il est par ailleurs incontestable que la prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité dans la catégorie d'âge des 5-15 ans a significativement augmenté au cours de ces dix dernières années.⁴⁵

De fortes indications montrent, en outre, que le nombre d'enfants présentant un surpoids augmente sérieusement. Cette situation serait imputable au fait que le schéma alimentaire tend à s'écarter des recommandations, tant sur le plan des aliments (trop peu de fruits et légumes) que sur le plan des nutriments.

Le choix de l'alimentation et de la pratique d'une activité physique reste libre. Il peut cependant être corrigé par une information qualitative. Cette fonction éducative est essentielle, notamment pour les populations les plus jeunes. Nous souhaitons les sensibiliser le plus tôt possible afin qu'ils acquièrent, au plus vite, des habitudes saines, tant au niveau de l'alimentation que de l'exercice physique.

L'enfance est une étape décisive dans l'acquisition d'un mode de vie sain comprenant une alimentation équilibrée et variée et une activité physique suffisante.

Pendant l'adolescence, il est essentiel de conscientiser le jeune afin qu'il puisse adopter une attitude critique par rapport à la diversité des dépendances : cigarette, alcool, etc. La famille occupe la place prépondérante

⁴⁵ Cheron M. Rapport introductif sur la prévention de l'obésité chez l'enfant - 23 février 2005. Communauté française de Belgique. 1-76. 2005. Bruxelles, Communauté française de Belgique.



dans l'acquisition de cette attitude ; l'école, les amis et le temps libre, sont complémentaires.

Ces actions, et notamment les actions informatives et éducatives, doivent, afin d'obtenir les objectifs, être menées par les divers ministères concernés. Mais il s'agit aussi d'une collaboration étroite de tous les acteurs : parents, écoles, secteur des loisirs, acteurs de la santé publique et les autorités.

Identification et situation de la problématique

Style de vie saine en milieu familial

Le milieu familial joue un rôle prédominant dans l'adoption d'un comportement critique à l'égard du style de vie : l'école, les amis et le temps libre sont complémentaires. Le mode de vie des jeunes se construira autour des habitudes familiales, tant sur le plan de l'activité physique, du type d'aliments, des modes de préparations culinaires qu'en termes de comportement (la structure, la durée, l'ambiance des activités, les commentaires des convives par rapport aux activités proposées, les tensions familiales, ...). Le milieu familial est donc le cadre idéal pour l'apprentissage d'habitudes de vie saines (telles que le comportement à table et l'utilisation des loisirs). Cet apprentissage peut toutefois être complété en milieu scolaire. Il importe donc d'en persuader les parents. Il faut les encourager à ne pas se montrer critique à l'égard des formes corporelles et du poids des enfants et adolescents.

Il est actuellement admis que l'alimentation des enfants et des jeunes est caractérisée par un apport énergétique trop élevé, trop de graisses (dont trop de graisses saturées), conjuguée à une consommation trop faible de glucides complexes, d'aliments riches en fibres (tels que les fruits, les légumes, les pommes de terre, le pain et d'autres produits céréaliers) et un apport insuffisant d'eau, de lait et de poisson

Il ressort d'une enquête à grande échelle consacrée à l'alimentation par l'Université de Gand et menée auprès de 1.819 enfants que :

- 19,4% d'entre eux font régulièrement l'impasse sur le petit-déjeuner
- 6 enfants sur 10 ne boivent pas suffisamment d'eau et de lait
- plus de la moitié consomme de boissons rafraîchissantes ou des jus de fruits sucrés
- quasiment tous les enfants mangent trop peu de pain (à peine 67 g par rapport à une quantité recommandée de 90 à 150 g) et 37,8% opte principalement pour le pain blanc,
- deux tiers (65,6%) des enfants ne mangent pas de légumes tous les jours et 6 enfants sur 10 ne mangent pas de fruits (41,5% mangent moins de 100 g de fruits par jour),



- 6 enfants sur 10 mangent trop peu de poisson et 2 enfants sur 10 n'en mangent jamais,
- 7 enfants sur 10 consomment des friandises tous les jours.

Il ressort également que l'apport liquide moyen quotidien s'élève au tiers de la quantité recommandée par jour. 98,6% des enfants absorbent moins de 1,5 litre de liquide par jour, la quantité pourtant recommandée.⁴⁶

Un manque structurel de données permettant de dresser le profil du comportement alimentaire des enfants et de ses déterminants complique, cependant, l'analyse en profondeur de la situation. Toutefois, il est réaliste de supposer que les jeunes enfants adoptent déjà très tôt les habitudes alimentaires de leurs parents.

Aujourd'hui, les enfants et les adolescents ont souvent un schéma alimentaire variable et déstructuré (heure et fréquence des repas, nombre de repas, trop grande consommation de nourriture et de boissons entre les repas, petit-déjeuner insuffisant ou inexistant, disparition fréquente du repas familial au profit d'une consommation individuelle, trop d'activités sédentaires, le lieu et le cadre dans lesquels sont pris les repas, etc.). Un exemple : Il ressort d'une thèse de doctorat que les facteurs familiaux ont une influence, entre autres, sur la consommation de fruits et légumes chez les jeunes. Leur consommation de fruits est directement liée à celle de leurs parents, à la présence de règles familiales strictes en matière de consommation de fruits et légumes, au respect de règles de vie spécifiques relatives à l'alimentation, à la disponibilité de fruits à la maison et au niveau de formation de la mère.⁴⁷

Les adolescents sont, de plus, très sensibles aux remarques et aux commentaires critiques sur leur forme corporelle et leur poids. Ces critiques constituent un facteur de risque dans l'apparition de troubles du comportement alimentaires tels que l'anorexie et la boulimie, eux-mêmes facteurs de risque pour la santé physique et mentale à l'âge adulte. Ces troubles de comportement sont également encouragés par l'ampleur de l'attention portée au poids et par la pression exercée par la société en matière de minceur.

Certains troubles nutritionnels requièrent une approche pluridisciplinaire impliquant, si nécessaire, la présence de psychologues, de spécialistes (endocrinologues, physiothérapeutes, diététiciens, etc.) ou le concours d'associations de patients (patients anorexiques et boulimiques) ou d'associations de citoyens (patients souffrant d'obésité).

⁴⁶ Universiteit Gent, vakgroep maatschappelijke Gezondheidskunde i.s.m. Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde en Nutrition Information Centre, voedingsgewoonten van Vlaamse kleuters, onderzoek van november 2002 tot februari 2003, Stefaan De Henauw

⁴⁷ Thèse de doctorat de Rik Bogers, Fruit and vegetable consumption, measurements, determinants and intervention effects (University of Maastricht, 25 février 2005).



Même si les options alimentaires semblent être un libre choix qui peut être corrigé par une information de qualité, il importe néanmoins de mener une mission éducative ciblée vers certains groupes de population, surtout parmi les plus jeunes, afin de les familiariser le plus vite possible à des habitudes alimentaires saines et de créer ainsi un cadre favorable à leur liberté de choix. L'enfance et l'adolescence sont, en effet, des étapes décisives dans l'acquisition de comportements alimentaires propices à la santé et au développement d'un style de vie sain, tel que l'exercice physique régulier et l'arrêt du tabagisme ou d'autres dépendances.

L'augmentation de la disponibilité et de l'abondance alimentaire ne permet pas aux enfants et aux jeunes, mal informés, de faire face aux sollicitations à manger.

Le manque d'informations crédibles et compréhensibles vers les parents sur ce qu'est un mode de vie sain sur le plan de la nutrition et de l'activité physique est donc un incontestable problème. L'enseignement et le milieu scolaire forment un cadre décisif pour l'apprentissage d'habitudes alimentaires saines. Il est donc nécessaire que ce milieu, complémentaire au milieu familial, offre non seulement aux jeunes un choix suffisant en matière d'alimentation mais qu'il leur apprenne aussi à porter un jugement critique sur cette diversité.

Le mode de vie trop sédentaire des adultes influence celui des enfants et des adolescents. En matière de sédentarité, 20% des jeunes regardent, les jours d'école, la télévision ou des vidéos au moins 4 heures par jour. 63% des garçons et 36.5% des filles font du sport moins de trois fois par semaine (en Communauté française). Leur degré d'inactivité physique est fortement lié à celui de leurs parents. La lutte contre la sédentarité des enfants passe par une modification du style de vie familial. Il faut agir de manière précoce car il est démontré que les résistances au changement augmentent avec l'âge pour ce qui est du tabagisme, de l'activité physique et du choix de la nourriture chez l'adolescent.

Il faut, à cet égard, encourager les enfants et les jeunes à bouger durant leurs temps libres et à éviter de rester assis devant un écran (d'ordinateur ou de télévision). Il est également nécessaire de disposer de suffisamment d'infrastructures sportives et d'ouvrir des surfaces offrant assez de possibilités pour rendre les loisirs actifs.

La détresse psychosociale de certains parents a également, sans nul doute, une certaine influence, sur le comportement des enfants. Il ressort du Rapport de Santé Belge de 2001 qu'il faut également prendre en compte les différences socioéconomiques⁴⁸.

⁴⁸ Rapport de santé: disparités socioéconomiques en santé, N. Bossuyt, H. Van Oyen,



Un rapport inversement proportionnel entre, d'une part, le statut social et, d'autre part, la fréquence et la gravité des cas d'obésité a notamment été décelé chez les filles de 12 ans d'origine belge. Ce rapport n'existe ni chez les garçons ni chez les enfants qui ne sont pas d'origine belge. Il se marque, par contre, de plus en plus clairement chez les filles de 12 ans à 15 ans. Cette situation peut s'expliquer par le fait qu'un plus grand nombre de cas d'obésité est enregistré chez les filles ayant une position sociale inférieure, tandis qu'un plus petit nombre de filles obèses de ce groupe retrouvent leur poids normal durant cette période. Il est donc préférable de prendre des mesures de prévention au cours de la préadolescence, en prêtant une attention particulière aux filles de classe sociale inférieure.

Force est de constater qu'il existe également des différences étonnantes dans le domaine des habitudes alimentaires. Les mères ayant un niveau de formation supérieur limitent, en grande partie, la consommation par leurs enfants d'aliments, de boissons et de snacks riches en sucre. Dans une certaine mesure, ces disparités peuvent s'expliquer par le fait que la santé et le goût sont des notions différentes entre les classes. Les mères avec un niveau de formation supérieur fonderaient davantage leurs choix alimentaires sur des considérations de santé et moins sur les goûts de leur famille que les mères moins scolarisées⁴⁹.

Le milieu scolaire

L'enfance est une étape décisive dans l'apprentissage et l'acquisition d'un mode de vie sain. Les enfants et adolescents ne sont pas assez accompagnés dans leur phase d'acquisition d'un schéma alimentaire sain et équilibré. La sensibilisation à un mode de vie sain en termes d'alimentation et d'activité physique doit être envisagée dès que possible, tant au sein de la famille qu'à l'école. Cette sensibilisation prendra la forme d'un guide alimentaire spécialement conçu pour les adolescents et qui pourra servir aux parents et au personnel de santé. Elle doit être répétée aux périodes propices à l'apparition d'un déséquilibre nutritionnel et, plus particulièrement, au moment de l'adolescence où le comportement est davantage influencé. Il importe, toutefois, d'être très prudent afin de ne pas induire des comportements diététiques de restrictions alimentaires chez les préadolescents et les adolescents.

Malgré des efforts importants dans certaines écoles, il est généralement constaté, en milieu scolaire, que l'attention portée à un régime alimentaire sain dans le cursus scolaire régresse à mesure que l'élève passe de niveaux

⁴⁹ Gezondheidsrapport: socio-economische verschillen in gezondheid, N. Bossuyt, H. Van Oyen,



en niveaux. Cela met en évidence une politique scolaire incohérente en matière d'alimentation équilibrée et d'activité physique. Dans l'enseignement secondaire supérieur, peu de temps est consacré à l'éducation à la santé par une alimentation saine, un manque qui saute le plus aux yeux dans l'enseignement secondaire général. Par contre, pratiquement toutes les écoles maternelles et primaires déclarent travailler sur ce thème. Les écoles secondaires le font surtout dans le premier cycle.

Un rapport de l'Institut Flamand pour la Promotion de la Santé (VIG) indique qu'à peine 7,5% des écoles de l'enseignement primaire abritent des distributeurs de boissons et que pratiquement aucune ne propose de distributeur de friandises (0,8%).⁵⁰ Trois écoles secondaires sur quatre disposent, cependant, d'un distributeur de boissons et une sur quatre propose des en-cas via un distributeur. L'offre de produits alimentaires et de boissons diffère donc considérablement entre l'enseignement primaire et l'enseignement secondaire. Le recul flagrant de l'offre de boissons lactées au profit des boissons rafraîchissantes et la présence de peu de fruits frais face à une offre large de friandises riches en graisses sont symptomatiques des écoles secondaires. Une action visant à proposer une alimentation équilibrée ne peut toutefois se limiter à régler le « problème des distributeurs automatiques » et nécessite une approche plus large. Les marchands de glace, les distributeurs automatiques, les magasins à l'extérieur des écoles jouent aussi un rôle en ce sens.

Mode de vie saine durant le temps libre

Une vie active durant le temps libre est soutenue.

Les enfants et les jeunes ont quelques heures de temps libres au quotidien après les heures prestées à l'école et le temps consacrés aux travaux scolaires à domicile.

Ils doivent être incités à bouger durant ces heures et à éviter de rester assis devant la télévision ou leur ordinateur.

Il est nécessaire de disposer de suffisamment d'infrastructures sportives et d'ouvrir des surfaces qui offrent aux enfants et aux jeunes suffisamment de possibilités de rendre leurs loisirs actifs. Ceci doit être soutenu par une politique orientée vers la sensibilisation et la mise à disposition des moyens nécessaires.

Les mouvements de jeunesse et les clubs sportifs offrent une chance aux enfants et aux jeunes de se dépenser lors d'activités de groupes d'enfants de

⁵⁰ Le rapport 'Indicatoren voor een tabakspreventie- en voedingsbeleid op de werkplek en in de school', Institut Flamand pour la Promotion de la Santé liesbeth.debruyne@vig.be



même âge. Les responsabilités des mouvements de jeunesse ou bien des clubs de sport devraient, à côté de l'attention portée à l'activité physique, se pencher sur la politique nutritionnelle.

L'offre d'aliments durant les activités physiques doit toujours être équilibrée et variée. Dans la formation des éducateurs et autres animateurs, l'éducation à la santé devrait être organisée. Il est à recommander de prévoir des actions et des projets qui motivent les enfants et les jeunes à manger de manière équilibrée. L'objectif principal est que les enfants et les adolescents considèrent le style de vie sain comme allant de soi et non comme nécessitant un effort particulier.

Durant leur temps libre, les jeunes se rencontrent dans des cafés, des restaurants et autres lieux de ce genre. Là aussi, l'offre devrait être variée et équilibrée.

Les objectifs du PNNS-B

Le PNNS-B prévoit l'élaboration des stratégies (objectifs stratégiques – opérationnels – actions – activités) sur la base des données actuelles pour conscientiser les adultes, pour vaincre les barrières et encourager les aptitudes, pour faciliter et rendre évidentes une alimentation saine et la pratique suffisante d'une activité physique. Ces stratégies doivent être orientées tant vers l'environnement que vers l'individu. Ceci implique la prise de mesures dans l'environnement nécessaires pour optimiser l'apport énergétique (prise d'aliments) et augmenter l'activité physique (dépense d'énergie) et la conscientisation des individus concernant leurs propres habitudes alimentaires et leur pratique d'activité physique et concernant l'importance d'un bon équilibre énergétique. Egalement, il faut augmenter leurs aptitudes à faire de bons choix alimentaires et à bouger plus.

Le PNNS-B prévoit les objectifs suivants pour promouvoir un cadre propice à l'acquisition de bonnes habitudes alimentaires et la pratique de plus d'activité physique :

- La collecte systématique et standardisée des données relatives au comportement alimentaire des enfants et à ses déterminants (voir aussi la section 7.).
- La définition de stratégies (objectifs stratégiques et opérationnels auxquels des actions sont couplées) en se fondant sur les données actuelles pour sensibiliser les jeunes, promouvoir une alimentation équilibrée et un niveau d'activité physique suffisant.
- Le développement d'un style de vie sain et une information correcte tant au plan familial qu'au plan scolaire et extrascolaire.



- La formation adéquate des professionnels de la santé et du personnel éducatif (tant dans l'enseignement de base que dans l'enseignement continu) en intégrant les principes d'une alimentation saine et équilibrée, selon l'âge, aux moyens pédagogiques.
- Lever les obstacles aux consultations des diététiciens et l'accès aux mesures diététiques appropriées afin d'assurer un suivi spécialisé des personnes obèses, en particulier chez les enfants et les adolescents.

Mesures proposées

L'intégration de la dimension « Alimentation et Activité Physique » dans les programmes et les activités de l'enseignement.

L'enseignement et le milieu scolaire jouent un rôle clé dans la sensibilisation aux bonnes habitudes alimentaires et à l'importance d'une activité physique suffisante. L'école étant le lieu principal de la socialisation, il importe qu'elle encourage les jeunes à faire face aux exigences sociales (minceur exagérée) auxquelles ils ne sont pas préparés.

Cependant, le thème « Alimentation » est souvent proposé dans les programmes scolaires de manière fragmentaire et en tant qu'entité mal définie. Par ailleurs, l'évolution rapide des connaissances en matière d'alimentation complique un enseignement de qualité dans la mesure où les enseignants ne disposent pas des informations les plus actuelles.

En étroite concertation avec les Communautés, différentes propositions seront étudiées et formulées, dans le cadre du PNNS-B, afin de faciliter l'offre d'informations sur l'alimentation et les habitudes de vie saines dans les programmes scolaires.

Cela implique également :

- L'harmonisation des programmes existants et des nouveaux, du matériel éducatif et didactique (comme les manuels scolaires) avec les objectifs formulés dans le PNNS-B dès l'école maternelle et, d'une manière cohérente et adaptée à l'âge des élèves, durant tout le programme scolaire. Dans ce cadre, des compétences e.a. de type « coping » et le choix de repas, boissons et collations en connaissance de cause forment une partie importante au même titre que les attitudes à l'égard d'un « mode de vie favorable à l'activité physique ».
- L'élaboration d'un programme d'éducation à la santé relatif à une alimentation équilibrée et à une pratique d'activités physiques ;



programme transversal à réaliser par des actions de type « spirale » en favorisant l'acquisition de compétences (savoirs, savoir-être, savoir-faire).

- Il convient d'élaborer un module d'éducation à la santé et de l'intégrer dans la formation des futurs enseignants : instituteurs maternels et primaires, AESI (agrégés de l'enseignement secondaire inférieur) et AESS (agrégés de l'enseignement secondaire supérieur), ainsi que dans la formation des autres intervenants dans l'éducation des enfants et des jeunes, comme les puéricultrices et les éducateurs. Il convient de développer une pédagogie favorisant l'acquisition de comportements responsables.

La mise en pratique peut se dérouler de différentes manières, que ce soit :

- en préparant des repas sains dans la classe ou à la cantine de l'école ;
- en familiarisant les plus petits avec les différents aliments et leur préparation ;
- en donnant aux élèves plus âgés des informations plus théoriques sur l'alimentation, les troubles nutritionnels et les conséquences de mauvaises habitudes alimentaires ;
- et, finalement, en leur apprenant à adopter un style de vie actif et un comportement critique à l'égard de la publicité (éducation aux médias).

Les interventions éducatives pour promouvoir une alimentation équilibrée et l'exercice d'une activité physique doivent idéalement cibler le comportement et être véhiculées de toutes les matières pour toucher les élèves, à travers les différents niveaux d'enseignement.

Le développement du site web du PNNS-B en un moyen de communication destiné à soutenir l'éducation et l'enseignement en matière d'habitudes alimentaires saines.

Le site web du PNNS-B prévu à cet effet sera développé en un moyen de communication mis au service du personnel enseignant. Le site web pourra alors servir de support de communication grâce auquel les contenus didactiques élaborés en étroite concertation avec les Communautés, en conformité avec les objectifs du PNNS-B et adaptés aux différentes classes d'âge, pourront être mis à la disposition des élèves et du personnel enseignant.

Du matériel didactique de formation à un mode de vie sain pour tous les niveaux sera élaboré pour les futurs enseignants. De tels modules de formation dans l'enseignement de l'alimentation peuvent être développés en tenant compte des besoins établis, des matériaux déjà disponibles, des



meilleurs moyens pédagogiques et en conformité avec les objectifs du PNNS-B.

Communication de directives relatives aux repas scolaires.

Les repas pris à l'école (collation et déjeuner) sont une phase importante dans le développement biologique et psychique des enfants, dans le développement de leur sens gustatif et dans l'acquisition d'habitudes alimentaires saines.

Étant donné l'exemplarité dont le milieu scolaire doit faire preuve, des repas équilibrés, variés et composés conformément aux objectifs du PNNS-B devraient être servis dans les écoles.

Les Communautés et les autorités compétentes seront encouragées, par le biais d'une circulaire ministérielle, à faire en sorte que la disponibilité et la composition de ces repas soient conformes aux objectifs du PNNS-B et aux recommandations qui y sont intégrées.

Stimuler la concertation pour un style d'alimentation et de vie sain dans le milieu scolaire.

L'objectif du PNNS-B est de stimuler la concertation entre les parties intéressées sur tous les aspects relatifs à une alimentation saine et à une activité physique suffisante en milieu scolaire.

Les aspects spécifiques en la matière sont :

- La mise à disposition et la composition de repas scolaires variés et équilibrés (y compris possibilités de choix).
- La création d'un environnement alimentaire adéquat, entre autres au niveau de l'équipement du réfectoire et du temps consacré aux repas.
- La mise à disposition gratuite et la promotion de l'eau (par le biais de petites fontaines).
- L'offre équilibrée de boissons et de collations.
- La présence ou pas et le contenu de distributeurs de boissons rafraîchissantes et de friandises.



- L'organisation des activités scolaires et des interventions au niveau scolaire, ciblant les élèves, le personnel et les parents, pour promouvoir l'adoption d'une alimentation équilibrée en nourriture et en boissons et d'un mode de vie actif.
- La mise à disposition des infrastructures sportives adéquates et sûres (plaines de jeux, salles de sport, ...).
- L'organisation d'activités physiques extrascolaires, de pauses d'exercices physiques, ...
- Attention pour la sécurité routière pour les usagers de la route vulnérables afin de favoriser l'usage du vélo et la marche.
- Une attention aux enfants ayant des besoins spécifiques en matière d'alimentation et d'activité physique (par exemple : allergies alimentaires, surcharge pondérale, diabète, maladies cardiaques, ...).

Cette politique scolaire devrait être élaborée en étroite concertation avec la participation des élèves, des parents, des professeurs, des autres membres du personnel scolaire, des communautés d'écoles et des organisations para- et extrascolaires (mouvements de jeunesse), ...

Un guide spécifique, consacré à l'alimentation, l'activité physique et la santé pour les jeunes et les adolescents sera développé par le PNNS-B.

Favoriser l'accès à la pratique régulière d'activités physiques et sportives par la réduction des problèmes liés aux facteurs environnementaux (trafic, insécurité, infrastructures, etc.) et sociaux (inégalité socio-économique) ainsi qu'aux facteurs liés à la sédentarité (ordinateur, TV, ...).

Promouvoir un mode de vie actif et intégrer l'activité physique dans la vie quotidienne permet d'accroître la perception des avantages de l'activité physique, comme par exemple, le plaisir, les contacts sociaux et les bénéfices pour la santé et de diminuer la perception des obstacles du style 'manque de temps', 'je ne suis pas sportif(sportive)' et 'je n'ai plus l'âge de faire du sport'.

Un élément important est l'amélioration du support social de l'activité physique. Dans le cas des jeunes enfants, il faudra encourager les parents et dans celui des enfants plus âgés, un rôle important est réservé aux amis, aux "petites amies" ou "petits amis", aux partenaires, aux frères et sœurs. La recherche d'un ou une "partenaire" pour pratiquer ensemble une activité physique ou un sport, peut apporter un support social considérable.

Des études récentes ont démontré l'importance des facteurs d'environnement dans la pratique d'une activité physique peu intensive ou modérée. Il est plus facile de faire du vélo ou de se promener si l'environnement s'y prête (en



anglais : 'walkability'). Les quartiers à forte densité de population, où il y a des commerces de proximité, des pistes cyclables et des trottoirs, où la circulation n'est pas trop dense et qui sont attrayants et sûrs, ... vont encourager les habitants à se promener et à faire du vélo. Ces facteurs devraient être pris en considération lors de la construction de routes, d'habitations, d'écoles, etc. afin de stimuler l'activité physique de grands groupes d'individus.⁵¹

Sensibilisation des professionnels et acteurs (para-)médicaux dans les autres niveaux de la société (lieu de travail, milieu social, ...).

Les acteurs de la santé tels que médecins (généralistes), diététiciens, conseillers en prévention, médecins du travail, dentistes, pharmaciens et autres, doivent être encouragés à consacrer du temps pour faire de la prévention et pour sensibiliser leurs patients à une alimentation saine et équilibrée et à la pratique d'une activité physique suffisante. Ces acteurs devraient au cours des consultations normales, entreprendre le sondage systématique des habitudes alimentaires et du niveau d'activité physique, ainsi que donner des informations appropriées et faire des recommandations pratiques aux patients afin qu'ils changent leur comportement d'une manière durable. Ceci permettrait d'atteindre aisément une grande partie de la population. L'évaluation de certains paramètres clés (tension artérielle, cholestérol sérique et poids) permet d'identifier des personnes à risque accru, qui bénéficieraient d'un changement de comportement urgent. Ceci permet une approche spécifique au patient. En particulier l'absence des bonnes habitudes alimentaires et un niveau d'activité physique adéquat chez les enfants et les adolescents peut être dépisté et adressé aisément par les acteurs de la santé sensibilisés.

Il est prévu d'examiner, en collaboration avec les institutions d'enseignement, de quelle manière il est possible d'améliorer la formation en nutrition de ces acteurs concernés par la nutrition. Des notions de nutrition doivent être proposées, en tant que discipline à part entière, dans cette formation, avec la possibilité de recyclages réguliers. Il faudrait également porter l'attention particulière à une approche pluridisciplinaire de l'obésité et la problématique du surpoids. Les approches utilisées doivent être adaptées à chaque phase du changement de comportement parce que toutes les personnes du groupe cible ne se trouvent pas dans la même phase. Ce sont en particulier les personnes en phase de « précontemplation » qui sont visées par des actions

⁵¹ U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health. A Report of the Surgeon General, Atlanta, Georgie, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1998.



et des initiatives adaptées et une communication positive, non moralisatrice, respectueuse et orientée par groupe cible.

On tiendra compte lors de la mise au point des actions par les acteurs professionnels de la spécificité et de la culture.

Le lieu de travail peut aussi être utilisé pleinement comme endroit pour toucher les adultes. Des actions et initiatives destinées à atteindre les milieux socio économiquement défavorisés doivent être élaborées d'une manière spécifique.

Finalement, le suivi individuel des personnes obèses par les acteurs professionnels et (para-)médicaux fait aussi partie intégrale de l'approche de cette problématique. Ceci inclut l'évaluation des possibilités de lever les obstacles aux consultations des diététiciens et l'accès aux mesures diététiques appropriées et autres interventions (soutien psychologique, produits diététiques, interventions médicales, ...) afin d'assurer une approche spécialisée et efficace.



AXE 3: L'ENGAGEMENT DES ACTEURS DU SECTEUR PRIVÉ

Identification et situation de la problématique

Les acteurs du secteur privé ont un rôle important à jouer dans la concrétisation des objectifs du PNNS-B.

Le vaste choix de produits alimentaires proposés dans les supermarchés et les petits magasins, la vaste gamme de plats et repas offerts à la consommation dans le secteur de l'horeca et l'impact de la distribution de repas sur le lieu de travail, dans les écoles et dans d'autres institutions, font que le consommateur se désintéresse de plus en plus de la préparation des repas et, par conséquent, de la valeur nutritive de ce qu'il mange. L'usage croissant, à domicile, de produits destinés à faciliter la préparation des repas (plats surgelés, bouillons, produits pour lier la sauce, mélanges d'épices, pâtes préparées) conduit, en outre, au même résultat.

Bien que le consommateur détermine, finalement, ce qu'il mange, où il mange, quand il mange et la quantité qu'il mange, les acteurs impliqués à ces niveaux ont une grande responsabilité. Le consommateur n'a, en effet, souvent pas de choix, d'idée ou de point de référence sur le plan de la composition nutritionnelle des produits qu'il achète et de la taille des rations qui lui sont proposées. Les informations à ce sujet sont, de plus, rarement disponibles ou compréhensibles.

Le PNNS-B appelle donc les acteurs suivants, sans vouloir être exhaustif, à contribuer à la réalisation des objectifs du PNNS-B dans le cadre d'une coopération constructive :

- l'industrie alimentaire
- le secteur de distribution
- l'horeca
- les cuisines d'alimentation collective
- l'agriculture et la pêche
- le secteur publicitaire
- les médias
- ...

Leur rôle déterminera en grande partie la réussite du PNNS-B dans les domaines suivants :

- la formation des professionnels
- l'offre, la composition et le choix des produits alimentaires
- la diffusion d'informations sur les produits alimentaires



- les réclames et publicités pour les produits alimentaires
- l'image média de la nutrition et de la santé

Les objectifs du PNNS-B

L'approche du PNNS-B s'axe autour de l'implication étroite de toutes les parties prenantes dans le débat consacré à la réalisation des objectifs du PNNS-B. Les mesures et recommandations doivent être élaborées en concertation pluridisciplinaire avec les acteurs concernés et faire le plus possible l'objet d'un consensus. Dans un premier temps, différents groupes de travail ont été constitués et ont formulé des recommandations qui ont emporté le consensus. Le PNNS-B y adhère le plus possible mais souhaite que les acteurs concernés fixent des objectifs et des engagements clairs pour respecter ces recommandations.

Mesures proposées

Sensibilisation et formation des professionnels

Contexte

Le consommateur bénéficie aujourd'hui d'une abondance inouïe de produits alimentaires disponibles dans les grands magasins, les épiceries, les boucheries, les boulangeries, les petits magasins, etc. L'horeca offre également un choix inépuisable de repas, de snacks et de plats à emporter. Si l'on y ajoute encore l'assortiment de repas disponibles sur le lieu de travail ou dans les écoles, force est de constater que le consommateur dépend de plus en plus de ce qu'on lui propose. Même s'il peut choisir les produits alimentaires qu'il souhaite consommer, en comparant des produits similaires dans les magasins ou différents repas dans l'horeca, il a moins de latitude pour le faire par rapport à la taille de la ration et à la composition nutritionnelle des produits alimentaires. La différenciation est relativement faible en ce qui concerne la teneur en sel, en lipides, en glucides, en fibres alimentaires, etc. De plus, l'information à ce sujet n'est pratiquement jamais disponible, à l'exception de l'étiquetage nutritionnel sur les produits alimentaires préemballés. Et même les repas cuisinés à domicile sont de plus en plus souvent préparés à base de composants prêts à l'emploi dont la composition est pré-conditionnée.



Il importe donc, avant tout, de sensibiliser les personnes impliquées dans le développement de ces produits alimentaires et dans la préparation de repas aux objectifs du PNNS-B.

Mesures proposées

Stimuler la formation des professionnels de l'industrie alimentaire et de l'horeca.

Le PNNS-B appelle les secteurs concernés à informer leurs membres des objectifs et principes du PNNS-B et à développer des initiatives pour la formation des professionnels actifs, au sein des entreprises, dans le développement de produits alimentaires et dans la composition et la préparation de plats et de repas.

Combinée aux mesures recommandées dans la section 5.4, une telle formation permettrait l'intégration de la valeur du produit pour la santé du consommateur dans la formulation et le développement des produits, en marge d'éléments traditionnels comme la qualité organoleptique, la commodité, le prix ou la technologie.

Cette approche vaut aussi pour la petite et la grande restauration où la dimension santé peut être intégrée dans la composition des repas, dans les possibilités de choix, la taille des rations, ...

La responsabilité de l'organisation d'une telle formation continue incombe aux secteurs concernés qui ont, en tant que partenaires à part entière, un rôle à jouer dans le débat sur la nutrition et la santé. Il leur est demandé, dans ce contexte, d'élaborer un rapport annuel mentionnant les initiatives prises par eux pour en permettre l'évaluation.

Composition et choix des produits alimentaires

Contexte

Les produits de l'industrie alimentaire et de l'horeca touchent de larges couches de la population. Le schéma alimentaire actuel de la population belge est la résultante de cette vaste offre et des choix que fait le consommateur dans ce contexte. Des adaptations relativement limitées de la composition des produits alimentaires et des repas peuvent donc avoir un impact important sur l'ensemble de la population.



Le PNNS-B demande, en ce sens, aux acteurs impliqués dans le développement de produits alimentaires et la préparation de repas de s'efforcer de faire preuve de transparence et d'esprit critique quant à la composition et à la taille des rations de leurs produits, plats et menus sans, pour autant, négliger l'aspect psychosocial du plaisir de manger. Ces acteurs sont aussi invités à prendre toutes les initiatives possibles en vue d'améliorer la composition de leurs produits conformément aux objectifs du PNNS-B ou d'offrir au consommateur un choix suffisant pour lui permettre de composer un repas équilibré.

Mesures proposées

Encourager les acteurs concernés à formuler des propositions concrètes afin d'aider à la réalisation des objectifs du PNNS-B en matière de composition et d'offre des produits alimentaires et des repas.

Le PNNS-B appelle les acteurs concernés à prendre l'initiative d'encourager leurs membres à considérer leurs produits et activités de manière critique et à identifier les possibilités d'actions qui peuvent aider à réaliser les objectifs du PNNS-B.

Dans ce contexte, le PNNS-B demande aux différents secteurs de proposer des recommandations concrètes par rapport à :

- L'amélioration de la quantité et de la qualité des graisses utilisées dans la production et la préparation des produits alimentaires.
- La stimulation de la consommation de produits riches en fibres.
- La stimulation de la disponibilité de fruits et légumes en tant que composant essentiel des repas.
- L'offre d'alternatives (par ex. : autres les frites, du pain, du riz, des pâtes ou des pommes de terre ; proposer des fruits dans la liste des desserts, ...).
- L'utilisation du sel en général et du sel iodé en particulier.
- La manière dont la composition des produits alimentaires, repas et menus peut se conformer aux objectifs du PNNS-B et aux besoins individuels du consommateur. Une attention toute particulière devra être accordée aux institutions dans lesquelles le consommateur est dépendant, à chaque repas, de ce qui lui est proposé (crèches, écoles, internats, hôpitaux, maisons de repos, prisons, ...)



L'état d'avancement de ces initiatives et les actions collectives entreprises dans ce cadre doivent également faire l'objet d'un rapport annuel.

Communication d'informations sur les produits alimentaires et les repas : étiquetage et étiquetage nutritionnel

Contexte

L'information nutritionnelle concernant un produit alimentaire et le rôle qu'il peut jouer dans une alimentation saine et équilibrée est un élément important, sur l'étiquetage et dans la publicité, dans la diffusion de l'information et l'éducation du consommateur.

L'industrie alimentaire, le secteur de la distribution, les petits producteurs, l'horeca et le secteur de restauration collective ont la responsabilité de communiquer au consommateur les informations nutritionnelles sur leurs produits.

Il est toutefois clair que la majorité des consommateurs a du mal à comprendre ces informations et à les intégrer dans son schéma alimentaire journalier. Il est communément admis que l'information disponible sur l'étiquetage, en particulier sur l'étiquetage nutritionnel, ne touche pas suffisamment le consommateur et n'est pas suffisamment comprise. Il ressort d'une enquête du CRIOC/OIVO que seulement 2 consommateurs sur 3 lisent l'étiquette et que seul 1 tiers d'entre eux disposent des connaissances suffisantes pour la comprendre.⁵² Il ressort aussi des enquêtes de consommateurs que l'étiquetage nutritionnel est mal compris par le consommateur : 90% des sondés estiment ne pas disposer d'une connaissance suffisante pour le comprendre. De plus, l'étiquette est souvent surchargée et l'information essentielle est ainsi diluée dans des informations marketing de moindre importance.

L'étiquetage nutritionnel est un élément important lors des choix opérés par le consommateur en vue d'une alimentation équilibrée. Bien que, selon des chiffres de l'industrie alimentaire, 70% des produits préemballés disposent d'un étiquetage nutritionnel, il n'est cependant pas obligatoire, sauf en cas d'allégation nutritionnelle.

⁵² OIVO-CRIOC (2005) ; Consumentenpercepties met betrekking tot de voedingswaarde-etikettering; Studie uitgevoerd in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en leefmilieu.



Dans la mesure où les produits alimentaires non préemballés sont dépourvus d'étiquette, la communication d'informations sur leur valeur nutritionnelle est pratiquement inexistante. Il s'agit ici principalement des produits alimentaires proposés par l'horeca, qu'ils soient consommés sur place ou à emporter. Les aliments vendus en magasin après y avoir été emballés sur place tombent également sous cette catégorie et ne doivent pas être étiquetés.

Le PNNS-B part du principe qu'il est nécessaire de communiquer des informations compréhensibles sur les produits alimentaires achetés par le consommateur. Cela suppose, d'une part, un effort de l'industrie alimentaire et de l'horeca pour fournir de telles informations et, d'autre part, un effort d'éducation des consommateurs pour les comprendre.

L'étiquetage des produits alimentaires préemballés est réglementé par la législation européenne, plus précisément par la Directive 2000/13 relative aux exigences générales en matière d'étiquetage et par la Directive 1990/496 relative à l'étiquetage nutritionnel des denrées alimentaires. La Commission européenne a déclaré que ces deux législations seraient réévaluées et adaptées, si nécessaire, dans un avenir proche.

Le groupe de travail mis sur pied dans le cadre du PNNS-B a identifié certains facteurs qui rendent l'étiquetage difficilement lisible et peu compréhensible :

- Un manque fondamental de connaissances du consommateur en matière alimentaire, notamment par rapport à la terminologie usuelle de base qui est souvent imposée par le législateur (par ex., acides gras, glucides, ...).
- La difficulté de différencier les informations essentielles et les informations complémentaires. Les informations essentielles sont ici définies comme les informations dont le consommateur a besoin pour déterminer son choix. Les informations complémentaires sont celles que le consommateur peut estimer utile de connaître mais qui ne détermineront pas son choix en tant que telles (« need versus nice to know »).
- La libre circulation des marchandises dans l'Union européenne et la diversité des cultures favorisent les emballages multilingues. L'espace disponible est donc souvent limité et les informations souvent mentionnées en caractères trop petits. La présentation non standardisée complique aussi la recherche de l'information souhaitée.
- La place importante des messages publicitaires et de l'information non essentielle sur l'étiquetage limite davantage l'espace disponible pour d'autres informations.
- Le nombre important de mentions obligatoires, y compris les listes d'ingrédients parfois très étendues, les mentions redondantes et les répétitions imposées par la législation, a également une influence sur l'espace disponible et le caractère utilisé.
- La manière de rédiger l'étiquetage nutritionnel, la terminologie à utiliser et le fait qu'il faille exprimer ces données par 100 g et non par portion.



Mesures proposées

Audit des exigences pour un bon étiquetage.

Les manquements de l'étiquetage actuel, en particulier de l'étiquetage nutritionnel, seront répertoriés par les autorités compétentes avec le concours de représentants des consommateurs, de diététiciens, de l'industrie et de la distribution alimentaires et de l'horeca.

Cet audit permettra l'élaboration et la présentation, dans un cadre européen, de mesures concrètes pour améliorer les exigences actuelles d'étiquetage. Ces mesures se concentreront particulièrement sur :

- La distinction entre, d'une part, l'information essentielle (« need to know » : les ingrédients, en ce compris les allergènes — de préférence regroupés et mentionnés séparément —, le QUID, la dénomination de vente, la date de durabilité minimale, le numéro de lot, la quantité, les conditions de conservation, le nom du fabricant, emballer ou vendeur et l'information nutritionnelle) et, d'autre part, l'information complémentaire (« nice to know ») qui peut être obtenue via d'autres moyens (par exemple, à l'intérieur de l'emballage, via le site web, par téléphone, dans des brochures, ...).
- L'identification et l'harmonisation d'une terminologie facilement compréhensible pour le consommateur, en ce compris l'usage d'abréviations et de symboles.
- L'identification de simplifications possibles dans l'étiquetage pour le clarifier et éviter, par exemple, la redondance de certaines informations, etc. et des possibilités pour rendre l'étiquetage plus clair et transparent.
- Indiquer la grandeur des portions sur les emballages (par exemple : 1 emballage = 2 portions).

En ce qui concerne plus particulièrement l'étiquetage nutritionnel, le consommateur doit pouvoir constater que les messages nutritionnels et de santé du produit alimentaire cadrent avec les objectifs du PNNS-B.

Dans ce contexte, il est prévu, comme le recommande le groupe de travail, de concevoir un système qui simplifierait l'étiquetage nutritionnel et le rendrait compréhensible, sur base du concept des « Reference Intake Values » (RIV), élaboré par le Professeur Huyghebaert *et al.* Il sera tenu compte, en l'occurrence, de l'avis éventuel de l'Autorité Européenne de Sécurité des



Aliments (AESAs). Les propositions d'améliorations devront être validées par une enquête auprès de consommateurs. L'établissement en parallèle de mesures d'éducation s'avère nécessaire.

Information pour le consommateur.

Comme l'une des principales causes de non compréhension des informations mentionnées sur l'étiquetage est le consommateur lui-même, il importe de prendre des initiatives lui permettant de mieux comprendre les informations.

Il faut prioritairement concentrer les efforts sur l'éducation et la formation du consommateur. C'est l'affaire de tous (autorités, médias, entreprises, organisations de consommateurs et autres organisations, secteur publicitaire, etc.). L'étiquette est elle-même une source d'information mais n'a pas de but éducatif direct.

La nature des besoins pour une telle formation et la meilleure manière d'efficacité la mettre en œuvre seront analysées, en concertation avec les associations représentatives des consommateurs et les parties prenantes.

Allégations de santé

Contexte

Les allégations de santé sont des allégations faites sur l'étiquetage et dans la publicité à propos des caractéristiques positives d'un produit alimentaire pour la santé du consommateur. Les allégations de santé peuvent aider de manière significative le consommateur dans sa recherche d'une alimentation équilibrée pour autant que le fondement scientifique soit clairement établi et contrôlé, que la formulation n'induit pas en erreur. L'allégation doit être en rapport avec la composition et l'utilisation du produit. Le consommateur doit, en outre, être capable d'en comprendre le sens. Bien que beaucoup des allégations de santé faites aujourd'hui à propos de produits alimentaires soient basées sur des données scientifiques, certaines allégations sont parfois scientifiquement douteuses. Par ailleurs, des allégations induisent parfois le consommateur en erreur quant à l'effet attendu et à la valeur nutritionnelle de l'aliment.



La législation en cours d'élaboration au niveau européen formera le cadre dans lequel il sera possible de formuler des allégations fondées.

Mesures proposées:

Un travail constructif relatif aux allégations de santé, plus particulièrement la composition de la liste des allégations de santé communément admises prévues à l'article 12.

La législation en matière d'allégations de santé est actuellement en développement au niveau européen. Dans le cadre du PNNS-B, une information correcte sur le rôle joué par les produits alimentaires sur l'évolution de la santé est d'une importance capitale.

De telles allégations doivent satisfaire trois critères :

- Elles doivent être suffisamment fondées scientifiquement. L'argumentation doit être crédible et admise par les scientifiques spécialistes en la matière.
- Elles doivent être compréhensibles pour le consommateur. Elles doivent être formulées de telle sorte que la terminologie utilisée corresponde à l'argumentation et de manière à permettre au consommateur de comprendre les conditions dans lesquelles le produit alimentaire présente la caractéristique promue.
- Elles ne peuvent pas être trompeuses. L'avantage pour la santé promu dans l'allégation doit valoir pour le produit alimentaire tel qu'il est présenté, sans induire le consommateur en erreur par une présentation trompeuse.

Étant donné qu'il est difficile d'intégrer de telles conditions dans une législation, les parties prenantes concernées sont appelées à faire usage des allégations de santé en respectant la législation et les principes indiqués ci-dessus.

Les parties prenantes concernées sont invitées à :

- Renseigner l'autorité compétente sur les allégations de santé qui sont actuellement faites sur des produits alimentaires lancés sur le marché belge et qui sont étayées par des données scientifiques généralement admises. Cette information servira d'input belge à la liste prévue par la législation européenne. Ceci sera guidé par la signification de l'allégation telle qu'elle est communément admise et des autres termes qui expriment le même sens.



- S'assurer que les allégations de santé relatives à l'amaigrissement, dans le cadre de la lutte contre l'obésité, sont fondées sur des arguments valides et conformes à la législation.

Réclame et publicité

Contexte

La publicité pour les denrées alimentaires a un impact tant sur les idées que les consommateurs se font de certains produits alimentaires que sur leur choix. Lorsqu'elle s'adresse aux enfants et aux jeunes, la publicité est parfois exagérée et peut les mener à adopter des habitudes alimentaires nuisibles. Les publicités non conformes aux objectifs du PNNS-B peuvent créer la confusion chez le consommateur et doivent être évitées.

La publicité est, par définition, utilisée pour stimuler l'achat de produits par le consommateur. Dans l'intérêt du rôle psychosocial de notre alimentation, une alimentation saine et variée suppose que tous les produits alimentaires peuvent être mis sur le marché à condition que le consommateur élargisse judicieusement sa consommation alimentaire. La publicité présente un risque dans la mesure où elle peut encourager la consommation de certains produits alimentaires qu'il serait préférable d'utiliser modérément ou en petites quantités.

La connaissance insuffisante qu'a le consommateur moyen pour composer judicieusement son alimentation et replacer les messages publicitaires dans leur contexte accentue encore ce problème.

Par ailleurs, la publicité adressée aux enfants et aux jeunes les influence à faire certains choix, parfois via des techniques qui n'ont plus rien à voir avec le produit.

Mesures proposées

Appel à un comportement éthique de la part des opérateurs commerciaux et du secteur de la publicité et évaluation des mesures proposées.



La question a été posée, au sein du PNNS-B, de savoir s'il fallait, dans l'intérêt de la santé publique, interdire ou brider les publicités pour certains produits alimentaires.

Consciente de cette problématique, l'industrie alimentaire s'est elle-même soumise à un code déontologique.⁵³ Le groupe de travail est arrivé à un consensus selon lequel la signature du code autorégulateur de la FEVIA (Federatie Voedingsindustrie – Industrie Alimentaire) et l'UBA (Union Belge des Annonceurs) relatif à la publicité pour les denrées alimentaires représente un instrument utile pour prendre en main la problématique des messages publicitaires (y compris la publicité adressée aux enfants et aux jeunes). Cette approche sera soutenue par le PNNS-B sous réserve d'une évaluation profonde et objective du respect du code avant la fin 2005. Cette évaluation sera menée par les secteurs concernés et/ou par le JEP (Jury d'Ethique Publicitaire), chargé de la supervision du code, et sera rendue publique. Il est demandé aux parties prenantes concernées d'avertir le JEP de toute infraction au code par des acteurs alimentaires sur le marché belge et de contrôler l'efficacité du code à ce point de vue. Il leur est également demandé d'agir en tant que médiateur vis-à-vis des consommateurs souhaitant signaler des plaintes.

Si les résultats de l'évaluation montrent que le code n'est pas suffisamment efficace pour inciter les entreprises à mener leurs activités publicitaires de manière responsable, d'autres initiatives législatives seront examinées. Le PNNS-B incite les autres secteurs concernés à adopter ce code d'éthique pour autant qu'ils ne l'aient pas encore fait ou à initier des initiatives similaires.

Finalement, il est demandé aux secteurs concernés de développer, en concertation avec des représentants des consommateurs, des mesures éducatives qui aideront le consommateur à adopter une attitude critique par rapport aux publicités et aux messages promotionnels.

Entamer le dialogue avec les médias.

Outre l'influence que peut avoir la publicité sur l'idée que le consommateur se fait de certaines denrées alimentaires et sur les comportements alimentaires, l'image générée dans les médias publics est également un déterminant important du comportement des consommateurs. Les médias exagèrent

⁵³ FEVIA (Federatie Voedingsindustrie-Fédération de l'Industrie Alimentaire). Code betreffende de publiciteit voor voedingsmiddelen. FEVIA. 2005.



parfois les situations extrêmes, diffusent des informations incorrectes ou non contrôlées, présentent des comportements alimentaires délétères ou ne montrent pas suffisamment les comportements sains. Les consommateurs peuvent, de ce fait, être influencés et confrontés à certains comportements que le PNNS-B souhaite aborder.

Un initiative importante dans ce contexte consiste à entamer le dialogue avec les médias afin d'examiner la manière dont les messages relatifs à de bonnes habitudes alimentaires et à une alimentation saine et équilibrée peuvent être repris dans l'offre de service, y compris par l'intermédiaire de messages d'intérêt public. Par ailleurs, les médias sont priés de prendre conscience du rôle important qu'ils jouent dans la diffusion, consciente ou inconsciente, d'informations qui peuvent mener le consommateur à adopter un mode de vie sain. Les médias sont dès lors incités à tenir compte le plus possible des principes du PNNS-B lors de la composition de leurs programmes et séries, de même que d'autres facteurs susceptibles d'influencer la santé du consommateur (ex. : tabagisme, port de la ceinture de sécurité ou du casque vélo, ...). Un code déontologique serait sûrement un instrument indiqué en l'occurrence.

Un tel code existe déjà pour ce qui concerne la transmission adaptée et proportionnelle de nouvelles données vers le consommateur sans provoquer de sensation de panique.⁵⁴ L'application de ce code est ardemment recommandée.

⁵⁴ www.sirc.org; Guidelines on Science & Health Communication ; Social Issues Centre



AXE 4: MESURES RELATIVES A DES GROUPES CIBLES SPECIFIQUES

ALIMENTATION DES NOURRISSONS ET DES JEUNES ENFANTS

L'alimentation a, au cours des premiers mois de vie, une importance cruciale à court et long terme pour l'individu compte tenu de la croissance et du développement de nombreux organes durant cette période, à la fois sur les plans structurel et fonctionnel. La protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel sont une priorité majeure de santé publique et pour le PNNS-B.

L'OMS, l'Unicef et des organisations de santé du monde entier recommandent l'allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois de vie.^{55/56} L'allaitement est la manière la plus naturelle de nourrir les bébés et les jeunes enfants. Il assure une croissance, un développement et une santé optimaux du nourrisson et du jeune enfant. Les nombreux effets positifs de l'allaitement pour la santé de l'enfant (moindre risque d'infections au niveau de nombreux organes : tube digestif, sphère ORL, arbre pulmonaire, urinaire, diminution du risque d'allergie, d'obésité, etc.) sont scientifiquement établis. Les avantages de l'allaitement dépendent de sa durée.

L'allaitement maternel a un impact positif, à court et à long terme, non seulement sur la santé de l'enfant mais aussi sur celle de la mère (favorise la perte de poids, diminue les pertes de sang, les risques de cancer du sein et des ovaires, d'ostéopénie, d'ostéoporose), ce qui entraîne une diminution des dépenses en soins de santé et des inégalités en matière de santé.

Identification et situation de la problématique

Allaitement maternel

En Communauté flamande, les chiffres disponibles suggèrent que 63,4% des enfants de 6 jours sont allaités et qu'environ 25% des femmes continuent à

⁵⁵ Global strategy for Infant and Young Child feeding, WGO, Geneva, 2003

⁵⁶ WGO/UNICEF, bescherming, bevordering en ondersteuning van borstvoeding, 1997.



allaiter exclusivement après 3 mois.⁵⁷ Après 3 mois, 14% des enfants reçoivent déjà une alimentation mixte (allaitements partiel, complété par des préparations pour nourrissons et/ou une alimentation solide). En Communauté française, en moyenne 77% des enfants sont allaités après l'accouchement en 2003. A 12 semaines, 40% des enfants sont allaités exclusivement. La médiane parmi la population d'enfants allaités de manière complétée et/ou exclusive est de 15 semaines (ONE, Rapport 2004 de la Banque de Données Médico-Sociales de l'ONE).⁵⁸

Selon une enquête de Kind & Gezin, les raisons pour lesquelles les femmes renoncent prématurément à l'allaitement ou n'optent pas pour l'allaitement sont souvent liées à un manque de connaissance, à des aspects pratiques des préparations pour nourrissons (qui peuvent être administrées par d'autres personnes), à des problèmes pratiques rédhibitoires à l'allaitement (premières semaines) ou à la reprise de l'activité professionnelle à l'extérieur (dernier stade). Le choix d'une alimentation au biberon découle souvent des difficultés de commencer à allaiter. Selon l'enquête de Kind en Gezin, l'entourage proche (famille, amis) exerce une influence sur le choix alimentaire. Le gynécologue joue aussi son rôle en tant qu'informateur mais le fait aujourd'hui de manière insuffisante. Certains facteurs sociaux, tels que l'ordre de naissance de l'enfant, le niveau de formation, l'éducation et la situation professionnelle jouent aussi un rôle. Il ressort de différentes enquêtes, parmi lesquelles celle de Kind en Gezin, qu'un niveau de scolarisation inférieur et un ordre de naissance plus élevé de l'enfant jouent en défaveur de l'allaitement. Selon le dernier rapport de Kind en Gezin, 77% des femmes allochtones optent pour l'allaitement. Dans les familles défavorisées, ce pourcentage s'établit sous la moyenne. Près de la moitié des enfants élevés dans des familles défavorisées reçoivent une préparation pour nourrissons.⁵⁹ Il ressort de données recueillies par l'ONE que le jeune âge de la mère, sa situation isolée, son niveau d'éducation et le tabagisme constituent également des facteurs de risques..⁶⁰

Certaines différences peuvent également être notées entre régions, sans qu'elles soient explicables par le niveau d'urbanisation ou de formation.⁶¹

D'après l'étude de Kind en Gezin, les séances d'informations organisées par les maternités semblent ne pas ou peu influencer le choix alimentaire dans la mesure où le choix entre l'allaitement et le biberon est souvent déjà fait au début de la grossesse. Ces séances d'informations n'en restent pas moins importantes pour susciter des attentes réalistes par rapport à l'allaitement.

⁵⁷ SEIN, Onderzoek naar de voedingssituatie van jonge kinderen, SEIN/2002/04, November 2002

⁵⁸ ONE, Rapport 2004 de la Banque de Données Médico-Sociales de l'ONE.

⁵⁹ Kind en Gezin, rapport "Het kind in Vlaanderen in 2004"

⁶⁰ ONE, Rapport 2004 de la Banque de Données Médico-Sociales de l'ONE.

⁶¹ SEIN, Onderzoek naar de voedingssituatie van jonge kinderen, SEIN/2002/04, November 2002



Les mères informées des problèmes possibles liés à l'allaitement vivront, en effet, plus positivement cette expérience. Quatre mères sur dix ignorent, cependant, l'existence de ces séances. Les mères et leur famille ont donc un accès insuffisant à une information uniforme, de qualité et impartiale quant à l'alimentation des bébés avant et après l'accouchement. Il semble acquis que l'unité du discours des professionnels de la maternité devrait être l'un des piliers d'une politique favorable à l'allaitement.

Le renoncement, suite à l'arrêté royal du 18/02/1991 (Directive UE 91/321 de 1991) concernant la commercialisation des préparations pour nourrissons, de toute distribution aux mères d'échantillons de préparations pour nourrissons est une démarche importante et l'une des dix conditions préalables à l'obtention d'un label « Hôpital Ami des Bébés» (*Babyfriendly Hospital Initiative*) – BFHI. Le CFAM (Comité fédéral de l'allaitement maternel) a pris les initiatives nécessaires pour inciter les maternités à obtenir ce label. Six maternités ont été sélectionnées. Elles se préparent pour remplir cette qualification et obtenir le label en juillet 2006.

Les professionnels de la santé ne sont généralement pas suffisamment formés pour pouvoir prévenir et intervenir de façon pratique et efficace lorsque surgissent des problèmes pendant l'allaitement. Les groupes de mères peuvent également jouer un rôle important dans l'information pratique pour résoudre des problèmes d'allaitement.

Avant et après la naissance, les mères n'ont pas suffisamment l'opportunité d'être informées correctement par le biais d'entretiens face-à-face prolongés avec des professionnels de l'allaitement maternel.

Il n'y a pas assez d'information et de communication par les médias dans le domaine de la promotion de l'allaitement.

En outre, il n'existe aujourd'hui aucune vraie politique nationale axée sur la promotion de l'allaitement maternel. La législation actuelle ne permet pas suffisamment aux mères professionnellement actives d'allaiter leur bébé durant les 6 premiers mois, voire plus longtemps si elles le souhaitent. Des mesures en matière de pauses d'allaitement durant le temps de travail, de congé d'allaitement et de congé parental pourraient être prises.

Tout porte donc à croire que si un ensemble de mesures étaient prises, l'allaitement maternel serait durablement favorisé en termes de prévalence et arrivera, à terme, au niveau observé dans les pays scandinaves où la prévalence de l'allaitement s'établit à plus de 90%.

L'un des objectifs du PNNS-B est, en ce sens, d'augmenter le pourcentage de femmes qui optent pour l'allaitement et la durée de l'allaitement.



Alimentation au biberon et alimentation complémentaire

L'alimentation infantile est un sujet complexe, qui évolue rapidement et nécessite, dès lors, un suivi structurel spécifique. En ce qui concerne l'alimentation au biberon et l'alimentation complémentaire, il est également important de prêter attention aux prescriptions en matière de sécurité alimentaire pour leur fabrication, leur préparation, leur conservation et leur administration.

Peu d'informations sont disponibles quant aux données de consommation de l'alimentation au biberon chez les nourrissons. Selon une enquête de Kind en Gezin, six enfants sur dix recevraient des préparations pour nourrissons (parfois complétées par des boissons ou une alimentation solide) à l'âge de 3 mois.⁶²

Actuellement, les préparations pour nourrissons (lait de départ) ne sont pas soumises à une prescription médicale et seulement disponible en pharmacie. Les parents sont accompagnés, dans leur choix de préparation pour nourrissons, par les conseils du médecin, du pédiatre ou du pharmacien. Les préparations de suite et aliment de compléments sont aussi disponibles en grande surface où les parents se basent seulement sur l'information mentionnée sur l'étiquette.

L'information disponible pour le consommateur et le professionnel soignant n'est pas toujours uniforme et claire quant à savoir quel aliment utiliser, quand et quel complément introduire, ... Le consommateur cherche (et trouve) donc lui-même l'information via des canaux alternatifs (comme Internet) qui n'est pas souvent exacte ou validée. La publicité exerce, en outre, une forte influence en ce domaine et le contenu des messages publicitaires est insuffisamment validé. Il est parfois difficile de faire la part des choses entre les aspects informatifs et les allégations nutritionnelles et de santé émanant de l'industrie.

La formation et la formation continue des prestataires de soins (médecins, diététiciens, infirmiers, pharmaciens, etc.) est insuffisamment développée sur le plan de l'alimentation. Les directives établies par les experts ne sont donc pas suffisamment appliquées par les prestataires de soins, lesquels sont, de ce fait, moins bien armés pour formuler un avis critique sur les messages véhiculés par la publicité. Il s'agit, d'une part, d'une lacune dans la formation initiale et, d'autre part, d'une carence de la formation continue.

⁶² SEIN, Onderzoek naar de voedingssituatie van jonge kinderen, SEIN/2002/04, Novem.ber 2002



Ce manque de connaissance est favorisé par le fait que les professionnels n'ont pas une vision claire de l'autorité ou de l'institution spécifiquement compétentes en la matière.

Les objectifs du PNNS-B

Le PNNS-B se fixe différents objectifs concrets en matière d'allaitement maternel et de substituts pour les nourrissons et les jeunes enfants (0 à 3 ans) :

Allaitement maternel

- Obtenir un pourcentage de 50% d'enfants allaités à 3 mois en 2010. La durée de l'allaitement devrait être prolongée dans toute la Belgique pour être en ligne avec les recommandations européennes⁶³ et internationales⁶⁴ actuelles.
- Atteindre en 2015 la norme suédoise actuelle (prévalence de plus de 90% durant 6 mois). Cette mesure n'est cependant réaliste qu'à condition qu'un ensemble de mesures soient prises, parmi lesquelles l'amélioration des conditions d'octroi du congé parental, son allongement et l'augmentation de ses allocations.
- Application et respect de l'arrêté royal du 27/09/1993 concernant les denrées alimentaires pour l'alimentation particulière dans l'esprit du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS).
- Obtention du label « Hôpital Ami des bébés » « Baby Friendly Hospital initiative » (maternité favorable à l'allaitement maternel) pour au moins 25% des hôpitaux à l'horizon 2010.
- Mieux développer la formation du personnel de santé dans le domaine de l'allaitement
- L'encouragement de l'allaitement maternel à travers les communications du PNNS-B et également pour les prématurés et les nouveau-nés dysmatures.

Alimentation au biberon et alimentation complémentaire

⁶³ Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm

⁶⁴ Global strategy for Infant and Young Child feeding, OMS, Genève, 2003 (ajouter e lien ?) http://who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gs_iycf.pdf



- L'information fournie aux parents par les professionnels de la santé doit émaner d'une source scientifique indépendante du secteur commercial.
- Elaboration de lignes directrices en matière d'alimentation infantile étayées par la connaissance scientifique, la pratique et sujettes à consensus.
- Répertoire des habitudes alimentaires de ce groupe d'âge, déceler les points critiques et prendre les initiatives nécessaires pour les corriger.

Mesures proposées

Conduite d'une politique nationale en matière de promotion de l'allaitement sous la surveillance du Comité fédéral de l'allaitement maternel.

La nécessité d'une politique nationale cohérente en matière d'allaitement est évidente. C'est en ce sens qu'a été créé le CFAM (Comité fédéral pour l'allaitement maternel), composé de représentants de Kind en Gezin / ONE, d'infirmiers, de sages-femmes, de pédiatres, de gynécologues, d'institutions de formation, d'associations d'aide à l'allaitement, ... Une étroite collaboration entre tous les acteurs (les médecins et les organisations actives au niveau communautaire (Kind en Gezin, ONE, ...) est ainsi garantie.

Le CFAM doit accomplir, dans ce contexte, sa mission en matière de développement, de mise en œuvre et de suivi de la politique nationale d'allaitement maternel.

La mission du CFAM s'articulera autour des activités suivantes :

Information

- Soutenir les associations professionnelles dans la publication, le suivi et la mise en œuvre des recommandations spécifiques et des directives pratiques.
- Soutenir une politique axée sur l'échange d'information afin que le personnel de santé (experts en lactation, sages-femmes, pédiatres, généralistes, gynécologues et infirmiers) puisse offrir des soins de meilleure qualité. Les associations actives dans le soutien des mères doivent, elles aussi, avoir l'opportunité d'augmenter leurs qualifications et connaissances dans l'information fournie en face-à-face.
- Donner aux parents avant et après l'accouchement une information précise et de qualité sur un régime alimentaire équilibré.



Analyse

- Stimuler le suivi statistique du schéma alimentaire des nouveaux-nés dans les maternités (composante de l'initiative « babyfriendly hospital »)
- Le suivi (uniforme) des statistiques en matière d'allaitement (Taux d'allaitement à différentes périodes après l'accouchement).

Evaluation

- Evaluation de la manière dont l'allaitement est soutenu dans les maternités.
- Réalisation d'un bilan des mesures de soutien actuelles comme les modalités de congés d'allaitement (conditions d'allocation minimales, durée du congé), congé de maternité (hauteur de l'allocation), pauses allaitement, ...
- Conseil sur les nouvelles mesures de soutien (comme la prolongation du congé d'allaitement, le conseil diététique pré- et postnatal spécialisé, ...) afin d'augmenter l'accessibilité de l'allaitement maternel à tous les niveaux de la population.
- Elaboration d'un standard minimum pour la formation (en termes de contenu, de méthode et de durée des cursus pré et post graduat) et les qualifications du personnel de santé compétent en matière d'allaitement et de gestion de la lactation.
- Suivi de la politique européenne relative à l'allaitement et à l'alimentation infantile.

Initiatives scientifiques

- Création et stimulation d'initiatives scientifiques favorisant l'allaitement.
- Surveillance de la conformité des actions commerciales des firmes vers les professionnels de la santé avec la législation en vigueur et le Code International commercialisation des substituts du lait maternel afin d'assurer que l'information fournie est fondée sur des faits, est objective, scientifiquement étayée et qu'elle ne nuit pas à l'allaitement.

Initiative « Hôpital Ami des Bébé »

- Surveillance de l'introduction de la procédure d'attribution du certificat BFHI, conformément au plan d'action européen que l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Unicef ont élaboré en commun.

En marge de ces mesures, l'opportunité de développer une campagne de sensibilisation sur l'importance de l'allaitement dans le cadre des initiatives de communication prévues par le PNNS-B sera étudiée. Cette campagne pourrait, par exemple, être soutenue par l'utilisation d'une nouvelle vignette comme celle qui a été réalisée aux Pays-Bas ('voeden kan hier') dans des lieux publics (horeca, ...). La vignette contribue ainsi à une attitude positive par rapport à l'allaitement dans le public. Cette attitude joue, en effet, un rôle dans la décision de (continuer) à allaiter.



Promotion et soutien de l'initiative « Hôpital Ami des Bébés ».

L'initiative BFHI fut lancée par l'OMS et l'Unicef en 1991. Elle soutient les institutions de santé favorables à l'allaitement. Ce soutien se manifeste, entre autres, par l'attribution d'un label de qualité après une évaluation externe des installations. Les institutions de santé sont incitées à protéger, soutenir et encourager l'allaitement comme source d'alimentation optimale pour le nourrisson, dans le respect de la physiologie et de la compétence de la mère et de l'enfant.

En Belgique, le pourcentage de 70% d'allaitement exclusif (la norme mondiale de l'Unicef et l'OMS fixe un minimum de 75%) est atteint dans à peine 7 hôpitaux (de la naissance à la sortie). Le pourcentage relativement faible de mères qui allaitent exclusivement témoigne de la nécessité urgente d'intervenir activement en la matière.

Le PNNS-B soutient donc pleinement ce projet-pilote et souhaite soutenir les hôpitaux qui s'efforcent d'obtenir ce label. Dans ce but, le CFAM doit étudier les possibilités de mesures de soutien qui aideraient les hôpitaux à obtenir le certificat BFHI. Le but à long terme consiste à généraliser l'obtention du certificat afin que toutes les maternités adoptent les mêmes critères.

Dans ce contexte, l'AFSCA a pour mission, en tant qu'autorité compétente, de veiller minutieusement au respect de la législation par les entreprises dans l'esprit du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et d'intensifier les contrôles en ce domaine.

Soutien à la diffusion d'information objective et validée concernant l'allaitement, l'alimentation infantile et l'alimentation complémentaire (diversification).

Le Ministre reconnaît la nécessité de diffuser une **information objective et validée** à propos de l'allaitement, de l'alimentation au biberon et de l'alimentation complémentaire. Les initiatives prises au niveau communautaire par Kind en Gezin et l'ONE en sont la pierre angulaire.

Il manque, néanmoins, un point de référence à l'échelon fédéral pour des recommandations scientifiquement étayées et fondées sur le consensus, ce



qui engendre un certain manque de cohérence dans l'information diffusée par des tiers.

L'initiative sera donc prise, sous l'égide du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, de créer un groupe d'experts. Ce groupe sera notamment composé de pédiatres ayant une expérience de l'alimentation (issus tant du milieu hospitalier que non hospitalier), de diététiciens pédiatriques et de représentants des associations communautaires actives dans les soins aux nourrissons et aux enfants (Kind en Gezin, ONE). Les membres seront choisis par le Ministre en fonction de leur expertise en la matière et sur présentation de leur candidature via les fédérations nationales concernées.

Les missions de ce groupe d'experts comprendront :

- L'élaboration de recommandations pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, tant en ce qui concerne l'allaitement que l'alimentation au biberon et l'alimentation complémentaire. L'objectif consiste, en ce sens, à élaborer un document scientifique consacré à l'importance et aux avantages de l'allaitement et de le diffuser auprès des acteurs intéressés de près par la problématique. Les recommandations en matière d'alimentation au biberon et d'alimentation complémentaire doivent aussi être étayées par des connaissances théoriques et pratiques objectives et indépendantes, tenir compte des us et coutumes de la population belge et des initiatives au niveau européen et faire l'objet d'un consensus.
- La communication de ces recommandations au personnel de santé médical et paramédical via les fédérations professionnelles, à l'image de Folia Farmaceutica ou par de brefs flashes d'information électroniques (diffusé via les sites consacrés à la santé).
- L'élaboration de recommandations concernant l'intégration des recommandations dans le cursus de formation et de formation continue des prestataires de soins tant dans le secteur préventif que curatif (médecins, infirmiers, pharmaciens, diététiciens, ...).
- L'élaboration du guide alimentaire spécifique pour les enfants, l'accent étant particulièrement mis sur les nourrissons, de même que la participation à l'élaboration du guide spécifique pour les femmes (voir axe 1).

Finalement, l'initiative sera prise pour permettre la délivrance directe aux consommateurs de l'alimentation infantile pour les premiers mois de vie (préparations pour nourrissons) exclusivement par le biais des officines de pharmacies afin de pouvoir garantir un conseil professionnel impartial aux parents.



MINÉRAUX, VITAMINES ET AUTRES COMPOSANTS ALIMENTAIRES

Identification et situation de la problématique

De nombreux composants tirés de l'alimentation quotidienne sont essentiels au fonctionnement optimal de l'organisme. Les micronutriments, tels que les vitamines, les minéraux et les oligo-éléments, sont indispensables au fonctionnement normal du corps humain. Une insuffisance manifeste peut se traduire par des phénomènes de carence pouvant même conduire à la mort à court ou à long terme. Les conséquences d'un apport suboptimal sont, en revanche, souvent imperceptibles en apparence. De plus, l'alimentation contient de nombreux autres éléments qui, s'ils ne conduisent pas nécessairement à de graves dysfonctionnements en cas de carence, jouent néanmoins un rôle essentiel dans le bon fonctionnement de l'organisme et la prévention de certaines maladies chroniques. De tels composants comprennent, entre autres, les fibres alimentaires, les pré- et probiotiques, les antioxydants, les substances végétales, etc.

Aucune information récente et fiable sur la consommation des micronutriments dans la population belge n'est disponible pour la plupart des micronutriments et autres substances. Les résultats de l'enquête nationale de consommation alimentaire ne permettent qu'une estimation limitée de la consommation de ces nutriments. Mais aucune information plus spécifiquement consacrée aux groupes spécifiques de la population, comme les nourrissons et enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées, ... n'est pratiquement disponible.

Les experts en alimentation s'accordent néanmoins sur le fait qu'en dépit de l'abondance d'aliments disponibles, quelques problèmes, méritant un surcroît d'attention dans le cadre du PNNS-B, peuvent être identifiés.

Ces problèmes sont notamment liés à une carence ou à un apport suboptimal en:

- iode, par l'alimentation, dans la population en général.
- fer et acide folique chez les femmes enceintes.
- fer, calcium et vitamine D chez les nourrissons, les jeunes enfants et les adolescents.
- calcium et vitamine D chez les personnes âgées.
- vitamines, minéraux et autres substances dans la population en générale et dans certains groupes spécifiques de la population suite à une alimentation monotone, insuffisamment variée ou inadéquate.

La problématique de la dénutrition en général est traitée dans le axe 6.



Les objectifs du PNNS-B

Les objectifs du PNNS-B dans ce contexte sont doubles :

- Identification des mesures nécessaires pour réduire la survenance de carences dans certains groupes de population.
- La détermination plus précise du rôle que peut jouer la supplémentation dans le domaine de la santé publique en général et auprès de certains groupes cibles en particulier, de même que l'identification de l'information scientifique spécifique et/ou des besoins de recherche en ce domaine.

L'iode pour la population en général

Contexte

L'iode est un composant essentiel des hormones thyroïdiennes. Ces dernières jouent un rôle régulateur dans le métabolisme de la plupart des cellules de l'organisme. En outre, elles sont vitales pour le développement du cerveau qui débute, chez l'homme, dès le stade fœtal et se poursuit durant les deux ou trois premières années de la vie.

La quantité journalière d'iode recommandée en 2001 par l'OMS/l'UNICEF/l'ICCIDD est de 150 µg pour les adolescents et adultes, de 200 µg pour les femmes enceintes et allaitantes, de 120 µg pour les enfants en âge d'aller à l'école et de 90 µg pour les nourrissons et les jeunes enfants de moins de 3 ans.⁶⁵

Une carence en iode provoque un certain nombre de troubles dus à un mauvais fonctionnement de la thyroïde, le plus sérieux d'entre eux étant un retard irréversible du développement neuro-intellectuel des jeunes enfants.

L'apport en iode reste, en Belgique, l'un des plus précaires en Europe, comme le souligne une enquête mesurant la taille de la thyroïde sur la base d'excrétions urinaires d'iode et comme le formule le Conseil Supérieur d'Hygiène dans son avis de 1998⁶⁶.

Cette problématique concerne toute la population mais est plus particulièrement préoccupante pour les femmes durant leur grossesse et la

⁶⁵ Delange. Iodine deficiency in Europe anno 2002. Thyroid International 5 : 1-18, 2002

⁶⁶ Conseil Supérieur de l'Hygiène (1998) ; Information destinée au corps médical et au grand public relative à l'apport adapté d'iode par l'alimentation et aux moyens les plus efficaces d'augmenter l'offre d'iode (Avis du 30.09.1998, approuvé le 28.10.1998).



période où elles allaitent leur enfant. L'un des aspects du problème est l'apport insuffisant en iode par l'alimentation.⁶⁷

Mesures proposées

Mesures axées sur le remplacement du sel de cuisine et de table par du sel iodé.

En 1998 le Conseil Supérieur d'Hygiène publia une série de conseils consacrés à l'amélioration de l'apport en iode dans la population en général. La même année, l'Académie Royale de Médecine de Belgique publia également des recommandations dans ce contexte⁶⁸. Les mesures qui seront prises afin d'augmenter l'apport d'iode dans la population doivent s'inscrire dans l'approche alimentaire globale du PNNS-B.

A ce titre, une recommandation visant à augmenter la consommation de produits de la mer devra être mise en balance avec l'évaluation des risques de contamination. De même, toute recommandation visant à remplacer le sel de table par du sel iodé devra s'inscrire dans la politique générale de réduction de la consommation de sel.

Un apport suboptimal d'iode dans la population globale peut facilement être corrigé par la consommation des aliments adéquats. La principale mesure envisagée dans ce cadre sera donc le remplacement du sel de cuisine par le sel iodé dans la préparation des aliments

Cette mesure se concrétisera à trois niveaux :

- Encourager l'utilisation de sel iodé (10-15 ppm) dans les boulangeries et l'industrie alimentaire, en concertation avec les acteurs impliqués.
- Partout où cela s'avère nécessaire, renforcer la disponibilité de sel enrichi d'iode dans les magasins. Cet aspect de la mesure fera également l'objet d'une concertation avec les secteurs concernés.
- Prévoir la disponibilité de compléments alimentaires adaptés aux besoins de la population et de groupes de population spécifiques parmi lesquels les femmes enceintes. Cet aspect de la mesure sera mis en œuvre dans

⁶⁷ Glinoeur D. The regulation of thyroid function during normal pregnancy: importance of the iodine nutrition status. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2004 Jun;18(2):133-52.

⁶⁸ Académie Royale de Médecine de Belgique (1998): Recommandations concernant la problématique de la carence en iode en Belgique, <http://www.amb.be/avis&recommand3.htm>



le cadre de la législation européenne en la matière et en concertation avec les secteurs concernés.

Arriver à un consensus scientifique sur l'approche de la problématique de l'iode dans les groupes cibles spécifiques.

La question de savoir quelles actions scientifiquement fondées sont nécessaires à l'égard des femmes enceintes ou allaitantes, des nourrissons et jeunes enfants, des personnes âgées sera posée à l'Association Belge de Médecine et au Conseil Supérieur d'Hygiène. Un consensus sera adopté à ce propos, tout comme en ce qui concerne l'identification des lacunes dans l'analyse scientifique du statut iodé de ces groupes cibles.

Dans l'attente de ce consensus et en l'absence de programme pour l'enrichissement de l'iode, il est recommandé de systématiquement donner un supplément iodé aux femmes enceintes et allaitantes.

Le taux d'iode que contiennent les produits commerciaux destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants fait l'objet d'une réglementation européenne sur la base du conseil de l'AESA.

Afin d'éviter les risques d'excès, il convient de prévoir un contrôle des teneurs en iode. La prochaine édition de l'enquête nationale de consommation alimentaire comprendra un volet destiné à évaluer la prise alimentaire de micronutriments dans la population et, en particulier, dans certains groupes cibles (voir aussi axe 7).

Les recommandations spécifiques liées à l'iode feront partie de la brochure sur l'alimentation du PNNS-B. Une alimentation plus variée mènera, en effet, à un apport plus élevé de denrées naturellement riches en iode. Il sera, par ailleurs, indiqué qu'il convient, de préférence, d'opter pour du sel enrichi en iode plutôt que pour du sel de table et que le « sel de mer » n'est pas un sel iodé.

Fer et acide folique chez les femmes enceintes

Contexte

En dépit de la concentration suffisante en fer et en acide folique de l'alimentation, l'apport de ces nutriments n'est pas optimal, notamment chez



la femme enceinte. De la puberté à la ménopause, les besoins en fer d'une femme sont clairement plus élevés que ceux de l'homme (principalement suite aux pertes menstruelles).

Les femmes sont, en outre, souvent peu conscientes du fait qu'elles ont des besoins plus élevés en fer et qu'elles doivent attacher de l'importance aux denrées riches en fer à haute biodisponibilité (viande, charcuterie, volaille, poisson, œufs). Les femmes ne sont pas non plus conscientes de l'importance de l'acide folique lors de la grossesse.

Certains comportements alimentaires alternatifs (végétarisme déséquilibré, véganisme, régimes déséquilibrés ou restrictifs, ...), proposés par les médias populaires, favorisent également souvent une carence en fer et en vitamine B12, ce qui fait le lit de l'anémie.

Une attention particulière pour les folates (acide folique et polyglutamates) est nécessaire chez la femme pendant sa période de fécondité. La carence en acide folique durant les premiers mois de grossesse peut provoquer un défaut de fermeture du tube neural (NTD). Cette carence est responsable du spina-bifida et de l'anencéphalie. Une carence plus modérée à un stade ultérieur peut provoquer un retard de croissance in utero ou une déficience de la réserve de folates chez le nouveau-né.

L'acide folique doit être présent en quantités suffisantes dès les premiers jours de la grossesse car les malformations du tube neural se manifestent entre le 18^{ème} et le 30^{ème} jour qui suit la conception. Il importe donc d'ingérer suffisamment d'acide folique par l'alimentation durant la période qui précède la conception.

Différentes études ont clairement établi qu'un apport complémentaire de 400 µg d'acide folique par jour semble utile pour réduire le risque de défaut de fermeture du tube neural de près de 50%.

Il importe donc que les femmes en âge de procréer soient conscientisées à l'importance d'un apport approprié en acide folique au moment de la conception.

Mesures proposées

Sensibilisation.



Les recommandations spécifiques liées au fer et à l'acide folique feront partie du guide alimentaire général du PNNS-B. L'importance d'une alimentation variée et les principales sources de fer y seront indiquées.

Une campagne d'information, sous forme d'un guide spécifique sera élaborée en collaboration avec les associations de médecins et de gynécologues. Elle ciblera la femme en âge de procréer et traitera de l'importance de l'acide folique et du fer. Les sources naturelles de folates (principalement sous la forme de polyglutamates) ont une biodisponibilité en moyenne 50% inférieure à celle de l'acide folique. L'alimentation ne permet pas d'atteindre une quantité d'acide folique optimale au moment de la conception et durant la grossesse. Il est donc recommandé que les femmes qui souhaitent devenir enceintes bénéficient systématiquement d'un apport en acide folique.

L'éducation et la sensibilisation du public cible (les jeunes adultes) se dérouleront également dans le cadre de la communication du PNNS-B, plus précisément dans les hautes écoles et les universités.

Il peut arriver, chez les femmes enceintes, que l'apport en fer par l'alimentation soit insuffisant pour couvrir les besoins, même en cas de bon suivi des principes de base d'une alimentation équilibrée. C'est principalement le cas à partir du second trimestre de grossesse. Une supplémentation en fer est alors justifiée.

Une évaluation spécifique de la situation alimentaire des femmes enceintes en Belgique sera prévue dans le cadre de la seconde phase de l'enquête nationale de consommation alimentaire (voir aussi axe 7).

Fer, calcium et vitamine D chez les nourrissons, les jeunes enfants et les adolescents

Contexte

Le calcium et la vitamine D sont deux importants nutriments qui interviennent dans la construction des os. Une carence de l'un des deux peut provoquer de sérieux troubles de formation osseuse et mener, à terme, à l'ostéoporose.⁶⁹

Les résultats de l'enquête de santé (2001) indiquent que l'ostéoporose se manifeste, en Belgique, chez des personnes âgées dans 4,4 % des cas chez

⁶⁹ Boonen S, Body JJ, Boutsen Y, Devogelaer JP, Goemaere S, Kaufman JM, Rozenberg S, Reginster JY. Evidence-based guidelines for the treatment of postmenopausal osteoporosis: a consensus document of the Belgian Bone Club. *Osteoporos Int.* 2005 Mar;16(3):239-54. Epub 2005 Jan 26



les hommes et 18,9 % chez des femmes de plus de 65 ans.⁷⁰ Vu la méthodologie utilisée (interview) la prévalence réelle est probablement plus élevée. Des études dans d'autres pays identifient des prévalences de 50% et plus chez les femmes âgées de plus de 60 ans, se basant sur la mesure de la densité osseuse.⁷¹

Ceci trouve notamment son origine dans un apport trop faible de calcium durant la période qui précède la densité osseuse maximale, en d'autres termes la densité calcique maximale de l'os, vers l'âge de 20 – 25 ans. Après cette période, le calcium reste crucial dans la mesure où un apport adapté de calcium contribue significativement à limiter la perte osseuse.

L'importance du rôle qu'ont à jouer les produits laitiers, plus particulièrement le lait et le fromage ou les boissons à base de soja enrichies en calcium est d'autant plus claire qu'ils représentent entre deux tiers et trois quarts de l'apport en calcium dans nos habitudes alimentaires. Un équilibre devra nécessairement être trouvé pour concilier ce rôle-clé à l'apport d'acides gras saturés de ces mêmes produits.

La vitamine D requiert une attention particulière chez les jeunes enfants et les personnes âgées. Outre l'apport par l'alimentation, la vitamine D est également synthétisée par la peau lors de l'exposition au soleil. En cas de limitation de cette exposition de la peau, par exemple chez les jeunes enfants et les personnes âgées, l'apport alimentaire n'est pas suffisant pour couvrir les besoins.

Le nouveau-né vient au monde avec une certaine réserve de fer. En principe, cette réserve suffit à couvrir les besoins jusqu'à l'introduction d'une alimentation complémentaire et compense la relative pauvreté du lait maternel en fer. Le moment opportun pour démarrer l'alimentation complémentaire fait l'objet de nombreuses polémiques. Ce moment est souvent déterminé en fonction des habitudes et des coutumes, tout comme le sont les premières denrées utilisées. Une introduction prématurée est considérée comme un facteur de risque pour le déclenchement d'allergies et est déconseillée dans la mesure où elle se substitue à l'allaitement. Une introduction trop tardive n'est pas non plus idéale dans la mesure où elle peut nuire au développement psychomoteur de la mastication et de la déglutition et favoriser d'éventuelles carences alimentaires, par exemple en fer. Dans un rapport de l'OMS, la consultation d'experts consacrée à la durée optimale de l'allaitement exclusif arriva à la conclusion que l'allaitement exclusif offre différents avantages jusqu'à 6 mois pour la mère et l'enfant mais qu'il peut aussi conduire, chez certains enfants, à une carence en fer. Il importe que les médecins et le personnel paramédical concernés par le suivi du nourrisson y prêtent attention.

⁷⁰ Enquête de santé (2001)

⁷¹ Centrum voor Operationeel Onderzoek in Volksgezondheid (COOV) (1999): Osteoporose – Heupfracturen; Gegevens van België en bijdrage voor het gezondheidsbeleid; EPISERIE Nr. 18



Mesures proposées

Sensibilisation.

Dans la cadre de la communication émanant du PNNS-B, l'attention se portera sur :

- La conscientisation du consommateur à l'importance de l'exposition à la lumière du jour et aux risques de carence en vitamine D associée aux régimes pauvres en énergie ou pauvres en graisses. L'attention des mères sera attirée sur le fait que les jeunes enfants qui ne reçoivent que des produits laitiers écrémés courent un risque accentué de carence en vitamine D.
- L'importance du calcium et les recommandations pour parvenir à un apport calcique suffisant dans les différentes catégories d'âge (plus spécifiquement avec 2 ou 3 rations de produits laitiers par jour). L'accent sera également mis sur les risques qui vont de pair avec l'élimination des produits laitiers sans apport substitutif (par exemple les produits à base de soja ou d'autres denrées pour autant qu'elles soient riches en calcium).
- L'importance d'une alimentation appropriée pour les nourrissons et les enfants (voir chapitre alimentation des nourrissons et jeunes enfants) et la sensibilisation des enfants, des parents et du corps médical pour une diversification précoce (en fonction des recommandations) de l'alimentation des enfants et des adolescents, plus précisément dans l'enseignement et par le biais des organisations actives dans le domaine de l'enfance (Kind & Gezin, ONE).
- L'application et la fixation (si nécessaire) de critères légaux quant à la composition et au mode d'emploi de l'alimentation infantile auront pour cadre la législation européenne en la matière. Dans ce contexte, l'âge d'introduction optimal de l'alimentation complémentaire pour la population belge et sa composition seront examinés en concertation avec le groupe d'experts qui sera créé (voir chapitre alimentation des nourrissons et jeunes enfants).
- L'importance d'un apport plus élevé en iode par l'alimentation (surtout via le pain, la viande, les produits à base de viande, le blé et les pommes de terre) chez les adolescents, une attention spéciale étant accordée au sous-groupe des filles.



Calcium et vitamine D chez les personnes âgées

Contexte

De par leur style de vie moins actif, leur séjour en institutions ou en maisons de repos, leur dépendance à l'alimentation offerte par l'institution, de mauvaise qualité ou autre, la baisse d'appétit, l'accès restreint aux magasins, la lassitude, la précarité, ... les personnes âgées courent un risque plus élevé de dénutrition (voir aussi axe 6).

Cette diminution de l'apport alimentaire se manifeste par un apport restreint non seulement d'énergie et de macronutriments mais aussi de certains nutriments, parmi lesquels le calcium et la vitamine D.

Mesures proposées

Sensibilisation.

Outre les mesures proposées dans le cadre de la lutte contre la dénutrition, il importe de sensibiliser les personnes âgées et le personnel médical à la haute prévalence des carences mixtes en ces deux nutriments chez les seniors, qu'ils soient institutionnalisés ou non.

Dans le cadre des effets anti-fracturaires avérés des compléments combinant calcium et vitamine D, l'utilisation systématique de tels compléments est à recommander pour cette catégorie d'âge.

Il est nécessaire également d'établir un état des lieux additionnel concernant d'autres nutriments critiques pour les personnes âgées tels la vitamine C, l'acide folique et le zinc (liste non exhaustive).

Une évaluation de la situation alimentaire des personnes âgées au sein de la population sera entreprise dans le cadre du second volet de l'enquête nationale de consommation (voir axe 7).

Cette problématique sera également abordée dans le cadre de la communication entourant le PNNS-B.



Apport suboptimal de vitamines, de minéraux, d'oligo-éléments et d'autres composants alimentaires

Contexte

Un régime alimentaire adapté et varié apporte, dans des circonstances normales, tous les nutriments nécessaires au bon développement de l'organisme et à son maintien dans un bon état de santé, et ce dans des quantités correspondant à celles qui sont établies et recommandées à la lumière des données scientifiques généralement admises. Des enquêtes montrent cependant que cette situation idéale n'est pas une réalité pour tous les nutriments, ni pour tous les groupes de population. Bien qu'aucune donnée détaillée ne soit disponible pour la population belge, il semble plausible qu'une telle situation soit aussi une réalité en Belgique. Les résultats de l'enquête nationale de consommation alimentaire illustrent, en effet, que l'apport journalier en calcium, en fer et en vitamine C se situe en dessous des quantités journalières recommandées chez une grande partie de la population.

L'alimentation contient également de nombreuses substances, ayant un effet nutritionnel et physiologique, pouvant jouer un rôle pour la santé. Tombent notamment dans cette catégorie les substances qui ont un effet antioxydant comme les isoflavones, les polyphénols, les flavonoïdes, la lutéine, la lycopène, ... autant de substances ayant un effet sur certains facteurs de risque comme les phytostérols du soja et les substances qui favorisent l'équilibre de la flore intestinale telles que probiotiques et certaines fibres alimentaires prébiotiques.

Les effets de telles denrées alimentaires font l'objet de nombreux nouveaux projets de recherche et l'industrie alimentaire y voit un élément important pour lancer de nouveaux aliments dotés de propriétés fonctionnelles sur le marché. Les aspects relatifs à la communication, aux fondements scientifiques et à la protection du consommateur dans ce contexte sont traités dans l'axe 4.

De nombreux effets utiles sont décrits dans la littérature scientifique, entre autres en ce qui concerne les propriétés protectrices des antioxydants, les effets sur la flore intestinale et la résistance naturelle de certains pré- et probiotiques, les effets réducteurs du soja sur le cholestérol, ... De telles études sont soutenues par l'Union Européenne. Il est donc également opportun de stimuler de tels développements au niveau belge et d'analyser dans quelle mesure l'ingestion de telles denrées, via l'alimentation de la population, peut se concrétiser par des effets de santé utiles. Dans l'intérêt d'un mode de vie spécifique ou pour d'autres raisons, il peut aussi être souhaitable d'augmenter l'ingestion de certaines substances alimentaires ou



d'autres substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique, par le biais de produits alimentaires ou de compléments alimentaires spécifiques.

Mesures proposées

Une politique encourageant la recherche scientifique dans ce domaine et permettant un large choix de compléments alimentaires pour autant que la sécurité et l'information du consommateur soient garanties.

Dans la mesure où des données détaillées sur la situation alimentaire de la population belge sur le plan des micronutriments font défaut, il n'est pas indiqué de proposer des mesures générales visant à améliorer l'apport en micronutriments et autres substances.

La Belgique a toujours joué un rôle précurseur dans la mise à disposition, par le biais de la réglementation, d'une offre large de produits et de compléments alimentaires sans danger et correctement étiquetés (en ce compris de nutriments, de plantes, de préparations à base de plantes et d'autres substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique) et la possibilité donnée au consommateur ou au prestataire de soins médicaux d'enrichir l'alimentation quotidienne sur base volontaire ou médicalement recommandée. La politique visera à préserver cette possibilité de choix dans le futur via la création d'un cadre légal européen s'inspirant de la législation belge actuelle et prenant en compte les lignes directrices du Conseil de l'Europe en la matière.

La compilation de la littérature scientifique internationale et la recherche d'un consensus concernant la manière la plus adéquate d'assurer des suppléments efficaces et dénués de tout risque pour la santé sont la tâche du monde de la santé.

L'extension et l'adaptation de la méthodologie de l'enquête de consommation alimentaire belge afin de permettre l'examen de l'état alimentaire de la population au niveau des micronutriments et d'autres denrées alimentaires ayant un effet nutritionnel ou physiologique est une priorité de la prochaine phase de cette enquête (voir axe 7).

L'encouragement de la recherche scientifique relative aux effets de santé des denrées présentes dans l'alimentation et pouvant être utilisées dans le cadre de nouveaux produits alimentaires innovants (ex. : antioxydants, prébiotiques, probiotiques, ...) constitue également un aspect de la politique à mener pour



permettre un vaste choix de produits et de suppléments alimentaires fonctionnels pour autant que la sécurité, le fondement scientifique et l'information correcte du consommateur soient garantis.

Le potentiel de renforcement de la santé par l'ingestion d'une alimentation variée et riche en fruits, légumes et autres denrées dont il est scientifiquement démontré qu'elles peuvent jouer un rôle positif pour la santé et diminuent les risques, sera repris dans les initiatives de communication dans le cadre du PNNS-B.



AXE 5: DÉNUTRITION : PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE

L'organisation du système de soins en Belgique est conçue de manière à offrir un dépistage et un traitement efficace des maladies au sein de la population. Le système se compose d'un large réseau d'institutions (hôpitaux, maisons de repos et de soins, établissements psychiatriques), de médecins et de personnel paramédical (infirmiers, diététiciens, pharmaciens, ...).

En octobre 2005, la Belgique comptait 147 hôpitaux généraux ayant une capacité de 55.154 lits reconnus, 69 hôpitaux psychiatriques pourvus de 15.620 lits reconnus, 1.013 maisons de repos équipées de 47.336 lits reconnus et 41 centres de soins psychiatriques avec 3.241 lits.

Identification et situation de la problématique

La dénutrition, définie en tant que carence nutritionnelle, est un problème majeur de santé publique dans notre société. De nombreux patients affectés par des maladies graves courent le risque de souffrir de dénutrition, une problématique insuffisamment reconnue.

Il ressort des conclusions d'un groupe de travail particulier du Conseil de l'Europe, que l'alimentation moyenne d'une majorité de patients en séjour à l'hôpital se situe sous le seuil de l'apport nutritionnel recommandé et que les patients perdent du poids durant leur traitement⁷².

Les causes de la dénutrition sont multiples et variées. De nombreuses études démontrent que la dénutrition, associée à l'affection sous-jacente, augmente le risque de complications, diminue la résistance aux infections, détériore l'état physique et mental du patient et peut élever le risque de mortalité, ce qui a un sérieux impact sur les coûts des soins de santé. Les risques de dénutrition augmentent également avec l'âge.

Dans ces conditions, une intervention sur le régime alimentaire peut favoriser le rétablissement et prévenir, dans certains cas, les complications et la mortalité. Malgré l'absence de chiffres précis en Belgique, il est estimé que 30 à 40% des patients séjournant à l'hôpital sont susceptibles de souffrir de dénutrition. Par ailleurs, le problème de la dénutrition touche également les patients résidant en maisons de repos et ceux qui bénéficient de soins à

⁷² Council of Europe (2002); Food and Nutritional Care in Hospitals: How to prevent undernutrition; Report and recommendations of the Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Protection; Council of Europe Publishing, ISBN 92-871-5053-2



domicile. Les patients dénutris entrent rapidement dans un cercle vicieux conduisant à la régression clinique progressive. Le séjour en milieu hospitalier peut durer jusqu'à deux fois plus longtemps et le risque de complications et de décès est de 2 à 20 fois supérieur par rapport aux patients souffrant des mêmes maladies mais dont l'état alimentaire est bon.⁷³

Le Conseil de l'Europe confirme qu'un dépistage précoce et actif, associé à un suivi du régime alimentaire, peut contribuer à une réinsertion socioéconomique plus rapide du patient et à une amélioration de sa qualité de vie. En 2003, le Conseil a promulgué une résolution et a formulé des recommandations relatives à la situation dans les hôpitaux. Elles comprennent, entre autres :⁷⁴

- La définition claire des responsabilités du personnel soignant et du management de l'hôpital en matière de soins alimentaires ;
- La mise en place de standards scientifiques pour l'estimation, l'évaluation et la surveillance du régime alimentaire et des risques de dénutrition du patient ;
- L'extension de la responsabilité de l'institution en matière de soins alimentaires jusqu'après l'hospitalisation ;
- L'amélioration du niveau de formation du personnel de santé ;
- La promotion d'une offre de repas individuels et flexibles avec la possibilité, pour le patient, de demander des rations supplémentaires ;
- L'intervention du patient dans l'élaboration du planning de prise des repas ;
- La promotion de la coopération et de la communication au sein du personnel hospitalier pour garantir un niveau optimal de soins alimentaires, y compris l'amélioration de la communication entre le niveau hospitalier et le personnel de santé de première ligne.
- Loin d'être un service hôtelier, l'alimentation est un aspect essentiel du traitement des patients. Elle doit donc être considérée comme tel par la direction de l'hôpital.
- La direction doit reconnaître la responsabilité des dispensateurs de soins alimentaires et doit donner la priorité à une politique alimentaire interne.
- Lors de la définition du budget alloué à l'alimentation, il est nécessaire de tenir compte des coûts engendrés par les complications et par la prolongation des séjours en hôpital dus à la dénutrition.

Les objectifs du PNNS-B

⁷³ Pepersack, T. (2005); Outcomes of Continuous Process Improvement of Nutritional Care Program Among Geriatric Units; J. Geront. Vol. 60A, No. 6, 787-792

⁷⁴ Council of Europe Committee of Ministers (2003); Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals (Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies)



Le PNNS-B prévoit un certain nombre de mesures destinées à s'attaquer de manière efficace à la problématique de la dénutrition, en tenant compte des recommandations proposées par le Conseil de l'Europe.

Les mesures du Plan National Nutrition et Santé Belge couvrent les domaines suivants :

- Les hôpitaux
- Les maisons de repos et de soins
- Les soins à domicile
- L'enseignement
- La participation aux frais

L'objectif du PNNS-B est d'identifier les mesures nécessaires afin de parvenir à une réduction de la dénutrition, en tenant compte des recommandations du Conseil de l'Europe en la matière.

Mesures proposés

Hôpitaux

Contexte

La dénutrition est un processus qui peut exister préalablement à l'admission et que l'hospitalisation peut provoquer ou aggraver. L'état nutritionnel du patient lors de son admission est déterminé en grande partie par les habitudes et les choix alimentaires qu'il a fait au fil du temps. Il est donc essentiel que les médecins de famille attachent une grande importance aux habitudes alimentaires de leurs patients.

Des mesures ciblées sur le régime alimentaire des patients sont possibles dès leur admission à l'hôpital. Un dépistage systématique de la dénutrition ou l'évaluation de l'état nutritionnel de tous les patients admis devrait constituer la base de la sélection des patients nécessitant une intervention nutritionnelle.

Durant l'hospitalisation, la consommation de nourriture et de boissons en suffisance n'est pas simple. Il arrive souvent que certaines pratiques, propres au séjour en hôpital, détériorent l'état nutritionnel du patient ou mènent à la déshydratation. Quelques exemples en sont : les examens pour lesquels le patient doit rester à jeun, les examens ayant lieu durant les heures de repas, la prescription ou l'application de régimes restrictifs souvent non indiqués, le manque d'assistance professionnelle pour les patients qui ne sont pas



capables de se nourrir ou de boire seuls, l'absence de contrôle sur la prise effective de leurs repas par les patients, ...

À la sortie de l'hôpital, le médecin de famille ou l'équipe prenant le patient en charge (en maison de repos ou dans le cas de soins à domicile) ne reçoit souvent que peu ou pas du tout d'informations et de recommandations relatives à l'état nutritionnel du patient.

Finalement, le manque d'une formation solide en matière d'alimentation et de problèmes nutritionnels dans le cursus des médecins et du personnel de santé joue également un rôle important. La principale raison qui explique la persistance de cette problématique est, en effet, qu'elle n'est pas suffisamment connue ni reconnue.

Mesures proposées

Nomination d'un responsable nutrition et d'un comité nutrition dans chaque institution hospitalière.

Chaque institution hospitalière nommera un **responsable nutrition** parmi les médecins spécialistes ayant une expertise de la nutrition, par analogie avec l'hygiéniste hospitalier. D'autres critères seront définis ultérieurement.

Les prérogatives du responsable nutrition incluront :

- La mise en place d'un **comité de nutrition** répondant aux besoins spécifiques de l'institution regroupant au moins le responsable de la nutrition lui-même, assisté par un représentant des médecins, des diététiciens, du cadre infirmier, de la pharmacie de l'hôpital ainsi que des responsables des cuisines et de la direction.
- Le comité de nutrition assiste le responsable nutrition dans l'exécution des tâches citées ci-dessous :
 - La définition d'une **politique globale de nutrition** pour l'institution.
 - La mise en place d'un **dépistage et d'une évaluation systématiques de l'état nutritionnel** de tous les patients lors de leur admission à l'hôpital. Ces données doivent être enregistrées dans le dossier médical du patient.
 - L'élaboration de **protocoles d'intervention** scientifiques pour la prise en charge des patients dénutris en fonction de leur pathologie, de l'âge et en tenant compte des voies d'accès potentielles.



- La mise en place d'un **contrôle rigoureux de la restauration collective** afin d'assurer que les recommandations nutritionnelles satisfont aux besoins de la population concernée.
- La garantie d'une **formation continue** en matière de nutrition et de lutte contre la dénutrition pour les équipes médicales, infirmières et paramédicales au sein de l'institution.
- La détermination des **moyens nécessaires**, humains et matériels, afin que les mesures citées ci-dessus puissent être appliquées et la communication à la direction de l'hôpital de toutes les propositions nécessaires pour les rendre opérationnelles.
- L'**évaluation de l'application** de ces mesures sur le terrain.
- Assurer la continuité de la prise en charge en liaison avec le niveau des soins à domicile et les maisons de repos.

Création d'un Groupe National d'Experts en dénutrition.

Un Groupe National d'Experts en Dénutrition sera créé au niveau Fédéral.

Ce groupe sera constitué de 10 experts en dénutrition et comprendra des représentants de médecins spécialistes, de diététiciens, des soignants et de pharmaciens. Les membres seront choisis par le Ministre en fonction de leur expertise en la matière et sur présentation de leur candidature via les fédérations nationales concernées.

Le rôle du Groupe National d'Experts sera notamment :

- D'établir des lignes de conduite scientifiques concernant les méthodologies standardisées appropriées pour le dépistage et le suivi des patients dénutris en fonction de l'âge et de la pathologie (ex. SNAQ, MUST, SRNP...).
- D'élaborer des conseils relatifs aux mesures et aux moyens nécessaires pour l'application des lignes de conduite proposées.
- De donner des conseils à l'INAMI en matière de dossier, de mesures et de budgets nécessaires pour la participation aux coûts, aussi bien humains que matériels, des interventions nutritionnelles.



Maisons de repos et de soins

Contexte

Dans les maisons de repos ou autres établissements d'hébergement collectifs pour personnes âgées, même si on considère que, dans la plupart des cas, la nourriture y est présentée en quantité et en qualité satisfaisante, on constate la persistance d'un pourcentage important de résidents en état de dénutrition (des études en Belgique et à l'étranger ont montré un taux de 40 à 80% de dénutrition). Un état nutritionnel adéquat est une condition essentielle pour le maintien de la santé, le rétablissement rapide, le renforcement de la résistance et le bien-être en général.

La cause principale se situe dans le manque de dispositions réglementaires relatives non seulement aux exigences pour la composition qualitative et quantitative des repas du résident, mais aussi au contrôle de son état nutritionnel. Cela va de pair avec le manque de dispositifs structurels pour la prise en charge d'une politique alimentaire dans les institutions, y inclus les qualifications du personnel.

La méconnaissance des besoins nutritionnels de la personne âgée et le manque de formation pour l'ensemble du personnel intervenant en maison de repos constituent la deuxième cause du problème à laquelle il faut s'attaquer. Les signes habituels liés au vieillissement et aux pathologies rencontrées chez la personne âgée masquent les symptômes de malnutrition ou de dénutrition. La dentition et les gencives sont souvent abîmées. Chez les personnes âgées, la prise alimentaire est, en outre, ralentie. Celles-ci ont moins faim, ressentent plus rapidement un sentiment de satiété et la sensation de soif est diminuée. L'aspect social des repas, c'est-à-dire le manque de plaisir et de convivialité pendant le repas, est également important. Il se crée un cercle vicieux selon lequel une diminution de l'alimentation conduit à une diminution de l'activité physique et à une chute du métabolisme qui entraînent elles-mêmes une nouvelle diminution de l'alimentation. Les personnes âgées sont ainsi les plus susceptibles de souffrir de dénutrition, avec un risque accru de fractures et de moins bon rétablissement en cas de maladie ou d'hospitalisation.



Mesures proposées

Elaboration de critères pour l'accréditation sous forme d'une Charte Alimentaire, à inclure dans les législations communautaires, régionales et fédérales.

Cette charte devra reprendre les critères d'accréditation dans des domaines suivants :

- L'institution devra disposer d'une **politique de nutrition écrite**, dans laquelle l'engagement de la direction est confirmé.
- L'institution devra disposer de **procédures ou de protocoles documentés et appliqués** pour le dépistage précoce de l'ensemble des résidents et le suivi de la personne âgée dénutrie. Ces procédures ou protocoles devront prévoir au minimum :
 - o Un contrôle régulier du poids ;
 - o Un contrôle régulier de l'hygiène bucco-dentaire (y inclus les prothèses dentaires) ;
 - o La manière dont les signes de risque distinctifs de dénutrition, en particulier en cas de maladie, est consignée dans le dossier de soins individuel du patient et transmise au médecin traitant et/ou au diététicien.
- L'institution devra disposer d'un « responsable qualité & nutrition » qui, sous l'égide du médecin coordinateur et conseiller, veillera à respecter la bonne application de la Charte et les procédures ou protocoles établis au sein de l'institution, à la qualité de l'alimentation et des repas, au planning et présentation des menus et repas, à l'hygiène alimentaire et aux adjudications d'achat des aliments et aliment diététiques. Cette personne sera au moins titulaire d'un diplôme de gradué en diététique et sera également chargée du suivi nutritionnel individuel de chaque résident, en collaboration avec le médecin traitant, le médecin coordinateur et l'équipe soignante.
- L'institution devra disposer d'un « **Comité de liaison alimentation et nutrition** ». Ce comité comprendra l'ensemble des professionnels impliqués dans l'alimentation (médecin, diététicien, personnel soignant, cuisinier, ...). Ce comité pourrait être spécifique à un établissement ou être commun à plusieurs établissements. Il aura pour mission:
 - o De rédiger les procédures et protocoles susmentionnés et de les actualiser régulièrement, en fonction de l'organisation et des



possibilités de l'institution ou des institutions qui seront sous la coupe de ce comité de liaison, afin de veiller à l'évaluation de l'état nutritionnel des résidents et à la prise en charge adéquate des résidents dénutris au moyen d'une thérapie nutritionnelle adaptée tenant compte des différentes situations et des différents symptômes.

Dans ce cadre, il est important de prévoir un document de travail (carnet alimentaire & soins) commun à l'hôpital, à la maison de repos et aux soins à domicile, qui contiendra les informations relatives à l'état nutritionnel du patient. Ce document devra accompagner la personne âgée chez les différents intervenants de soins.

- De mettre en œuvre, en concertation avec le médecin coordinateur et conseiller, des mesures de sensibilisation et de formation continue à la problématique de la dénutrition pour l'ensemble du personnel de la maison de repos.
- D'auditer ces mesures.
- L'institution créera un **environnement agréable et une ambiance psychosociale favorable** lors des repas. Les points suivants sont importants en ce sens :
 - Création d'un cadre agréable et convivial.
 - Garantir la présence de personnel suffisant à chaque repas et garantir le matériel approprié pour aider les personnes âgées à manger et à boire.
 - Garantir, à chaque résident, la possibilité de pouvoir donner son avis sur la qualité des repas et les menus servis, notamment via le « conseil des résidents » et le « responsable qualité & nutrition ».
- L'institution offrira une alimentation saine et équilibrée, en veillant tout particulièrement aux points suivants :
 - Offre suffisante de possibilités de choix, en respectant les habitudes alimentaires et les préférences des résidents.
 - Mise à disposition des rations alimentaires individuelles et adaptées afin que chaque personne âgée puisse bénéficier d'un apport adéquat personnalisé.
 - Offre des menus et des repas composés et validés par le Responsable Qualité et Nutrition en fonction des besoins des résidents.
 - Prise en compte des besoins individuels des résidents et notamment des exigences nutritionnelles relatives à certaines allergies alimentaires, à des régimes prescrits par le médecin (par ex. diabète, ...), à des aliments d'une consistance modifiée (par ex. en cas de problèmes de mastication et de déglutition), à des mesures nutritionnelles spécifiques (alimentation par sonde, alimentation liquide), ...
 - Garantie de formation appropriée du personnel responsable de la préparation, de la distribution et du service de l'alimentation



(actuellement, l'accès à la profession de cuisinier n'est pas obligatoire en maisons de repos et de soins).

Soins à domicile

Contexte

Les soins à domicile jouent un rôle important dans la prévention de la dénutrition. En outre – conséquence de la durée plus courte des séjours en hôpital – les soins à domicile deviennent plus longs et plus importants dans la poursuite du traitement nutritionnel afin de permettre une revalidation et une réinsertion sociales plus rapide et l'amélioration de la qualité de vie.

Les soins à domicile constituent souvent le premier niveau de dépistage de la dénutrition et de l'identification des facteurs d'un risque plus élevé. Ils permettent également de rediriger les patients vers une aide plus spécialisée. Les soins à domicile doivent donc être considérés au premier plan comme le niveau le plus important pour mener une action préventive.

Une étude publiée en 1997, portant sur les plus de 60 ans recevant des soins à domicile, révèle les constatations suivantes.⁷⁵

Sur la base d'une évaluation de l'état nutritionnel, il apparaît que 6% des personnes âgées manifestent des signes évidents de dénutrition et que 45% d'entre elles courent un risque élevé de dénutrition.

De nombreux facteurs influençant l'état nutritionnel de manière négative expliquent ces résultats :

- 50% des patients sont complètement dépendants pour la préparation des repas chauds ;
- 17% des patients se font livrer des repas chauds à la maison ;
- 36% des patients ne terminent pas toujours le repas chaud ;
- 14% des patients mangent rarement ou jamais avec plaisir ;
- 73% des patients ont des prothèses dentaires, 10% ne les portent pas en mangeant ;
- 30% des patients n'ont pas de magasin d'alimentation aux alentours ou ne peuvent y accéder ;
- 10% des patients ont des problèmes financiers modérés et 3% d'entre eux en ont de sérieux.

Ces résultats illustrent que l'immobilité, la dépendance aux autres, la lassitude, la régression psychique et physique, l'isolement social et une

⁷⁵ Wouters R., Vandenbroele H., De Ridder D., et al. (1997); Screening en monitoring van voedingsproblemen in de thuisverpleging. De NAME-study. Onderzoeksrapport, Brussel: Wit-Gele Kruis van België. 228.94.3.



situation financière précaire sont des facteurs propices à l'apparition d'un problème de dénutrition chez les personnes âgées vivant seules.

Ce phénomène est encore renforcé par le fait que le contrôle qualitatif et quantitatif de l'alimentation dans un cadre domestique est plus compliqué, voire même impossible, par opposition au milieu hospitalier. Ceci illustre le rôle important du médecin généraliste et de l'aide des soins à domicile dans le suivi de l'état nutritionnel des personnes âgées.

Malheureusement, la méconnaissance du problème du manque d'alimentation et de ses conséquences joue aussi dans le cadre des soins à domicile. Le manque de paramètres relatifs à l'état nutritionnel du patient au Dossier Médical Global est, en ce sens, un facteur primordial. Par ailleurs, ce type d'information est rarement transmis entre hôpitaux, maisons de repos et services de soins à domicile.

Mesures proposées

Mise sur pied d'une campagne de sensibilisation destinée tant aux prestataires de soins de santé qu'aux patients eux-mêmes.

Dans le cadre des soins à domicile, les personnes responsables des soins journaliers du patient sont le mieux à même de dépister la dénutrition. Les organisations de soins à domicile et les médecins généralistes jouent un rôle crucial en ce sens.

Une campagne de sensibilisation destinée à ces prestataires de soins de santé sera lancée afin de les sensibiliser à une méthode simple de détection, de signalement et de traitement des signes de dénutrition. Une telle méthode peut se fonder sur les signes primaires de détection suivants :

- Une impression clinique globale,
- Des informations relatives à une perte de poids indésirable ou à une maladie récente,
- Une diminution récente de l'appétit,
- Un examen, si possible, du poids et de l'indice de masse corporelle.

Ces chiffres renseignent sur l'état nutritionnel du patient qui peut ensuite être redirigé vers un diététicien ou son médecin généraliste.

Cette campagne de sensibilisation ciblera les généralistes, les organisations de soins à domicile et les autres organisations actives dans le secteur des soins à domicile (livraison de repas, ...). Elle prévoira des mesures relatives



au contrôle et à l'aide apportée durant les repas ainsi que des recommandations en matière de contrôle de la qualité nutritionnelle des repas proposés.

La mise en œuvre d'une campagne de sensibilisation par la distribution du guide spécifique destiné aux personnes âgées et aux personnes non professionnelles chargées de leurs soins pour attirer une plus grande attention sur l'importance d'un régime alimentaire complet (plats préparés ou cuisinés, taille des rations, quantité suffisante de boissons, ...) et d'un style de vie adéquat (activité physique, hygiène bucco-dentaire, ...).

L'élaboration d'une méthodologie systématique pour le transfert des données nutritionnelles entre hôpitaux, services de soins à domicile et maisons de repos prévoyant la concertation avec les autres professionnels concernés (médecins généralistes, diététiciens, ...) sous la forme d'un carnet alimentaire. Ce carnet contient les informations relatives à l'état nutritionnel du patient et est à la disposition du médecin traitant et du diététicien à tous les niveaux possibles d'administration de soins.

Mesures destinées à renforcer l'accessibilité des mesures nutritionnelles spécialisées

Contexte

Il ressort des chiffres que la dénutrition représente, en Belgique, une charge supplémentaire annuelle de 400 millions d'euros pour le système de soins.⁷⁶ En marge d'un dépistage déficient, les coûts associés aux mesures nutritionnelles adéquates constituent un obstacle additionnel important pour garantir une action efficace sur la dénutrition.

Les mesures nutritionnelles concernant les patients dénutris permettent de diminuer considérablement la morbidité et la mortalité en cas d'hospitalisation. De telles mesures représentent souvent une charge financière importante pour le patient, conduisant à leur annulation ou à leur cessation prématurée. Contrairement à une visite chez le médecin traitant ou à d'autres traitements médicaux et paramédicaux (dentisterie, kinésithérapie, logopédie, ...), les frais d'un accompagnement nutritionnel spécialisé (diététicien) ne font l'objet d'aucun remboursement.

En ce qui concerne l'usage d'aliments diététiques destiné à des fins médicales spéciales, seul est prévu un remboursement partiel pour certaines

⁷⁶ Étude dirigée par le Professeur L. Annemans – Université



indications médicales, et uniquement pour l'alimentation par sonde. Ce remboursement forfaitaire couvre une partie limitée des frais du patient pour les aliments en tant que tels et le matériel nécessaire à l'administration des soins, comme les sondes et les pompes. Par ailleurs, ce remboursement ne vaut que pour les aliments qui sont administrés par sonde et pas pour les aliments buvables similaires que le patient peut prendre sans aucune assistance. Ces produits et les autres produits alimentaires diététiques destinés à des fins médicales spéciales ne font l'objet d'aucun remboursement. Il existe certes une procédure INAMI permettant le remboursement de certains produits suite à la présentation d'un dossier par le fabricant. Les exemples montrent, cependant, que cette procédure semble trop longue pour mettre ces nouvelles thérapies nutritionnelles rapidement à la disposition du patient.

Le financement des mesures nutritionnelles au niveau hospitalier n'est pas optimal non plus. Les hôpitaux disposent rarement de nutritionnistes dédiés à un suivi nutritionnel spécialisé des patients souffrant de dénutrition et à la réalisation de mesures nutritionnelles. Et contrairement à par ex. l'alimentation par voie parentérale, le coût des mesures nutritionnelles par voie orale est compris dans le forfait normal de l'institution (prix d'une journée d'hospitalisation avec lit), ce qui n'augmente pas leur accessibilité.

Mesures proposées

Favoriser l'accès aux interventions diététiques.

Les mesures suivantes seront examinées :

La définition des conditions dans lesquelles le remboursement de consultations diététiques spécialisées peut être envisagé et la détermination du type de patient qui pourrait en bénéficier.

La définition du type d'interventions nutritionnelles pouvant être motivées sur la base de « l'evidence-based nutrition », la détermination des possibilités de réduction de la participation financière personnelle du patient dans les frais liés à l'alimentation par sonde à domicile et l'examen des possibilités pour rendre la procédure de remboursement des nouveaux produits plus efficace.

Le Comité National d'Experts sera consulté pour l'examen de ces mesures.



Mesures relatives à l'enseignement et à l'éducation

Contexte

Le problème de la dénutrition n'est pas suffisamment connu par le personnel soignant. Cette constatation est la conséquence directe du manque général de connaissances en matière de nutrition, imputable à l'offre insuffisante de cours en ce domaine dans les différents cursus des professions médicales.

Mesures proposées

Elaboration d'une formation de qualité en matière de nutrition dans les diverses formations aux professions de santé.

Il est prévu d'examiner, en collaboration avec les institutions d'enseignement, de quelle manière il est possible d'améliorer la formation en nutrition, qu'il s'agisse de connaissances générales ou de la sensibilisation à des situations nutritionnelles spécifiques à certains groupes de la population tels que les enfants et les personnes âgées. Cette mesure s'appliquera à la formation de tous les acteurs concernés par la nutrition parmi lesquels les médecins, le personnel de santé, les diététiciens, le personnel soignant et dans le cadre des formations hôtelières ou des cours de cuisine, ...

Des notions de nutrition doivent être proposées, en tant que discipline à part entière, dans la formation des médecins généralistes, des spécialistes et des infirmiers et doit pouvoir faire l'objet de recyclages réguliers. La collaboration pluridisciplinaire doit être au centre des attentions dans la formation afin que les médecins et les spécialistes puissent prendre les mesures adéquates et faire appel à une aide spécialisée (le diététicien) plus rapidement.

L'élaboration d'une formation spécifique en restauration collective en milieu hospitalier sera plus particulièrement envisagée et constituera une forme de spécialisation dans le domaine technique de l'école hôtelière.

Enfin, la formation continue du personnel médical et paramédical sur tous les aspects des interventions nutritionnelles dans l'approche et la prévention de la dénutrition sera encouragée.



AXE 6: L'ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION ALIMENTAIRE

L'enquête nationale de consommation alimentaire fut réalisée pour la première fois entre 2004 et 2005.⁷⁷ Ses résultats globaux ont été présentés dans l'introduction.

Identification et situation de la problématique

Durant les débats dans le cadre du PNNS-B, un certain nombre de domaines ont été identifiés pour lesquels des données concrètes ne sont ni disponibles, ni fournies par l'enquête. Ces données sont néanmoins nécessaires pour estimer concrètement certaines problématiques et évaluer l'efficacité des actions proposées dans le PNNS-B.

La méthodologie de l'enquête alimentaire nationale doit, en ce sens, être adaptée ou complétée pour que sa prochaine édition puisse couvrir les domaines identifiés.

Les objectifs du PNNS-B

Les données relatives à l'apport alimentaire et au schéma alimentaire de la population belge et de sous-groupes spécifiques tels que les nourrissons, les jeunes enfants, les enfants et les adolescents sont la pierre angulaire d'une politique alimentaire. Ces données sont nécessaires pour l'estimation et le suivi de la situation alimentaire de la population. Des recommandations ciblées peuvent être faites et des actions concrètes peuvent être entreprises à l'aune de ces données.

Cela permettra également de corriger et/ou d'adapter les objectifs et actions du PNNS-B sur la base de nouvelles données qui seront récoltées au cours de la période s'étalant de 2005 à 2010 dans le cadre de l'enquête nationale de consommation alimentaire et/ou à partir d'autres sources scientifiques.

Le PNNS-B prévoit par conséquent la poursuite de cette enquête sur base périodique. Une prochaine enquête de consommation alimentaire s'attachera avant tout à compléter les données qui n'ont pu être analysées dans la première phase.

⁷⁷ Institut Scientifique de Santé Publique (2005) : <http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epifr/index5.htm>



La disponibilité de données suffisantes sur la composition nutritionnelle des denrées alimentaires, en particulier pour ce qui concerne les micronutriments, est un élément important en l'occurrence. Depuis 1990, l'ASBL NUBEL (NUtriments BELgique) gère l'information nutritionnelle scientifique relative aux denrées alimentaires qui constituent l'alimentation normale en Belgique. La Table belge de composition des aliments (qui en est actuellement à sa 4^{ème} édition) donne un aperçu de la valeur nutritionnelle de 1.100 aliments courants. Elle inclut une information sur la valeur énergétique, les macronutriments (protéines, lipides et glucides), le cholestérol, les glucides simples, les fibres, 8 minéraux et 5 vitamines. NUBEL dispose également d'une base de données de marques dans laquelle est enregistrée l'information nutritionnelle relative à plus de 2.000 produits de marque disponibles en Belgique.⁷⁸

Ces données sont mises à disposition en collaboration avec l'industrie alimentaire et le secteur de la distribution.

NUBEL est une initiative louable qui a vu le jour grâce à l'engagement des fédérations de l'industrie alimentaire et de la distribution qui ont veillé, dans le cadre d'une collaboration constructive, à doter la Belgique d'un précieux instrument pour déterminer l'ingestion de macro et de micronutriments, tant au niveau individuel que collectif.

Le PNNS-B souscrit à la poursuite de cette initiative et à son extension à de nouvelles données concernant les produits de marque, en particulier les produits à nutriments ajoutés et les compléments alimentaires.

Mesures proposées

Poursuite, sur base périodique, et adaptation, correction et extension de la méthodologie de l'enquête nationale de consommation alimentaire.

L'enquête nationale de consommation alimentaire sera poursuivie et répétée sur base périodique. Un nouveau volet est prévu pour la période 2008-2009.

Ce nouveau volet visera d'abord à collecter les données indisponibles dans le premier volet. Dans ce cadre, la méthodologie de l'enquête nationale de consommation alimentaire sera adaptée, corrigée ou étendue pour pouvoir fournir, lors de la prochaine édition, les données relatives aux aspects suivants :

⁷⁸ Nubel (2005) : <http://www.internubel.be/>



- Mesure de l'apport alimentaire des nourrissons (0 à 1 an), des jeunes enfants (1 à 5 ans), des enfants (6 à 12 ans) et des adolescents (13 à 16 ans) en mettant l'accent sur les schémas alimentaires, l'activité physique et l'ingestion de macro et de micronutriments (fer, vitamine D, calcium, ...).
- Analyse de l'ingestion d'iode par la population en général et, plus particulièrement, chez les femmes enceintes et les jeunes.
- Mesure de l'apport des micronutriments chez la femme enceinte (fer, acide folique péri conceptuel, ...).
- Mesure de l'apport de macro et de micronutriments chez les personnes âgées (+ de 60 ans) en mettant l'accent sur les indicateurs de dénutrition (BMI, ingestion de liquides, ...).

Soutien au fonctionnement et aux activités de l'ASBL NUBEL.

L'ASBL NUBEL est un important élément dans l'évaluation de l'apport de nutriments sur la base des résultats de l'enquête de consommation alimentaire. La Belgique est le premier pays d'Europe où la composition détaillée de produits de marque est également répertoriée dans la base de données.⁷⁹

Concrètement, tant le personnel de santé médical que le public dispose de l'information nutritionnelle sur le site web de NUBEL. Combinée aux données de l'enquête de consommation alimentaire, cette information permet aussi d'obtenir une image fidèle et détaillée de l'apport de micro et de macronutriments par l'alimentation.

Le PNNS-B soutient cette initiative et appelle les fédérations concernées de l'industrie alimentaire et du secteur de la distribution, de même que les entreprises individuelles actives dans ces secteurs, à poursuivre cette collaboration dans le futur. L'enregistrement des produits de marque à nutriments ajoutés, parmi lesquels les aliments enrichis, les aliments diététiques et les compléments alimentaires, doit notamment être davantage encouragé.

Nubel participe aussi au projet Eurofir (European Food Information Resource Network), une collaboration entre 40 universités, instituts de recherche et PME'S dans 21 pays européennes ayant comme objectif l'élaboration d'une banque de données nutritionnelles (2005-2010).⁸⁰

⁷⁹ NUBEL (2005) : www.internubel.be

⁸⁰ www.Eurofir.net



AXE 7: LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE RELATIVE A L'ALIMENTATION ET AU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Il s'agit d'identifier les besoins de l'enquête relatifs à l'alimentation et au comportement alimentaire qui doivent permettre de suivre les activités du PNNS-B, de les évaluer et de les faire coïncider aux aspects à définir en priorité.



Annexe 1 : Références illustrant la participation des citoyens et du secteur privé dans la conception et le développement d'actions collectives de promotion de la santé

FEVIA (Federatie Voedingsindustrie-Fédération de l'Industrie Alimentaire). Code de publicité pour les denrées alimentaires. FEVIA. 2005.

Les normes canadiennes de la Publicité, Institut des Communications et de la Publicité, Association canadiennes des Annonceurs. La publicité destinée aux enfants au Canada - Guide de référence - Janvier 2005. Institut des Communications et de la Publicité. 2005.

la charte flamande - « Ethische code voor partnerschappen en sponsoring van de sector gezondheids promotie »

Contento I, (sous la direction de), Olson C. Inservice Preparation in Nutrition Education for Professionals and Paraprofessionals Chapter 8. Journal of Nutrition Education 1995;347-54.

Contento I, (sous la direction de). The Effectiveness of Nutrition Education and Implications for Nutrition Education Policy, Programs, and Research : A Review of Research - Conclusions - Chapter 9. Journal of Nutrition Education 1995;355-64.

Contento I, Balch G, Bronner Y, Lytle L, Maloney S, Olson C, Swadener S, Paige D. The Effectiveness of Nutrition Education and Implications for Nutrition Education Policy, Programs, and Research : A Review of Research - Introduction - Theoretical Frameworks or Models for Nutrition Education. Journal of Nutrition Education 1995;277-90.

The Evidence of Health promotion Effectiveness. Shaping Public Health in new Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Part 2 Evidence. Chap 7 : Nutrition. 1999

- _ Understanding how nutrition can be influenced (additional focus on short term effects)
- _ Ascertaining the correct target group (attention to specific high risk group)
- _ Establishing the most suitable intervention strategy (dose)
- _ Making clear responsibilities in carrying out interventions
- _ Choosing proper and realistic outcomes (apart from morbidity, also e.g. quality of life)

Communauté française de Belgique. 16 mai 2002 - Décret relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors université - Séance du 14/05/2002. Le Moniteur Belge 2002.



Conseil de la Communauté française, (sous la direction de), Communauté française de Belgique. Décret relatif à la promotion de la santé à l'école - Bruxelles, le 20/12/2001 - Mr.Hasquin, Demotte, Nollet, Hazette, Miller; Mmes Dupuis, Maréchal. Le Moniteur Belge 2002;1557-62.

Plan stratégique pour une alimentation saine en communauté française: en cours de finalisation par les cabinets Arena (présidence et enseignement) Fonck (promotion de la santé) et Eerdekenes (sport)
Avis du Conseil Supérieur de promotion de la santé en C.F. sur les partenariats privé-public (2003) en matière de promotion de la santé »

Ministère de la Communauté flamande. Décret relatif à la politique de santé préventive (1) - 21 novembre 2003 - Ministère de la Communauté flamande. Le Moniteur Belge 2004.

International Union for Health Promotion and Education Regional Office for Europe. The Evidence of Health Promotion Effectiveness - Shaping Public Health in a New Europe - Part Two - Evidence Book. International Union for Health Promotion and Education Regional Office for Europe. 1-166. 1999. Bruxelles - Luxembourg, European Commission.

CNA (Conseil National de l'Alimentation). Avis du CNA sur l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques de communication et sur le projet de règlement communautaire relatif aux allégations nutritionnelles, fonctionnelles et de santé - Avis n° 44 adopté le 18 février 2003 par procédure écrite. CNA (Conseil National de l'Alimentation). 2003.

Brochure « agir en promotion de la santé » et Livre « Communication et promotion de la Santé » de l'asbl Question Santé, Bruxelles, ed.2004.
Petit examen clinique des pratiques d'information", T.Poucet, in "Santé, hôpitaux et Médias", Editions de l'Université de Bruxelles, 2001.

« Comment créer un outil pédagogique en santé, guide méthodologique, Service de Promotion de la Santé, UNMS et APES-UIg
<http://www.fao.org/> Guide méthodologique d'élaboration d'une stratégie de communication multimédia :
<http://www.questionsante.org> guide communication et promotion de la santé.
Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques"



Annexe 2

Conseil de l'Europe. Lignes directrices pour agir en faveur d'une alimentation saine à l'école - Conseil de l'Europe - Strasbourg. Conseil de l'Europe. 2003. <http://www.hc-sc.gc.ca/> Éléments de réflexion : les écoles et la nutrition

Deliens, C; Evaluation de l'Opération "A table les cartables, mai 04, n°190; Evaluation du programme "Midis à l'école", mai 05, n°201; Promotion de la santé nutritionnelle chez les jeunes, nov 2004, n°195
"Alimentation des enfants, les acteurs se mobilisent revue Education Santé n°200, Avr 2005,

Contento I, (sous la direction de), Lytle L. Nutrition Education for School-aged Children - Chapter 4. Journal of Nutrition Education 1995;298-311.

Contento I, (sous la direction de), Swadener S. Nutrition Education for Preschool Children (Chapter 3). Journal of Nutrition Education 1995;291-7.

Michela J, Contento I. Spontaneous Classification of Foods by Elementary School-Aged Children. Health Education Quarterly 1984;57-76.