



**PROGRAMME NATIONAL
NUTRITION SANTÉ
2019-2023**

ANNEXES

État des connaissances
sur l'état nutritionnel,
la consommation alimentaire,
le niveau d'activité physique,
la sédentarité et les pathologies
liées à l'alimentation en France



SOMMAIRE

1. Présentation des études INCA et Esteban	7
<i>a. Les études INCA</i>	7
<i>b. Les études ENNS (2006-2007) et le volet nutritionnel d'Esteban (2014-2016)</i>	7
2. Prévalences du surpoids et de l'obésité : adultes	8
3. Prévalences du surpoids et de l'obésité : enfants	12
<i>a. Résultats des études Esteban 2014-2015 et INCA 3 2014-2015</i>	12
<i>b. Enquêtes nationales sur la santé des enfants et adolescents scolarisés</i>	13
4. Dénutrition	18
5. Activité physique et sédentarité : adultes	19
<i>a. Activité physique : résultats des études Esteban et ENNS</i>	19
<i>b. Sédentarité : résultats des études Esteban et ENNS</i>	22
6. Activité physique (AP) et sédentarité : enfants	24
<i>a. Activité physique : résultats des études Esteban et ENNS</i>	24
<i>b. Sédentarité : résultats des études Esteban et ENNS</i>	25
7. Allaitement maternel	28
<i>a. Prévalence de l'initiation de l'allaitement</i>	28
<i>b. Durée de l'allaitement</i>	29
8. Comportements et pratiques alimentaires : adultes de 18 à 79 ans	30
<i>a. Occasions et lieux de consommation</i>	30
<i>b. Caractéristiques et origines des aliments</i>	32
9. Comportements et pratiques alimentaires : enfants de 1 à 17 ans	33
<i>a. Occasions et lieux de consommation</i>	33
<i>b. Caractéristiques et origines des aliments</i>	36
10. Consommations alimentaires chez les adultes en 2014-2015	37
11. Consommations alimentaires chez les enfants et les adolescents en 2014-2015	39
<i>a. Boissons</i>	39
<i>b. Pourcentage de consommateurs selon le sexe</i>	40
<i>c. Consommations selon le niveau d'étude du représentant</i>	41

12. Consommations alimentaires dans l'ensemble de la population en 2014-2015	43
<i>a. Particularités liées au statut socio-économique</i>	43
<i>b. Particularités régionales</i>	43
<i>c. Particularités selon le lieu ou le moment de consommation</i>	43
<i>d. Comparaisons 2006-2015</i>	43
13. Apports nutritionnels : énergie, macronutriments, acides gras, vitamines et minéraux	44
<i>a. Enfants et adolescents en 2014-2015</i>	46
<i>b. Adultes de 18 à 79 ans en 2014-2015</i>	52
<i>c. Comparaisons 2006-2015</i>	54
14. Consommations alimentaires : résultats de l'étude Esteban 2015	55
<i>a. Apports énergétiques</i>	55
<i>b. Apports en fruits et légumes</i>	55
<i>c. Apports en produits laitiers et calcium</i>	56
<i>d. Apports en matières grasses ajoutées et en lipides</i>	57
<i>e. Apports en pain, produits céréaliers, pommes de terre et légumes secs</i>	58
<i>f. Apports en viandes, volailles, produits de la pêche et œufs</i>	60
<i>g. Apports en sel</i>	62
<i>h. Apports en alcool</i>	62
<i>i. Apports en boissons non alcoolisées (eau et boissons sucrées)</i>	63
15. Connaissances et attitudes en alimentation	64
<i>a. Connaissance des repères du PNNS</i>	64
<i>b. Connaissance des repères du PNNS : évolution depuis 2008</i>	65
16. Les pathologies liées à la nutrition	66
<i>a. Les principales causes de mortalité dans le monde (OMS, 2018)</i>	66
<i>b. Les principales causes de mortalité en France</i>	66
<i>c. Cancers</i>	67
<i>d. Maladies et facteurs de risque cardiovasculaires</i>	75
<i>e. Diabète</i>	83

INDEX

Figure 1 : Distribution de la corpulence des adultes de 18-74 ans selon le sexe, évolution 2006-2015	9
Figure 2 : Prévalence de l'obésité (modérée, sévère, massive) chez les hommes et les femmes de 18-74 ans selon le diplôme, étude Esteban 2015	9
Figure 3 : Évolution de la prévalence du surpoids (obésité incluse), selon le sexe et le diplôme, évolution 2006-2015	10
Figure 4 : Prévalence de l'obésité (%), selon le sexe et la région, chez les adultes de 18 à 79 ans	11
Figure 5 : Évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 6 à 17 ans selon le sexe, évolution 2006-2015	12
Figure 6 : Prévalence du surpoids (obésité incluse) chez les enfants de 6 à 17 ans selon le sexe et le diplôme de la personne de référence, évolution 2006-2015	13
Figure 7 : Évolution du surpoids et de l'obésité depuis 2000, en France (hors Mayotte) chez les enfants scolarisés en grande section de maternelle.	13
Figure 8 : Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le groupe socioprofessionnel des parents, en France (hors Mayotte), chez les enfants scolarisés en grande section de maternelle	14
Figure 9 : Évolution du surpoids et de l'obésité depuis 2002, en France chez les enfants scolarisés en CM2	15
Figure 10 : Évolution du surpoids et de l'obésité depuis 2002, en France chez les adolescents scolarisés en classe de troisième	16
Figure 11 : Évolution du surpoids et de l'obésité depuis 2000, en France chez les enfants scolarisés en classe de CE1-CE2	17
Figure 12 : Pourcentage d'adultes physiquement actifs selon le sexe, évolution 2006-2015	19
Figure 13 : Pourcentages d'adultes physiquement actifs selon le sexe et l'âge, évolution 2006-2015	20
Figure 14 : Pourcentage d'adultes déclarant un niveau d'activité physique élevé selon le sexe et le diplôme, évolution 2006-2015	21
Figure 15 : Pourcentage d'adultes passant trois heures et plus devant un écran par jour, selon le sexe et le diplôme, évolution 2006-2015	22
Figure 16 : Pourcentage d'enfants de 6-17 ans atteignant les recommandations de 60 minutes d'activité physique par jour (correspondant à un niveau d'activité physique élevé), selon le sexe, l'âge et le diplôme du représentant, étude Esteban 2015	24

Figure 17 : Pourcentage de garçons de 6-17 ans passant 3 heures et plus devant un écran (télévision, ordinateur, console de jeux) chaque jour, selon l'âge et le diplôme de la personne de référence, évolution 2006-2015	26
Figure 18 : Pourcentage de filles de 6-17 ans passant 3h et plus devant un écran (télévision, ordinateur, console de jeux) chaque jour, selon l'âge et le diplôme, évolution 2006-2015	27
Figure 19 : Évolution du pourcentage d'enfants allaités à la maternité selon les sources (allaitement exclusif ou mixte)	28
Figure 20 : Prévalence de l'initiation de l'allaitement maternel à la maternité	28
Figure 21 : Pourcentage d'enfants encore allaités selon l'âge en France	29
Figure 22 : Fréquence de prise des principaux repas sur les jours étudiés, chez les adultes de 18-79 ans	30
Figure 23 : Répartition des lieux des occasions de consommation sur les jours étudiés, chez les adultes de 18-79 ans	31
Figure 24 : Détail des lieux hors domicile des déjeuners, chez les adultes de 18-79 ans	31
Figure 25 : Pourcentage d'individus prenant <u>systematiquement</u> le repas considéré selon l'âge, chez les enfants de 1-17 ans	33
Figure 26 : Pourcentage d'individus prenant <u>systematiquement</u> les principaux repas et le goûter, ajusté sur l'âge, selon le niveau d'étude du représentant, chez les enfants de 1-17 ans	34
Figure 27 : Répartition des lieux des occasions de consommation sur les jours étudiés, chez les enfants de 1-17 ans	35
Figure 28 : Détail des lieux hors domicile des déjeuners chez les enfants de 1-17 ans	35
Figure 29 : Répartition de la quantité de boissons consommées par les adultes de 18 à 79 ans	37
Figure 30 : Répartition des boissons consommées par les enfants de 0 à 10 ans	39
Figure 31 : Répartition des boissons consommées par les adolescents de 11 à 17 ans	40
Figure 32 : Pourcentage de consommateurs chez les adolescents de 11-17 ans	41
Figure 33 : Répartition des acides gras consommés par les enfants, adolescents, et adultes	45
Figure 34 : Contribution des macronutriments à l'apport énergétique sans alcool (en %), chez les enfants de 0 à 10 ans	46
Figure 36 : Contribution des macronutriments à l'apport énergétique sans alcool (en %), chez les adolescents de 11 à 17 ans	49
Figure 37 : Nutriments pour lesquels le groupe des viennoiseries, pâtisseries, gâteaux, biscuits sucrés est le premier contributeur chez les adolescents de 11 à 17 ans	51
Figure 38 : Contribution des macronutriments à l'apport énergétique sans alcool (en %), chez les adultes de 18 à 79 ans	52
Figure 39 : Connaissance des repères du PNNS chez les adolescents de 11-17 ans et les adultes de 18-79 ans	64
Figure 40 : Estimation du nombre de nouveaux cas par tumeur solide chez l'homme, en 1980 et en 2012 en France métropolitaine	67

Figure 41 : Estimation du nombre de décès par tumeur solide chez l'homme, en 1980 et en 2012 en France métropolitaine	68
Figure 42 : Estimation du nombre de nouveaux cas par tumeur solide chez la femme, en 1980 et en 2012 en France métropolitaine	69
Figure 43 : Estimation du nombre de décès par tumeur solide chez la femme, en 1980 et en 2012 en France métropolitaine	70
Figure 44 : Niveaux de preuves de relation entre les facteurs nutritionnels et différentes localisations cancéreuses	74
Figure 45 : Prévalences régionales standardisées* des personnes traitées par médicament hypolipémiant, en 2014	82
Figure 46 : Prévalence standardisée* des personnes traitées par médicament hypolipémiant en fonction du quintile de population selon l'indice de désavantage social (FDep09) de la commune de résidence, tous sexes confondus, en 2014	83
Figure 47 : Prévalence standardisée* du diabète traité pharmacologiquement, par région, en 2013	84
Figure 48 : Prévalence standardisée* du diabète traité pharmacologiquement selon le niveau de désavantage social de la commune de résidence, en 2013	85

Index des tableaux

Tableau 1 : Évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes, selon le type de données, entre 2003 et 2015 (en %)	8
Tableau 2 : Évolution du temps passé devant un écran chez les adultes entre 2006 et 2015	23
Tableau 3 : Prévalence de l'inactivité physique chez les enfants et adolescents de 6-17 ans en 2015	25
Tableau 4 : Durée moyenne quotidienne passée devant un écran*, par sexe et classe d'âge, en heures	26
Tableau 5 : Prévalence de l'hypertension artérielle chez les 18-74 ans (en%)	78
Tableau 6 : Valeurs moyennes de la cholestérolémie dans la population adulte (18-74 ans)	79
Tableau 7 : Cholestérol LDL élevé et traitements par hypolipémiant (en %)	80
Tableau 8 : Nombre et prévalence des personnes traitées par médicament hypolipémiant selon l'âge et le sexe, en 2014	81

1. PRÉSENTATION DES ÉTUDES INCA ET ESTEBAN

a. Les études INCA

Les études individuelles nationales des consommations alimentaires (INCA) sont réalisées tous les sept ans par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) : étude INCA 1 en 1998-1999, étude INCA 2 en 2006-2007, et étude INCA 3 en 2014-2015. Ces études fournissent **une photographie des habitudes de consommations alimentaires, des apports en nutriments et micronutriments** (vitamines, minéraux, oligo-éléments, acides gras essentiels...) du statut pondéral, de l'activité physique et de la sédentarité de la population française métropolitaine.

L'étude INCA 3 a été menée entre **février 2014 et septembre 2015**, auprès de **5 855 personnes (2 698 enfants de 0 à 17 ans et 3 157 adultes âgés de 18 à 79 ans)**.

La comparaison des résultats de l'étude INCA 3 avec ceux de l'étude INCA 2 est difficile en raison de l'évolution méthodologique du recueil des consommations alimentaires (recueil sur deux ou trois jours non consécutifs dans l'étude INCA 3 et sur sept jours consécutifs dans l'étude INCA 2).

b. Les études ENNS (2006-2007) et le volet nutritionnel d'Esteban (2014-2016)

L'Étude nationale nutrition santé (ENNS), menée de **février 2006 à mars 2007**, avait pour objectif de décrire la situation nutritionnelle en France métropolitaine selon les indicateurs d'objectifs et les repères du PNNS. Elle a permis de décrire les consommations alimentaires, l'état nutritionnel, certains paramètres biologiques, l'activité physique, la sédentarité, la prévalence de plusieurs maladies et facteurs de risque cardiovasculaires (diabète, syndrome métabolique, hypertension artérielle, dyslipidémies) d'un échantillon national **de 3 115 adultes âgés de 18 à 74 ans et 1 675 enfants âgés de 3 à 17 ans**.

L'Étude de SanTé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition (étude Esteban), a été mise en œuvre par Santé publique France en **France métropolitaine d'avril 2014 à mars 2016** pour répondre à des objectifs de biosurveillance, de surveillance nutritionnelle (alimentation, activité physique, et marqueurs de l'état nutritionnel) et de surveillance des maladies chroniques. Elle a été menée auprès de **2 835 d'adultes de 18 à 74 ans et de 1 281 enfants de 6 à 17 ans**.

Les volets Nutrition et Corpulence ont permis de décrire les consommations alimentaires, l'activité physique, la sédentarité et les marqueurs majeurs anthropométriques et biologiques de l'état nutritionnel de la population. Le volet Nutrition a permis d'analyser les déterminants des comportements alimentaires et de suivre l'évolution des indicateurs ayant déjà fait l'objet d'un premier recueil lors de la réalisation d'ENNS en 2006-2007.

La méthodologie employée dans l'étude Esteban était similaire à celle d'ENNS, permettant d'analyser l'évolution entre 2006 et 2015 des indicateurs retenus et de vérifier l'atteinte des objectifs visés par le PNNS.

2. PRÉVALENCES DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ : ADULTES

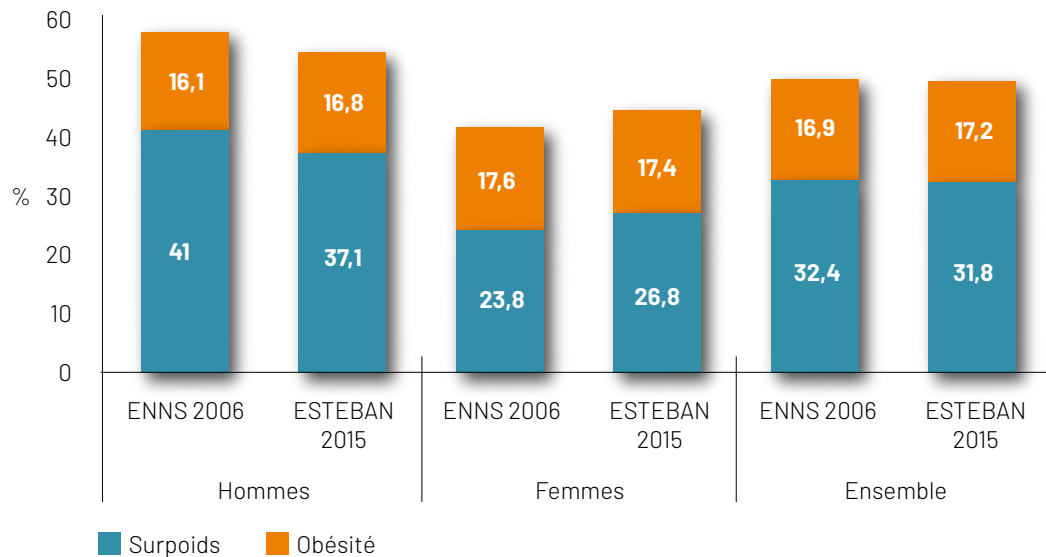
Tableau 1 : Évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes, selon le type de données, entre 2003 et 2015 (en %)

Enquêtes et type de données	Recueil	Hommes		Femmes		Ensemble	
		Surpoids (IMC ≥ 25 kg/m ²)	Obésité (IMC ≥ 30 kg/m ²)	Surpoids (IMC ≥ 25 kg/m ²)	Obésité (IMC ≥ 30 kg/m ²)	Surpoids (IMC ≥ 25 kg/m ²)	Obésité (IMC ≥ 30 kg/m ²)
Métropole (enquêtes avec examen de santé)							
ENNS	2006-2007	57,1	16,1	41,4	17,6	49,3	16,9
INCA 3	2014-2015	54,6	16,4	47,1	17,6	50,7	17,0
Esteban	2014-2016	53,9	16,8	44,2	17,4	49,0	17,2
Guadeloupe							
Kannari (mesurées)	2013-2014	50,0	12,0	63,0	31,1	57,1	22,8
Martinique							
Escal (mesurées)	2003-2004	52,0	13,7	55,0	25,6	53,3	20,0
Kannari (mesurées)	2013-2014	52,6	21,4	63,9	32,9	58,9	27,8

Sources : enquête ENNS (InVS-Université Paris 13) ; enquête INCA 3 (Anses) ; enquête Esteban (Santé publique France, Université Paris 13) ; enquête Escal ; enquête Kannari.

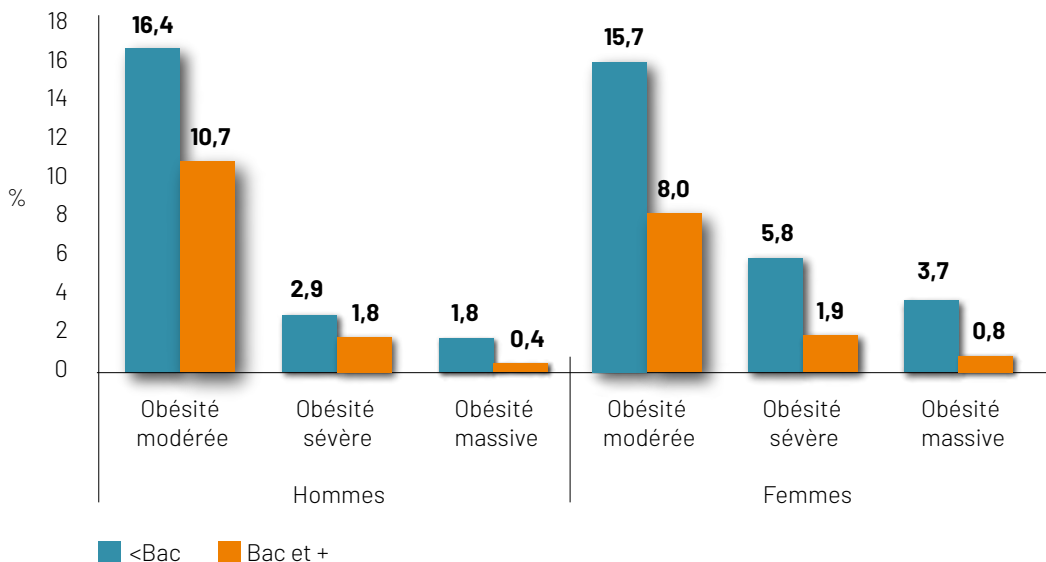
Chez les adultes âgés de 18 à 74 ans résidant en France métropolitaine, les prévalences observées dans **l'étude Esteban 2015 de surpoids et d'obésité étaient de 54% chez les hommes et 44% chez les femmes (dont 17% d'obésité sans distinction hommes/femmes)**. La prévalence du surpoids (obésité incluse) est restée stable (de l'ordre de 49% dont 17% d'obésité) entre 2006 et 2015 (Tableau 1 et Figure 1). Les chiffres sont semblables dans **l'étude INCA 3**. Par ailleurs, 3,2% des adultes étaient en situation de **maigreur**.

Figure 1 : Distribution de la corpulence des adultes de 18-74 ans selon le sexe, évolution 2006-2015



Source : Esteban 2014-2016

Figure 2 : Prévalence de l'obésité (modérée, sévère, massive) chez les hommes et les femmes de 18-74 ans selon le diplôme, étude Esteban 2015

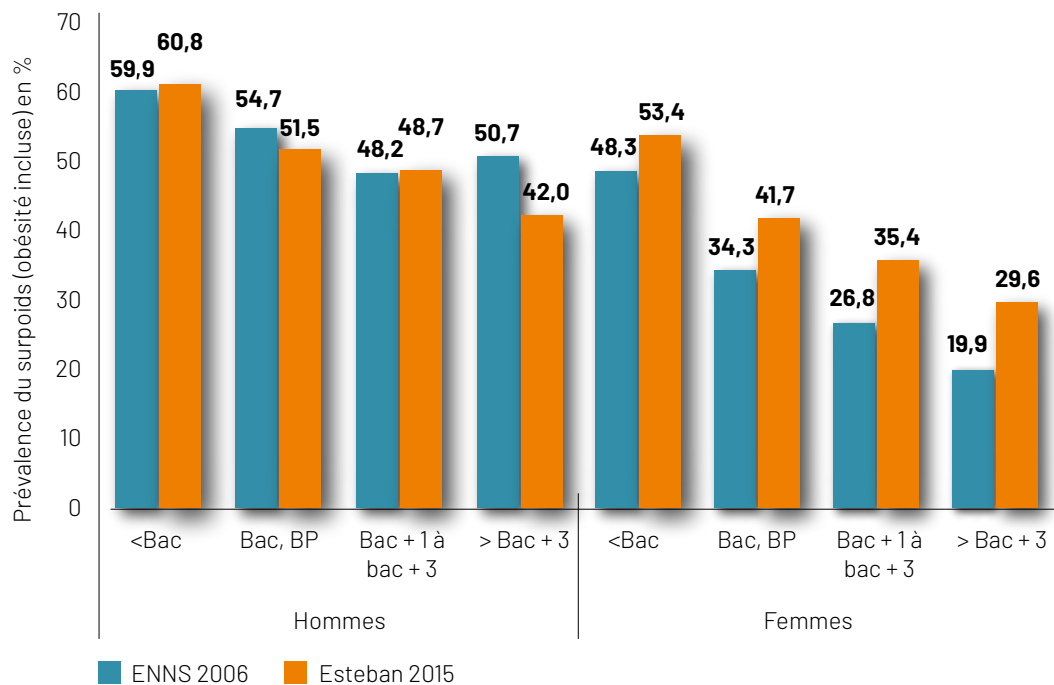


Source : Esteban 2014-2016

Le niveau d'obésité est exprimé en 3 classes (références OMS) : obésité modérée ($30,0 \leq \text{IMC} < 35,0$), obésité sévère ($35,0 \leq \text{IMC} < 40,0$) et obésité massive ($\text{IMC} \geq 40,0$).

Le diplôme rend compte du diplôme d'enseignement général ou technique le plus élevé que la personne a obtenu. Il est exprimé ici en 2 classes : < Bac (sans diplôme ou diplôme inférieur au baccalauréat) et Bac et + (baccalauréat et diplôme de niveau supérieur).

Figure 3 : Évolution de la prévalence du surpoids (obésité incluse), selon le sexe et le diplôme, évolution 2006-2015



Source : Esteban 2014-2016

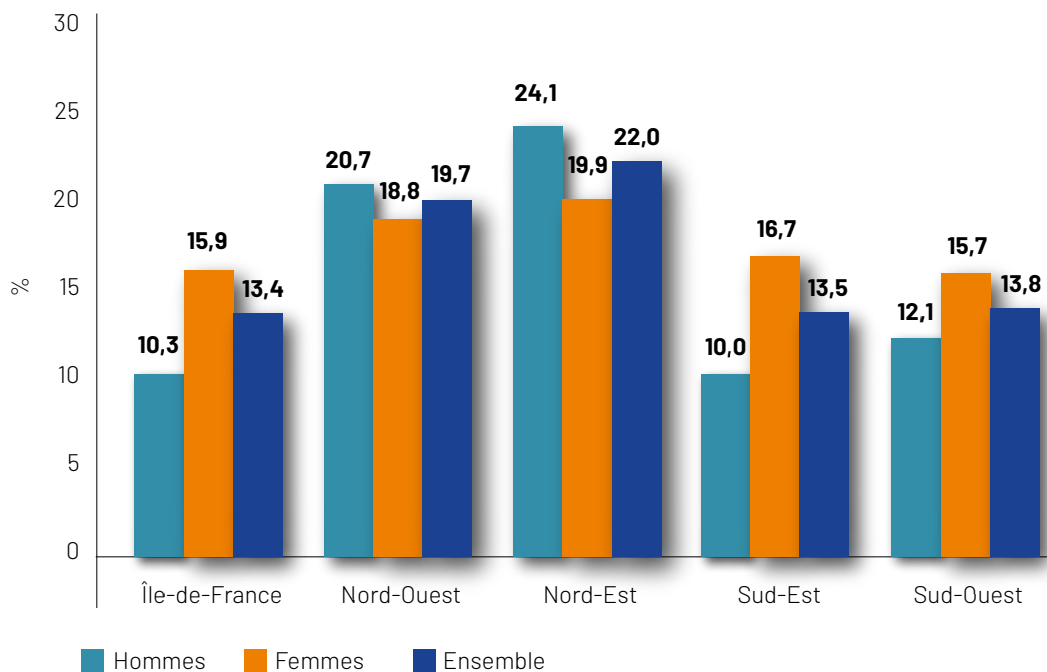
L'influence du niveau de diplôme sur la prévalence du surpoids (obésité incluse) s'est maintenue entre 2006 et 2015. La prévalence du surpoids (obésité incluse) est restée supérieure chez les personnes les moins diplômées et cette prévalence a continué de diminuer progressivement à mesure que le niveau de diplôme augmentait. **Cet écart s'est amplifié chez les hommes**, la différence de prévalence selon le niveau de diplôme devenant significativement différente en 2015 (Figure 3).

La tendance à une augmentation de la prévalence des femmes en surpoids ou obèses entre 2006 et 2015 était une tendance générale, puisqu'elle touchait toutes les femmes quel que soit leur niveau scolaire (Figure 3).

Si on s'intéresse à l'évolution selon le sexe et l'âge, **le surpoids (obésité incluse) a augmenté significativement chez les femmes de 40-54 ans** passant de **41,2% à 49,7%**. Cette prévalence du surpoids **a diminué chez les femmes de 55-74 ans** passant de **57,7% à 49,8%**.

Les taux de maigreur et de surpoids ne varient pas significativement selon la région. En revanche, le **taux d'obésité est plus faible en Ile-de-France et au Sud-Est (13%) qu'au Nord-Est de la France (22%)** (Figure 4).

Figure 4 : Prévalence de l'obésité (%), selon le sexe et la région, chez les adultes de 18 à 79 ans



Source : Étude INCA 3 (2014-2015), traitement Anses

3. PRÉVALENCES DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ : ENFANTS

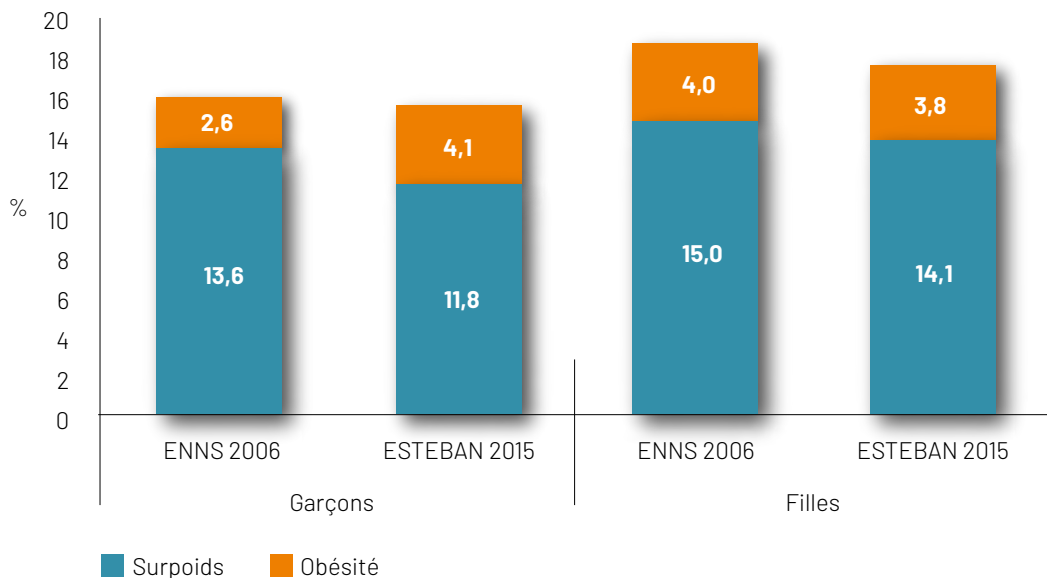
a. Résultats des études Esteban 2014-2015 et INCA 3 2014-2015

Chez les enfants âgés de 6 à 17 ans, en 2015, les prévalences observées étaient de 17% de surpoids dont 4% d'obésité. Pas de différence significative selon l'âge et le sexe mais la prévalence du surpoids (obésité incluse) diminuait lorsque le niveau de diplôme de la personne de référence du ménage augmentait.

Entre 2006 et 2015 la prévalence du surpoids (obésité incluse) est restée stable (18% en 2006 versus 17% en 2015 ; obésité seule passant de 3% à 4%). La prévalence du surpoids (obésité incluse) est restée supérieure chez les enfants issus de ménages moins diplômés. Source : Esteban 2015.

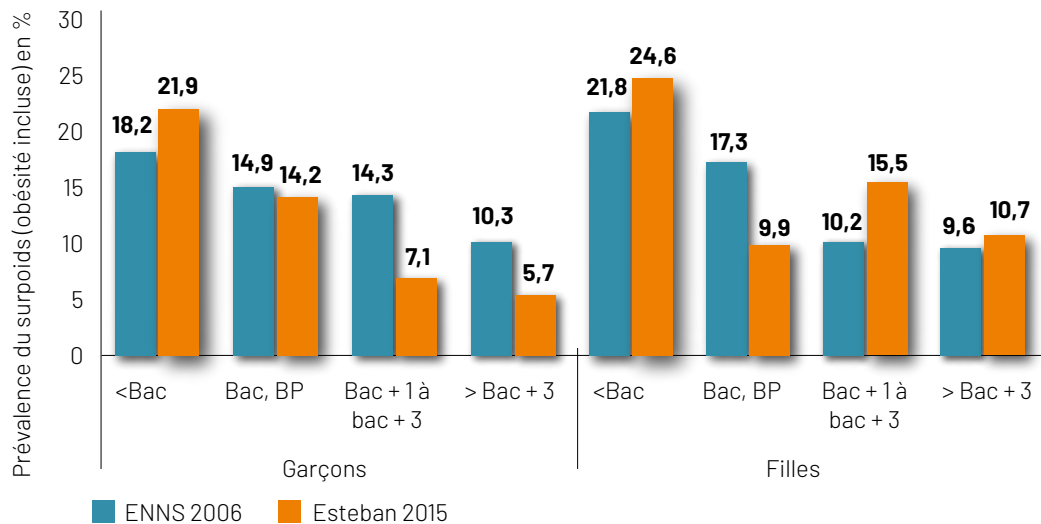
Dans l'étude INCA 3, chez les enfants de 0 à 17 ans, 11% sont en situation de maigreur, 13% en surpoids, 4% obèses. Il n'y a pas de différences significatives entre les garçons et les filles, ni selon les tranches d'âge.

Figure 5 : Évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 6 à 17 ans selon le sexe, évolution 2006-2015



Source : Esteban 2014-2016

Figure 6 : Prévalence du surpoids (obésité incluse) chez les enfants de 6 à 17 ans selon le sexe et le diplôme de la personne de référence, évolution 2006-2015

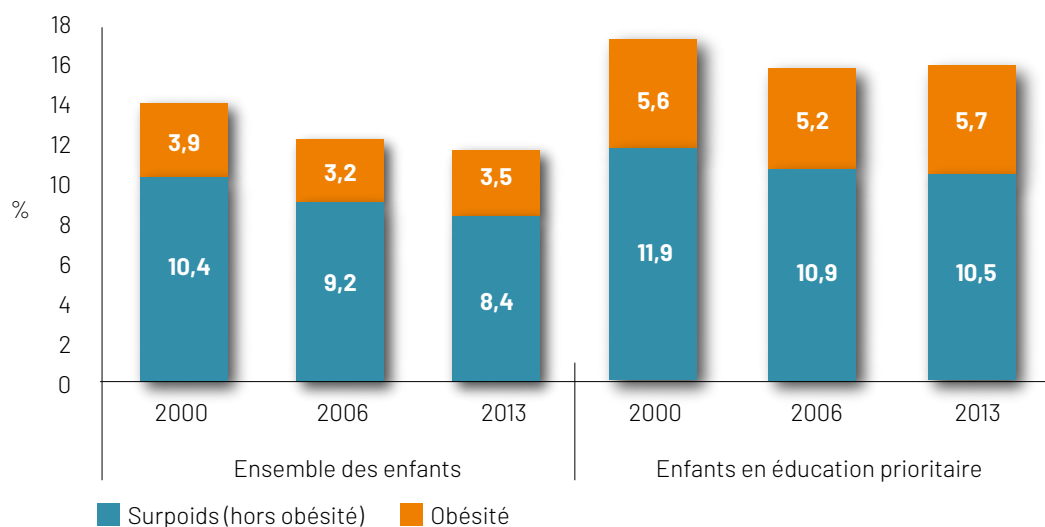


Source : Esteban 2014-2016

b. Enquêtes nationales sur la santé des enfants et adolescents scolarisés

I. Enfants scolarisés en grande section de maternelle

Figure 7 : Évolution du surpoids et de l'obésité depuis 2000, en France (hors Mayotte) chez les enfants scolarisés en grande section de maternelle.

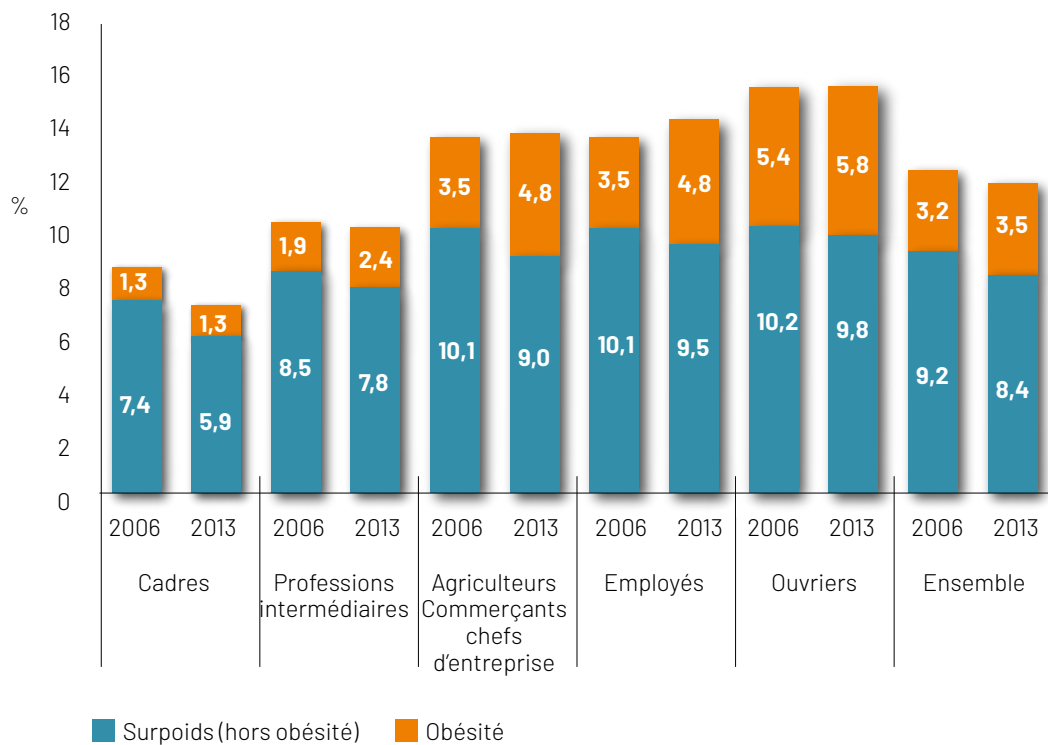


Sources : DREES-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (années scolaires 1999-2000, 2005-2006, 2012-2013)

Chez les enfants en grande section de maternelle, depuis 1999-2000, année de la première enquête, la proportion d'enfants présentant un surpoids a reculé significativement, tandis que celle d'enfants obèses est relativement stable, entre 3% et 4% (Figure 7). Source : DREES-DGESCO.

Les disparités sociales observées en termes de surpoids et d'obésité en 2006 ne se sont pas résorbées : 7% des enfants de cadres présentent un excès pondéral en 2013, contre 16% des enfants d'ouvriers et 14% des enfants d'employés. Les enfants d'ouvriers sont 4 fois plus touchés par l'obésité que les enfants de cadres (Figure 8).

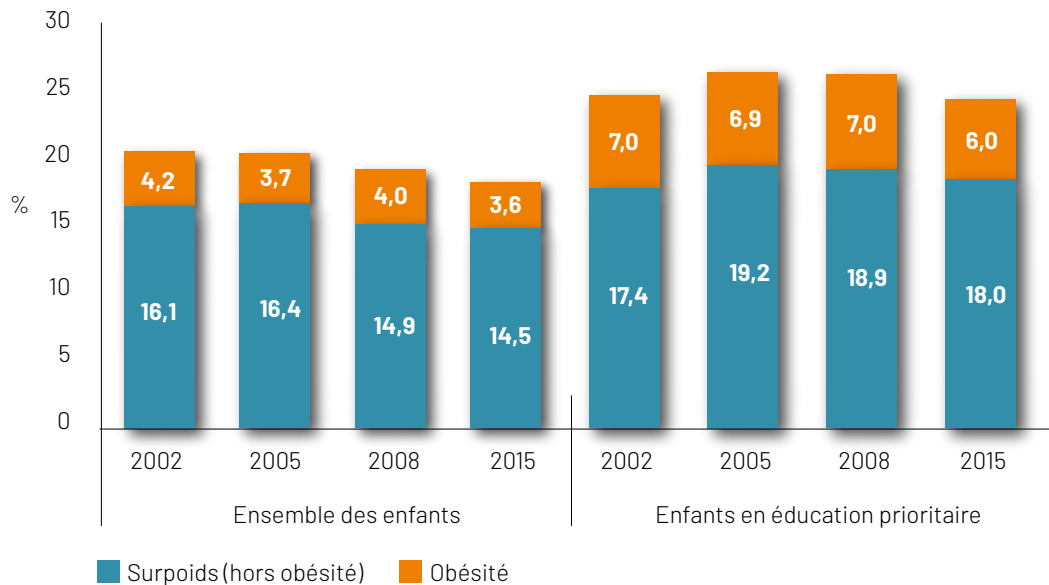
Figure 8 : Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le groupe socioprofessionnel des parents, en France (hors Mayotte), chez les enfants scolarisés en grande section de maternelle



Sources : DREES-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (années scolaires 1999-2000, 2005-2006, 2012-2013)

II. Enfants scolarisés en CM2

Figure 9 : Évolution du surpoids et de l'obésité depuis 2002, en France chez les enfants scolarisés en CM2



Sources : DREES-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de CM2 (années scolaires 2001-2002, 2004-2005, 2007-2008, 2014-2015)

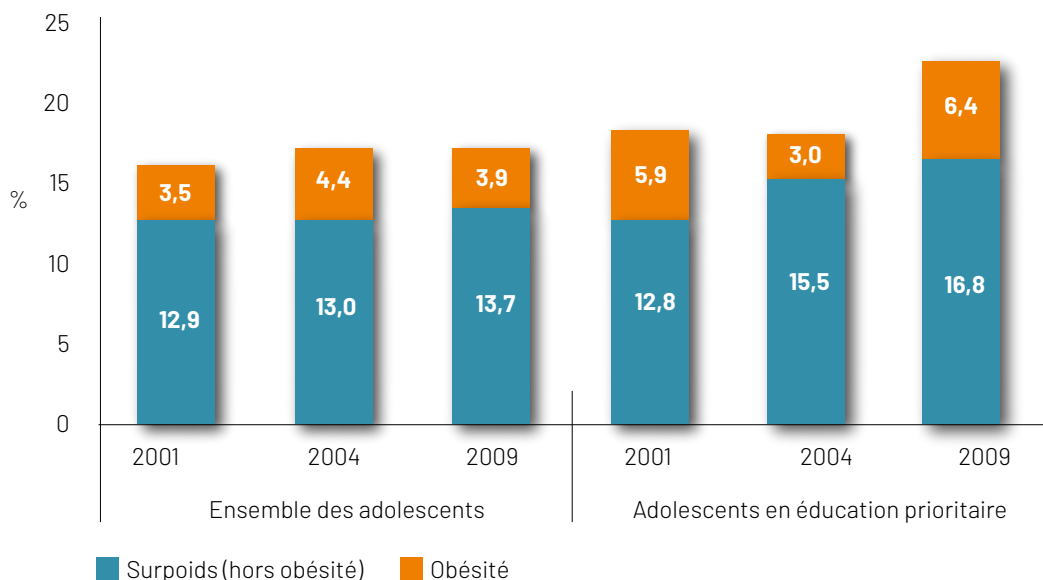
En 2014-2015, 18,1% des élèves scolarisés en classe de CM2 sont en surcharge pondérale (incluant l'obésité) et 3,6% sont obèses. Les prévalences observées sont similaires chez les garçons et les filles. Ces chiffres confirment la stabilisation des prévalences déjà relevée entre 2005 et 2008 (Figure 9).

Les inégalités sociales demeurent importantes, avec des prévalences plus élevées pour les enfants d'ouvriers que pour les enfants de cadres, aussi bien pour la surcharge pondérale (respectivement 22% et 13%) que pour l'obésité (6% et plus de 1%).

Les élèves scolarisés dans les écoles relevant de l'éducation prioritaire sont plus fréquemment en excès pondéral que les autres (24% contre 17%). La proportion d'enfants obèses y est deux fois plus élevée (6% contre 3%). Source : DREES-DGESCO.

III. Enfants scolarisés en classe de troisième

Figure 10 : Évolution du surpoids et de l'obésité depuis 2002, en France chez les adolescents scolarisés en classe de troisième



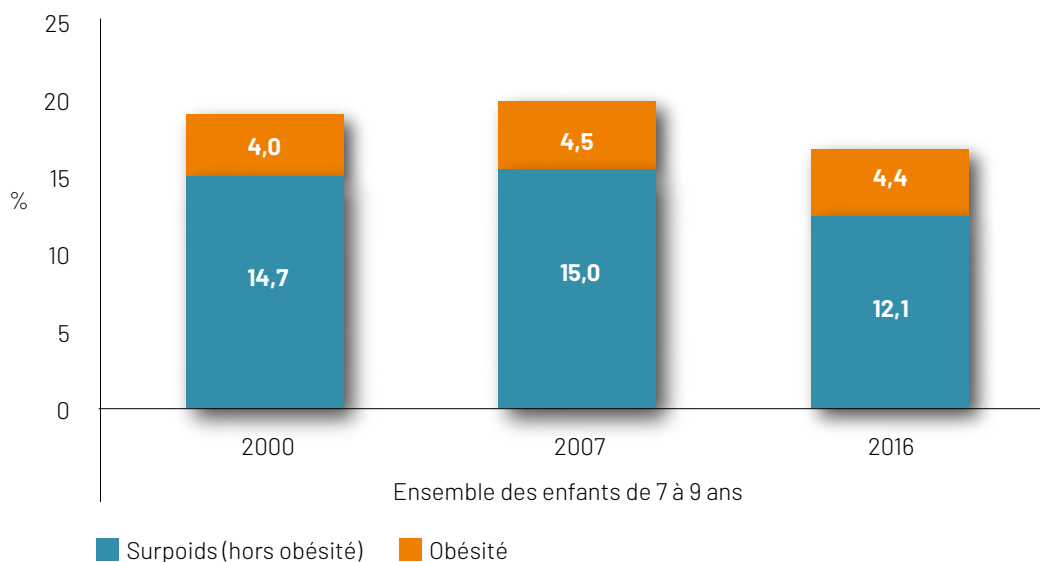
Sources : DREES-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de troisième (années scolaires 2000-2001, 2003-2004, 2008-2009)

En 2009, 18% des adolescents scolarisés en classe de troisième sont en surcharge pondérale (obésité incluse), dont 4% en situation d'obésité (Figure 10). Les pourcentages pour les filles et pour les garçons sont comparables. La prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité s'est stabilisée entre 2001 et 2009 (Figure 10). Cette tendance est également enregistrée par les données françaises de l'enquête internationale *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC) sur les 11-15 ans en 2010.

La part des élèves en surcharge pondérale varie selon le milieu social : 23% des collégiens en zone d'éducation prioritaire sont en surcharge pondérale contre 17% dans un autre collège. Entre 2001 et 2009, les disparités se sont accrues au détriment des élèves scolarisés en zone d'éducation prioritaire.

IV. Enfants scolarisés en CE1-CE2

Figure 11 : Évolution du surpoids et de l'obésité depuis 2000, en France chez les enfants scolarisés en classe de CE1-CE2



Sources : Santé publique France, ESEN, Prévalences du surpoids et de l'obésité et déterminants de la sédentarité, chez les enfants de 7 à 9 ans scolarisés en CE1-CE2 en France

En 2016, selon les seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF), 18,7% des filles et 14,4% des garçons étaient en situation de surpoids (dont obésité). La prévalence de l'obésité était plus élevée chez les filles (5,2%) que chez les garçons (3,2%). Après une augmentation des prévalences du surpoids (dont obésité) chez les enfants en France jusqu'en 2000, ces données de poids et taille mesurées confirment la stabilisation de ces prévalences chez les filles (21% en 2007). Chez les garçons une diminution significative de la prévalence du surpoids (dont obésité) est observée entre 2007 et 2016 (18% en 2007).

4. DÉNUTRITION

Un jour donné dans un établissement de court séjour pour enfants, adultes ou personnes âgées, la dénutrition s'élève respectivement à **20%, 45% et 60%** (enquête AP-HP, Énergie 4+, 2003). Elle varie en fonction du type de pathologie traitée et de la durée du séjour hospitalier. Une hospitalisation supérieure à une semaine est associée de façon significative à une perte de poids.

Dans les maisons de retraite, la dénutrition est en moyenne de **27%**, le surpoids de 13% et l'obésité de 16% (J.-C. Desport et al., Nutrition clinique et métabolisme, mai 2010).

Des études ont été menées chez les personnes âgées vivant à domicile, placées en institution ou hospitalisées.

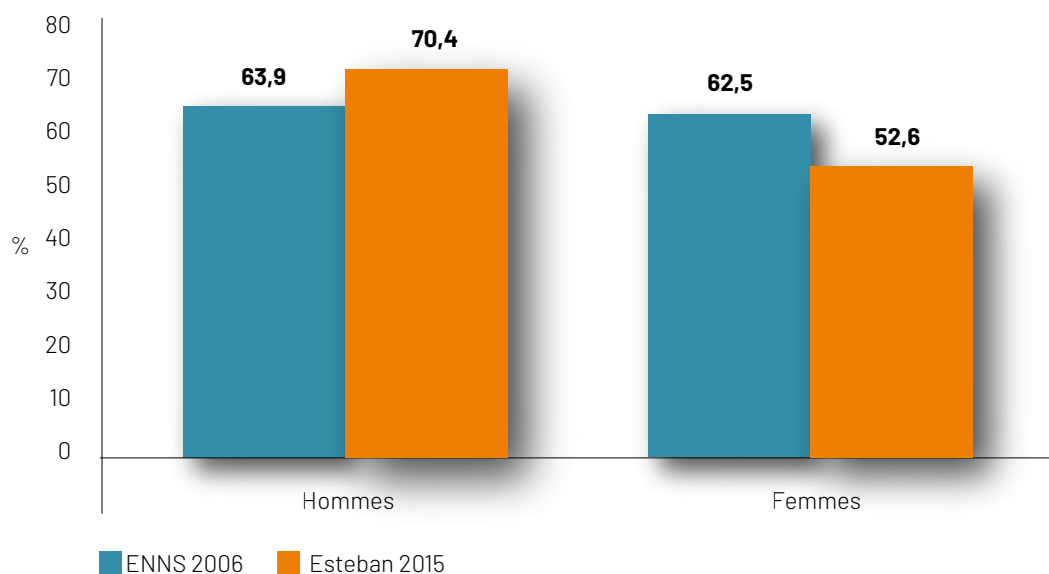
- **Au domicile** : les grandes études épidémiologiques européennes (Euronut - SENECA) ou américaines (NHANES) montrent qu'environ **4% des personnes âgées vivant au domicile** sont dénutries. Parmi les personnes âgées vivant à domicile, la dénutrition est susceptible d'être plus fréquente chez celles qui présentent une **perte d'autonomie** que chez celles qui vivent de façon indépendante. La prévalence de la dénutrition est variable en fonction des populations étudiées et des outils utilisés mais peut alors atteindre 25 à 30%.
- **En institution** : chez les personnes âgées plus dépendantes, cette prévalence varie de **15 à 38%**.
- **À l'hôpital** : les effets de la poly-pathologie, de la douleur, de la détresse psychologique et d'une prise en charge nutritionnelle parfois insuffisante s'additionnent et la prévalence de la dénutrition peut atteindre **50 à 60%** des personnes âgées.

Source : HAS, Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, avril 2007

5. ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SÉDENTARITÉ : ADULTES

a. Activité physique : résultats des études Esteban et ENNS

Figure 12 : Pourcentage d'adultes physiquement actifs selon le sexe, évolution 2006-2015

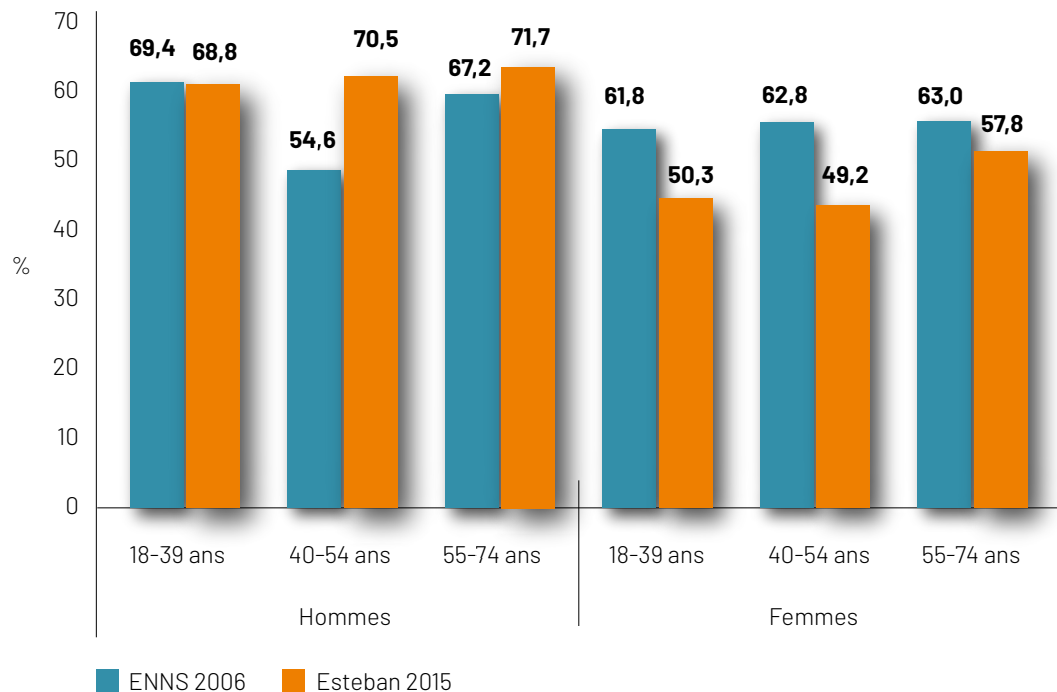


Source : Esteban 2014-2016

Pourcentage d'adultes présentant un niveau d'activité physique modéré ou élevé c'est-à-dire réalisant l'équivalent d'au moins 30 min/jour d'activité physique modérée ou intense au minimum 5 jours par semaine; ou au moins 25 min/jour d'activité physique intense au minimum 3 jours par semaine.

En 2015 les femmes sont devenues physiquement moins actives que les hommes. En 10 ans, la proportion d'hommes physiquement actifs a augmenté de 10% alors que celle des femmes a chuté de près de 16% (Figure 12). Source : Esteban 2015.

Figure 13 : Pourcentages d'adultes physiquement actifs selon le sexe et l'âge, évolution 2006-2015

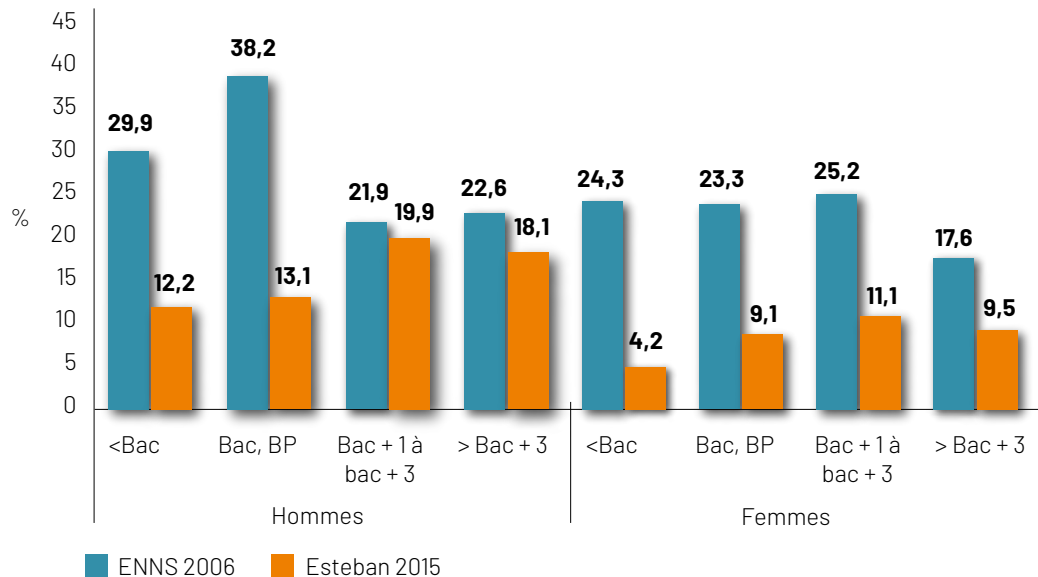


Source : Esteban 2014-2016

La proportion d'adultes physiquement **actifs** (c'est-à-dire déclarant un niveau d'activité physique « modéré » ou « élevé ») **a augmenté chez les hommes de 40-54 ans entre 2006 et 2015**. Cette proportion est restée stable (de l'ordre de 69%) chez les hommes de 18-39 ans et chez les plus de 55 ans (Figure 13).

En 10 ans, le niveau d'activité physique des femmes a diminué de manière significative dans toutes les classes d'âge. Elles n'étaient plus que 53% à atteindre les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique en 2015, contre 63% en 2006 (Figure 12 et Figure 13).

Figure 14 : Pourcentage d'adultes déclarant un niveau d'activité physique élevé selon le sexe et le diplôme, évolution 2006-2015



Source : Esteban 2014-2016

La proportion d'adultes déclarant un niveau d'activité physique « modéré » ou « élevé » (c'est-à-dire conforme aux recommandations) est équivalente quel que soit le niveau de diplôme, tant en 2006 qu'en 2015.

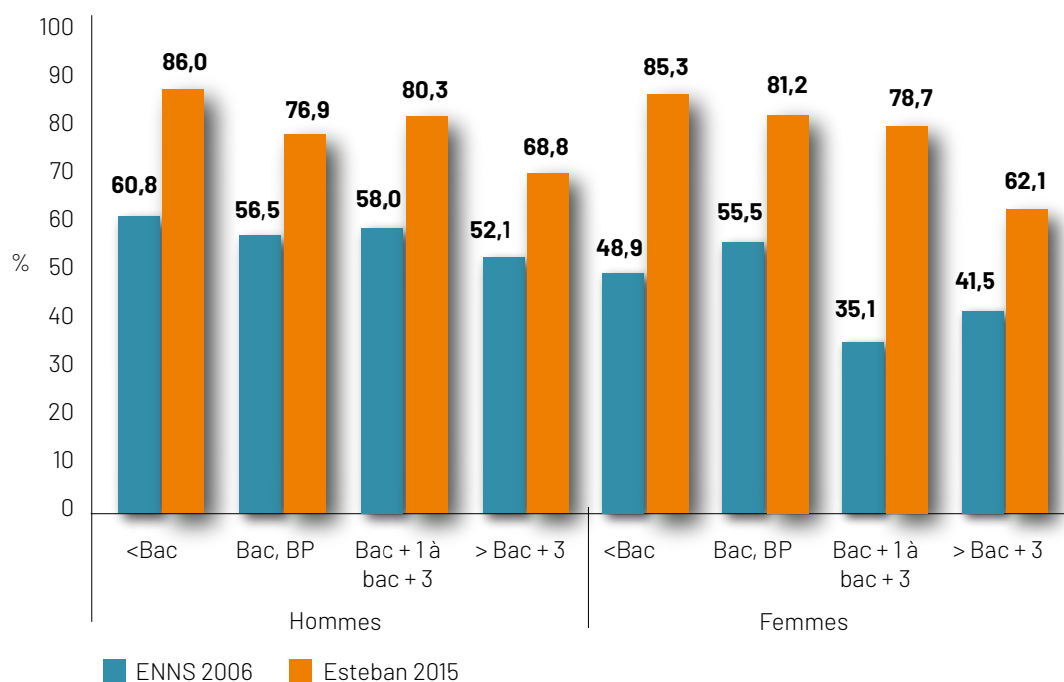
L'intensité de la pratique en fonction du niveau de diplôme a connu une évolution depuis 10 ans.

- En 2015 les personnes les plus diplômées étaient celles qui s'engageaient le plus dans une pratique d'activité physique de niveau « élevé » : **13,2%** des personnes déclarant avoir un baccalauréat ou un diplôme supérieur vs **8,1%** chez les personnes de niveau scolaire inférieur au baccalauréat ; tous sexes confondus ;
- Cette différence n'était pas significative en 2006 : **25,5%** chez les personnes de niveau baccalauréat ou plus vs **27,1%** chez celles de niveau scolaire inférieur au baccalauréat (hommes et femmes confondus).

b. Sédentarité : résultats des études Esteban et ENNS

- **90%** des adultes déclaraient **3 heures ou plus d'activités sédentaires par jour** (sans distinction entre hommes et femmes, ni en fonction du niveau de diplôme) ; **41% plus de 7 heures**.
- La majorité des **hommes (59,8%)** déclarant un **niveau de sédentarité « élevé »** étaient toutefois physiquement actifs, déclarant un **niveau d'activité physique « modéré »** ou « élevé » conforme aux recommandations.
- Les **femmes** déclarant un niveau de **sédentarité « élevé »** étaient quant à elles majoritairement classées dans le **niveau d'activité physique « bas »** (55,9%), et 44% atteignaient toutefois les recommandations en matière d'activité physique.
- **Un adulte sur cinq** cumulait deux facteurs de risque : un niveau de sédentarité élevé et un niveau d'activité physique inférieur aux recommandations : 16,8% des hommes et 22,3% des femmes.

Figure 15 : Pourcentage d'adultes passant trois heures et plus devant un écran par jour, selon le sexe et le diplôme, évolution 2006-2015



Source : Esteban 2014-2016

Le temps quotidien passé devant un écran a augmenté en 10 ans pour l'ensemble de la population adulte et pour toutes les classes de diplôme. Cette augmentation s'est faite **en accentuant les écarts entre les individus de niveau scolaire différent** (Figure 15).

En 2015, les 2/3 des adultes de niveau scolaire < baccalauréat déclaraient passer au moins 3 heures devant la télévision quotidiennement, contre moins d'1/3 des adultes avec un diplôme de 2^{ème} ou 3^{ème} cycle universitaire.

En 2006, 53% des adultes déclaraient passer 3 heures ou plus devant un écran chaque jour en dehors de toute activité professionnelle, ils étaient 80% en 2015. Cette augmentation touchait **toutes les classes d'âge et tous les niveaux de diplôme, mais était plus prononcée chez les femmes.**

En 2006, la population adulte déclarait passer en moyenne 3h20 par jour devant un écran. Cette moyenne est passée à 5h07 par jour en 2015, soit une augmentation de 53%.

Tableau 2 : Évolution du temps passé devant un écran chez les adultes entre 2006 et 2015

	ENNS 2006	Esteban 2015
Déclarent passer 3h ou plus/jour devant un écran	53%	80%
Temps moyen passé devant un écran	3h20	5h07

Source : Esteban 2014-2016

6. ACTIVITÉ PHYSIQUE (AP) ET SÉDENTARITÉ : ENFANTS

a. Activité physique : résultats des études Esteban et ENNS

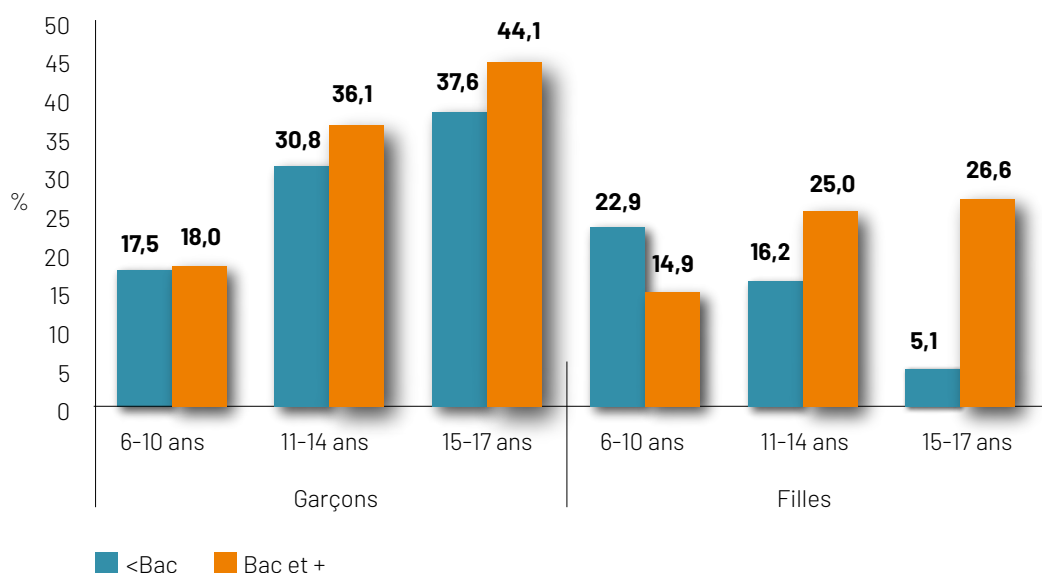
En 2015, **59% des garçons** et **51% des filles** âgés de 6 à 17 ans déclaraient un niveau d'activité physique « modéré » ou « élevé ».

Seuls **28% des garçons** et **18% des filles** atteignaient les **recommandations de l'OMS en matière d'activité physique en 2015 (correspondant à un niveau d'activité physique « élevé »)**. Il n'y a pas eu d'évolution significative de cet indicateur ces 10 dernières années.

Les plus jeunes étaient globalement davantage actifs (en prenant en compte les niveaux d'activité physique dits « modéré » et « élevé », ce dernier étant la recommandation de l'OMS) :

- Les 3/4 des enfants de 6-10 ans avaient un niveau d'activité physique « modéré » ou « élevé » ;
- 40% en moyenne des 11-17 ans avaient un niveau d'activité physique « modéré » ou « élevé » ;
- L'inactivité physique augmentait considérablement au-delà de 11 ans, davantage chez les filles (près de 7 adolescentes sur 10 avaient un niveau d'activité physique « bas » et étaient donc considérées comme physiquement inactives).

Figure 16 : Pourcentage d'enfants de 6-17 ans atteignant les recommandations de 60 minutes d'activité physique par jour (correspondant à un niveau d'activité physique élevé), selon le sexe, l'âge et le diplôme du représentant, étude Esteban 2015



Source : Esteban 2014-2016

Chez les 6-17 ans, le niveau d'activité physique a tendance à augmenter à mesure que le niveau de diplôme de la personne de référence du ménage augmente.

Entre 2006 et 2015, le niveau global d'activité physique des enfants âgés de 6 à 10 ans a diminué. Le pourcentage d'enfants inactifs (déclarant un niveau d'activité physique « bas ») a été multiplié par 5 chez les garçons et par 3 chez les filles en 10 ans.

Le niveau d'activité physique des enfants de 11-14 ans n'a pas connu d'évolution significative entre 2006 et 2015. Ils restaient majoritairement inactifs pour plus d'un garçon sur deux et plus de six filles sur 10.

Le niveau d'activité physique des adolescents de 15-17 ans a eu tendance à augmenter entre 2006 et 2015. Il restait toutefois faible, près d'un adolescent sur deux et sept adolescentes sur 10 étant physiquement inactifs (niveau d'activité physique « bas »).

Tableau 3 : Prévalence de l'inactivité physique chez les enfants et adolescents de 6-17 ans en 2015

6-10 ans : évolution du % d'enfants inactifs entre 2006 et 2015	x5 chez les garçons
	x3 chez les filles
11-14 ans	1/2 inactif chez les garçons
	6/10 inactif chez les filles
15-17 ans	1/2 inactif chez les garçons
	7/10 inactif chez les filles

Source : Esteban 2014-2016

b. Sédentarité : résultats des études Esteban et ENNS

En 2015, les enfants de **6-17 ans passaient en moyenne 4h11 par jour devant un écran** (durée moyenne supérieure chez les garçons en comparaison des filles (4h29 versus 3h55). En 2006 c'était 1 heure de moins quotidiennement (3h09)(Tableau 4).

Les **6-10 ans passaient en moyenne 3h07** par jour devant un écran, sans distinction entre garçons et filles, les **11-14 ans en moyenne 4h48**, les **15-17 ans 5h24** (6h17 en moyenne chez les garçons et 4h44 chez les filles).

En 2015, 60,9% des enfants et adolescents dépassaient **3 heures par jour devant un écran** :

- 45,3% des enfants de 6-10 ans,
- 70 % des 11-14 ans,
- 71 % des filles et 87 % des garçons de 15-17 ans.

Tableau 4 : Durée moyenne quotidienne passée devant un écran*, par sexe et classe d'âge, en heures

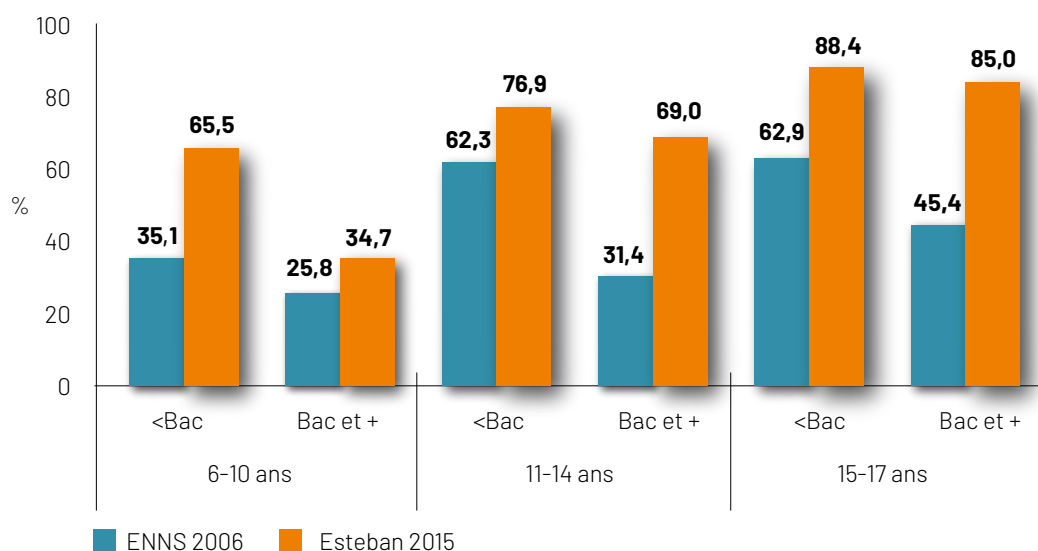
	6-10 ans	11-14 ans	15-17 ans			6-17 ans		
	Garçons et filles confondus	Garçons et filles confondus	Garçons	Filles	Garçons et filles confondus	Garçons	Filles	Garçons et filles confondus
Esteban 2015	3h07	4h48	6h17	4h44	5h24	4h29	3h55	4h11
Augmentation entre 2006 et 2015	+26 min	+1h17			+1h58			+1h

Source : Esteban 2014-2016

*Cumulant le temps passé devant la télévision, les jeux vidéo et l'ordinateur.

En 2006, comme en 2015, le **pourcentage d'enfants passant 3 heures et plus devant un écran par jour était supérieur dans les ménages dont la personne de référence déclarait un niveau scolaire inférieur au baccalauréat** en comparaison de ceux plus diplômés.

Figure 17 : Pourcentage de garçons de 6-17 ans passant 3 heures et plus devant un écran (télévision, ordinateur, console de jeux) chaque jour, selon l'âge et le diplôme de la personne de référence, évolution 2006-2015

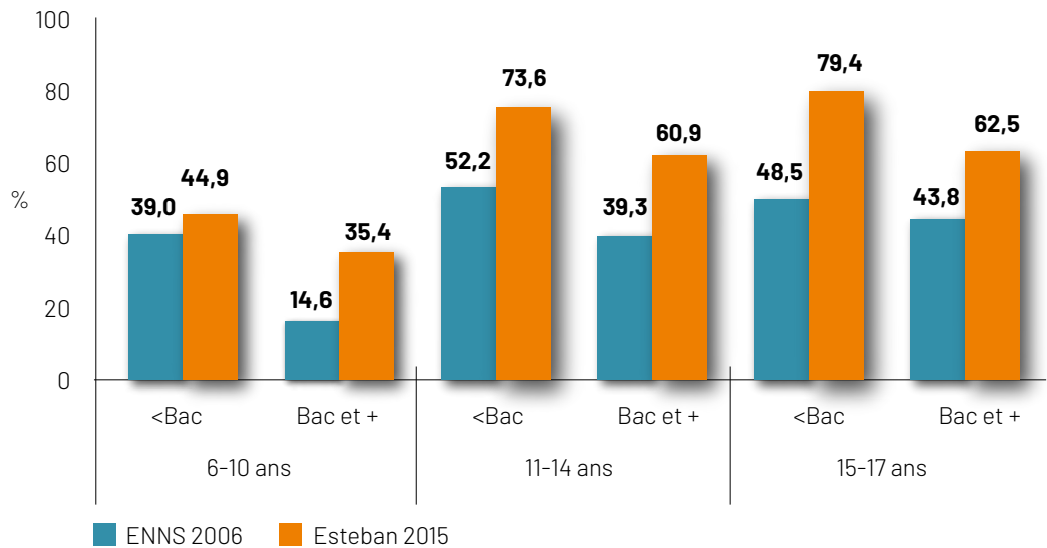


Source : Esteban 2014-2016

En 2015, les garçons de 6-10 ans issus d'un ménage dont l'adulte de référence déclarait posséder un baccalauréat ou un diplôme supérieur étant moins nombreux à passer 3 heures ou plus devant un écran chaque jour. Ces résultats montrent ainsi une **augmentation de l'impact du diplôme sur le temps d'écran quotidien des garçons** de cette tranche d'âge (Figure 17).

La situation était inversée chez les garçons de 11-14 ans et de 15-17 ans. Les différences significatives relevées en 2006, quant au niveau de diplôme, ont été gommées en 2015, du fait notamment d'une augmentation du pourcentage d'enfants passant 3 heures ou plus par jour devant un écran dans les ménages les plus diplômés (Figure 17).

Figure 18 : Pourcentage de filles de 6-17 ans passant 3h et plus devant un écran (télévision, ordinateur, console de jeux) chaque jour, selon l'âge et le diplôme, évolution 2006-2015



Source : Esteban 2014-2016

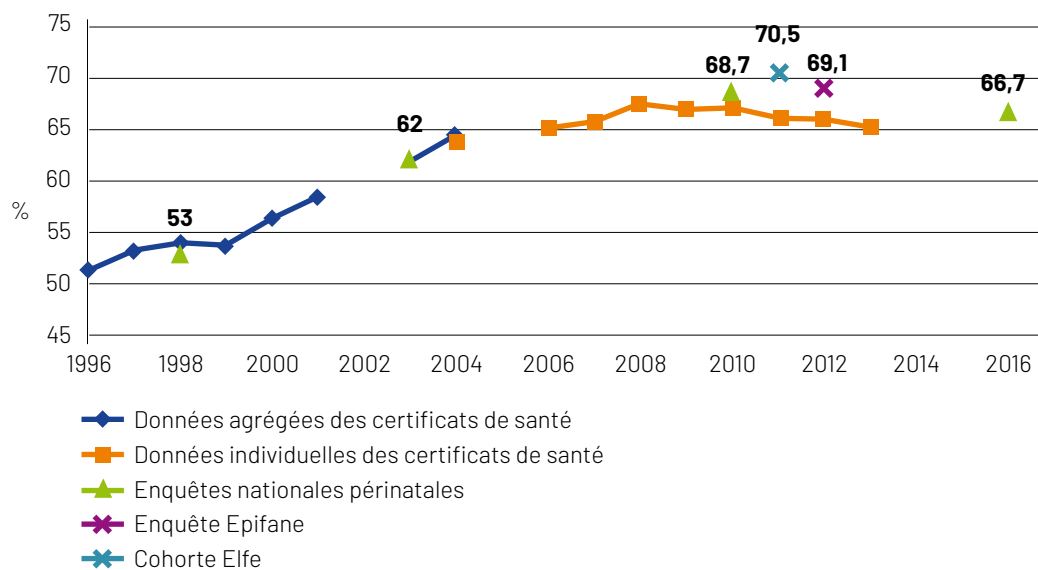
Chez les filles, l'augmentation du temps d'écran relevée ces 10 dernières années chez les filles de 6-10 ans issues d'un ménage dont l'adulte de référence déclarait un diplôme supérieur a gommé les différences qui existaient à ce sujet en 2006 (Figure 18).

Dans les classes d'âge supérieures, l'augmentation du pourcentage de jeunes filles passant 3 heures ou plus par jour devant un écran s'est faite **quel que soit le niveau scolaire de l'adulte de référence du ménage et sans qu'il y ait de différence significative à ce sujet ni en 2006 ni en 2015** (Figure 18).

7. ALLAITEMENT MATERNEL

a. Prévalence de l'initiation de l'allaitement

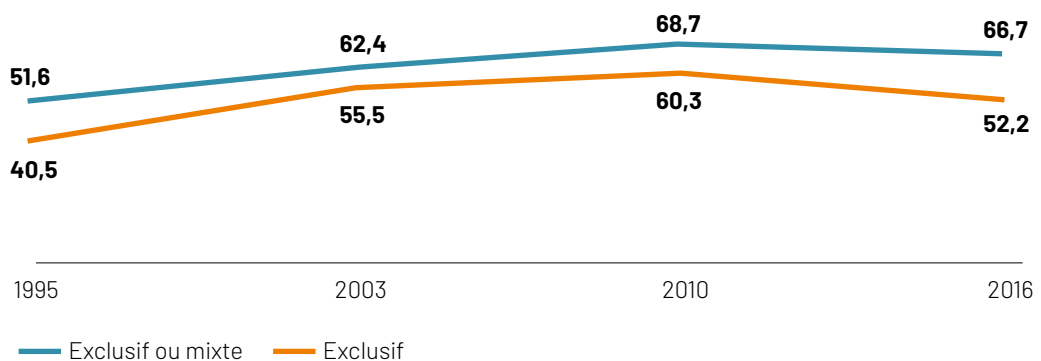
Figure 19 : Évolution du pourcentage d'enfants allaités à la maternité selon les sources (allaitement exclusif ou mixte)



Champ : France métropolitaine. Sources : Épipane (Santé publique France); Enquêtes nationales périnatales (DREES-Inserm); certificats de santé (DREES).

Les études menées entre 2010 et 2016 montrent que plus de 65% des femmes allaitent à la naissance. Une légère diminution semble se dessiner (Figure 19). En France métropolitaine, l'allaitement exclusif a fortement diminué alors qu'une augmentation avait été observée en 1995 et 2010, après la mise en place d'une politique en faveur de l'allaitement (Figure 20). En 2016, 83,3% des femmes allaitent dans les Départements et Régions ultra-marins. Source : Enquête nationale périnatale.

Figure 20 : Prévalence de l'initiation de l'allaitement maternel à la maternité



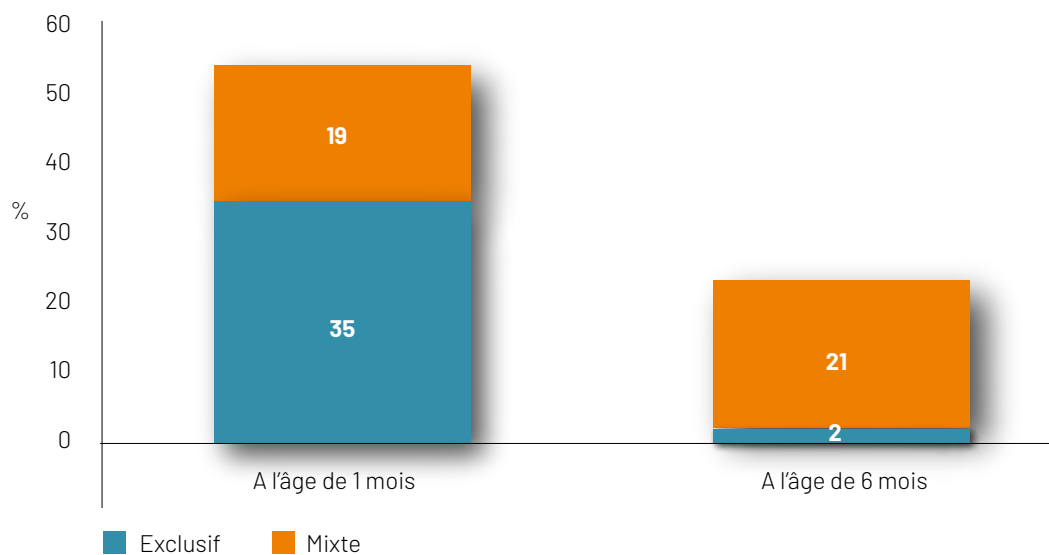
Source : Enquêtes nationales périnatales (DREES-Inserm)

b. Durée de l'allaitement

D'après l'étude Épipane, en 2012 (Figure 21) :

- **54% des enfants sont encore allaités à l'âge d'un mois :**
 - 35% de façon exclusive ;
 - 19% de façon mixte.
- **23% des enfants sont encore allaités à 6 mois :**
 - 21% de façon mixte (ou associée à une alimentation déjà diversifiée) ;
 - 2% de façon exclusive ou prédominante.

Figure 21 : Pourcentage d'enfants encore allaités selon l'âge en France



Source : Étude Epifane 2012 (Santé publique France)

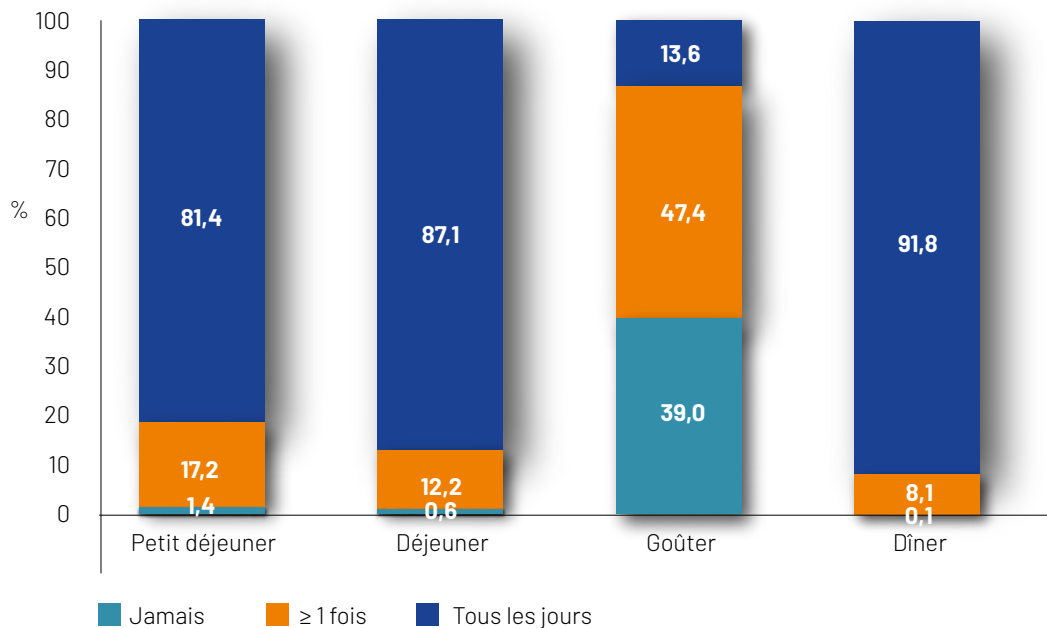
Durée médiane de l'allaitement :

- Étude Epifane 2012 : 15 semaines (3 semaines et demie pour l'allaitement exclusif ou prédominant).
- Cohorte Elfe : la médiane de la durée de l'allaitement prédominant est inférieure de 10 semaines à celle de l'allaitement total. Le sevrage en France apparaît très précoce, et **la part des enfants allaités n'est plus que de 40% à 11 semaines**, période qui correspond à la fin du congé maternité pour les grossesses de rang 1 et 2.

8. COMPORTEMENTS ET PRATIQUES ALIMENTAIRES¹ : ADULTES DE 18 À 79 ANS

a. Occasions et lieux de consommation

Figure 22 : Fréquence de prise des principaux repas sur les jours étudiés, chez les adultes de 18-79 ans



Source : Étude INCA 3 (2014-2015), traitement Anses

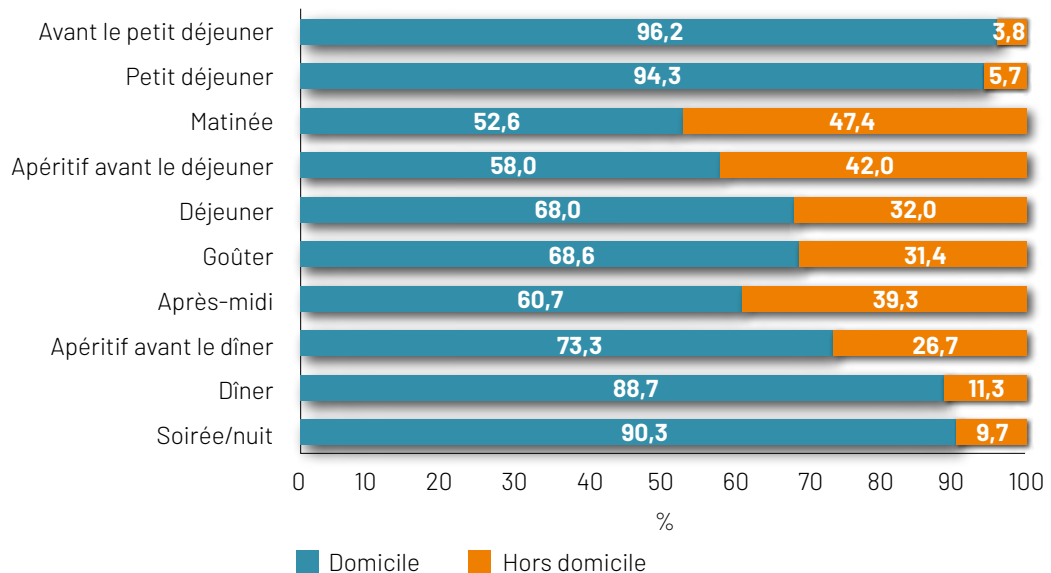
70% des adultes ont pris 3 repas principaux chaque jour.

1/3 des adultes ont consommé quotidiennement des aliments ou boissons en dehors des trois repas principaux et du goûter.

32% des déjeuners des adultes sont pris hors domicile (cantine pour un quart de ces déjeuners, voir Figure 24), comme 40-50% des collations en journée et 30% des goûters (Figure 23).

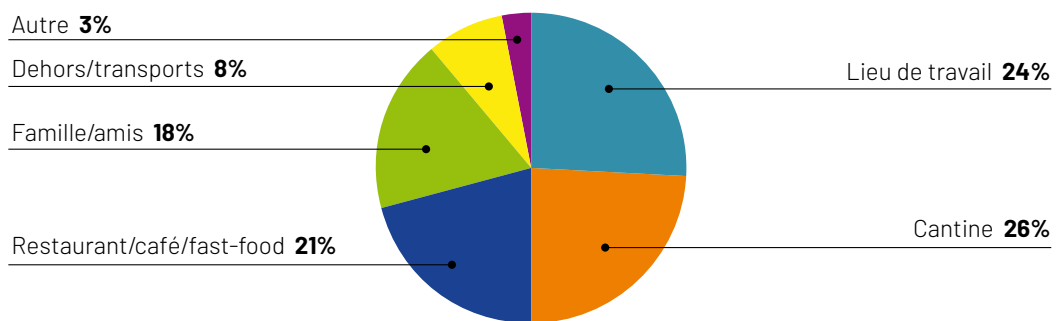
¹ Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3). Rapport d'expertise collective. Anses Juin 2017.

Figure 23 : Répartition des lieux des occasions de consommation sur les jours étudiés, chez les adultes de 18-79 ans



Source : Étude INCA 3 (2014-2015), traitement Anses

Figure 24 : Détail des lieux hors domicile des déjeuners, chez les adultes de 18-79 ans



Source : Étude INCA 3 (2014-2015), traitement Anses

Plus de 90% des individus de niveau d'étude ou professions et catégories sociales (PCS) élevés prennent un petit-déjeuner et un déjeuner quotidiennement :

- Cadres : 93% ;
- Employés : 77% ;
- Ouvriers : 77% ;
- Professions intermédiaires : 84% ;
- Inactifs autres que retraités : 79%.

Les individus de niveau d'étude ou PCS élevés prennent déjeuners, goûters, collations davantage hors domicile.

La part des déjeuners hors domicile (cantine) est plus élevée chez les hommes et diminue avec l'âge.

Agglomération parisienne : 23% des adultes ne déjeunent pas tous les jours, et les déjeuners sont plus souvent consommés hors domicile qu'ailleurs en France.

Le rythme et les lieux des occasions de consommation des repas principaux semblent avoir peu évolué depuis 2006. La part des déjeuners hors domicile est supérieure en 2015 par rapport à 2006 (31% contre 26%).

b. Caractéristiques et origines des aliments

La provenance des aliments transformés/plats composés (composés de plusieurs ingrédients en excluant les aliments bruts n'ayant pas fait l'objet d'une transformation autre qu'une cuisson comme les fruits, légumes, viandes, poissons...) consommés par les **adultes de 18 à 79 ans** en dehors des établissements de restauration est décrite dans l'étude INCA 3 :

- **La moitié** est issue d'une fabrication industrielle ;
- **Un tiers** est fait maison.

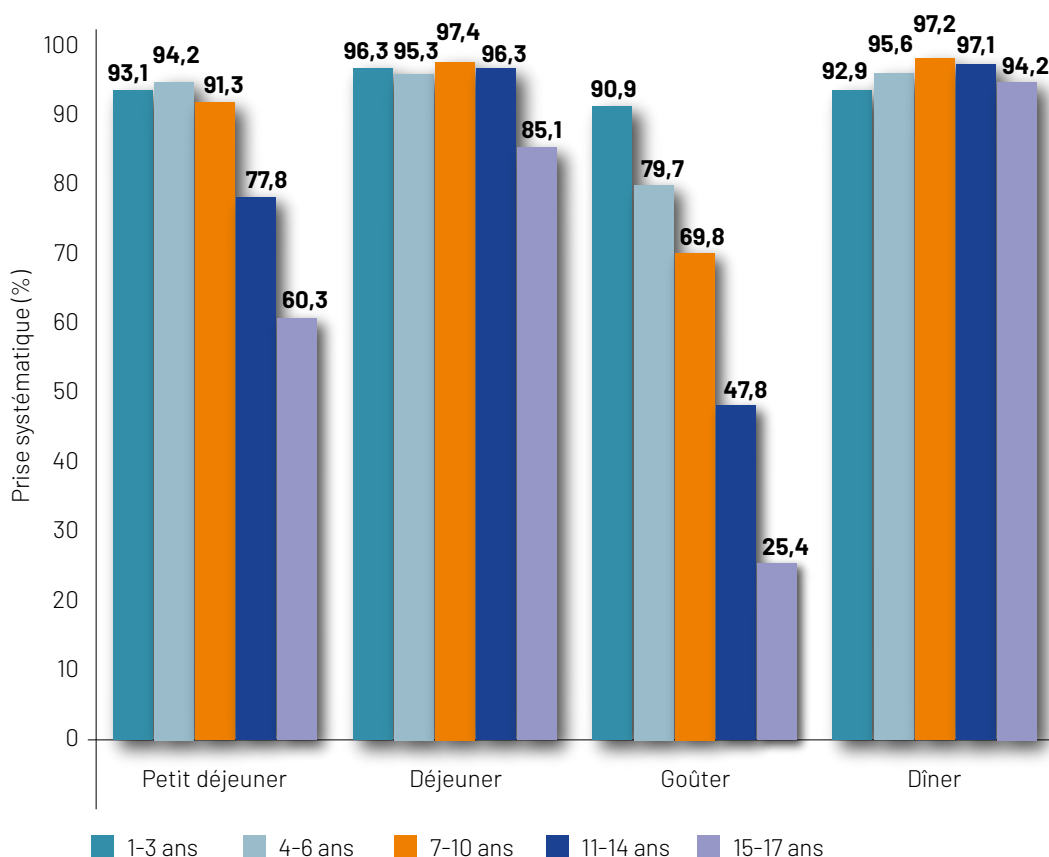
Dans l'ensemble de la population, les aliments transformés et plats composés issus d'une production artisanale ou de la restauration rapide à emporter sont faibles.

La part des aliments transformés et des plats composés faits-maison augmente avec l'âge des individus : de 22% chez les enfants de 0 à 17 ans à 48% chez les adultes de 65 à 79 ans.

9. COMPORTEMENTS ET PRATIQUES ALIMENTAIRES² : ENFANTS DE 1 À 17 ANS

a. Occasions et lieux de consommation

Figure 25 : Pourcentage d'individus prenant systématiquement le repas considéré selon l'âge, chez les enfants de 1-17 ans

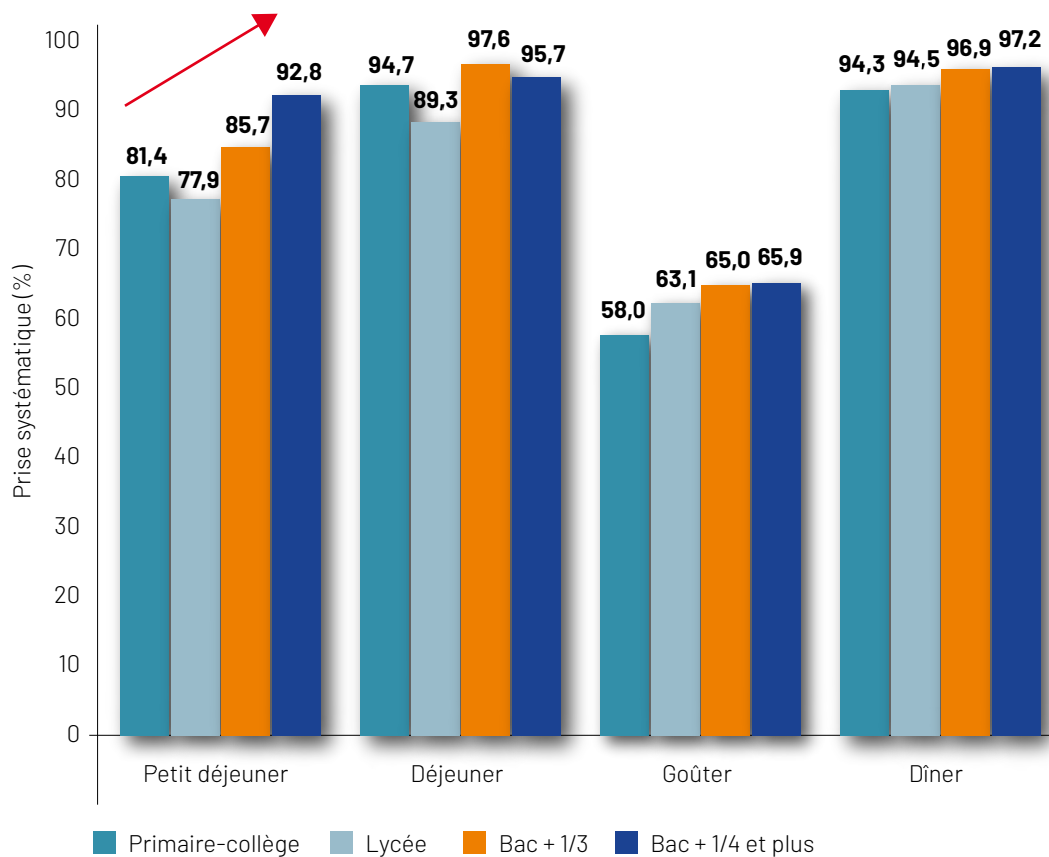


Source : Étude INCA 3 (2014-2015), traitement Anses

À partir du collège, la prise d'un petit-déjeuner tous les jours décroît sensiblement (Figure 25).

² Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3). Rapport d'expertise collective. Anses Juin 2017.

Figure 26 : Pourcentage d'individus prenant systématiquement les principaux repas et le goûter, ajusté sur l'âge, selon le niveau d'étude du représentant, chez les enfants de 1-17 ans



Source : Étude INCA 3 (2014-2015), traitement Anses

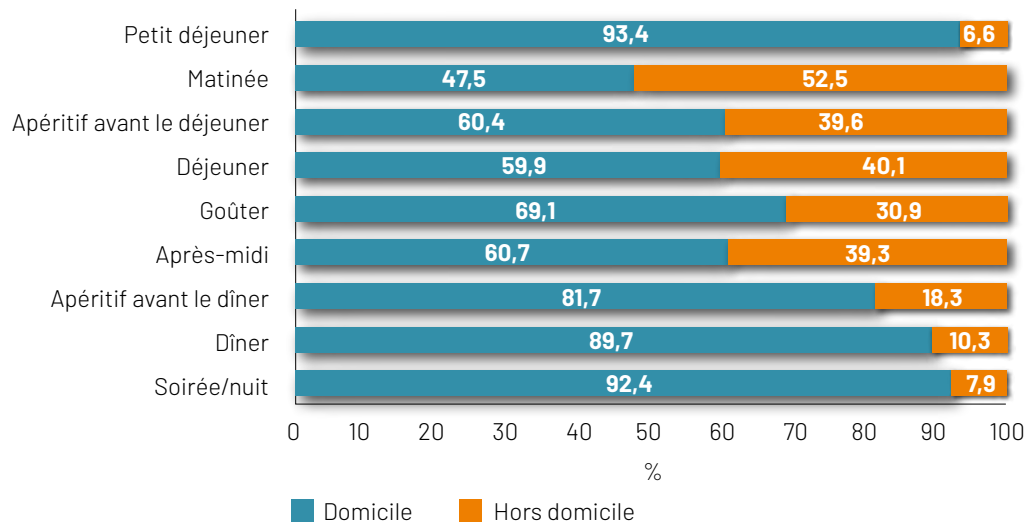
La prise systématique du petit-déjeuner et du déjeuner est associée au niveau d'étude du représentant de l'enfant : la prise quotidienne du petit-déjeuner est plus fréquente chez les enfants dont le représentant a un diplôme \geq bac+4 que chez les autres enfants (Figure 26).

La régularité des rythmes alimentaires chez les enfants semble s'être maintenue depuis 2007.

La prise systématique des petits-déjeuners, déjeuners et dîners sur un petit nombre de jours (deux ou trois) est même supérieure d'environ 10 points en 2014-2015 par rapport à celle observée en 2006-2007 sur une semaine :

- ◆ respectivement **84%, 94% et 96% en 2014-2015 ;**
- ◆ contre 75%, 87% et 85% en 2006-2007.

Figure 27 : Répartition des lieux des occasions de consommation sur les jours étudiés, chez les enfants de 1-17 ans

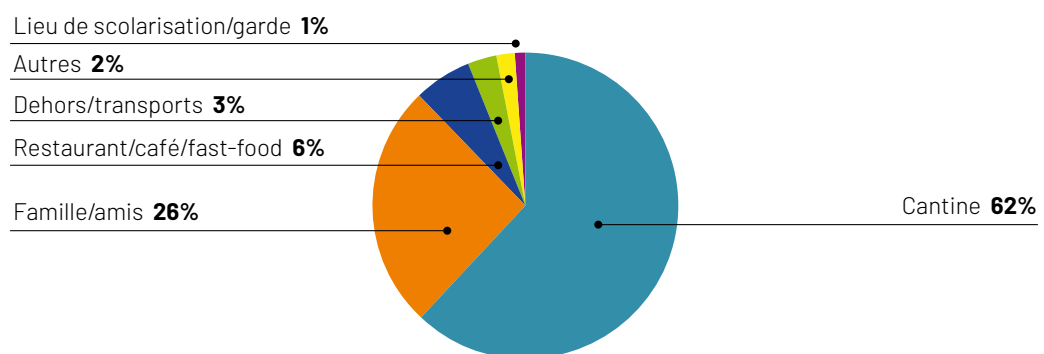


Source : Étude INCA 3 (2014-2015), traitement Anses

10% des enfants consomment quotidiennement des aliments ou boissons en dehors des trois repas principaux et du goûter.

40% des déjeuners des enfants sont pris hors domicile (cantine pour deux tiers de ces déjeuners voir Figure 28), comme **40-50% des collations en journée** et **30% des goûters** (Figure 27).

Figure 28 : Détail des lieux hors domicile des déjeuners chez les enfants de 1-17 ans



Source : Étude INCA 3 (2014-2015), traitement Anses

Le rythme et les lieux de consommation des repas principaux semblent avoir peu évolué entre 2006-2007 et 2014-2015.

b. Caractéristiques et origines des aliments

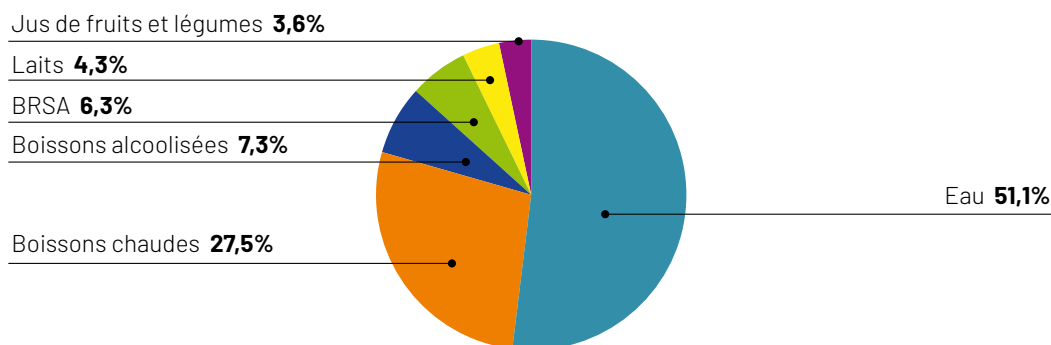
La provenance des aliments transformés/plats composés (composés de plusieurs ingrédients en excluant les aliments bruts n'ayant pas fait l'objet d'une transformation autre qu'une cuisson comme les fruits, légumes, viandes, poissons...) consommés par les **enfants de 0 à 17 ans** en dehors des établissements de restauration est décrite dans l'étude INCA 3 :

- **Deux tiers** sont issus d'une fabrication industrielle ;
- **Un cinquième** est fait maison.

Dans l'ensemble de la population, les aliments transformés et plats composés issus d'une production artisanale ou de la restauration rapide à emporter sont faibles.

10. CONSOMMATIONS ALIMENTAIRES CHEZ LES ADULTES EN 2014-2015

Figure 29 : Répartition de la quantité de boissons consommées par les adultes de 18 à 79 ans



Source : Étude INCA 3 (2014-2015), traitement Anses

Les **hommes** consomment en plus grande quantité que les femmes les aliments suivants :

- **légumineuses** (+84%),
- **viandes hors volailles** (+46%),
- **sandwichs et pâtisseries salées** (+36%),
- **charcuteries** (+35%),
- **pommes de terre** (+35%),
- **fromages** (+32%),
- **entremets et crèmes desserts** (+28%),
- **produits céréaliers raffinés (pain, pâtes et autres céréales)** (+24%),

Les **femmes** consomment en plus grande quantité que les hommes les aliments suivants :

- **compotes et fruits au sirop** (+77%),
- **soupes et bouillons** (+44%),
- **yaourts et fromages blancs** (+34%),
- **volailles** (+23%).

Les **hommes** consomment davantage de boissons alcoolisées (+173%) et les femmes davantage de boissons chaudes (+24%).

Consommations selon l'âge :

- **Les céréales du petit-déjeuner, les boissons rafraîchissantes sans alcool (BRSA), les sandwichs et pâtisseries salées et les produits sucrés** contribuent moins à la ration alimentaire des 65-79 ans que des 18-44 ans (respectivement -85%, -75%, -73% et -40%),
- Les **yaourts et fromages blancs** contribuent davantage à la ration alimentaire des 65-79 ans par rapport aux 18-44 ans (+20%).

Consommations selon le niveau d'étude :

- Lorsque le niveau d'étude augmente, les individus sont plus nombreux à consommer les aliments suivants :
 - produits complets,
 - céréales du petit-déjeuner,
 - yaourts et fromages blancs,
 - fromage,
 - fruits,
 - légumes,
 - oléagineux,
 - sandwichs, pizzas et tartes salées,
 - substituts de produits animaux,
 - confiseries et chocolat,
 - sucre et matières sucrantes.
- Lorsque le niveau d'étude augmente, les individus sont plus nombreux à consommer les boissons suivantes :
 - eau du robinet,
 - jus de fruits et légumes,
 - boissons alcoolisées ;
 - mais **moins nombreux à consommer des BRSA.**

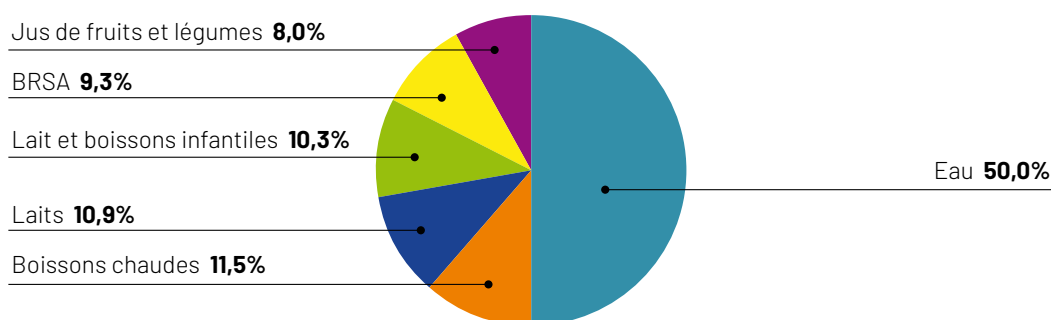
11. CONSOMMATIONS ALIMENTAIRES CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS EN 2014-2015

a. Boissons

Boissons consommées enfants 0-10 ans (Figure 30) :

- **L'eau représente la moitié des boissons** consommées ;
- Suivie par les **boissons à base de lait** (1/3 des boissons, avec boissons chaudes pour 11,5%, laits pour 10,9% et laits et boissons infantiles pour 10,3%) ;
- Puis les **BRSA** : 9,3% ;
- Et enfin jus de fruits et légumes (8,0%).

Figure 30 : Répartition des boissons consommées par les enfants de 0 à 10 ans

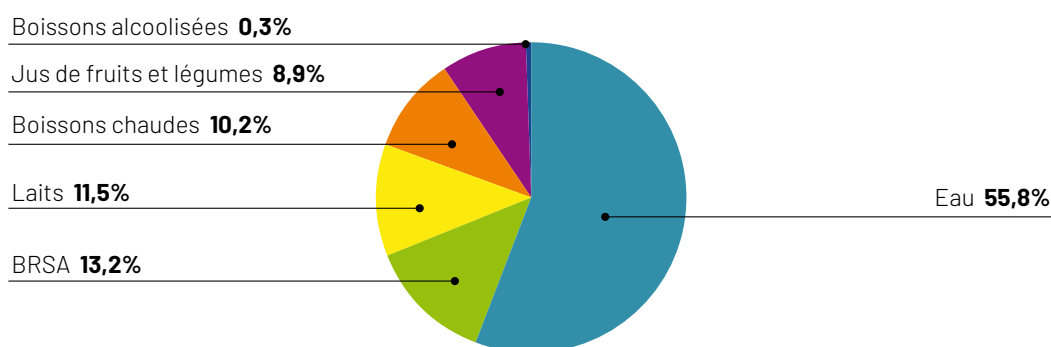


Source : Étude INCA 3 (2014-2015), traitement Anses

Boissons consommées adolescents 11-17 ans (Figure 31) :

- **L'eau représente la moitié des boissons consommées** (55,8%) ;
- Suivie par les **BRSA** (hors jus de fruits, 13,2%) ;
- Laits (11,5%) ;
- Boissons chaudes (10,2%) ;
- Jus de fruits et légumes (8,9%) ;
- Boissons alcoolisées (0,3%).

Figure 31 : Répartition des boissons consommées par les adolescents de 11 à 17 ans



Source : Étude INCA 3 (2014-2015), traitement Anses

b. Pourcentage de consommateurs selon le sexe

Les garçons de 11-17 ans sont plus nombreux que les filles à consommer :

- les entremets et crèmes desserts (46% vs 34%);
- les viandes (hors volailles)(76% vs 66%);
- les BRSA (69% vs 58%);
- les boissons alcoolisées (4,2% vs 0,9%).

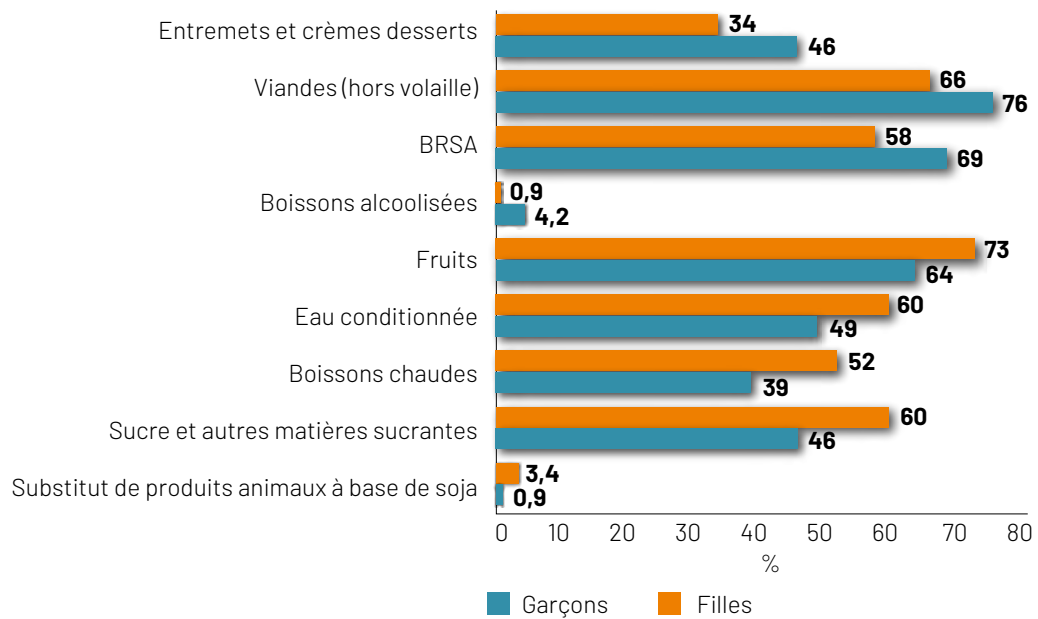
A contrario, les filles sont plus nombreuses que les garçons à consommer :

- des fruits (73% vs 64%);
- de l'eau conditionnée (60% vs 49%);
- des boissons chaudes (52% vs 39%);
- du sucre et autres matières sucrantes (60% vs 46%);
- des substituts de produits animaux à base de soja et autres végétaux (3,4% vs 0,9%).

➡ Dès l'adolescence, les individus de sexe féminin consomment en proportion davantage de volailles, alors que ceux de sexe masculin consomment préférentiellement les autres types de viandes.

➡ Chez les adolescents : les garçons privilégient les BRSA (+58% dans la quantité journalière consommée) alors que les filles préfèrent les jus de fruits (+24%).

Figure 32 : Pourcentage de consommateurs chez les adolescents de 11-17 ans



Source : Étude INCA 3 (2014-2015), traitement Anses

c. Consommations selon le niveau d'étude du représentant

I. Enfants 0-10 ans

Lorsque le niveau d'étude du représentant augmente, le **pourcentage de consommateurs** augmente pour :

- pain,
- fromage,
- fruits et légumes,
- compotes,
- fruits à coque,
- sucre,
- eau du robinet.

Inversement les consommateurs de BRSA sont moins nombreux lorsque le niveau d'étude du représentant est élevé, et la quantité de **BRSA** consommée est **2 fois plus importante** chez les enfants dont le niveau d'étude du représentant est primaire/collège par rapport à bac+4.

En **quantité moyenne consommée**, lorsque le représentant a un niveau d'étude plus élevé les enfants consomment davantage :

- yaourts et fromages blancs,
- fruits et légumes,
- compotes,
- oléagineux,
- sucre.

En **quantité moyenne consommée**, lorsque le représentant a un niveau d'étude plus élevé les enfants consomment moins :

- charcuteries,
- pommes de terre,
- BRSA.

II. Adolescents 11-17 ans

Lorsque le niveau d'étude du représentant est plus élevé les adolescents sont plus nombreux à consommer :

- fromage,
- **fruits.**

Lorsque le niveau d'étude du représentant est plus élevé les adolescents sont moins nombreux à consommer des BRSA (la quantité est **2 fois plus importante** lorsque le niveau d'étude du représentant est primaire/collège par rapport à bac+4).

En termes de **quantité moyenne consommée**, lorsque le niveau d'étude du représentant est plus élevé les adolescents consomment davantage :

- yaourts et fromages blancs,
- fruits,
- oléagineux,
- sucre.

En termes de **quantité moyenne consommée**, lorsque le niveau d'étude du représentant est plus élevé les adolescents consomment moins :

- entremets et crèmes desserts,
- volailles,
- BRSA.

12. CONSOMMATIONS ALIMENTAIRES DANS L'ENSEMBLE DE LA POPULATION EN 2014-2015

a. Particularités liées au statut socio-économique

Quelle que soit la population considérée (enfants ou adultes), la consommation de **fruits et légumes augmente avec le niveau d'étude** (de l'individu ou de son représentant) alors que celle de **BRSA diminue**.

Chez les individus ayant un niveau d'étude primaire ou collègue (ou leur représentant) comparativement à ceux ayant au moins un niveau bac+4, on observe :

Une consommation **1,5 fois moins élevée de fruits**

Une consommation **2 fois plus élevée de BRSA** (hors jus de fruits). La consommation de jus de fruits est en revanche identique.

b. Particularités régionales

Charcuterie : moins consommée en Ile-de-France ; **davantage dans le Nord-Ouest**.

Nord-Est : **moins de fruits et de légumes** mais plus de pommes de terre.

BRSA : consommation **plus élevée au Nord** (Est et Ouest, hors Ile-de-France) qu'au Sud (Est et Ouest). Sud-Est : l'eau du robinet est préférée à celle conditionnée.

Grandes agglomérations : davantage de poissons, confiseries et chocolat, jus de fruits.

Zones rurales : davantage de charcuteries, de légumes, de fromages.

c. Particularités selon le lieu ou le moment de consommation

Sandwichs et pâtisseries salées, pommes de terre, glaces, confiseries et chocolat, eau : préférentiellement consommés **hors domicile**.

Domicile : lieu privilégié de consommation des aliments associés au petit-déjeuner (céréales de petit-déjeuner, boissons chaudes, jus de fruits et lait) ou au dîner (soupes et œufs et plats à base d'œufs).

Viennoiseries et biscuits sucrés, sandwichs, pizzas, pâtisseries et biscuits salés, charcuterie, BRSA et boissons alcoolisées : préférentiellement consommés le **week-end**.

Saison : associée à un niveau de consommation différent de certains aliments tels que les glaces en été et les soupes en hiver.

d. Comparaisons 2006-2015

En 2015 **les aliments sont davantage consommés sous forme transformée par rapport à 2006** : légumes, pommes de terre et céréales, viande, poissons sont davantage consommés sous forme de plats composés.

La consommation de sandwichs, pizzas, quiches et autres pâtisseries salées est également plus élevée. En revanche, les glaces seraient consommées en moindre quantité quel que soit l'âge, ainsi que les crèmes desserts et la charcuterie chez les adultes.

13. APPORTS NUTRITIONNELS : ÉNERGIE, MACRONUTRIMENTS, ACIDES GRAS, VITAMINES ET MINÉRAUX

L'apport énergétique total (AET) augmente progressivement de 0-11 mois à 18-44 ans, pour atteindre 2 200 kcal/j, puis diminue notamment chez les 65-79 ans (1 900 kcal/j).

Plus de la moitié des apports en énergie (environ 55%) sont apportés par 4 contributeurs principaux, quel que soit l'âge :

- **Produits céréaliers ;**
- **Produits laitiers ;**
- **Viandes/poissons/œufs (VPO) ;**
- **Fruits et légumes.**

Deux autres groupes sont des contributeurs importants à l'apport énergétique :

- **Viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits sucrés** (10% à 17% des AET selon l'âge) ;
- **Sandwichs, pizzas, tartes, pâtisseries et biscuits salés** (5% à 9% des AET selon l'âge).

Au sein des lipides, la répartition des acides gras entre les saturés (AGS), mono-insaturés (AGMI) et poly-insaturés (AGPI) est stable quel que soit l'âge (Figure 33) :

- les AGS représentent environ 50% des apports en acides gras,
- les AGMI (ex : acide oléique) un peu plus d'1/3,
- les AGPI (ex : acide linoléique = oméga 6, acide alpha linoléique = oméga 3) la part restante (environ un sixième).

L'acide palmitique (trouvé dans les produits d'origines animale et végétale, majoritaire dans les huiles de palme et de coprah, largement utilisées dans les produits transformés) **contribue à plus de la moitié (54%) de l'apport total en AGS**, quel que soit l'âge.

Parmi les AGPI, les apports journaliers en EPA + DHA (acides gras oméga 3) sont :

- 286 mg/j chez les adultes (inférieurs aux recommandations) ;
- 239 mg/j chez les adolescents de 11 à 17 ans (inférieurs aux recommandations) ;
- 144 mg/j chez enfants de moins de 11 ans (inférieurs aux recommandations).

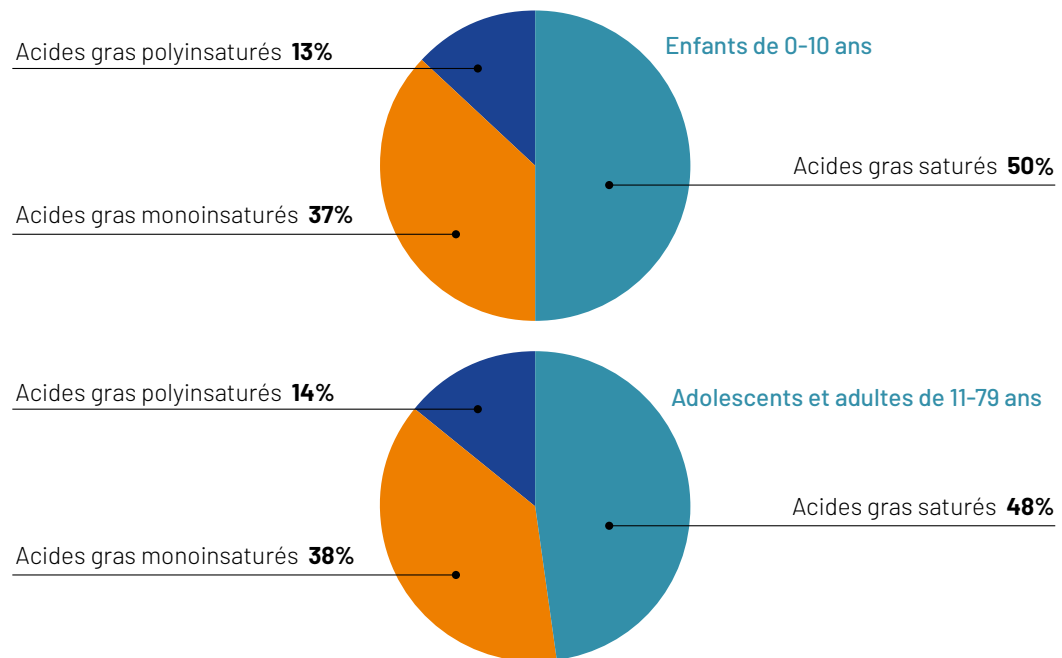
Recommandations de l'Anses : **la part recommandée des lipides dans l'apport énergétique est de 35 à 40%**. La limite haute de cette fourchette est dépassée en France par environ 43% des adultes et 34% des enfants.

Les recommandations de l'Anses chez l'adulte consommant 2 000 kcal/j sont :

- **250 mg d'EPA* + 250 mg de DHA*** ;
- **≤12% d'AGS totaux** (pourcentage de l'apport énergétique sans alcool) ;
- **≤8% d'acides laurique + myristique + palmitique** qui sont athérogènes si consommés en excès (pourcentage de l'apport énergétique sans alcool).

*EPA : acide eicosapentaénoïque ; DHA : acide docosahexaénoïque

Figure 33 : Répartition des acides gras consommés par les enfants, adolescents, et adultes



Source : Étude INCA 3 (2014-2015), traitement Anses

Fibres alimentaires :

- Apports moyens journaliers de **13 g/j** chez les enfants,
- **17 g/j** chez les adolescents,
- **20 g/j** chez les adultes (plus faibles chez les femmes et chez ceux ayant un niveau d'études primaire ou collège). Les recommandations chez l'adulte sont de 30 g/jour.

Alcool :

- 12 g/j soit 4,1% de l'AET chez les adultes.
- Contribution de l'alcool à l'AET est 2,5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (5,1% vs 2,0%). Apports en alcool plus importants le week-end et hors du domicile.

Sel :

- Apports estimés à **4,4 g/j** chez les enfants,
- **6,5 g/j** chez les adolescents,
- **8,0 g/j** chez les adultes (9,0 g/j chez les hommes et **7,0 g/j** chez les femmes).

Consommation alimentaire hors-domicile :

- 1/4 de l'AET des enfants ;
- 22% de l'AET des adolescents et adultes.

L'ensemble des produits animaux (produits laitiers et VPO) contribue à environ 60% des apports protéiques, quel que soit l'âge :

- VPO contribuent de manière croissante avec l'âge (34% chez les enfants, 38% chez les adolescents et 41% chez les adultes) ;
- Produits laitiers contribuent de manière décroissante (respectivement 27%, 19% et 17% chez les enfants, adolescents et adultes).

La contribution des produits animaux aux apports lipidiques est globalement identique quel que soit l'âge et s'élève à environ 40% :

- Produits laitiers contribuent plus chez les enfants de 1 à 10 ans (21% vs 17% pour les adultes) ;
- VPO contribuent davantage pour les adultes (22% vs 19% pour les enfants).

a. Enfants et adolescents en 2014-2015

AET s'élève à **1504 kcal/j** chez les enfants âgés de 0 à 10 ans, et **1974 kcal/j** chez les adolescents âgés de 11 à 17 ans.

La ration plus élevée chez les individus de sexe masculin se répercute également au niveau des apports énergétiques, avec un AET supérieur à celui des individus de sexe féminin d'environ 10% chez les enfants, 17% chez les adolescents.

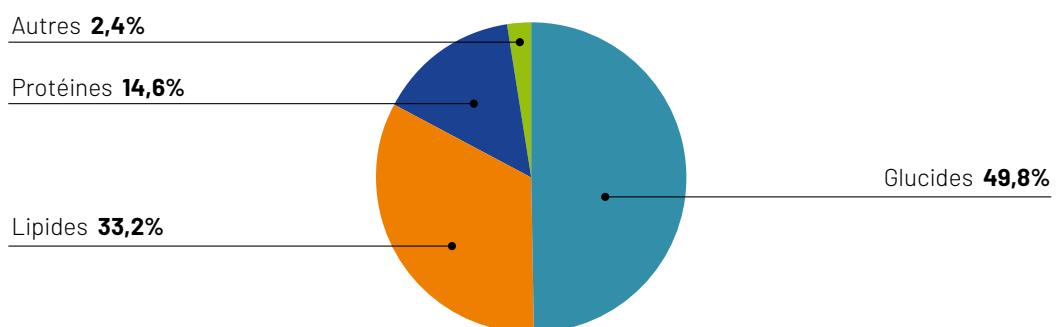
I. Enfants de 0-10 ans

La contribution des macronutriments à l'apport énergétique sans alcool (AESA) est de 49,8% pour les glucides, 33,2% pour les lipides, 14,6% pour les protéines, 2,4% pour les fibres et acides organiques (Figure 34).

Les **glucides** sont majoritairement consommés sous forme de **sucres (99 g/j soit 53% des glucides)**.

Les **petits-déjeuners** et les **goûters** contribuent ensemble à **plus de la moitié des apports en sucres** de la journée (respectivement 27% et 25%).

Figure 34 : Contribution des macronutriments à l'apport énergétique sans alcool (en %), chez les enfants de 0 à 10 ans



Autres : fibres et acides organiques

Source : Étude INCA 3 (2014-2015), traitement Anses

Chez les enfants de 1-10 ans les principaux groupes d'aliments (hors boissons) contribuant aux **apports énergétiques totaux** sont :

- les produits laitiers (19%),
- les viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits (17%),
- les produits céréaliers (15%).
- Viennent ensuite les VPO (12%),
- les fruits et légumes (11%),
- les sandwiches, pizzas, tartes, pâtisseries et biscuits salés (5,4%).

L'ensemble de ces groupes contribue à environ 80% de l'AET.

Contribution des différents groupes aux apports en sucres :

- 26% pour les produits laitiers,
- 25% pour les fruits et légumes (essentiellement les fruits),
- 16% pour les viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits sucrés,
- 7% pour les confiseries et chocolat,
- 7% pour les BRSA.

Les groupes d'aliments vecteurs de **fibres** chez les enfants de 1 à 10 ans sont :

- Les fruits et légumes et aliments à base de fruits et légumes (33%, dont 11% pour les légumes, 9,2% pour les fruits et 6,2% pour les compotes) ;
- Les produits céréaliers (19%, dont 10% pour les pains et 6,2% pour les pâtes, riz, blé et autres céréales) ;
- Les viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits sucrés (12%) ;
- Les pommes de terre (5%) et plats à base de pommes de terre (5%).

Les groupes d'aliments vecteurs de **sel** chez les enfants de 1 à 10 ans sont :

- Les VPO (18%, dont 8,8% pour la charcuterie) ;
- Les produits céréaliers (16%, dont 14% pour les pains) ;
- Les produits laitiers (13%) ;
- Les fruits et légumes (12%, dont 5,5% pour les soupes et bouillons) ;
- Les condiments, herbes, épices et sauces (11%) ;
- Les viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits sucrés (10%) ;
- Les sandwiches, pizzas, tartes, pâtisseries et biscuits salés (9,3%) ;
- Les plats à base de pommes de terre, de céréales ou de légumineuses (5,8%).
- L'ensemble de ces groupes représente la quasi-totalité des apports en sel (95%).

Les principaux groupes d'aliments vecteurs de **lipides** chez les enfants de 1 à 10 ans sont :

- Les produits laitiers (21%, dont les fromages à hauteur de 7,4%) ;
- Les viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits sucrés (20%) ;
- Les VPO et aliments à base de VPO (19%, dont 5,9% pour les charcuteries) ;
- Les sandwiches, pizzas, tartes, pâtisseries et biscuits salés (6,7%) ;
- Les confiseries et chocolats (5,6%).

Ces groupes d'aliments sont ceux qui contribuent à au moins 5% des apports en lipides. L'ensemble de ces groupes représente 72% des apports lipidiques totaux.

Les principaux groupes d'aliments vecteurs **d'acides gras saturés** chez les enfants de 1 à 10 ans sont :

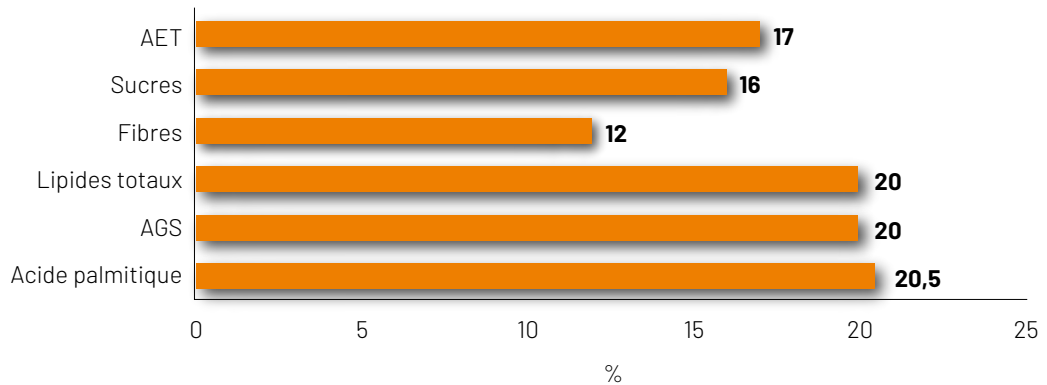
- Les produits laitiers (29%, dont les fromages à hauteur de 10,5%);
- Les viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits sucrés (20,1%);
- Les VPO et aliments à base de VPO (15%, dont 5,1% pour les charcuteries);
- Les matières grasses animales (7%);
- Les sandwiches, pizzas, tartes, pâtisseries et biscuits salés (6,3%);
- Les confiseries et chocolats (5,5%).

Ces groupes d'aliments sont ceux qui contribuent à au moins 5% des apports en acides gras saturés. L'ensemble de ces groupes contribue à 83% des apports totaux en graisses saturées.

Contribution moyenne de certains groupes d'aliments aux apports en énergie, macronutriments et micronutriments chez les **enfants de 1 à 10 ans** (Figure 35) :

- **Viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits sucrés (VPGB) est 1^{er} contributeur pour :**
 - AET (17% des AET),
 - sucres (16%),
 - lipides totaux (20%),
 - AGS, AGMI, et AGPI (20% pour chacun),
 - acide palmitique (20,5% des apports).
- Viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits sucrés contribue également (sans être 1^{er} contributeur) pour :
 - 10% de l'apport en sel,
 - 12% de l'apport en fibres,
 - 13% de l'apport en fer.
- **Légumineuses** : représentent **1,7% des apports en fibres.**
- **Pains** : 1^{er} contributeur **des apports en sel (14%).**

Figure 35 : Nutriments pour lesquels le groupe des viennoiseries, pâtisseries, gâteaux, biscuits sucrés est le premier contributeur chez les enfants de 1 à 10 ans



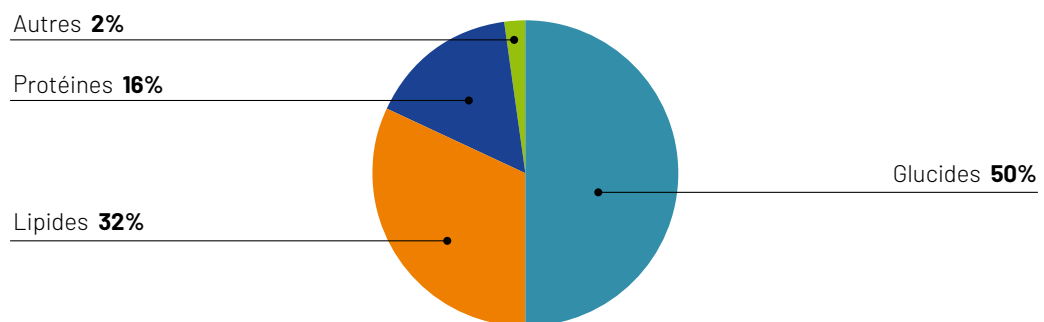
Abréviations : AET, apport énergétique total ; AGS, acides gras saturés
Source : Étude INCA 3 (2014-2015), traitement Anses

II. Adolescents de 11-17 ans

La contribution des macronutriments à l'apport énergétique sans alcool (AESA) est de 49,4% pour les glucides, 32,3% pour les lipides, 16,0% pour les protéines.

Les glucides sont principalement consommés sous forme d'amidon (122 g/j soit 50%) puis sous forme de **sucres** (105 g/j soit **43%**).

Figure 36 : Contribution des macronutriments à l'apport énergétique sans alcool (en %), chez les adolescents de 11 à 17 ans



Autres : fibres et acides organiques
Source : Étude INCA 3 (2014-2015), traitement Anses

Chez les adolescents de 11-17 ans les principaux groupes d'aliments (hors boissons) contribuant **aux apports énergétiques totaux** sont :

- les produits céréaliers (20%),
- les viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits (14%),
- les VPO (14%).
- Viennent ensuite les produits laitiers (12%),
- les sandwiches, pizzas, tartes, pâtisseries et biscuits salés (9,3%),
- les fruits et légumes (8%).

Contribution des différents groupes aux apports en **sucres** :

- 22% pour les fruits et légumes (essentiellement les fruits et jus de fruits),
- 19% pour les produits laitiers,
- 16% pour les viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits sucrés,
- 11% pour les BRSA,
- 10% pour les confiseries et chocolat.

Les groupes d'aliments vecteurs de **fibres** chez les adolescents de 11 à 17 ans sont :

- Les produits céréaliers (27%);
- Les fruits et légumes et aliments à base de fruits et légumes (26%);
- Les pommes de terre et plats à base de pommes de terre (13% pour l'ensemble des deux);
- Les viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits sucrés (11%);
- Les sandwiches, pizzas, tartes, pâtisseries et biscuits salés (10%).

Les groupes d'aliments vecteurs de **sel** chez les adolescents de 11 à 17 ans sont :

- Les produits céréaliers (21%);
- Les VPO (16%, dont 7% pour la charcuterie);
- Les condiments, herbes, épices et sauces (13%);
- Les fruits et légumes et aliments à base de fruits et légumes (9,1%);
- Les produits laitiers (8,9%);
- Les viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits sucrés (7,9%);
- Les plats à base de pommes de terre, de céréales ou de légumineuses (5,7%).
- L'ensemble de ces groupes représente la quasi-totalité des apports en sel (97% environ).

Les principaux groupes d'aliments vecteurs de **lipides** chez les adolescents de 11 à 17 ans sont :

- Les VPO et aliments à base de VPO (21%, dont 5,9% pour la viande et 5,6% pour les charcuteries);
- Les viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits sucrés (18%);
- Les produits laitiers (15%, dont 6,5% pour les fromages);
- Les sandwiches, pizzas, tartes, pâtisseries et biscuits salés (11%);
- Les confiseries et chocolats (6,8%).
- L'ensemble de ces groupes représente 71% des apports lipidiques totaux.

Les principaux groupes d'aliments vecteurs **d'acides gras saturés** chez les adolescents de 11 à 17 ans sont :

- Les produits laitiers (22%, dont les fromages à hauteur de 10%);
- Les viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits sucrés (19,5%);
- Les VPO et aliments à base de VPO (15%, dont 6,1% pour les viandes et 5,1% pour les charcuteries);
- Les sandwiches, pizzas, tartes, pâtisseries et biscuits salés (9,8%);
- Les confiseries et chocolats (7%).

● L'ensemble de ces groupes contribue à 76% des apports totaux en graisses saturées.

Contribution moyenne de certains groupes d'aliments aux apports en énergie, macronutriments et micronutriments chez les **adolescents de 11 à 17 ans** (Figure 37) :

● **VPGB est 1er contributeur pour :**

- AET (14% des AET),
- sucres (16%),
- AGS, AGMI, et AGPI (respectivement 20%, 17%, et 16%),
- acide palmitique (20%).

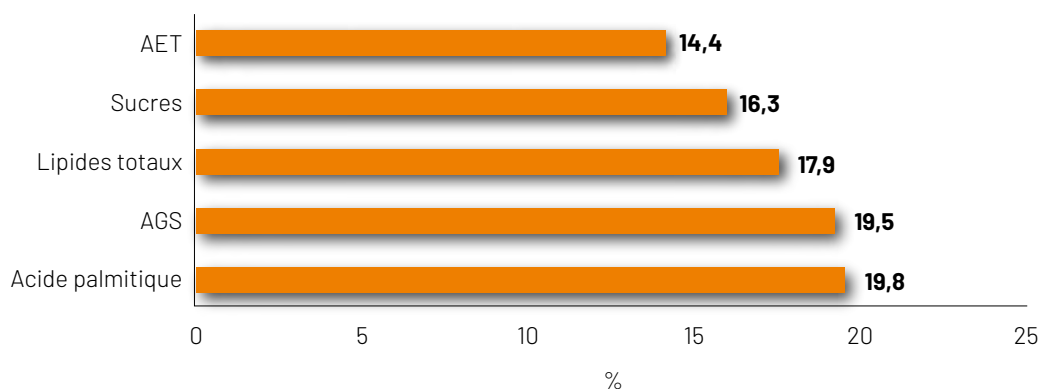
● VPGB contribue (sans être 1er contributeur) pour :

- 18% de l'apport lipidique total (2^{ème} contributeur à l'apport lipidique après les VPO et aliments à base de VPO),
- 7,9% de l'apport en sel,
- 11% de l'apport en fibres,
- 12% de l'apport en fer.

● **Légumineuses** : représentent 1,5% des apports en fibres (1er contributeur est le pain).

● **Pains** : 1^{er} contributeur **des apports en sel (17%)**.

Figure 37 : Nutriments pour lesquels le groupe des viennoiseries, pâtisseries, gâteaux, biscuits sucrés est le premier contributeur chez les adolescents de 11 à 17 ans



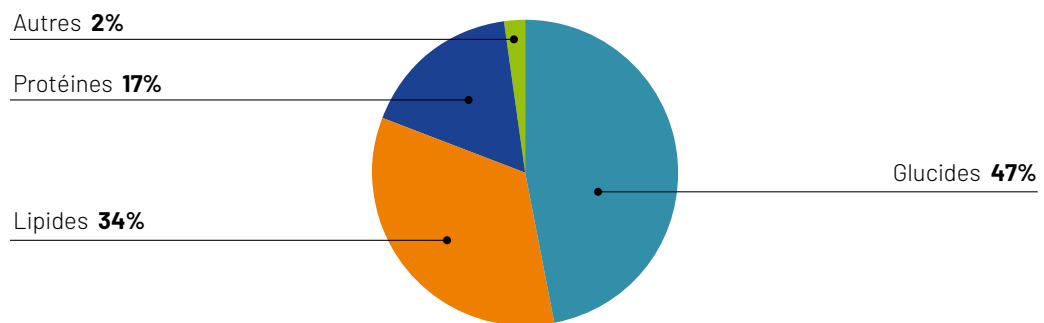
Abréviations : AET, apport énergétique total ; AGS, acides gras saturés
Source : Étude INCA 3 (2014-2015), traitement Anses

b. Adultes de 18 à 79 ans en 2014-2015

AET s'élève à **2 144 kcal/j chez les adultes âgés de 18 à 79 ans.**

La contribution des macronutriments à l'AESA est de 46,9% pour les glucides (en majorité sous forme d'amidon : 57%), 33,7% pour les lipides, 16,8% pour les protéines (Figure 38).

Figure 38 : Contribution des macronutriments à l'apport énergétique sans alcool (en %), chez les adultes de 18 à 79 ans



Source : Étude INCA 3 (2014-2015), traitement Anses

Dans l'ensemble les répartitions des macronutriments GPL sont assez proches des recommandations actuelles aussi bien chez l'enfant et l'adolescent que chez l'adulte.

Chez les adultes de 18 à 79 ans les principaux groupes d'aliments contribuant aux **apports énergétiques totaux** sont :

- les produits céréaliers (20%),
- les VPO et aliments à base de VPO (15%);
- les fruits et légumes et aliments à base de fruits et légumes (11%);
- les viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits (10%);
- les produits laitiers (9,5%);
- les sandwiches, pizzas, tartes, pâtisseries et biscuits salés (7,3%);
- les boissons alcoolisées (5%).

Contribution des différents groupes aux apports en **sucres** :

- 28% pour les fruits et légumes,
- 15% pour les sucres et matières sucrantes,
- 14% pour les viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits sucrés,
- 10% pour les produits laitiers.

Les groupes d'aliments vecteurs de **fibres** chez les adultes de 18 à 79 ans sont :

- Les fruits et légumes et aliments à base de fruits et légumes (36%) ;
- Les produits céréaliers (27%) ;
- Les viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits sucrés et sandwiches, pizzas, tartes, pâtisseries et biscuits salés (14% pour l'ensemble des deux) ;
- Les pommes de terre et plats à base de pommes de terre, céréales ou légumineuses (10% pour l'ensemble des deux).

Les groupes d'aliments vecteurs de **sel** chez les adultes de 18 à 79 ans sont :

- Les produits céréaliers (24%) ;
- Les VPO et aliments à base de VPO (16%) ;
- Les fruits et légumes et aliments à base de fruits et légumes (16% dont 9,2% pour les soupes et bouillons) ;
- Les condiments, herbes, épices et sauces (12%) ;
- Les sandwiches, pizzas, tartes, pâtisseries et biscuits salés (10%) ;
- Les produits laitiers (7,8% dont 5,5% pour les fromages).

L'ensemble de ces groupes contribuent au total à 86% des apports en sel chez les adultes.

Les principaux groupes d'aliments vecteurs de **lipides** chez les adultes de 18 à 79 ans sont :

- Les VPO et aliments à base de VPO (22%, dont 5,8% pour la viande et 6,7% pour les charcuteries) ;
- Les produits laitiers (15%, dont 10,8% pour les fromages) ;
- Les viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits sucrés (12%) ;
- Les sandwiches, pizzas, tartes, pâtisseries et biscuits salés (8,9%) ;
- Les fruits et légumes et aliments à base de fruits et légumes (7,3%) ;
- Les matières grasses animales (6,6%) ;
- Les condiments, épices, herbes et sauces (5,4%).

L'ensemble de ces groupes représente 77% des apports lipidiques totaux.

Les principaux groupes d'aliments vecteurs **d'acides gras saturés** chez les adultes de 18 à 79 ans sont :

- Les produits laitiers (24%, dont les fromages à hauteur de 16,6%) ;
- Les VPO et aliments à base de VPO (19%, dont 5,8% pour les viandes et 6,4% pour les charcuteries) ;
- Les viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits sucrés (13%) ;
- Les matières grasses animales (10%) ;
- Les sandwiches, pizzas, tartes, pâtisseries et biscuits salés (8,9%) ;

L'ensemble de ces groupes contribue à 75% des apports totaux en graisses saturées.

Contribution moyenne de certains groupes d'aliments aux apports en énergie, macronutriments et micronutriments chez les **adultes de 18 à 79 ans** :

- **Pains est 1^{er} contributeur** pour :
 - AET (14,6%);
 - Fibres (18%)
 - Sel (23%).
- **VPGB est** :
 - 1^{er} contributeur pour les apports en lipides totaux (12%)
 - 2^{ème} contributeur aux AET (10%), apports en sucres (14%, après le sucre et matières sucrantes 15%), AGS (13%, après les fromages 17%), apports en acide palmitique (13%, après les fromages 15%).
- **Légumineuses** : représentent 2% des apports en fibres (le 1^{er} contributeur est le pain).

c. Comparaisons 2006-2015

Par rapport à 2006, une tendance apparaît en 2015 chez les adultes pour :

- une contribution à l'apport énergétique total plus élevée pour les sandwiches, pizzas, tartes, pâtisseries et biscuits salés ainsi que pour les plats composés ;
- une contribution du groupe des légumes moindre.

Ces mêmes constats sont observés également chez les enfants de 3 à 17 ans. Par rapport aux adultes, une plus grande contribution à l'AET est également observée pour :

- les confiseries et le chocolat ;
- les pâtes, riz, blé et autres céréales.

14. CONSOMMATIONS ALIMENTAIRES : RÉSULTATS DE L'ÉTUDE ESTEBAN 2015

a. Apports énergétiques

I. Adultes

L'apport énergétique moyen sans alcool (AESA) était de 2 156 kcal par jour chez les hommes et de 1 676 kcal par jour chez les femmes. Il était plus faible chez les 55-74 ans par rapport aux plus jeunes quel que soit le sexe. Chez les femmes, l'AESA augmentait avec le niveau de diplôme. Entre 2006 et 2015, l'AESA quotidien a augmenté de 75 kcal par jour en moyenne chez les femmes. Il n'y a pas eu d'évolution des apports énergétiques quotidiens chez les hommes ces dix dernières années.

II. Enfants

En 2015 l'AESA moyen était de 2 020 kcal par jour chez les garçons et de 1 683 kcal par jour chez les filles. Il était supérieur chez les garçons de 15-17 ans par rapport aux plus jeunes, atteignant 2 339 kcal par jour. Il n'y avait pas de différence en fonction du niveau de diplôme de la personne de référence. Entre 2006 et 2015 l'AESA a augmenté d'environ 100 kcal par jour chez les garçons de 6-10 ans (seule évolution significative de l'AESA chez les enfants).

b. Apports en fruits et légumes

I. Adultes

En 2015, **moins de la moitié des adultes (41,7%) atteignaient le repère de consommation d'au moins 5 portions de fruits et légumes par jour** et **plus d'un tiers (36,9%) était de petits consommateurs, consommant moins de 3,5 portions par jour** (indicateur d'objectif du PNNS). Ces résultats ne différaient pas selon le sexe. Par ailleurs le niveau de consommation de fruits et légumes était plus élevé chez les plus âgés et les plus diplômés.

Depuis 2006, une diminution de la proportion d'individus se situant dans le repère de consommation d'au moins 5 fruits et légumes par jour a été observée chez les hommes de 55-74 ans (de 66% à 52%) et les femmes de 18-39 ans (de 30% à 22%). La proportion de petits consommateurs et l'effet du niveau de diplôme n'ont pas connu d'évolution ces dix dernières années.

II. Enfants

En 2015, seulement **23% des enfants de 6-17 ans atteignaient le repère de consommation d'au moins 5 portions de fruits et légumes par jour** et 55% étaient de petits consommateurs (moins de 3,5 portions par jour). La proportion de petits consommateurs de fruits et légumes diminuait à mesure que le niveau de diplôme de l'adulte de référence augmentait.

Depuis 2006, la proportion d'enfants consommant au moins 5 portions de fruits et légumes par jour et la proportion de petits consommateurs n'ont pas évolué. La diminution de la proportion de petits consommateurs avec l'augmentation du niveau de diplôme de l'adulte référent s'est maintenue ces dix dernières années.

c. Apports en produits laitiers et calcium

I. Adultes

En 2015, **environ un quart des adultes (24%) consommaient des produits laitiers en adéquation avec le repère du PNNS** (« 3 par jour » chez les 18-54 ans et « 3 à 4 par jour » chez les 55 ans et plus). Les hommes étaient plus nombreux que les femmes à se situer au-dessus du repère (respectivement 1/5 versus 1/10). Les femmes étaient davantage en dessous du repère (2/3 versus 1/2 chez les hommes), **un tiers des femmes consommant moins de 1,5 portion par jour**. La proportion d'individus en adéquation avec le repère du PNNS augmentait avec l'âge quel que soit le sexe. En revanche aucune différence n'était observée selon le niveau de diplôme.

Entre 2006 et 2015, la distribution de la consommation de produits laitiers est restée stable chez les hommes, mais elle a diminué chez les femmes. La proportion de femmes en adéquation avec le repère est restée globalement stable mais la proportion de celles se situant en-dessous du repère a augmenté (+8%) et celle au-dessus a diminué (-27%) ces dix dernières années.

Concernant les apports en calcium, en 2015 **un homme sur deux et les trois quarts des femmes avaient des apports alimentaires en calcium insuffisants pour atteindre les apports nutritionnels conseillés (ANC)**. Plus de huit hommes sur 10 (83%) et les deux tiers des femmes (67%) avaient cependant des apports en calcium supérieurs aux deux tiers des ANC. La situation était particulièrement **défavorable chez les 55-74 ans**. Dans cette classe d'âge, 56% des hommes et **89% des femmes présentaient des apports en calcium n'atteignant pas les ANC**. L'inadéquation aux ANC en calcium diminuait avec le niveau de diplôme chez les femmes uniquement.

Ces dix dernières années, **l'inadéquation avec les ANC en calcium a augmenté chez les femmes** et notamment chez celles âgées **de 18-39 ans**. Elles étaient **69% à ne pas atteindre les ANC en 2006 contre 75% en 2015**. La proportion de femmes n'atteignant pas les ANC en calcium a augmenté autant chez celles déclarant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat que chez celles déclarant un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat.

II. Enfants

En 2015, **environ un tiers des enfants de 6-17 ans (38% des garçons et 28% des filles) consommaient des produits laitiers en adéquation avec le repère du PNNS**, soit 3 à 4 portions par jour. Les garçons étaient plus fréquemment au-dessus du repère que les filles (1/10 versus 1/20 chez les filles). Les filles se situaient plus fréquemment en-dessous du repère que les garçons (67% versus 51% chez les garçons). Le pourcentage de filles en adéquation avec le repère diminuait avec l'âge. Les **adolescentes de 15-17 ans** étaient les plus nombreuses à ne pas atteindre le repère avec près de **80% d'entre elles consommant moins de 3 produits laitiers par jour**. Par ailleurs aucune différence n'a été relevée selon le niveau de diplôme de l'adulte de référence du ménage.

Entre 2006 et 2015, la consommation de produits laitiers est globalement restée stable chez les enfants de 6-17 ans. Seule la proportion de garçons se situant en-dessous du repère a diminué chez les 15-17 ans passant de 62% à 46%.

Concernant les apports en calcium, **60% des garçons et 78% des filles de 6-17 ans n'atteignaient pas les ANC en 2015**. Les deux tiers des ANC n'étaient pas atteints chez 39% des garçons et 23% des filles. Par ailleurs aucune différence n'était relevée selon le niveau de diplôme de l'adulte de référence du ménage. Depuis 10 ans, l'inadéquation aux ANC en calcium a diminué chez les garçons de 15 à 17 ans. Ils étaient 78% en 2006 à ne pas atteindre les ANC contre 64% en 2015, montrant ainsi une évolution favorable.

d. Apports en matières grasses ajoutées et en lipides

I. Adultes

En 2015, 81% des adultes avaient des apports quotidiens en matières grasses ajoutées < 16% de l'AESA et plus des 2/3 déclaraient consommer davantage de matières grasses ajoutées d'origine végétale qu'animale. Il n'y avait pas de différence en fonction du sexe, de l'âge ou du niveau de diplôme. Entre 2006 et 2015, la proportion de femmes ayant des apports quotidiens en matières grasses ajoutées < 16 % de l'AESA a augmenté de l'ordre de 6%. Chez les hommes, il n'y a pas eu d'évolution significative. Aucune évolution n'a été observée depuis 10 ans selon le niveau de diplôme. En 10 ans, la proportion de femmes déclarant consommer davantage de matières grasses ajoutées d'origine végétale qu'animale a diminué de 8%. Cette diminution était particulièrement marquée chez les femmes de 55-74 ans, et chez celles déclarant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat.

En 2015, 29% des adultes avaient des apports quotidiens en lipides totaux inférieurs à 36,5% de l'AESA (indicateur d'objectif du PNNS) sans différence selon le sexe ou l'âge. Ce pourcentage était supérieur chez les femmes déclarant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat en comparaison de celles déclarant un baccalauréat ou plus (33% versus 25%). Aucune différence n'était observée chez les hommes selon le niveau de diplôme.

Moins d'un adulte sur cinq (17%) avait des apports en AGS inférieurs à 36% des lipides totaux (indicateur d'objectif du PNNS). La proportion d'hommes en adéquation avec cet indicateur diminuait avec l'âge. Il n'y avait pas de différence selon le niveau de diplôme.

Ces dix dernières années, la proportion de femmes ayant des apports en lipides totaux < 36,5% de l'AESA a diminué de 14,2%. Cette diminution se retrouvait principalement chez les femmes de 55-74 ans et chez l'ensemble des adultes déclarant un niveau de diplôme ≥ baccalauréat. Concernant la proportion d'adultes ayant des apports en AGS < 36% des lipides totaux, aucune évolution significative n'a globalement été observée. Le pourcentage d'adultes cumulant des apports en lipides totaux inférieurs à 36,5% de l'AESA et des apports en AGS inférieurs à 36% des lipides totaux n'a pas évolué en dix ans, et concernait toujours moins d'un adulte sur dix.

II. Enfants

En 2015, 93% avaient des apports quotidiens en matières grasses ajoutées < 16% de l'AESA et 68% consommaient davantage de matières grasses ajoutées d'origine végétale qu'animale (repères de consommation du PNNS). Il n'y avait pas de différence selon le sexe et l'âge. La proportion de garçons consommant majoritairement des matières grasses d'origine végétale était plus élevée chez ceux dont l'adulte de référence du ménage déclarait un niveau de diplôme < baccalauréat comparée à ceux dont l'adulte référent avait le baccalauréat ou un diplôme supérieur (75% versus 62%).

En 10 ans, la proportion d'enfants consommant moins de 16% de l'AESA en matières grasses ajoutées et la proportion d'enfants consommant plus de matières grasses d'origine végétale qu'animale n'ont pas évolué de manière significative, et ce quels que soient le sexe, l'âge et le niveau de diplôme de l'adulte référent.

En 2015, plus d'un tiers des enfants (36%) déclaraient des apports quotidiens en lipides totaux < 36,5% de l'AESA (indicateur d'objectif du PNNS). Il n'y avait pas de différence selon le sexe, l'âge, ou le niveau de diplôme de la personne de référence.

Seulement 16% des enfants avaient des apports en AGS < 37% des lipides totaux (indicateur d'objectif du PNNS). Ce pourcentage était supérieur chez les filles en comparaison des garçons (19% versus 12%). Chez les filles, il augmentait avec l'âge pour atteindre 31% chez les 15-17 ans. Aucune différence n'était observée selon le niveau de diplôme de l'adulte référent, quel que soit le sexe des enfants. Entre 2006 et 2015, la proportion d'enfants de 6-17 ans ayant des apports quotidiens en lipides totaux < 36,5% de l'AESA n'a pas évolué, quels que soient le sexe et l'âge. Chez les enfants dont l'adulte référent avait un niveau de diplôme \geq baccalauréat, cette proportion a diminué. La proportion d'enfants déclarant des apports en AGS < 37% des lipides totaux n'a pas évolué globalement en dix ans ni selon le sexe, ni selon l'âge. Le pourcentage d'enfants cumulant des apports en lipides totaux < 36,5% de l'AESA et des apports en AGS < 37% des lipides totaux n'a pas évolué en dix ans (6% environ).

e. Apports en pain, produits céréaliers, pommes de terre et légumes secs

I. Adultes

1. Apports en pain, produits céréaliers, pommes de terre et légumes secs

En 2015, 54% des hommes et 26% des femmes consommaient de 3 à moins de 6 portions de « pain, produits céréaliers, pommes de terre et légumes secs » par jour, conformément au repère de consommation du PNNS (« à chaque repas et selon l'appétit »). Aucune différence n'était observée selon le niveau de diplôme. Les deux tiers des hommes (65%) et plus de la moitié des femmes (56%) n'avaient pas consommé de produits complets ou légumes secs sur les trois jours d'enquête alimentaire. Cette proportion était particulièrement importante chez les adultes (hommes et femmes) ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat (respectivement 72% et 61%).

Entre 2006 et 2015, la proportion de petits consommateurs a augmenté de 34% chez les hommes et de 12% chez les femmes. Cette proportion a augmenté quel que soit le niveau de diplôme.

Il n'y a pas eu d'évolution ces dix dernières années quant à la proportion d'adultes n'ayant jamais consommé de produits complets ou légumes secs sur les trois jours d'enquête.

2. Apports en glucides

En 2015, 14% des adultes avaient des apports en glucides totaux > 50 % de l'AESA (indicateur d'objectif du PNNS), sans différence selon le sexe, l'âge et le niveau de diplôme.

Un quart des hommes (26%) et 15% des femmes avaient des apports en glucides complexes \geq 27,5% de l'AESA (indicateur d'objectif du PNNS). Chez les femmes, ce pourcentage variait selon la classe d'âge (18% chez les 18-39 ans, 11% chez les 40-54 ans et 14% chez les 55-74 ans) ce qui n'était pas le cas chez les hommes. Ce pourcentage ne différait pas selon le niveau de diplôme, quel que soit le sexe. Plus des deux tiers des hommes (69%) et 61% des femmes avaient des apports en glucides simples issus des produits sucrés équivalant à moins de 12,5% de l'AESA (indicateur d'objectif du PNNS). Ce pourcentage augmentait avec l'âge, atteignant 78% chez les hommes de 55-74 ans et 75% chez les femmes de 55-74 ans. Aucune différence n'était observée selon le niveau de diplôme.

Entre 2006 et 2015, il n'y a pas eu d'évolution significative de la proportion d'adultes ayant des apports en glucides totaux > 50 % de l'AESA, quels que soient le sexe, l'âge et le niveau de diplôme. La proportion de femmes ayant des apports en glucides complexes $\geq 27,5$ % de l'AESA a significativement diminué passant de 19% à 15% sur la même période. La proportion d'adultes en adéquation avec le repère du PNNS a diminué de 15% chez les hommes et de 11% chez les femmes ces dix dernières années. Cette diminution concernait chaque classe d'âge et chaque niveau de diplôme chez les hommes. Chez les femmes, elle concernait celles déclarant un niveau de diplôme < baccalauréat. La dégradation de la situation des femmes de niveau de diplôme inférieur au baccalauréat ont ainsi fait disparaître les différences observées en 2006 chez les femmes selon leur niveau de diplôme (en 2006, la proportion de femmes en adéquation avec le repère de consommation était plus élevée chez celles déclarant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat en comparaison de celles déclarant détenir un diplôme \geq baccalauréat).

3. Apports en fibres

En 2015, le pourcentage d'adultes ayant des apports en fibres supérieurs ou égaux à 25 g par jour (indicateur d'objectif du PNNS) était plus important chez les hommes que chez les femmes (17% versus 8%). Ce pourcentage augmentait avec l'âge quel que soit le sexe. Ainsi, 21% des hommes et 13% des femmes de 55-74 ans atteignaient les 25 g par jour. Près de la moitié des adultes avaient des apports en fibres compris entre 15 et 25 g par jour, à l'exception des femmes de 18-39 ans dont les deux tiers déclaraient une consommation quotidienne inférieure à 15 g. Aucune différence significative n'était observée selon le niveau de diplôme des individus. Entre 2006 et 2015, la proportion d'individus consommant au moins 25 g de fibres par jour n'a pas significativement évolué, quels que soient le sexe, l'âge et le niveau de diplôme.

II. Enfants

1. Apports en pain, produits céréaliers, pommes de terre et légumes secs

En 2015, 29% des garçons et 17% des filles déclaraient consommer de 3 à moins de 6 portions de pain/produits céréaliers/pommes de terre/légumes secs par jour. La proportion de petits consommateurs atteignait près de 80% chez les garçons de 6-10 ans, et plus de 80% chez les filles, quelle que soit leur classe d'âge. Il n'y avait pas de différence selon le niveau de diplôme de l'adulte référent. **Plus de 70% des enfants n'avaient pas consommé de produits complets ou de légumes secs sur les trois jours d'enquête alimentaire.** Cette proportion ne différait pas selon la classe d'âge, ni le niveau de diplôme de l'adulte référent.

Entre 2006 et 2015, la proportion d'enfants en adéquation avec le repère du PNNS a diminué tant chez les garçons que chez les filles. La proportion d'enfants ne consommant jamais de produits complets et légumes secs sur les trois jours de recueil alimentaire n'a pas évolué en dix ans.

2. Apports en glucides

En 2015, 21% des enfants et adolescents de 6-17 ans avaient des apports en glucides totaux > 50% de l'AESA (indicateur d'objectif du PNNS), sans distinction selon le sexe et l'âge. La proportion de garçons en adéquation avec cet indicateur était significativement plus élevée chez ceux dont l'adulte référent déclarait un niveau d'études \geq baccalauréat par rapport à ceux dont le référent déclarait un niveau de diplôme inférieur.

Environ 16% des enfants avaient des apports en glucides complexes $\geq 27,5\%$ de l'AESA (indicateur d'objectif du PNNS), sans différence selon le sexe et l'âge. La proportion de garçons en adéquation avec cet indicateur était plus élevée chez ceux dont l'adulte référent avait un niveau de diplôme supérieur à Bac +3 en comparaison de ceux dont l'adulte référent déclarait un niveau de diplôme < baccalauréat (28% versus 12% environ).

Environ un tiers des enfants consommait moins de 12,5% de l'AESA en glucides simples issus des produits sucrés (indicateur d'objectif du PNNS), sans différence selon le sexe. Ce pourcentage augmentait avec l'âge pour atteindre un peu moins de la moitié des garçons et des filles de 15-17 ans. La distribution des apports ne différait pas selon le niveau de diplôme de l'adulte référent.

D'après les données mesurées dans les études ENNS et Esteban, la proportion de garçons ayant des apports en glucides totaux supérieurs à 50 % de l'AESA a diminué en dix ans. Cette diminution était significative chez les garçons âgés de 6-10 ans et de 15-17 ans, quel que soit le niveau de diplôme de l'adulte référent.

La proportion de garçons déclarant des apports en glucides complexes supérieurs ou égaux à 27,5 % de l'AESA a diminué en dix ans, passant de 24 % à 16 %. La proportion consommant vraiment peu de glucides complexes (< 20 % de l'AESA) a doublé chez les 6-10 ans. Cette diminution se retrouvait chez les garçons dont l'adulte référent déclarait un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat.

La proportion de garçons déclarant une consommation en glucides simples issus des produits sucrés équivalant à moins de 12,5 % de l'AESA a également diminué sur la période, passant de 43,7 % en 2006 à 32,1 % en 2015.

Globalement, aucune évolution significative n'était observée chez les filles concernant les indicateurs relatifs aux glucides.

3. Apports en fibres

En 2015, seulement **2% des enfants consommaient 25 g de fibres par jour, sans distinction selon le sexe**. La proportion de garçons consommant plus de 25 g de fibres par jour augmentait avec l'âge pour atteindre 6% chez les 15-17 ans. Cette proportion était **plus élevée chez les enfants dont l'adulte référent déclarait un niveau de diplôme \geq baccalauréat** en comparaison de ceux déclarant un niveau de diplôme inférieur, chez les garçons comme chez les filles.

La proportion d'enfants consommant moins de 15 g de fibres par jour était plus élevée chez les filles (67%) par rapport aux garçons (50%). Entre 2006 et 2015, la proportion de garçons consommant 25 g de fibres par jour est passée de 6% à 3%.

f. Apports en viandes, volailles, produits de la pêche et œufs

I. Adultes

En 2015, 53% des adultes consommaient 1 à 2 portions de viandes, volailles, produits de la pêche et œufs (VPO) par jour (repère du PNNS).

- 29% des hommes et 12% des femmes étaient considérés comme de grands consommateurs avec plus de 2 portions par jour.

- Un tiers des femmes (34%) et un homme sur cinq (20%) consommaient moins d'une portion par jour.

La fréquence d'adéquation au repère ne variait pas significativement avec l'âge. En revanche le pourcentage d'adultes consommant moins d'une portion par jour diminuait avec l'âge. Enfin, les hommes déclarant un niveau de diplôme < baccalauréat étaient plus souvent de grands consommateurs en comparaison de ceux de niveau ≥ baccalauréat.

Entre 2006 et 2015, la consommation de VPO n'a pas évolué chez les adultes entre 2006 et 2015, quels que soient le sexe et la classe d'âge. Par contre, chez les hommes déclarant un niveau d'études ≥ baccalauréat, la proportion de grands consommateurs a diminué en dix ans (passant de 32% à 23%), alors que cette proportion est restée stable de l'ordre de 34% chez ceux déclarant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat.

Concernant les apports spécifiques en produits de la pêche, en 2015 **24% des adultes consommaient des produits de la pêche deux fois par semaine** (repère du PNNS) et **deux tiers se situaient en-dessous du repère de consommation** (< 2 portions par semaine). La proportion de personnes en adéquation avec ce repère était plus importante chez les 55-74 ans (31% des hommes et 30% des femmes). Mais dans toutes les classes d'âge, plus de la moitié des individus se situait en-dessous du repère. **Aucune différence n'était observée selon le niveau de diplôme.**

La proportion de femmes consommant deux produits de la pêche par semaine a augmenté de 20% en dix ans, passant de 21% en 2006 à 25% en 2015. Il n'y a pas eu d'évolution significative de la proportion d'hommes consommant deux produits de la pêche par semaine.

II. Enfants

En 2015, **46% consommaient 1 à 2 portions de VPO par jour** (repère du PNNS). Les garçons étaient plus souvent considérés comme des grands consommateurs (37% versus 22% chez les filles). Les filles étaient plus souvent en dessous du repère (31% versus 17% chez les garçons). Aucune différence n'était observée selon le niveau de diplôme de l'adulte référent concernant le repère de consommation. La consommation de VPO n'a pas évolué chez les enfants et adolescents entre 2006 et 2015. Par ailleurs aucune évolution n'a été observée selon le niveau de diplôme de l'adulte de référence.

Concernant les apports spécifiques en produits de la pêche, en 2015, **23% des enfants consommaient des produits de la pêche deux fois par semaine** (repère du PNNS), les $\frac{3}{4}$ se situant en-dessous du repère. La proportion de filles en adéquation avec ce repère diminuait avec l'avancée en âge pour atteindre 15% parmi les adolescentes (15-17 ans). Les **enfants dont l'adulte référent déclarait un niveau de diplôme ≥ baccalauréat consommaient plus fréquemment deux portions de produits de la pêche par semaine** en comparaison de ceux dont l'adulte de référence déclarait un niveau de diplôme inférieur. La proportion d'enfants en adéquation avec le repère a diminué de 30% à 23% en dix ans. La proportion d'enfants se situant en dessous du repère a augmenté alors que celle se situant au-dessus du repère a diminué et ce, quels que soient le sexe, l'âge et le niveau de diplôme de l'adulte de référence.

g. Apports en sel

I. Adultes

En 2015, les **hommes avaient globalement des apports estimés en sel supérieurs à ceux des femmes (9 g par jour versus 7 g par jour)**.

- Près d'un tiers des femmes consommaient moins de 6 g de sel par jour et 72% déclaraient des apports en sel inférieurs à 8 g par jour.
- Chez les hommes, 12% consommaient moins de 6 g de sel par jour, et 38% moins de 8 g.
- Un tiers des hommes et 9% des femmes déclaraient une consommation quotidienne de sel supérieure à 10 g.
- 16 % des hommes déclaraient une consommation excédant 12 g par jour.

Il n'y avait pas de différence des apports en sel en fonction de l'âge. Concernant le niveau de diplôme, la seule différence significative concernait la proportion de femmes consommant moins de 6 grammes de sel par jour, qui était plus importante chez les moins diplômées.

La proportion de femmes consommant moins de 6 g de sel par jour a diminué de 38% en dix ans, passant d'une femme sur deux en 2006 à environ une sur trois en 2015. À l'inverse, la proportion de femmes consommant plus de 10 g de sel par jour a fortement augmenté (+107 % en moyenne). Cette augmentation a été plus marquée chez les femmes de niveau d'études \geq baccalauréat. Chez les hommes, la proportion de très grands consommateurs (≥ 12 g par jour) a augmenté de 32% en dix ans.

II. Enfants

En 2015, la consommation quotidienne de sel était moins élevée chez les filles que chez les garçons (6 g versus 7 g).

- La moitié des filles et moins d'un tiers des garçons consommaient moins de 6 g de sel par jour.
- Plus d'un garçon sur 10 déclarait une consommation supérieure à 10 g par jour.

La proportion de garçons consommant moins de 6 g de sel par jour diminuait avec l'âge pour ne représenter que 17% des 15-17 ans. Par ailleurs, 27% de cette classe d'âge consommaient 10 g ou plus par jour. Aucune différence n'était relevée selon le niveau de diplôme du référent, quel que soit le sexe de l'enfant.

La proportion d'enfants consommant moins de 6 g de sel par jour a diminué ces dix dernières années passant de 44% à 30% chez les garçons et de 64% à 50% chez les filles. Cette diminution était davantage marquée chez les enfants de 6-10 ans.

h. Apports en alcool

En 2015, **9% des adultes déclaraient ne pas consommer d'alcool** (7% des hommes et 12% des femmes). Chez les hommes comme chez les femmes, le pourcentage d'abstinents diminuait à mesure que le niveau de diplôme augmentait.

Chez les consommateurs d'alcool, la consommation était conforme aux recommandations pour 90% des hommes (≤ 30 g par jour) et 98% des femmes (≤ 20 g par jour). Cette adéquation aux recommandations était supérieure chez les hommes de 40-54 ans (93% déclarant consommer moins de 30 g par jour) et chez les femmes les moins diplômées.

i. Apports en boissons non alcoolisées (eau et boissons sucrées)

I. Adultes

En 2015, 68% des adultes consommaient au moins 1L d'eau par jour. La proportion d'adultes consommant au moins 1L d'eau par jour a diminué de 11% chez les hommes et de 10% chez les femmes entre 2006 et 2015.

Concernant la consommation de boissons non alcoolisées, près de neuf adultes sur 10 (88%) en consommaient moins de 250 ml par jour. Ce pourcentage était plus élevé chez les femmes que chez les hommes (91% versus 86%) et augmentait avec l'âge quel que soit le sexe.

Chez les femmes, la proportion de consommatrices de moins de 250 ml de boissons sucrées par jour augmentait avec le niveau de diplôme :

- 88% des femmes de niveau baccalauréat ou moins consommaient moins de 250 ml de boissons sucrées par jour,
- 95% des femmes de niveau « Bac + 1 » ou plus déclaraient le même niveau de consommation.

Les consommations de boissons sucrées ont peu évolué chez les adultes en 10 ans. Seules les proportions de personnes consommant moins d'un verre de boissons sucrées par jour ont diminué chez les hommes de 55-74 ans et chez les femmes de niveau inférieur au baccalauréat.

II. Enfants

En 2015, 42% des enfants consommaient au moins 1L d'eau par jour. Cela concernait davantage les garçons que les filles (46% versus 37%). Ce pourcentage augmentait avec l'âge pour atteindre deux tiers des adolescents et la moitié des adolescentes de 15-17 ans. Cette proportion diminuait avec le niveau de diplôme de l'adulte de référence chez les garçons uniquement. Ces dix dernières années, aucune évolution significative n'a été relevée concernant la consommation quotidienne d'eau des enfants quels que soient le sexe, l'âge et le niveau de diplôme de l'adulte de référence.

Concernant la consommation de boissons sucrées, environ **64% des enfants consommaient moins de 125 ml de boissons sucrées (soit un demi-verre) par jour**. Cela concernait davantage les filles que les garçons (69% versus 59%) et les enfants issus de ménages dont l'adulte de référence déclarait un diplôme de niveau supérieur à Bac + 3. Aucune évolution significative n'a été observée concernant la consommation quotidienne de boissons sucrées des enfants et adolescents entre 2006 et 2015.

15. CONNAISSANCES ET ATTITUDES EN ALIMENTATION

a. Connaissance des repères du PNNS

Comparés aux adultes, les adolescents de 11 à 17 ans sont plus nombreux à connaître les repères sur (Figure 39) :

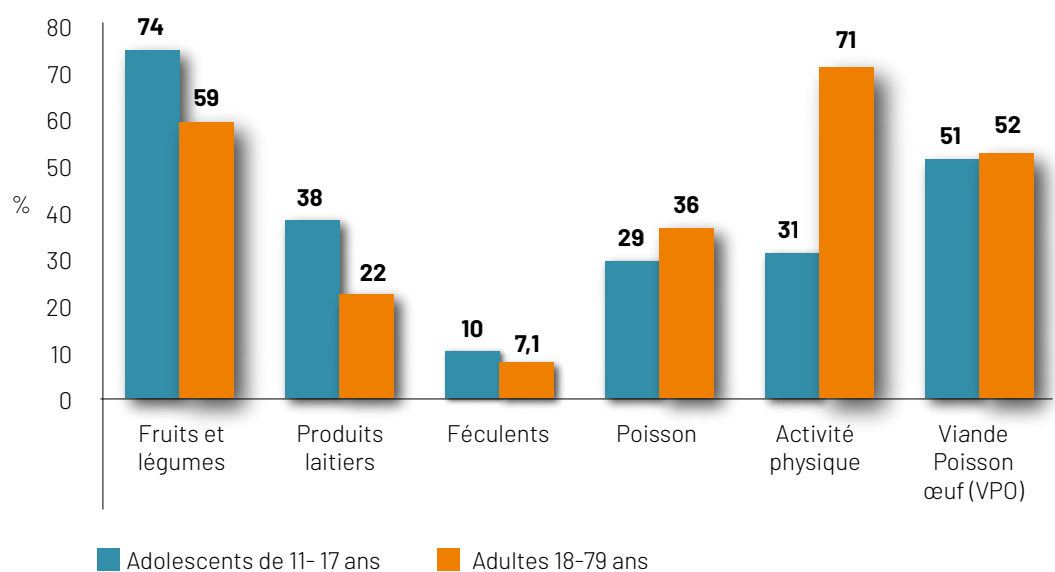
- ◆ les fruits et légumes (74% vs 59%),
- ◆ les produits laitiers (38% vs 22%),
- ◆ les féculents (10% vs 7,1%).

À l'inverse, les adultes sont plus nombreux à connaître les repères sur :

- ◆ le poisson (36% vs 29%),
- ◆ l'activité physique (71% vs 31%).

Enfin, les proportions d'adultes et d'adolescents qui connaissent le repère sur les viande/poisson/œufs (VPO) sont comparables (respectivement 52% et 51%).

Figure 39 : Connaissance des repères du PNNS chez les adolescents de 11-17 ans et les adultes de 18-79 ans



Source : Étude INCA 3 (2014-2015), traitement Anses

Chez les adultes :

Les femmes connaissent mieux les repères que les hommes, exceptés pour les repères sur les fruits et légumes et les féculents pour lesquels il n'y a pas de différence en fonction du sexe.

La connaissance des repères sur les fruits et légumes et sur les produits laitiers est plus faible chez les plus âgés, tandis qu'elle est plus importante pour le poisson et l'activité physique. Comme chez les adolescents, la connaissance du repère sur le poisson est moins bonne chez les individus avec un niveau d'étude primaire ou collège.

b. Connaissance des repères du PNNS : évolution depuis 2008

Par rapport aux données du Baromètre santé nutrition de 2008 :

- Les proportions d'adolescents connaissant les repères ont diminué pour :
 - **les VPO,**
 - **le poisson,**
 - **les féculents,**
 - **l'activité physique.**
- La proportion d'adolescents connaissant les repères sur les **fruits et légumes et les produits laitiers** est restée stable.
- Chez les adultes, la connaissance des repères a diminué pour :
 - **les produits laitiers,**
 - **les VPO,**
 - **le poisson,**
 - **les féculents.**
- La connaissance du repère sur **l'activité physique** a augmenté.
- La connaissance du repère sur les **fruits et légumes** est stable.
- Le repère sur les féculents reste le moins bien connu depuis 2008 aussi bien chez les adolescents que chez les adultes (moins de 16%).

16. LES PATHOLOGIES LIÉES À LA NUTRITION

a. Les principales causes de mortalité dans le monde (OMS, 2018)

L'Organisation Mondiale de la Santé publie les dernières estimations mondiales sur les principales causes de mortalité dans le monde, parmi les 56,9 millions de décès survenus en 2016.

- Au premier rang, **les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux constituent la principale cause de mortalité**, avec 15,2 millions de décès au total.
- Viennent ensuite les bronchopneumopathies obstructives chroniques, responsables de 3 millions de morts en 2016, et les cancers pulmonaires, qui ont provoqué 1,7 million de décès.
- **En augmentation, le nombre de décès liés au diabète atteint 1,6 millions.**
- Les principales autres causes de mortalité sont les démences, les accidents de la route, les infections des voies respiratoires inférieures, les affections diarrhéiques et la tuberculose.

Les disparités sont importantes entre **les pays à revenus élevés, où les maladies non-transmissibles sont à l'origine de 88% des décès**, et les pays à faibles revenus, où plus de la moitié des décès sont dus aux affections que sont les maladies transmissibles, les pathologies survenant pendant la grossesse et l'accouchement, et les carences nutritionnelles.

b. Les principales causes de mortalité en France

Source : *L'état de santé de la population en France : rapport 2017 (Drees, SpF)*

I. Les deux premières causes de décès en France sont les cancers et maladies cardio-vasculaires

- 567 000 décès survenus en France métropolitaine en 2013
- Cause les plus fréquentes :
 - les **cancers (27,6%** des décès) ;
 - les **maladies cardio-vasculaires (MCV) (25,1%)** ;
 - les **maladies de l'appareil respiratoire** (non cancéreuses) (environ **6,6%**) ;
 - les **morts violentes** (suicides, accidents) (environ **6,5%**).
- Ces quatre groupes de maladies rassemblent près de **deux tiers des décès**. Les cancers sont devenus la première cause de mortalité depuis 2004 pour l'ensemble de la population, avant les MCV.
- Chez les femmes : les **MCV** sont la première cause de mortalité, devant les cancers.
- Chez les hommes : les **cancers** sont la 1^{ère} cause de décès avant les MCV.

II. Un taux de décès prématurés élevé et plus important chez les hommes que chez les femmes

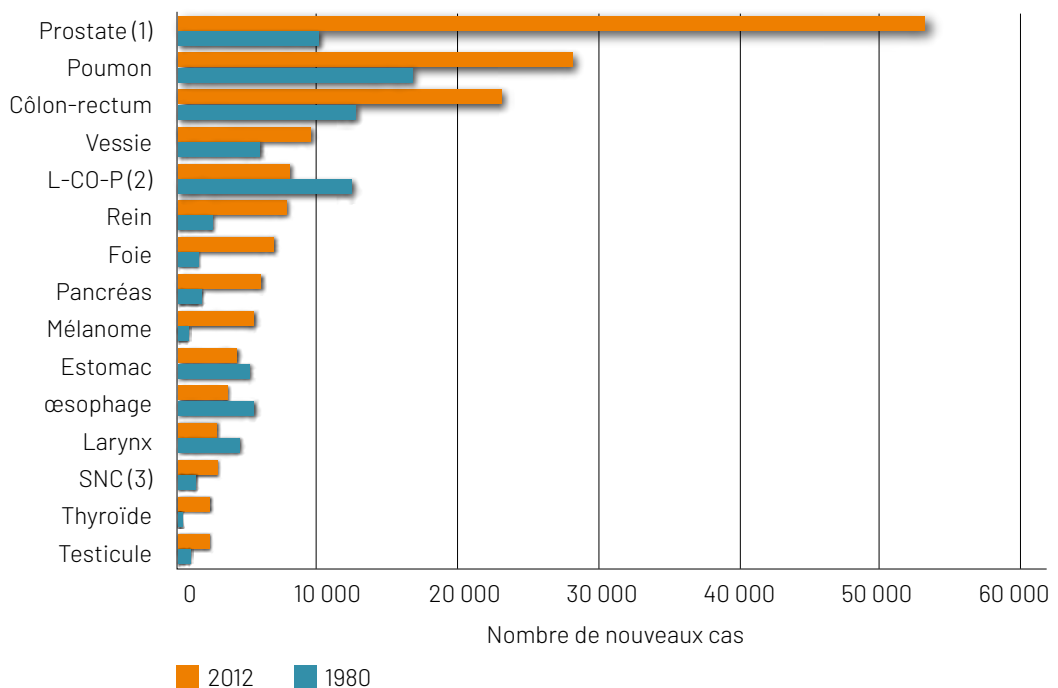
- Mortalité prématurée avant 65 ans : près **d'un décès sur cinq**.
- Espérances de vie à 65 ans en tête du classement en Europe en 2015 : 23,5 ans pour les femmes et 19,7 ans pour les hommes.
- Mortalité prématurée deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes.
- Mortalité évitable : **30% de la mortalité prématurée en 2013** (3,3 fois plus élevée chez les hommes).

c. Cancers

I. L'état de santé de la population en France : rapport 2017 (Drees, SpF)

- La période 1980-2012 se caractérise par une augmentation de l'incidence et une diminution de la mortalité des cancers, expliquée par l'amélioration des traitements et l'effet combiné de la diminution d'incidence des cancers de mauvais pronostic et l'augmentation d'incidence des cancers de meilleur pronostic.
- On observe une rupture dans l'évolution de l'incidence depuis 2005 : **diminution chez l'homme et stabilisation chez la femme**. Ces variations sont dues aux récentes modifications de l'incidence des cancers les plus fréquents : prostate et sein. Pour le cancer du poumon chez la femme, les évolutions sont dominées par une augmentation simultanée de l'incidence et de la mortalité.

Figure 40 : Estimation du nombre de nouveaux cas par tumeur solide chez l'homme, en 1980 et en 2012 en France métropolitaine



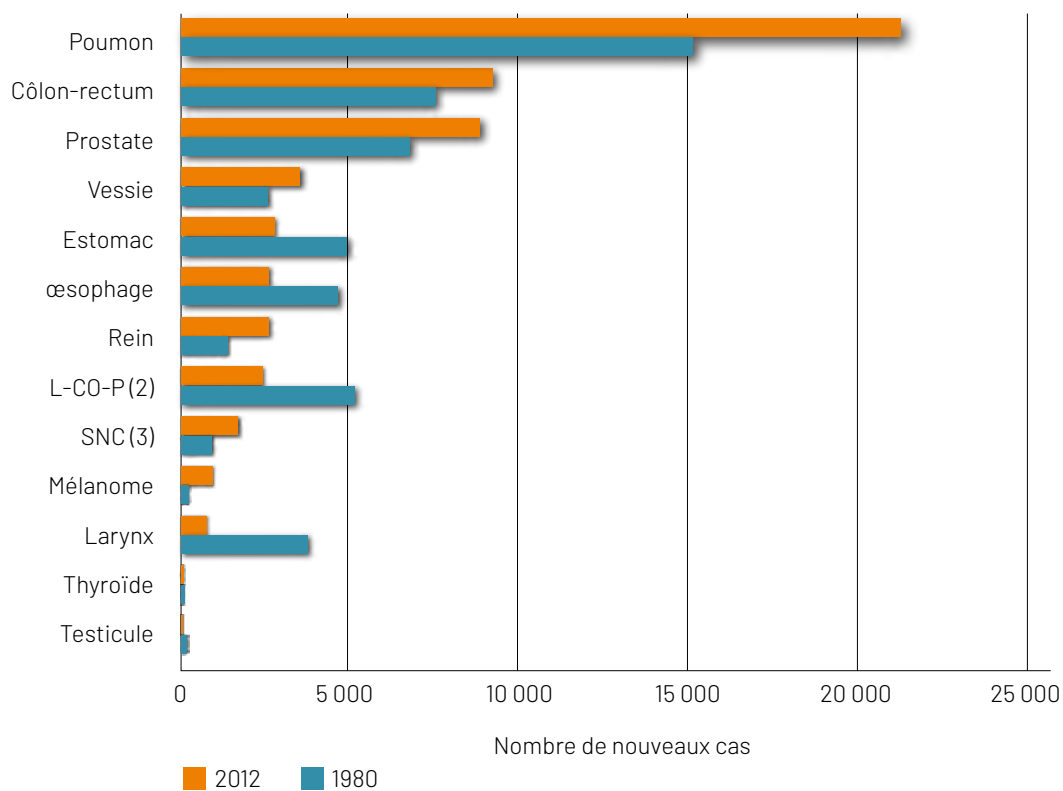
1. Pour le cancer de la prostate, l'estimation de l'incidence la plus récente concerne l'année 2009.

2. L-CO-P : lèvre-cavité orale-pharynx.

3. SNC : système nerveux central.

Sources : Base commune des registres des cancers (Francim); certificats de décès (CépiDc); exploitation partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

Figure 41 : Estimation du nombre de décès par tumeur solide chez l'homme, en 1980 et en 2012 en France métropolitaine



1. Pour le cancer de la prostate, l'estimation de l'incidence la plus récente concerne l'année 2009.

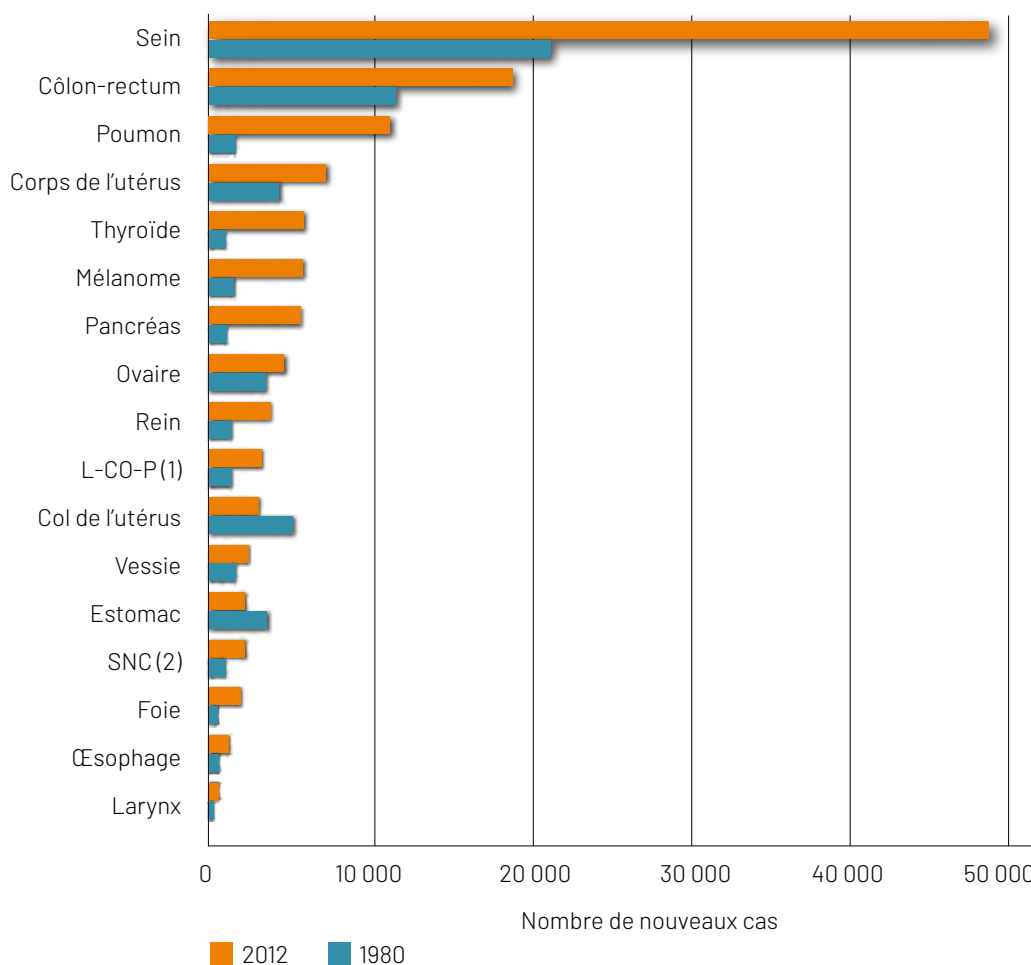
2. L-CO-P : lèvre-cavité orale-pharynx.

3. SNC : système nerveux central.

NB : Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité de ces données par rapport aux autres localisations.

Sources : Base commune des registres des cancers (Francim); certificats de décès (CépiDc); exploitation partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

Figure 42 : Estimation du nombre de nouveaux cas par tumeur solide chez la femme, en 1980 et en 2012 en France métropolitaine

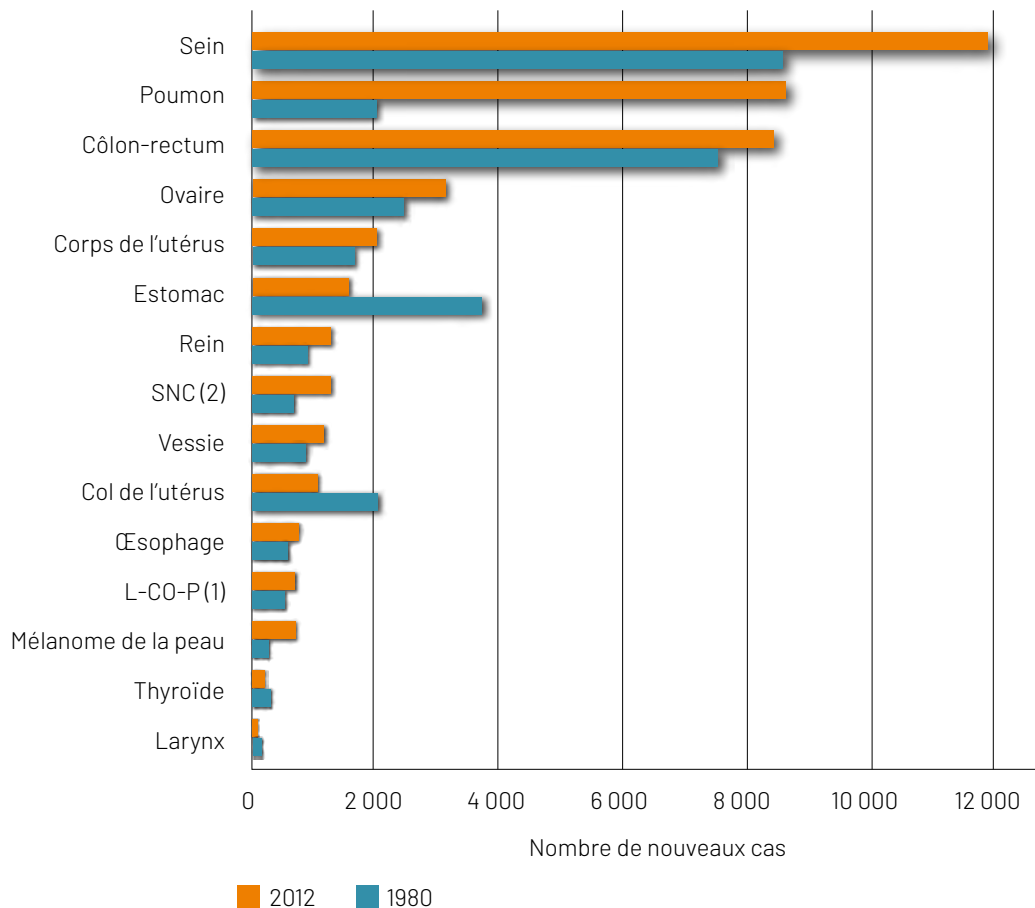


1. L-CO-P : lèvre-cavité orale-pharynx.

2. SNC : système nerveux central.

Sources : Base commune des registres des cancers (Francim); certificats de décès (CépiDc); exploitation partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

Figure 43 : Estimation du nombre de décès par tumeur solide chez la femme, en 1980 et en 2012 en France métropolitaine



1. L-CO-P : lèvre-cavité orale-pharynx.

2. SNC : système nerveux central.

NB : Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité de ces données par rapport aux autres localisations.

Sources : Base commune des registres des cancers (Francim); certificats de décès (CépiDc); exploitation partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

II. Estimation de la prévalence totale des cancers en 2008 (réseau Francim 2014)

Source : Estimation de la prévalence (partielle et totale) du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus en 2008 - Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Boulogne-Billancourt, juillet 2014.

- Environ **3 millions de personnes de 15 ans et plus en vie en 2008** ont eu un cancer au cours de leur vie : **1 570 000 hommes** (6,4% de la population masculine de plus de 15 ans) et **1 412 000 femmes** (5,3% de la population féminine correspondante).
- Chez les hommes : un tiers des cas sont représentés par le cancer de la prostate (proportion dans la population générale de 2 080 cas pour 100 000).
- Chez les femmes : 46% des cancers sont représentés par le cancer du sein (proportions dans la population générale de 2 441 cas pour 100 000).
- Pour les deux sexes, le cancer colorectal représente 10% des cas et une proportion dans

la population générale de 669 pour 100 000 chez les hommes et 587 pour 100 000 chez les femmes.

- La répartition des cas par localisation cancéreuse varie selon l'âge.
 - Chez les hommes de 15-44 ans, la localisation la plus fréquente est le cancer du testicule. Entre 45 et 54 ans, la localisation « lèvre-bouche-pharynx » occupe la première place. Après 55 ans, le cancer de la prostate est le plus fréquent pour atteindre une proportion dans la population générale dépassant les 10 000 pour 100 000 après 75 ans.
 - Chez les femmes, le cancer du sein est le plus fréquent dans toutes les tranches d'âge (dépassé les 5 000 pour 100 000 chez les 65-74 ans et les 75-84 ans). Le cancer de la thyroïde est la seconde localisation cancéreuse chez les 15-44 ans et 45-54 ans. Après 55 ans, le cancer colorectal constitue la seconde localisation la plus fréquente (3 000 pour 100 000 femmes de 85 ans et plus).

III. Données globales d'épidémiologie des cancers (INCa 2018)

1. Taux d'incidence

- Dans la population adulte, le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2017 en France métropolitaine est estimé à **399 500 (214 000 hommes et 185 500 femmes)**.
- **Les taux d'incidence³ (standardisés monde c'est-à-dire tenant compte de la structure démographique de la population)** sont estimés à 353,2 pour 100 000 hommes et 284,5 pour 100 000 femmes. L'âge médian au diagnostic était de 68 ans chez l'homme et de 67 ans chez la femme en 2015.
- **Les taux d'incidence** baissent ou tendent à se stabiliser depuis 2005 :
 - Chez les hommes : diminution de 1,3 % par an entre 2005 et 2012, liée à la baisse de l'incidence du cancer de la prostate ;
 - Chez les femmes : + 0,2 % par an entre 2005 et 2012 au lieu de + 1,6 % entre 1980 et 2005 (ralentissement de la progression), en raison de la baisse d'incidence du cancer du sein.

2. Taux de mortalité

- Le nombre de décès par cancer en 2017 est estimé à **150 000 : 84 041 chez l'homme et 66 000 chez la femme** (contre 84 041 hommes et 65 415 femmes en 2015).
- **Les taux de mortalité (standardisés monde c'est-à-dire tenant compte de la structure démographique de la population)** sont estimés à 119,2 pour 100 000 hommes et 71,7 pour 100 000 femmes. L'âge médian au décès était de 73 ans chez l'homme et de 77 ans chez la femme en 2015.

³ En épidémiologie, le taux d'incidence rapporte le nombre de nouveaux cas d'une pathologie pendant une période donnée à la population dont sont issus les cas (pendant cette même période). Il est un des critères les plus importants pour évaluer la fréquence et la vitesse d'apparition d'une pathologie. Le taux d'incidence s'exprime généralement en « nombre de personnes pour 100 000 personnes par année », afin de permettre des comparaisons entre les populations et dans le temps (source : Insee).

- **Les taux de mortalité** sont en baisse :
 - Chez les hommes : baisse de 1,5% par an entre 1980 et 2012 (-2,9 % entre 2005 et 2012) ;
 - Chez les femmes : baisse de 1% par an entre 1980 et 2012 (-1,4 % entre 2005 et 2012).

3. Cancers les plus fréquents

- Chez l'homme, les trois localisations les plus fréquentes en termes de nombre de nouveaux cas sont les cancers de la **prostate**, du **poumon** et du **côlon-rectum**. En termes de nombre de décès, les cancers du poumon, du côlon-rectum, de la prostate, et du foie occupent dans l'ordre les quatre premières places.
- Chez la femme, les trois localisations les plus fréquentes sont les cancers du **sein**, du **côlon-rectum** et du **poumon**. Le cancer du sein occupe la 1^{ère} place pour le nombre de décès par cancer, suivi par le cancer du poumon, et le cancer du côlon-rectum.

IV. Relations entre facteurs nutritionnels et cancer

1. Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015⁴

- 30% de la mortalité prématurée correspond à une mortalité évitable par une réduction de la prévalence des facteurs de risque au sein de la population (tabac, alcool, facteurs nutritionnels, sédentarité et inactivité physique)(source : L'état de santé de la population en France : rapport 2017, Drees, SpF).
- Estimation de la part et du nombre de cancers attribuables à des facteurs de risque liés au mode de vie ou à l'environnement chez les adultes Français, en 2015 : 41% des cancers attribuables à des facteurs de risque modifiables, soit environ 142 000 cas (84 000 chez les hommes et 58 000 chez les femmes).
- Les deux causes principales sont le tabagisme (20%) et l'alcool (8%).
- La troisième cause est l'alimentation (5,7%) chez les hommes et le surpoids et l'obésité (6,8%) chez les femmes.

2. Évaluation comparative des risques comportementaux, environnementaux, professionnels, et métaboliques au cours de la période 1990-2015 : Global Burden of Disease Study 2016⁵

- Une augmentation de certains facteurs de risques (IMC élevé, glycémie à jeun élevée) pourrait participer à la charge croissante des pathologies chroniques majeures.

4 Source : Marant-Micallef C, Shield KD, Vignat J, Hill C, Rogel A, Menvielle G. Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018;(21):442-8.

5 Source : Forouzanfar, M. H., Afshin, A., Alexander, L. T., Anderson, H. R., Bhutta, Z. A., Biryukov, S., & Cohen, A. J. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1659-1724

- En France, les dix facteurs de risque les plus importants en termes de perte d'années de vie (en raison d'une mortalité prématurée ou d'incapacités : années de vie « productives » perdues), tous sexes confondus, sont :
 - le tabagisme,
 - l'hypertension artérielle,
 - la consommation d'alcool,
 - le surpoids et l'obésité,
 - l'hyperglycémie à jeun,
 - l'hypercholestérolémie,
 - une faible consommation de fruits,
 - une faible activité physique,
 - une insuffisance rénale,
 - une faible consommation de céréales complètes.
- Les facteurs de risque nutritionnels représentent 12,2% des années de vie perdues chez les hommes et 9,0% chez les femmes. Ces facteurs de risques comprennent les régimes riches en sodium et pauvres en fruits, et contribuent le plus aux années de vie perdues en lien avec les maladies cardiovasculaires et circulatoires, les cancers et les maladies endocriniennes dont le diabète.

Figure 44 : Niveaux de preuves de relation entre les facteurs nutritionnels et différentes localisations cancéreuses

	Tumeurs solides																								Hémopathies malignes				
	Nasopharynx	Tête et cou	Bouche (cavité orale), pharynx, larynx	Œsophage	Adénocarcinome œsogastrique	Estomac	Intestin grêle	Colón-rectum	Pancréas	Ampoule de Vater	Foie	Vésicule biliaire	Rein	Vessie	Sein (avant la ménopause)	Sein (après la ménopause)	Endomètre	Col de l'utérus	Ovaire	Prostate	Testicule	Poumon	Thyroïde	Peau	Lymphome hodgkinien	Lymphome non hodgkinien	Leucémie	Myélome multiple	
Boissons alcoolisées			Convincant	Convincant			*	Homme Femme		*			**		Convincant	Convincant							*		*	*			
Surcharge pondérale					* Proximal Distal			Convincant	Convincant				Convincant		Suggéré	Convincant	Convincant			** Avancé Localisé	*	**	*		Convincant	Convincant	Convincant	Convincant	
Viandes rouges			**					Convincant					*	*	*					*									
Charcuteries			**					Convincant					*	*	*					**		**							
Sel et aliments salés																													
Compléments alimentaires à base de bêta-carotène	*	*	*			*			*				*	*			*	*	*	**		‡		*		*			
Produits laitiers								*					*	**															
Activité physique		*					Colon Rectum								**	**						**	*		*				
Sédentarité																													
Fruits	Suggéré		Suggéré					Suggéré																					
Légumes (non féculents)	Suggéré		Suggéré					Suggéré																					
Fibres alimentaires			Suggéré					Convincant							**														
Allaitement				*											Convincant				Suggéré										

* Signifie que le niveau de preuve est nouvellement étudié depuis le rapport WCRF/AICR 2007 ou les CUP WCRF/AICR 2010, 2011, 2012, 2013, 2014
 ** Signifie que le niveau de preuve a été modifié depuis le rapport WCRF/AICR 2007 ou les CUP WCRF/AICR 2010, 2011, 2012, 2013, 2014
 ‡ Consommation de compléments alimentaires à base de bêta-carotène à fortes doses, en particulier chez les fumeurs et les personnes exposées à l'amiante

d. Maladies et facteurs de risque cardiovasculaires

Source : L'état de santé de la population en France : rapport 2017(Drees, SpF)

I. Cardiopathies ischémiques

1. Patients hospitalisés pour CPI

- En 2014, 221 108 patients domiciliés en France ont été **hospitalisés** pour cardiopathies ischémiques (CPI), 119 015 pour syndrome coronarien aigu (SCA) et 62 251 pour infarctus du myocarde (IDM). Près de **70% des patients sont des hommes**. La part de patients âgés de moins de 65 ans est plus importante chez les hommes que chez les femmes (43,1% versus 27,0% respectivement pour les CPI et 50,9% versus 24,4% pour les IDM).
- L'analyse de l'évolution entre 2002 et 2014 des taux standardisés de patients hospitalisés pour CPI, SCA et IDM met en évidence une **diminution respective de 13%, 20% et 17%**, tous âges et sexes confondus. Parmi les patients de moins de 65 ans, l'évolution est beaucoup plus faible chez les femmes que chez les hommes (- 4,8 % versus - 15,6 % pour CPI).
- Entre 2002 et 2014, on observe une **augmentation de 26% du taux d'IDM chez les femmes âgées de moins de 65 ans** et une **stabilisation du taux d'IDM chez les hommes du même âge** (-1,4%). Les tendances moins favorables observées chez les femmes de moins de 65 ans pourraient s'expliquer par une **augmentation de la prévalence de certains facteurs de risque tels que le tabac, le diabète et l'obésité**.
- La Corse présente le taux de CPI le plus élevé (485,0/100 000), suivie des régions Provence -Alpes - Côte d'Azur (417,8/100 000) et Grand Est (410,9/100 000). À l'inverse, la Bretagne (272,2/100 000), la Guadeloupe (187,6/100 000) et la Martinique (151,8/100 000) affichent les taux les plus faibles.
- Le taux de patients hospitalisés augmente également avec le niveau de désavantage social. Les disparités des taux de patients hospitalisés selon l'indice de désavantage social pourraient s'expliquer par une prévalence plus élevée des facteurs de risque cardiovasculaires parmi les populations les plus défavorisées et par un moindre recours aux soins pour leur prise en charge.

2. Mortalité par CPI

- En 2013, le nombre de **décès** par CPI s'élève à 33 923 dont une majorité d'hommes (19 716 décès, soit 58%). Les IDM représentent 45% de ces décès et l'ensemble des SCA 51,4%.
- Parmi les décès par CPI, **13,2% surviennent avant 65 ans** (18,8% chez les hommes contre 5,5% chez les femmes). La part de décès par IDM avant 65 ans est plus importante, avec un écart notable entre les hommes (28,0%) et les femmes (8,4%).
- Entre 2000 et 2013, le taux standardisé de mortalité par CPI diminue de façon similaire chez les hommes (- 43,8 %) et les femmes (- 49,3 %) ainsi que chez les plus âgés (- 46,5 %). Parmi les moins de 65 ans, le taux diminue de manière plus importante chez les hommes que chez les femmes (- 41,7 % versus - 25,6 % pour les CPI et - 46,8 % versus - 35,8 % pour l'IDM).
- L'analyse des taux standardisés régionaux souligne la persistance de disparités importantes de mortalité par CPI :

- En France métropolitaine, les régions Bretagne, Normandie et Hauts-de-France présentent les taux de mortalité par CPI les plus élevés, dépassant de plus de 10% le taux national. La Réunion présente le taux le plus élevé (69,0/100 000).
- À l’opposé, les régions Île-de-France, Provence - Alpes - Côte - d’Azur et les autres Départements et Régions ultramarins affichent des taux inférieurs de plus de 10 % au taux national.
- L’analyse de la mortalité par CPI selon un indice de désavantage social met en évidence une augmentation des taux standardisés de mortalité lorsque le désavantage social de la commune de résidence augmente. Ces différences de mortalité selon le niveau de désavantage social sont en partie liées aux inégalités sociales décrites précédemment, en termes de patients hospitalisés, et à un moindre suivi des traitements et des recommandations hygiéno-diététiques chez les plus défavorisés.

II. Accidents vasculaires cérébraux (AVC)

- Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) recouvrent un ensemble de syndromes caractérisés par un déficit neurologique dû à des lésions cérébrales d’origine vasculaire.
- Les **AVC hémorragiques** sont dus à la rupture d’un vaisseau sanguin, et les **AVC ischémiques** sont consécutifs à l’obstruction d’une artère cérébrale.
- Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont caractérisés par la régression précoce et complète des déficits neurologiques, ainsi que par l’absence d’image d’infarctus cérébral.
- En France, en 2013, les AVC représentent la **troisième cause d’années de vie perdues** (source : Global Burden of Disease), la **première cause de mortalité chez les femmes** (la **troisième chez les hommes**), la première cause de handicap moteur non traumatique et la deuxième cause de démence derrière la maladie d’Alzheimer.
- Principaux facteurs de risque d’AVC : âge, HTA, tabagisme, hypercholestérolémie, diabète, troubles du rythme, obésité et antécédents personnels et familiaux de maladies cardiovasculaires.
- Les accidents vasculaires cérébraux sont une cause majeure de mortalité et de handicap. Ils sont responsables de 31 346 décès en 2013, soit **5% de l’ensemble des décès**, et de l’hospitalisation de 110 438 patients en 2014.
- La mortalité par AVC a diminué depuis les années 2000, cependant l’incidence des patients hospitalisés est en augmentation chez les moins de 65 ans depuis 2002, et tend à se stabiliser chez les 65 ans et plus depuis 2008. Cette augmentation de l’incidence semble concerner plus particulièrement les AVC d’origine ischémique mais touche indifféremment les hommes et les femmes. Ces augmentations pourraient être liées à une augmentation de la prévalence de certains facteurs de risque dans la population comme le tabagisme, l’obésité et la sédentarité.
- Des disparités régionales importantes d’hospitalisation et de mortalité par AVC sur le territoire français persistent en 2014. Les quatre Départements et Régions ultramarins, les Hauts-de-France et la Bretagne présentent pour l’AVC des taux de patients hospitalisés et de mortalité élevés.
- Les taux de patients hospitalisés et la mortalité augmentent avec le niveau de désavantage social de la commune de résidence et de façon plus marquée chez les moins de 65 ans.

III. Hypertension artérielle

- L'hypertension artérielle (HTA) est l'un des principaux facteurs de risque vasculaire. Elle est définie par une élévation de la pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mm Hg ou de la pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mm Hg.
- 62% des affections vasculaires cérébrales et près de la moitié des cardiopathies ischémiques sont attribuées à une pression artérielle élevée (source : OMS).
- La prévention de l'HTA nécessite des mesures hygiéno-diététiques (réduction des apports en sel, activité physique régulière).
- Prévalence de l'hypertension artérielle en 2014-2016 (source : Esteban 2014-2016) :
 - PAS ou PAD est élevée, ou prise d'un traitement antihypertenseur : **30,6%** de la population étudiée (18-74 ans).
 - Augmentation de la prévalence avec l'âge : de **6,3% chez les 18-34 ans** à **67,8% chez les 65-74 ans**.
 - Prévalence **plus élevée chez les hommes** que chez les femmes (respectivement 36,5% et 25,1%).
 - La moitié des adultes hypertendus (62,9% des femmes et 50,1% des hommes) se savaient hypertendus.
 - Près de 30% des hypertendus connus n'étaient pas traités par un médicament à action anti-hypertensive, sans différence entre les hommes et les femmes.
 - Parmi les hypertendus traités, la moitié avait une pression artérielle suffisamment abaissée (inférieure à 140/90 mm Hg). Le contrôle de la pression artérielle était meilleur chez les femmes (60,1%) que chez les hommes (41,4%).
- La prévalence de l'HTA n'a pas évolué depuis l'enquête ENNS (30,6% vs 31% dans ENNS), mais la proportion de personnes avec une HTA connue traitée a diminué significativement entre les deux études (72,6% vs 82,0% dans ENNS). Cette diminution est liée à l'évolution de la proportion de femmes hypertendues connues traitées entre les deux enquêtes : elle est passée de 86,6% dans ENNS à 70,7% dans Esteban. Chez les hommes, la proportion de personnes avec une HTA traitée n'a pas évolué de manière significative entre les deux enquêtes (45,9% vs 45,4% dans ENNS). Parmi les personnes hypertendues traitées, aucune amélioration du contrôle de l'HTA n'était observée depuis 2006 (49,6% vs 50,6% dans ENNS).
- La prévalence des **personnes traitées par médicament antihypertenseur** est de **18,6% en France en 2014**. Cette prévalence est plus importante chez les hommes que chez les femmes et augmente avec l'âge des personnes et le niveau de désavantage social de la commune de résidence. La distribution de la prévalence sur le territoire est très hétérogène avec, au Nord, des régions très touchées et au Sud, des régions plus épargnées. Une proportion significative de patients (environ 18% des patients en 2006-2007 dans l'enquête ENNS) reste non diagnostiquée et non traitée.

Tableau 5 : Prévalence de l'hypertension artérielle chez les 18-74 ans (en%)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Prévalence de l'HTA			
18-34 ans	11,7	1,5	6,3
35-44 ans	17	9,1	12,9
45-54 ans	36,6	21,2	28,6
55-64 ans	58,7	48,3	53,2
65-74 ans	73,1	62,1	67,8
18-74 ans	36,5	25,1	30,6
HTA connue traitée			
18-34 ans	*	*	20,2
35-44 ans	91,6	55,9	77,2
45-54 ans	55,3	65,6	59,6
55-64 ans	75,3	70,7	72,9
65-74 ans	85,2	73,9	79,7
18-74 ans	74,5	70,6	72,6
HTA traitée contrôlée			
18-34 ans	*	*	*
35-44 ans	48,2	54,8	50,3
45-54 ans	48,4	58,2	53,3
55-64 ans	48,1	63,8	55,6
65-74 ans	31,4	58,3	42
18-74 ans	41,4	60,1	49,6

* HTA : PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg ou remboursement d'au moins un traitement antihypertenseur.
HTA connue traitée : proportion d'hypertendus traités parmi ceux ayant déclaré avoir connaissance de leur pathologie.

HTA traitée contrôlée : proportion d'hypertendus contrôlés parmi les hypertendus traités.

* Effectifs insuffisants.

Champ : France métropolitaine, population générale adulte (18-74 ans). Source : Étude Esteban 2014-2016.

- Prévalence de l'hypertension artérielle en **Martinique** (étude Kannari) : **19,0% des individus** étaient **traités pour une HTA en 2013** (13,5% des hommes et 23,3% des femmes). Chez les hypertendus traités, 37% étaient normotendus grâce à leur traitement, 38% présentaient une HTA légère, 22% une HTA modérée, 3% une HTA sévère.
- Prévalence de l'hypertension artérielle en **Guadeloupe** (étude Kannari) : **39% des individus** étaient **hypertendus en 2013** (37% des hommes et 40% des femmes). Parmi eux, **21% étaient traités**, 15% étaient des hypertendus dépistés lors de l'enquête, 3% étaient non traités.

IV. Hypercholestérolémie

1. Contexte

- L'hypercholestérolémie est un trouble métabolique défini comme un taux plasmatique de cholestérol LDL >1,6 g/l. Elle constitue un facteur de risque cardiovasculaire majeur avec l'hypertension artérielle, l'obésité et le diabète.
- Il est possible de prévenir ou traiter l'hypercholestérolémie par des mesures hygiéno-diététiques (régime diététique et activité physique) que l'on peut associer à un traitement médicamenteux.

2. Enquêtes avec examen de santé menées par Santé publique France

Selon l'Étude nationale nutrition santé (ENNS 2006-2007), **29,7%** des personnes âgées de 18 à 74 ans avaient, soit un traitement hypolipémiant, soit un taux élevé de LDL-cholestérol dans le sang : 18,9% avaient un taux de LDL-cholestérol élevé (>1,6 g/l) et 12,5% suivaient un traitement médicamenteux hypolipémiant (Tableau 7). Pour en savoir plus : De Peretti C et al. Bull Epidemiol Hebd 2013;31.

Tableau 6 : Valeurs moyennes de la cholestérolémie dans la population adulte (18-74 ans)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Cholestérol total (g/l)	2,06	2,11	2,08
18-34 ans	1,78	1,87	1,83
35-64 ans	2,18	2,18	2,18
65-74 ans	2,01	2,25	2,14
Cholestérol LDL (g/l)	1,27	1,28	1,28
18-34 ans	1,07	1,1	1,09
35-64 ans	1,38	1,32	1,35
65-74 ans	1,24	1,36	1,31

Champ : France métropolitaine, population générale adulte (18-74 ans). Source : ENNS 2006-2007

Tableau 7 : Cholestérol LDL élevé et traitements par hypolipémiant (en %)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Cholestérol LDL supérieur à 1,60 g/l	20,1	17,7	18,9
18-34 ans	4	7,6	5,8
35-64 ans	27,4	20,9	24
65-74 ans	17,7	22,1	20,1
Traitement par hypolipémiant	14,4	10,7	12,5
18-34 ans	0,2	0	0,1
35-64 ans	16,2	9,6	12,8
65-74 ans	37,7	37	37,3
Cholestérol LDL supérieur à 1,60 g/l ou traitement par hypolipémiant	32,4	27,2	29,7
18-34 ans	4,2	7,6	5,9
35-64 ans	40,8	29	34,7
65-74 ans	52,7	56,5	54,8

Champ : France métropolitaine, population générale adulte (18-74 ans). Source : ENNS 2006-2007.

3. Prévalence des personnes traitées par médicament hypolipémiant : données de remboursement de l'assurance maladie (SNIIRAM)

- La prévalence du traitement hypolipémiant était de 11,3%, soit plus de 7,4 millions de patients, en France en 2014 (Tableau 8).
- La prévalence de ce traitement était supérieure chez les hommes par rapport aux femmes (13,6 vs 10,0%) et augmentait de manière importante avec l'âge. Elle passait de 1,1% entre 25 et 44 ans à plus de 39% entre 65 et 84 ans puis diminuait chez les plus âgés (31,2%).
- En 2014 en France, la prévalence des personnes traitées par médicament hypolipémiant n'est pas homogène selon les régions (Figure 45) :
 - Les Départements et Régions ultramarins ainsi que la région Auvergne-Rhône-Alpes affichent des taux de prévalence inférieurs de plus de 10% au taux national ;
 - Les taux les plus élevés sont observés dans la région des Hauts-de-France, Grand Est, Normandie, et Centre-Val-de-Loire.
 - En 2014, la prévalence du traitement hypolipémiant augmente avec le niveau de désavantage social estimé au niveau communal (Figure 46) : la prévalence est maximale chez les personnes résidant dans les communes les plus défavorisées (Q5).

Tableau 8 : Nombre et prévalence des personnes traitées par médicament hypolipémiant selon l'âge et le sexe, en 2014

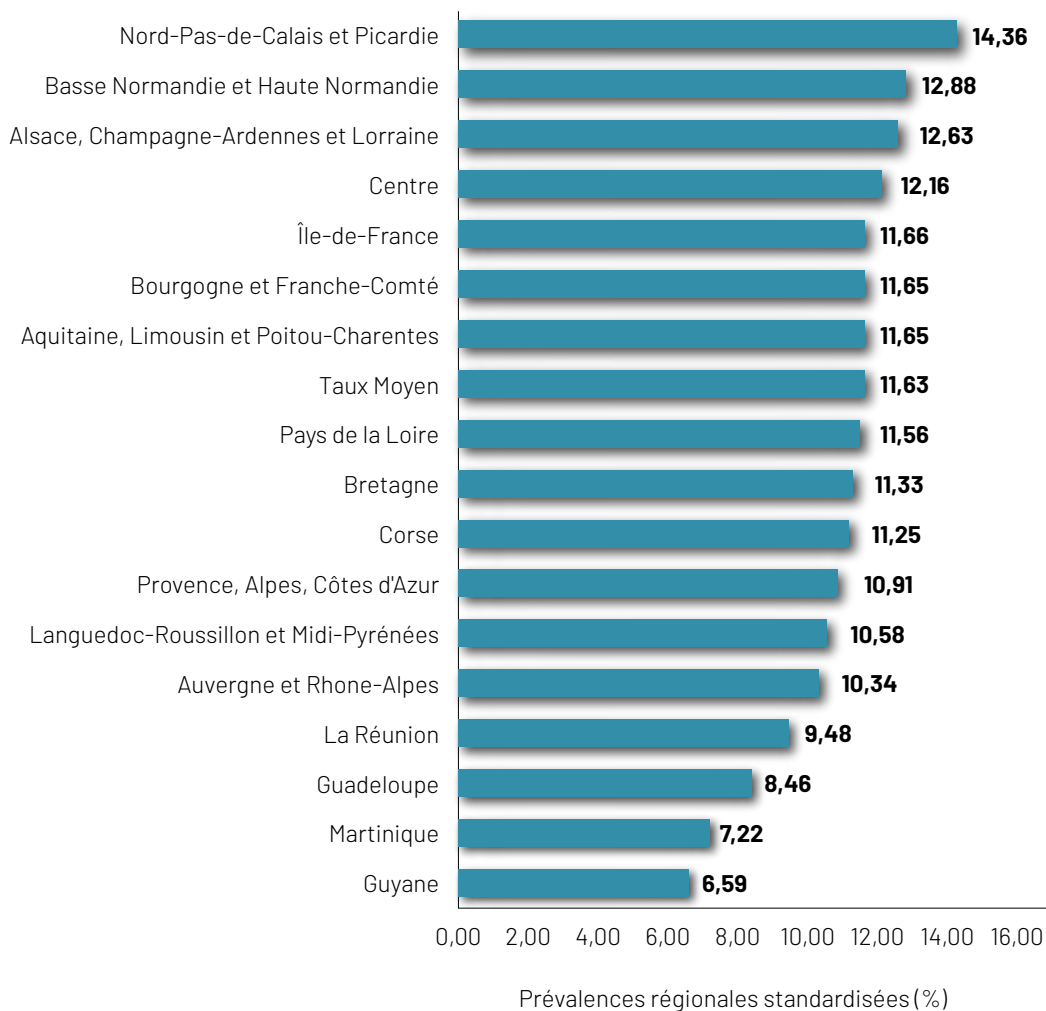
	Hommes	Femmes	Total
Nombre de patients			
<25 ans	2 287	3 300	5 587
25-44 ans	126 464	60 631	187 095
45-64 ans	1 531 991	1 011 675	2 543 666
65-84 ans	2 018 253	2 027 183	4 045 436
>=85 ans	243 685	407 114	650 799
Total	3 922 680	3 509 903	7 432 583
Prévalence			
<25 ans	<0,05	<0,05	<0,05
25-44 ans	1,5	0,7	1,1
45-64 ans	18,2	11,4	14,7
65-84 ans	43,4	35,5	39,1
>=85 ans	37,4	28,4	31,2
Total	12,3	10,3	11,3
Prévalence standardisée	13,6	10	11,6

*Prévalence standardisée sur l'âge pour 100 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ : France entière (hors Mayotte), tous régimes.

Sources : SNIIRAM (CNAMTS); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

Figure 45 : Prévalences régionales standardisées* des personnes traitées par médicament hypolipémiant, en 2014

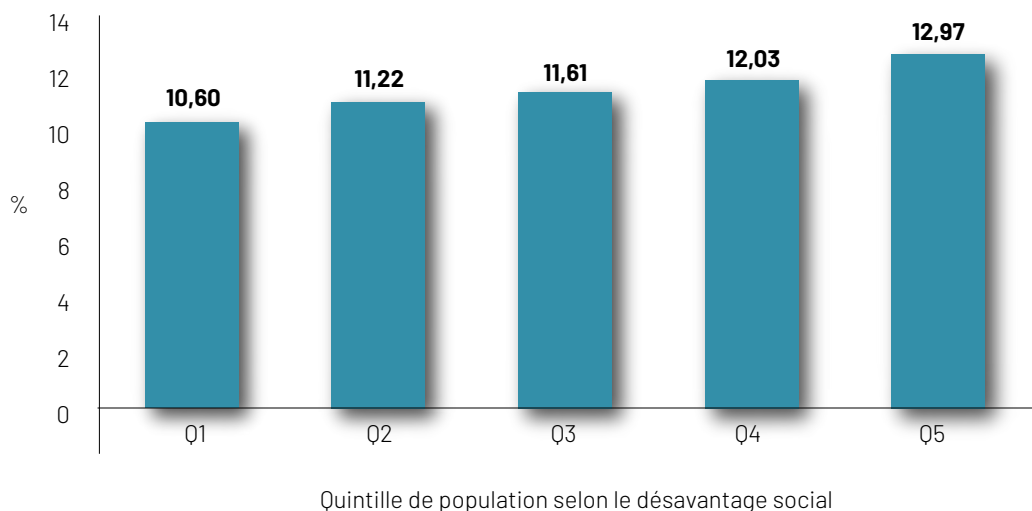


*Prévalence standardisée sur l'âge pour 100 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ : France entière (hors Mayotte), tous régimes.

Sources : SNIIRAM (CNAMTS); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

Figure 46 : Prévalence standardisée* des personnes traitées par médicament hypolipémiant en fonction du quintile de population selon l'indice de désavantage social (FDep09) de la commune de résidence, tous sexes confondus, en 2014



*Prévalence standardisée sur l'âge pour 100 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Note : Q1 : quintile le moins défavorisé ; Q5 : quintile le plus défavorisé.

Champ : France métropolitaine, tous régimes.

Sources : SNIIRAM (CNAMTS); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

e. Diabète

Source : L'état de santé de la population en France : rapport 2017 (Drees, SpF)

I. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement

- La prévalence du diabète traité a augmenté de 4,4% en 2010 à 4,7% en 2013, et a été actualisée à **5,0% en 2015**, soit plus de **3,3 millions de personnes traitées pour un diabète**.
- Une augmentation de la prévalence du diabète est observée depuis 2000. Toutefois, cette progression enregistre un ralentissement : le taux de croissance annuel moyen (TCAM) était de 5,4% sur la période 2006-2009, et de 2,3% sur la période 2009-2013.
- En 2013, la prévalence est **plus élevée chez les hommes** que chez les femmes (5,2% versus 4,1%) et augmente avec l'âge pour atteindre 16,5% chez les 75-79 ans, et diminue ensuite.
- Elle **varie aussi selon le niveau socio-économique**, que ce soit chez les personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) âgées de moins de 60 ans (2,3% versus 1,7% chez les non-bénéficiaires du même âge) ou en fonction d'un indice territorial de désavantage social : à structure d'âge identique, la prévalence du diabète est plus élevée chez les personnes résidant dans les communes les plus défavorisées (1,7 fois plus chez les femmes et 1,3 fois plus chez les hommes) par rapport à celles qui résident dans les communes les moins défavorisées (Figure 48).

II. Hyperglycémie à jeun

- L'hyperglycémie modérée à jeun ($6.1 \leq \text{glycémie} < 7 \text{ mmol/L}$) est un stade précurseur du diabète.
- ENNS 2006-2007 : estimation de la fréquence de l'hyperglycémie modérée à jeun dans la population des 18-74 ans vivant en France métropolitaine en 2006-2007 : 5,6%.
- La fréquence de l'hyperglycémie à jeun augmente régulièrement avec l'âge (1,5% chez les 18-29 ans, 5,2% chez les 30-54 ans et 9,5% chez les 55-74 ans) et est environ deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (7,9% versus 3,4%).

III. Diabète gestationnel

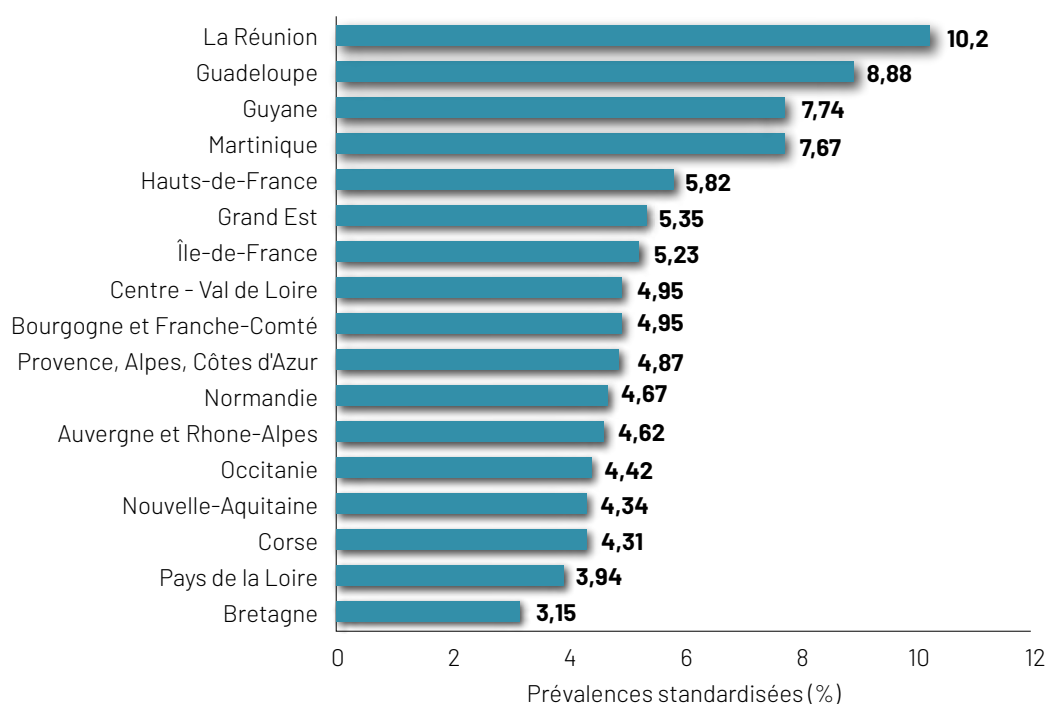
- Le dépistage du diabète gestationnel est réalisé pour 76% des grossesses en France en 2013. Sa prévalence est en augmentation et concerne 8,6% des grossesses en 2013.

IV. Diabète en Martinique

Source : enquête Kannari 2013

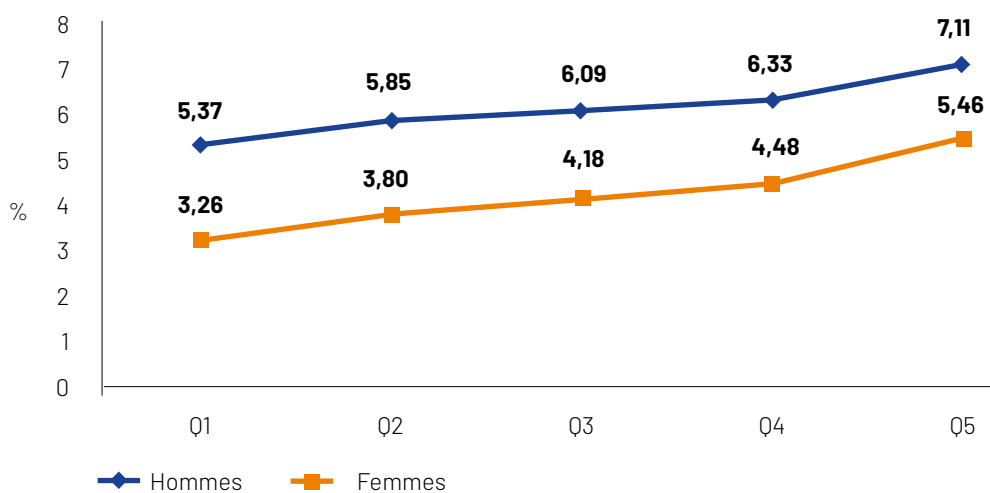
- La prévalence du diabète déclaré (diagnostic posé par un médecin) était de 10,0% en 2013, contre 6,5% en 2003, soit une augmentation de 3,5% (dont 1,7% sont liés au vieillissement de la population). Chez les femmes la prévalence du diabète déclaré était de 12,1% (8,1% en 2003) contre 7,2% chez les hommes (4,7% en 2003).
- La prévalence du diabète traité (par comprimés et/ou insuline au moment de l'enquête) était de 8,8% en 2013, contre 5,1% en 2003. Chez les femmes la prévalence du diabète traité était de 10,6% en 2013 (6,8% en 2003) contre 6,5% chez les hommes (3,4% en 2003).

Figure 47 : Prévalence standardisée* du diabète traité pharmacologiquement, par région, en 2013



*Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, population EU-27.
Dénominateur= INSEE PA (âge atteint dans l'année) moyenne des années n et n+1.
Champ : France entière (hors Mayotte).
Source : SNIIRAM-DCIR (CNAMTS); exploitation Santé publique France.

Figure 48 : Prévalence standardisée* du diabète traité pharmacologiquement selon le niveau de désavantage social de la commune de résidence, en 2013



*Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, population EU-27.
Note : Q1 : quintile le moins défavorisé ; Q5 : quintile le plus défavorisé.
Champ : France métropolitaine (hors sections locales mutualistes).
Source : SNIIRAM-DCIR (CNAMTS); exploitation Santé publique France.



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ