

LETTRE DU GROUPEMENT

>> Alimentation-santé Auvergne

R&D, nutriment, ingrédient, nutraceutique, allégation, santé.



>> Edito

L'année 2008 s'achève dans une atmosphère morose, ce qui ne devrait pas empêcher les Français de profiter des fêtes et des repas copieux qui les accompagnent. Les quelques entreprises agroalimentaires rencontrées ces dernières semaines avaient leurs cahiers de commande bien remplis.

Après le bilan et pour faire face à la crise ce sera le temps pour elles de penser à innover. Or le secteur des produits à vocation nutrition-santé est depuis ces dernières années un secteur porteur à condition de proposer des produits crédibles et reposant sur une véritable caution scientifique.

Or, si la région Auvergne est dynamique en matière de recherche scientifique, elle ne « transforme pas l'essai » par manque de pénétration de cette recherche au sein de son économie.

En matière de Nutrition, le groupement Nutravita, association regroupant des entreprises, des chercheurs, des centres techniques et des développeurs économiques, est là pour aider les entreprises à concrétiser ce transfert de sciences et de connaissances : veille permanente, accès à des stagiaires, rencontre autour de journées thématiques. Le temps fort de 2009 sera l'organisation en octobre à Vichy des deuxièmes journées Nutravita sur la thématique du surpoids, plus particulièrement consacrées aux lipides. Ce sera l'occasion d'échanges entre industriels, chercheurs, médecins et acteurs du thermalisme. L'équipe de Nutravita ne peut que vous inciter à venir nombreux à cette manifestation réalisée avant tout pour les entreprises de la région Auvergne.

D'ici là, bonnes fêtes de fin d'année !

2^{èmes} Journées Nutravita

« Prévention et prise en charge du surpoids »



Changement de dates :
23, 24 et 25 octobre 2009

Afin de permettre une meilleure articulation entre les différentes manifestations en nutrition, la date des journées Nutravita Auvergne est reportée en octobre.

Située au Palais des Congrès de Vichy, cette seconde manifestation sera l'occasion de réunir plus de 400 professionnels de la nutrition et de la santé autour de la problématique du surpoids.

L'édition 2009 sera plus particulièrement axée sur la problématique des lipides.

Programme : prochainement consultable sur le site www.nutravita.fr

Renseignements et inscriptions : Sylvie VALLEIX, ARDE, 04 73 31 84 49, s.valleix@arde-auvergne.com

Contact Presse : Agence Sophie-Benoit.Com, 10 avenue Pierre de Nolhac, 63200 RIOM, 04 73 38 41 04, maxence.reso-rp@orange.fr

Modifications des AJR

Les Apports Journaliers Recommandés (AJR), valeurs de référence pour l'étiquetage nutritionnel et les allégations, ont été modifiés par une récente directive (2008/100/CE).

Les nouvelles références sont les suivantes :

Vitamines		Minéraux et oligo-éléments	
Vitamine A (µg)	800	Potassium (mg)	2 000
Vitamine D (µg)	5	Chlorure (mg)	800
Vitamine E (mg)	12	Calcium (mg)	800
Vitamine K (µg)	75	Phosphore (mg)	700
Vitamine C (mg)	80	Magnésium (mg)	375
Thiamine (mg)	1,1	Fer (mg)	14
Riboflavine (mg)	1,4	Zinc (mg)	10
Niacine (mg)	16	Cuivre (mg)	1
Vitamine B6 (mg)	1,4	Manganèse (mg)	2
Acide folique (µg)	200	Fluorure (mg)	3,5
Vitamine B12 (µg)	2,5	Sélénium (µg)	55
Biotine (µg)	50	Chrome (µg)	40
Acide pantothénique (mg)	6	Molybdène (µg)	50
		Iode (µg)	150

Le texte modifie en outre la valeur énergétique attribuée aux fibres alimentaires qui est désormais de 2 kcal par g de fibres présentes dans le produit.

Cette directive doit être transposée en droit français avant le 31 octobre 2009.

La vitamine D

La vitamine D est connue depuis près d'un siècle pour son action anti-rachitique. Elle était administrée via l'huile de foie de morue aux enfants. De nos jours, les besoins et apports sont toujours calculés afin de prévenir un défaut de minéralisation osseuse. Cependant, les données récentes sur les effets de la vitamine D indiquent qu'il serait souhaitable de réévaluer ces apports.

Rôle, besoins & apports conseillés

La vitamine D est essentiellement connue pour ses fonctions liées au **métabolisme du calcium et à la minéralisation de l'os** : augmentation de l'absorption intestinale du calcium et diminution de son excrétion urinaire, action sur les ostéoclastes, etc.

La vitamine D a une double origine : **alimentaire mais aussi endogène via la peau**. Les cellules de l'épiderme sont capables d'en produire de grandes quantités après exposition à une irradiation solaire ou ultraviolette. Ainsi, pendant les mois de juin à octobre, où l'intensité du rayonnement solaire est optimale, une exposition quotidienne de 30 % de la surface cutanée pendant 15 minutes est suffisante pour couvrir les besoins ¹.

En raison de cette double origine, l'établissement d'apports nutritionnels conseillés (ANC) s'est avéré délicat. La démarche retenue fut donc basée sur la compensation de la synthèse endogène pour une population « normalement exposée au soleil », cf. table suivante.

Table 1. Apports nutritionnels conseillés en vitamine D ($\mu\text{g/j}$) ²

	femme enceinte, allaitante	nourrisson	enfant 1-3 ans	enfant & ados	adulte	senior ≥ 75 ans
ANC	10	20-25	10	5	5	10-15

Pour aller plus loin...

Une récente revue de synthèse publiée dans les Cahiers de Nutrition et de Diététique ³ soulève la question de **réévaluer à la hausse les apports conseillés en vitamine D** (cf. table 2). En effet, chez les personnes âgées, l'apport optimal pour limiter le risque de fractures semble plus près de 20-25 $\mu\text{g/j}$ (env. ANC $\times 2$). L'Académie américaine de pédiatrie (AAP) vient de doubler ses recommandations : 10 $\mu\text{g/j}$ pour tous les enfants ⁴.

De plus, la vitamine D semble avoir bien d'autres fonctions que son rôle sur la minéralisation osseuse. Elle pourrait notamment jouer un rôle **protecteur à l'égard de maladies auto-immunes et de cancers**. Des études ont par exemple montré une corrélation entre les apports en vitamine D chez le nourrisson et la diminution de survenue d'un diabète de type 1 chez l'enfant et le jeune adulte (avec une dose 10 fois supérieure aux ANC) !

Cependant, dans l'attente de confirmer ces effets et d'étudier l'impact de telles quantités ingérées, les anciennes recommandations restent de mise.

Table 2. Apports optimaux en vitamine D ($\mu\text{g/j}$) d'après Garabédian (2008)

	femme enceinte, allaitante	nourrisson	enfant 1-3 ans	enfant & ado	adulte	senior ≥ 75 ans
métabolisme calcique	10	25-40	10-15	5	5	20-25
maladies auto-immunes	?	50 (?)	?	?	?	?
cancer	?	?	?	?	5-12 (?)	12-27 (?)

Sources alimentaires

Très peu d'aliments contiennent naturellement des teneurs importantes en vitamine D : poissons « gras » (hareng, saumon, anchois), jaune d'œuf, certains morceaux de viandes et champignons. Des enrichissements d'aliments ont donc été autorisés pour les produits laitiers, les huiles végétales...

Cette vitamine est en outre sensible à l'oxygène et à la lumière. Il est donc nécessaire de veiller à sa conservation tout au long de la vie de la denrée alimentaire (fabrication, conditionnement, stockage).

Valorisation & communication

Pour pouvoir être valorisée, la teneur en vitamine D doit représenter, *a minima*, 15 % de l'apport journalier recommandé (AJR) pour 100 g, 100 ml ou par emballage si celui-ci ne contient qu'une seule portion ⁵. La Commission Européenne a récemment revu les apports journaliers recommandés relatifs à l'étiquetage nutritionnel des denrées alimentaires ⁶. **Cependant, la valeur de référence pour la vitamine D est demeurée inchangée à 5 $\mu\text{g/j}$.**

Concernant les allégations de santé évaluées positivement à ce jour, elles demeurent centrées sur la densité osseuse :

- « **la vitamine D est nécessaire à la croissance et au développement normaux des os des enfants** ⁷ » d'après l'Agence Européenne de Sécurité Sanitaire des Aliments (Efsa) ;
- « **la vitamine D favorise l'absorption du calcium et des phosphates (phosphore)** ⁸ » d'après l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) ;
- « **des apports adéquats en calcium et vitamine D tout au long de la vie, dans le cadre d'une alimentation équilibrée, peuvent réduire le risque d'ostéoporose** ⁹ » au niveau de la Food and Drug Administration (FDA).

1 Garabédian M. et al. Arch. Pédiatr., 1999, 6, 990-1000.
2 Martin A. et al. Tec&Doc, 2001, 229-236.
3 Garabédian M. Cah. Nutr. Diét., 43, 5, 2008.
4 AAP. 13 oct. 2008.

5 Dir. 90/496/CEE du 24 sept. 1990. JOUE du 06 oct. 1990
6 Dir. 2008-100/CE du 28 oct. 2008. JOUE du 29 oct. 2008
7 Avis Efsa du 02 oct. 2008. Question n°EFSA-Q-2008-322.
8 Avis Afssa du 23 janv. 2008. Saisine n° 2005-SA-0169.
9 FDA. Docket No. 2004-P-0205, 11 sept. 2008.