



HAL
open science

**Pour une grande mobilisation nationale de tous les
acteurs pour la promotion de la nutrition en France.
Eléments de bilan du PNNS (2001-2005) et propositions
de nouvelles stratégies pour le PNNS2 (2006-2008)**

Serge Hercberg

► **To cite this version:**

Serge Hercberg. Pour une grande mobilisation nationale de tous les acteurs pour la promotion de la nutrition en France. Eléments de bilan du PNNS (2001-2005) et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS2 (2006-2008). [Rapport de recherche] Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). 2006, 280 p., tableaux, graphiques, illustrations. hal-01571695

HAL Id: hal-01571695

<https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01571695v1>

Submitted on 3 Aug 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



RAPPORT

Eléments de bilan du PNNS (2001-2005)
et
Propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS2
(2006-2008)

**POUR UNE GRANDE MOBILISATION
NATIONALE DE TOUS LES ACTEURS
POUR LA PROMOTION DE LA NUTRITION
EN FRANCE**

Pr Serge Hercberg

*Professeur de Nutrition
Faculté de Médecine Paris 13/Hôpital Avicenne
Directeur
U557 Inserm/Inra/Cnam
et*

*Unité de Surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle (USEN), InVS/Cnam/Paris 13
Centre de Recherche en Nutrition Humaine d'Ile-de-France*

Février 2006

Remerciements

Pour rédiger ce rapport, j'ai entrepris depuis le mois de septembre 2005, une large concertation auprès de très nombreuses personnalités que j'ai sollicitées dans le cadre de la mission que m'a confié Monsieur le Ministre de la Santé. Les échanges que j'ai pu ainsi avoir ont contribué à ma réflexion personnelle et m'ont permis d'aboutir à la rédaction de ce rapport. La concertation a été large et s'est faite au travers de discussions en face à face, de réunions de travail, ou encore par des contributions écrites. Le temps m'a manqué pour rencontrer en direct tous ceux que j'aurai souhaité et certains des personnes sollicitées n'ont pas trouvé le temps matériel pour répondre à ma sollicitation. Mais au-delà de la liste non exhaustive des personnes citées ci-dessous qui m'ont répondu activement, j'ai bénéficié également de façon indirecte des multiples réunions, symposium, groupes de travail et congrès, auxquels j'ai assisté ou participé dans le cadre de mes différentes activités professionnelles, et qui bien que non directement ciblés sur mon rapport, sont venus enrichir mon travail. Je ne peux citer tous ceux que j'ai croisé dans ces occasions mais les divers échanges que j'ai pu avoir avec eux, qu'ils soient des partenaires institutionnels, des scientifiques, des professionnels de la santé, de l'éducation, des travailleurs sociaux, des élus, des chercheurs, des acteurs économiques, des représentants d'associations ou des consommateurs, ont également largement contribué à élargir mes connaissances et faire avancer ma démarche.

Bien évidemment les positions que je défends dans ce rapport et les propositions que je fais ne les engagent pas tous pour autant. Le but de la concertation que j'ai menée n'était d'ailleurs pas d'obtenir un consensus autour de mes propositions. Mais par contre mon souhait était d'écouter un maximum d'acteurs dans les différents champs de la nutrition afin de faire le point de ce qui a été développé dans le cadre de la première phase du PNNS et de faire naître et mûrir des propositions concrètes pour faire avancer la réflexion sur la deuxième phase du PNNS. A la lumière de cette vaste concertation passionnante, ma réflexion a évolué et m'a permis d'aboutir à des propositions de mesures qui s'appuient sur les informations et les différents points de vue qui m'ont été avancés.

Ceux que j'ai rencontrés ne partagent peut-être pas toutes les positions que je prends dans ce rapport, mais ils m'ont tous fourni des éléments, des informations et des données qui m'ont été d'une grande utilité. Certains se reconnaîtront dans certaines propositions, d'autres vraisemblablement non... Mais dans tous les cas je tiens à remercier tous pour leur disponibilité et leur ouverture au dialogue.

Je tiens tout spécialement à remercier Michel Chauliac et Béatrice Sénemaud et tous les membres du bureau SD5A de la DGS (Ministère de la Santé), pour leur grande aide et leur soutien technique et logistique essentiel pour moi tout au long de mon travail. Sans eux, je n'aurais pu être en mesure de rendre ce rapport dans les délais impartis. Je remercie également particulièrement Pierre Combris, Louis-Georges Soler, France Caillavet et Jean-Louis Lambert (économistes à l'INRA), les équipes de l'INPES, les chercheurs de mon unité de recherche (Inserm/Inra/Cnam/Paris 13) et de surveillance (USEN, InVS) et Anne Tallec (ORS Pays de Loire) qui m'ont apporté leurs compétences et leurs esprits critiques mais constructifs sur de très nombreux points essentiels de ce rapport. Enfin un très grand merci à Arnaud Basdevant, Claude Ricour, Hélène Thibault, Chantal Simon et Jean-Fabien Zazzo (et les collègues qu'ils ont consultés) qui m'ont très fortement aidé pour la rédaction des points spécifiques concernant la prise en charge de l'obésité et la dénutrition.

Enfin, je remercie tous les membres du Comité stratégique et du Comité de Pilotage Permanent du PNNS et les Comités Techniques Régionaux du PNNS pour m'avoir fait remonter leurs bilans et leurs propositions pour le futur. Au travers de ce bilan, j'ai pu mesurer le chemin parcouru depuis maintenant 5 ans, et le rôle actif de tous ces acteurs qui ont rendu possible le PNNS 1. Merci à tous !

Serge Herberg

Liste des personnes ayant participé à la concertation :

JL Allain (Alliance 7), O Andrault (Que Choisir), A Aveaux (Nutritionnellement), Ch Babusiaux (Ancien directeur du CNA), D. Baelde (DGCCRF), S Barnat (Aprifel), A Basdevant (Paris 6, Hotel Dieu), F Bas-Théron (IGAS), F Baudier (URCAM), Jerome Bedier (FCD), Ph Benezet (SNRC), S Benkimoun (Allegro Fortissimo), AM Berthier (Kellogg's), P Biart (UBF), JM Borys (Protéines), B Boucher (nutritionniste Paris), D Bougle (CHU Caen), Mme Brault (Ministère de la Jeunesse et des Sports), G Brochoire (INBP), JR Buisson (ANIA), V Busson (UBF), F. Caillavet (INRA), F Casini (Oniflor), K Castetbon (USEN), MA Charles (Inserm), S. Chauvin (DHOS), V Collomb (SFNEP), D Combret (ADLF), P Combris (INRA), F Condroyer (INPES), L Cousin (SNRC), S Coves (UBF), S Czernichow (Inserm/Inra/Cnam/Paris13), W Dab (Cnam, ancien DGS), L Damiens (Aprifel), Francois Dantoine (Ministère de la Jeunesse et des Sports), N Darmon (Inserm), P Dechelotte (CHU Rouen), V Declerck (Interfel), J de Kervasdoué (CNAM, ancien Directeur des Hôpitaux), J Delarue (CHU Brest), R Demeuleester (INPES), C Deperetti (DREES), JC Desport (CHR Limoges), A. Drewnowski (Université de Washington), P Ducimetiere (Inserm), M Dufour-Chatain (Ministère Agriculture), M Fantino (CHU Dijon), M Ferry (CH Valence), E Feur (Conseil Général du Val-de-Marne), Cl Fischler (CNRS), ML Frelut (Hopital Robert Debré), P Galan (Inra/Inserm/Cnam/Paris13), JL Germain (CCC), P. Georges (CNAF), JM Gilibert (Protéines), S Gouraud-Bouyer (Ministère Agriculture), ML Grimault (UPPIA), F Guillon (UFGS), B Grinfeld (Oniflor), S. Henriquez (Secours Populaire), M Hirsch (Ancien Directeur de l'AFSSA), D Houssin (DGS), F Kartout (Mutualité Française), Ch Kerneur (DESCO), JL Lambert (INRA), A Lambert (INRA), P Lamoureux (INPES), JP Laplace (IFN), B Laurent (ANIA), C Le Gales (OMS), JM Lecerf (Institut Pasteur Lille), C Lemoine (Pulpe Club), R Le Reun (Ville de Brest), Ch Loison (UBF), S Mahe (Ministère de la Recherche), F Maisel (Interel), I Margaritis (Afssa), A Martin (CHU Lyon), D Maslanka (Lille), PA Masteau (ANMF), JC Melchior (Hôpital R Poincaré), J Ménard (Paris 6), C Michaud (URCAM), S Michels (Protéines), Fabrice Molliex (Secours Populaire), F Morat-Vuong (réseau Villes Santé), Ph Moulin (CHU Lyon), D Nairaud (CNA), Mme Neulat (Ministère Education Nationale), JM Oppert (Paris 6, Hotel Dieu), L Orega (CIV), JC Orłowski (département 92), M Paindorge (Croix-Rouge), Ch Pernin (CLSCV), F Perrin (DGS), AP Picakert (INCA), H Pillot (Ministère de la Cohésion Sociale), S Pradelle (Que Choisir), S Raffin (Protéines), L Razanamahefa (AFSSA), G Regnard (Ministère Agriculture), C Remesy (INRA), Cl Ricour (CNANES), A Rogge (FCD), M Romon (CHU Lille), F Rossi (ADLF), Mme Roty (CTIFL), S Rousset (Ministère Agriculture), MJ Rozières (Banques Alimentaires), E Seynave (ANIA), Ch Simon (CHU Strasbourg), LG Soler (INRA), L Souliac (DGAL), M Storogenko (Direction Générale des Affaires Sociales), A Sudara-boyer (DGTPE), A Tallec (ORS Nantes), S. Tessier (CRESIF), H Thibault (ISPED), D Turck (CHU Lille, AFSSA), E Vandecandelaere (DGAL), Sophie Villers (DGAL), JD Voin (UBF), JF Zazzo (Hôpital A. Beclère) et tous les coordinateurs techniques régionaux du PNNS.

SOMMAIRE

Avant-Propos	7
Lettre de mission	8
1. RAPPEL SUR LE PNNS 2001-2005	10
2. LES ACTEURS et actions du PNNS 2001-2005.....	14
2.1. Les dispositifs et acteurs du PNNS en charge de la coordination du PNNS	15
2.1.1 . Le Comité Stratégique du PNNS et son Comité de Pilotage Permanent	15
2.1.2 . Les acteurs régionaux du PNNS	19
2.1.3 . Les moyens du PNNS.....	20
2.2. Actions, mesures et outils spécifiques développés dans la période 2001-2005	21
2.2.1. Résumé des actions prévues et leur niveau de réalisation depuis le lancement du PNNS en 2001.	21
2.2.2. Détail des actions, mesures et outils développés depuis le lancement du PNNS en 2001	28
2.2.2.1. Informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant ; éduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant.	28
2.2.2.2. Actions vers les professionnels de santé et le système de soins	48
2.2.2.3. Actions impliquant les acteurs économiques et les consommateurs	63
2.2.2.4. Actions régionales et locales	73
2.2.2.5. Actions vers les groupes à risque	84
2.2.2.6. Surveillance nutritionnelle	89
2.2.2.7. Recherche.....	96
3. ELEMENTS D’EVALUATION DES PROCESSUS ET DES ACTIONS DU PNNS 2001-2005	100
3.1. Evaluation des processus	105
3.1.1. Evaluation des actions et outils destinés à informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant	105
3.1.1.1 Evaluation de la connaissance et de la perception du logo du PNNS par le grand public	105
3.1.1.2 Evaluation des Guides Alimentaires du PNNS.....	106
3.1.1.3. Evaluation de la fréquentation des sites internet du PNNS	108
3.1.1.4. Evaluation des campagnes de communication du PNNS	109
3.1.2. Evaluation des mesures et actions visant à éduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant.	117
3.1.2.1. Evaluation de l’application de la circulaire relative à la composition des repas servis en restauration scolaire.....	117
3.1.2.2. Evaluation des actions expérimentales de distribution de fruits à l’école.....	117
3.1.3. Evaluation des actions vers des professionnels de soins	118
3.1.3.1. Diffusion et évaluation de la perception des documents du PNNS auprès des professionnels de santé.....	119
3.1.3.2. Evaluation des CLAN.....	121
3.1.3.3. Evaluation des REPOP.....	122
3.1.4. Evaluation des actions impliquant les acteurs économiques, les consommateurs, la société civile et les média	126
3.1.4.1. Bilan du fonctionnement du Comité d’évaluation pour l’attribution du logo du PNNS.....	126
3.1.4.2. Suivi des recommandations AFSSA 2002 concernant l’adjonction de sel dans les aliments	126
3.1.5. Bilan quantitatif et qualitatif des projets locaux et régionaux	130
3.1.5.1. Etude de la Société Française de Santé Publique (2003).....	130
3.1.5.2. Evaluation des actions régionales menées par la Fédération Nationale de la Mutualité Française...	130

3.1.6. Evaluation des actions spécifiques	132
3.1.6.1. Evaluation des actions envers les populations en situation de grande précarité	132
3.1.6.2. Evaluation des Journées Régionales Allaitement (JRA) organisées par la CoFAM.....	134
3.1.7. Actions de surveillance	135
3.2. Evolution des indicateurs mesurant les objectifs du PNNS : Données ponctuelles ou indirectes sur l'évolution des indicateurs mesurant les objectifs nutritionnel du PNNS depuis 2001	138
3.2.1. Evolution de l'allaitement maternel	138
3.2.2. Evolution de la consommation des fruits et légumes	138
3.2.3. Evolution de la prévalence de l'obésité et du surpoids	141
3.2.3.1. Eude de la DREES.....	141
3.2.3.2. Enquête OBEPI 2003 (enfants)	141
3.2.3.3. Etude réalisées dans le Val-de-Marne	142
3.3. Bilan-évaluation de la prise en charge de l'obésité infantile : rapport de l'OPEPS du Sénat (2005)	144
4. Les propositions de stratégies pour le PNNS2 (2006-2008)	145
4.1. Plan d'Actions « Prévention nutritionnelle globale : offrir à tous les conditions d'une alimentation plus favorable à la santé. Rendre réellement réalisables les repères de consommation du PNNS »	150
4.1.1. Actions développées pour la population générale	151
4.1.1.1. Rendre atteignable le repère de consommation des fruits et légumes pour tous : au moins 5 fruits et légumes par jour, frais, en conserves ou surgelés, naturels ou préparés	151
4.1.1.2. Rendre atteignable le repère de consommation des aliments complets pour tous : développer la consommation des pains fabriqués avec de la farine 80	154
4.1.1.3. rendre atteignable le repères de consommation d'aliments sur la limite des aliments sucrés, et/ou gras et/ou salés.....	155
4.1.1.4. rendre atteignable le repère sur la promotion de la consommation d'eau	155
4.1.1.5. Fournir aux consommateurs, au moment de l'achat, une information positive sur les aliments dont la consommation est promue dans le cadre du PNNS.	157
4.1.1.6. Promouvoir l'activité physique dans la vie quotidienne et sur les lieux de travail et faciliter la pratique sportive de loisir pour tous	157
4.1.2. Actions spécifiques destinées aux enfants	159
4.1.2.1. Améliorer l'offre alimentaire dans les établissements scolaires :	160
4.1.2.2. Augmenter l'activité physique à l'école et en extra-scolaire :	161
4.1.2.3. Développer des actions pédagogiques dans le champ de la nutrition.....	161
4.1.2.4. Renforcer l'action des professionnels de santé scolaire :	162
4.1.3. Actions spécifiques destinées aux populations défavorisées	162
4.1.3.1. actions directes au niveau des populations défavorisées	163
4.1.3.2. actions au niveau des structures d'aide alimentaire.....	163
4.1.4. Promouvoir l'allaitement maternel.....	165
4.1.5. Renforcer la mise en pratique des repères de consommation du PNNS et la visibilité du PNNS comme le référent en matière de nutrition	166
4.1.6. Renforcer les dynamiques régionales, les actions locales et la complémentarité entre niveau national, régional et local	168
4.1.7. Former, ou mieux former les professionnels de santé, de l'éducation et du social	170
4.2. Plan d'Actions pour améliorer la prise en charge de l'obésité infantile et adulte	171
4.2.1 Mise en place, au niveau régional, de Réseaux de prise en charge de l'obésité : les REPOB	172
4.2.1.1. un système d'information sur l'accès au soin.....	173
4.2.1.2 une aide à la prise en charge.....	173
4.2.1.3 un programme de formation et de sensibilisation.....	173
4.2.1.4 des ressources d'équipements, d'expertise et de formation : les centres de référence	173
4.2.1.5. une mobilisation des acteurs locaux	174
4.2.2. Actions au niveau national	174
4.2.2.2. Un outil pour le conseil nutritionnel chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte obèse,.....	174
4.2.2.4. Le développement de l'éducation thérapeutique	175
4.2.2.5. Une politique d'évaluation et d'achat des équipements adaptés	175
4.2.2.7. Mise en place d'une coordination nationale des réseaux et de moyens d'évaluation.....	174
4.2.2.8 Soutenir la recherche clinique.	175

4.2.2.9 Lutter contre la stigmatisation de l'obésité et éviter des comportements de restriction.....	175
4.3. « Améliorer la prise en charge transversale de la dénutrition ou de son risque, notamment chez le sujet agé (en ville et dans les établissements de santé et médico-sociaux).....	177
4.3.1. Au niveau de la ville	177
4.3.2. Au niveau des établissements médico-sociaux pour personnes âgées	178
4.3.3. Au niveau des établissements de soins	178
4.4. Se donner les moyens de faire fonctionner le PNNS de façon pérenne pour atteindre les objectifs fixés en 2008 et mettre en place une réelle politique nutritionnelle de santé publique pour l'avenir	180
4.4.1. Créer un Fond National de la Promotion de la Nutrition (FNPN) qui permettra de financer préférentiellement des actions d'intérêt nutritionnel visant les populations défavorisées	180
4.4.2. Signer des chartes d'engagement entre le PNNS et les différents acteurs concernés	181
4.4.2.1. Signer des chartes d'engagement avec les acteurs économiques	181
4.4.2.2. Signer des chartes d'engagement avec les entreprises	182
4.4.2.3. Signer des chartes d'engagement avec les collectivités locales et territoriales (Villes, Départements ou Régions actives du PNNS).....	183
4.4.3. Renforcer les moyens des agences sanitaires pour leurs actions dans le domaine de la Nutrition (INPES, InVS, AFSSA)	183
4.4.4. Obtenir un engagement fort de l'assurance maladie	183
4.4.5. Impliquer plus largement dans les actions du PNNS les consommateurs et les associations d'obèses	183
4.4.6. Se donner les moyens d'une évaluation nationale du PNNS et d'une aide à l'évaluation des actions loco-régionales.	184
4.4.6.1. Créer un Observatoire économique de l'offre et de la qualité nutritionnelle de l'alimentation (OEQN) en charge de la surveillance de l'évolution des produits alimentaires mis sur le marché. .	184
4.4.6.2. Concernant la surveillance du PNNS, des moyens financiers et humains devront être dégagés pour permettre :	184
4.4.7. Soutenir activement la recherche	186
4.4.8. Obtenir une implication plus forte et articulée des différents ministères concernés	186
 Annexe 1 : Liste des acteurs non institutionnels ayant obtenu le logo PNNS.....	 188
 Annexe 2 : Les programmes d'action au niveau régional	 196
 Annexe 3 :Bilan des actions loco-régionales menées dans le cadre des appels d'offre du PNNS	 227
 Annexe 4 : Liste des programmes du réseau de prévention et de promotion de la santé de la mutualité française par année.....	 250
 Annexe 5 : Extrait du Rapport de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé du Sénat.....	 254
 Résumé des propositions d'actions et de mesures pour le PNNS2	 267

Avant-propos

Ce rapport a été rédigé à la demande de Mr Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités. Il vise, d'une part, à donner des éléments de bilan tant quantitatif que qualitatif du PNNS 2001-2005, et, d'autre part, à proposer des recommandations pour la mise en place de nouvelles stratégies pour la suite du PNNS2 (2006-2008).

Ce rapport a été construit en quatre parties :

1. un rappel sur le PNNS 2001-2004,
2. un bilan qualitatif des différentes actions développées, au niveau national, depuis 2001, date du début du programme,
3. les évaluations de certaines actions spécifiques, en terme de processus, sans préjuger de l'impact des actions sur les objectifs nutritionnels définis dans le PNNS. Cette évaluation quantitative ne sera possible qu'après la réalisation de l'étude nationale nutrition-santé (ENNS) programmée pour 2006,
4. des propositions d'actions concrètes pour le PNNS2 s'appuyant sur l'expérience du PNNS 2001-2005, les travaux menés dans différents pays et les progrès des connaissances scientifiques des dernières années, sur les différents rapports publiés dans le champ de la nutrition de santé publique, en France, en Europe et en Amérique du Nord et sur la concertation des multiples acteurs concernés (institutionnels, scientifiques, acteurs économiques, consommateurs,..). Les objectifs nutritionnels prioritaires restent ceux définis dans le PNNS 2001-2005 et inscrits dans la loi de Santé Publique du 9 août 2004. Les propositions concrètes faites dans ce rapport visent dont à permettre d'atteindre les objectifs fixés. Elles visent, d'une façon générale, à assurer la promotion de la nutrition pour améliorer l'état de santé de la population générale et réduire le risque de maladies chroniques (notamment les maladies cardiovasculaires et les cancers), et, d'une façon spécifique, réduire le risque et prendre en charge efficacement les problèmes d'obésité (notamment l'obésité infantile) et de dénutrition (notamment des sujets âgés).



*Ministère de la Santé
et des Solidarités*

D 9524

Le Ministre

Paris, le 12 AOU 2005

Monsieur le Professeur,

Vous avez été un des initiateurs du Programme national nutrition santé (PNNS) depuis les travaux du Haut comité de la santé publique en 2000 et avez été nommé en juin 2001 vice-président de son comité stratégique et président du comité de pilotage. Depuis 2001, le PNNS a permis à la politique publique en matière de nutrition de connaître un essor et une visibilité nouvelle. Le PNNS a été particulièrement actif dans le domaine de la communication, de l'éducation pour la santé, du dépistage du surpoids par les professionnels de santé ou encore de l'ouverture du dialogue avec les professionnels de l'alimentation. Le programme a mobilisé de très nombreux acteurs dans des secteurs divers de la santé, de l'éducation, des collectivités territoriales, dans les filières et services alimentaires, notamment.

Le programme arrivera à échéance en janvier 2006. Il est nécessaire aujourd'hui de préparer la suite de ce premier programme, dans l'esprit de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 et des objectifs ambitieux qu'elle fixe en matière de nutrition.

Je souhaite aujourd'hui vous confier une nouvelle mission de préparation du deuxième programme national nutrition santé. Je souhaiterais que vous puissiez faire des recommandations pour une stratégie ambitieuse dans ce domaine sensible qui tirent les conclusions du premier programme national nutrition santé et s'appuient sur la connaissance scientifique la plus actuelle dans le domaine de la nutrition.

Je souhaiterais que vous puissiez à cette occasion faire le bilan tant quantitatif que qualitatif du PNNS 2001-2005 en prêtant une attention particulière à l'impact des mesures de ce plan et la perception que la population et les professionnels en ont.

Cette mission vous permettra de conduire une très large concertation des multiples institutions et organismes concernés, impliqués dans les champs de la santé, du domaine social, de la recherche, de l'éducation, de l'ensemble des filières alimentaires, des collectivités territoriales. Les institutions représentées dans le comité de pilotage permanent du PNNS pourront vous transmettre les éléments dont elles disposent pour alimenter votre réflexion.

Vous pourrez vous appuyer sur les services de mon ministère pour votre mission. Pour les questions relatives aux établissements de soins, vous ferez appel au Directeur de

Monsieur le Professeur Serge Hercberg
Centre de recherche en nutrition humaine
d'Ile de France
CNAM / ISTNA
5, rue Vertbois
75003 Paris

l'hospitalisation et de l'organisation des soins qui préside le Comité national de la nutrition dans les établissements de santé. La Direction générale de la santé (DGS) vous fournira les éléments essentiels à la prise en compte de la politique de régionalisation des programmes de santé de la loi relative à la politique de santé publique.

Je souhaiterais par ailleurs que vous puissiez porter une attention plus particulière aux aspects suivants :

- La limitation de la prévalence de surpoids et d'obésité chez l'enfant, par des interventions tant dans le champ du système de soins que de l'éducation, de la famille, de la disponibilité et présentation de l'offre alimentaire, qu'en vue de la pratique d'une activité physique ;
- La nutrition des populations défavorisées (mais non précaires) en prenant en compte leur spécificités ;
- L'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire. Vous étudierez notamment la possibilité de fixer, en accord avec les filières économiques, voire les entreprises, des objectifs quantifiés et la manière de le valoriser dans le cadre du PNNS ;
- Le renforcement des actions au niveau local ;
- Les grandes options en matière de communication pour les trois prochaines années ;
- La recherche, en clarifiant les thématiques majeures qu'il conviendrait de développer dans le cadre des objectifs du PNNS et en proposant les articulations possibles entre les institutions compétentes et les mécanismes de financement existants ;
- La sécurité juridique du programme et la protection de ses messages essentiels contre tout risque de détournement.

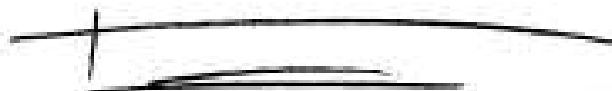
La question de la formation initiale et continue des professionnels du champ de la santé et du domaine social est essentielle. J'ai confié sur ce sujet une mission au Professeur Ambroise Martin avec lequel vous pourrez assurer une étroite coopération.

Vos frais de déplacement seront pris en charge dans le cadre de vos fonctions à l'Institut de veille sanitaire.

Je souhaiterais que vous puissiez me présenter votre rapport pour le 30 novembre 2005, après l'avoir présenté pour observation au comité de pilotage permanent du PNNS, avec les propositions stratégiques et les orientations budgétaires.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Professeur, l'expression de ma considération distinguée.

Bin à vous



Xavier BERTRAND

1.
RAPPEL SUR LE PNNS
2001-2005

La France s'est dotée en 2001 d'une véritable politique nutritionnelle de santé publique au travers de la mise en place du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Confiée par le Premier Ministre, en décembre 2000, au Ministère de la Santé, avec l'implication de tous les ministères et institutions concernés, le PNNS s'est fixé, comme objectif général, d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur le déterminant majeur que représente la Nutrition.

La base conceptuelle et les stratégies mises en place, en 2001, dans le PNNS s'appuyaient sur les conclusions du rapport du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) « Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et proposition » publié en septembre 2000. Ce rapport prolongeait le travail des Experts du Comité Nutrition de la DGS (1998-1999) qui avait fixé les objectifs nutritionnels de santé publique à atteindre en France et s'appuyait également sur les remontées des Etats Généraux de l'Alimentation (1999-2000) et les travaux du Conseil National de l'Alimentation.

Ce programme lancé en janvier 2001 (initialement fixé pour la période 2001-2005, et prolongé jusqu'à 2008 pour cadrer avec la Loi de Santé Publique d'août 2004) prévoyait des actions et des mesures permettant, en améliorant l'état nutritionnel de la population vivant en France, de réduire le risque de maladies, d'optimiser l'état de santé et la qualité de la vie, à tous les âges de la vie. Ceci tout en respectant la liberté et le plaisir que représente, notamment dans notre pays, l'acte alimentaire.

Objectifs et principes du PNNS

Note : Le PNNS s'appuie sur une définition moderne du terme « nutrition », qui n'est pas limitée à la simple référence aux « nutriments », mais se comprend aujourd'hui dans un cadre plus large qui intègre à la fois la référence à l'alimentation (aliments et nutriments) et à l'activité physique.

Les actions mises en œuvre par le PNNS ont comme finalité, au niveau de la population générale, de promouvoir dans l'alimentation (et l'hygiène de vie en rapport avec l'alimentation) les facteurs de protection et de réduire l'exposition aux facteurs de risque vis-à-vis des maladies chroniques et, aux niveaux des groupes à risque, de diminuer l'exposition aux problèmes spécifiques.

Neuf objectifs nutritionnels prioritaires chiffrés (sur l'alimentation, l'activité physique et le statut nutritionnel) ont été retenus pour la période 2001-2005 étendue à 2008.

● Cinq objectifs portent sur le comportement alimentaire :

- augmenter la consommation de fruits et légumes : réduire de 25 % le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes¹,
- augmenter la consommation de calcium : réduire de 25 % la population des sujets ayant

¹ consommant moins de 3,5 fruits et légumes par jour

des apports calciques en dessous des Apports Nutritionnels Conseillés, tout en réduisant de 25 % la prévalence des déficiences en vitamine D,

- réduire la moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35 % de l'apport énergétique journalier, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35 % des apports totaux de graisses),
- augmenter l'apport de glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50 % de l'apport énergétique journalier, en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon, en réduisant de 25 % la consommation actuelle de sucres simples, et en augmentant de 50 % la consommation de fibres,
- réduire la consommation d'alcool à moins de 20 g par jour chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet objectif vise la population générale et se situe dans le contexte nutritionnel (contribution excessive à l'apport énergétique); il n'est pas orienté sur la population des sujets présentant un problème d'alcoolisme chronique, redevable d'une prise en charge spécifique.

● ***Un objectif porte sur l'hygiène de vie en rapport avec la nutrition:***

- augmenter l'activité physique dans les activités de la vie quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant, par jour, l'équivalent d'au moins 1/2h de marche rapide par jour (monter escalier à pied, faire les courses à pied). La sédentarité étant un facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue chez l'enfant.

● ***Trois objectifs portent sur l'état nutritionnel :***

- réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne des adultes,
- réduire de 10 mm de Hg la pression artérielle systolique des adultes,
- réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes et interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants,

Résolument pragmatique, le PNNS n'a, en aucun cas, l'ambition d'être exhaustif sur le plan nutritionnel. Bien que large, ces objectifs ne visent pas à couvrir de façon optimale l'ensemble des problèmes nutritionnels de la population française. Il s'agit de propositions, a priori, « atteignables » et ciblées, suffisantes pour permettre d'améliorer significativement la situation nutritionnelle en France. Dans l'esprit des concepteurs du programmes, le fait d'atteindre ces objectifs chiffrés ne constitue pas une fin en soi, mais le niveau de réduction des facteurs de risque ou de promotion des facteurs de protection, tels qu'ils ont été retenus paraît raisonnable et surtout atteignable sur la période de temps considéré (2001-2005/2008), tout en permettant un impact réel significatif à plus long terme sur la morbidité et la mortalité.

A côté des objectifs nutritionnels prioritaires chiffrés qui visent l'ensemble de la population, neuf objectifs nutritionnels spécifiques ont également été définis visant des populations particulières. Il s'agit de :

- réduire la carence en fer pendant la grossesse,
- améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment en cas de désir de grossesse,
- promouvoir l'allaitement maternel,
- améliorer le statut en fer, calcium et vitamine D des enfants et adolescents,
- améliorer le statut en calcium et vitamine D des personnes âgées,
- prévenir la dénutrition des personnes âgées,

- lutter contre les déficiences vitaminiques et minérales et les dénutritions chez les personnes en situation de précarité,
- lutter contre les déficiences vitaminiques et minérales et les dénutritions chez les personnes suivant des régimes restrictifs et les problèmes nutritionnels des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire,
- prendre en compte les problèmes d'allergies alimentaires.

Méthodologie du PNNS

Sur un plan opérationnel, pour atteindre les objectifs définis, le PNNS a proposé en 2001 de mettre en place un ensemble d'actions et de mesures orientées vers la communication, l'information, l'environnement nutritionnel et l'offre alimentaire. Il s'agit d'un véritable plan de santé publique associant à l'action de santé publique, la formation, la recherche, la surveillance et l'évaluation.

Multisectoriel, il a souhaité associer tous les acteurs concernés : l'ensemble des ministères impliqués dans le champ (santé, agriculture, consommation, éducation nationale, jeunesse et sport, lutte contre l'exclusion et la précarité, sujets âgés, intérieur, recherche), les agences sanitaires, l'assurance maladie et le système mutualiste, la représentation sociétale au travers du Conseil National de l'Alimentation, les opérateurs économiques, les consommateurs, les collectivités locales, les organismes de recherche et les experts scientifiques.

Il a proposé dès son lancement une articulation entre le niveau national et le niveau loco-régional, le niveau national concevant les outils validés et offrant un cadre de référence pour le développement essentiel des actions de terrain

Les actions prévues envisageait de concerner différentes cibles : population générale, groupes à risque, professionnels de santé, professionnels de l'éducation, travailleurs sociaux, collectivités locales et territoriales, le monde associatif et les acteurs économiques.

Le PNNS s'est fixé un ensemble de grands principes sur lequel son développement repose:

- le respect du plaisir, de la convivialité, et de la gastronomie,
- une approche positive, fortement orientée vers la promotion des facteurs de protection, ne se situant jamais dans le champ de l'interdit (même si des conseils ou des actions peuvent et doivent viser à la limitation ou la réduction de la consommation de certains aliments consommés en excès),
- le développement de messages, scientifiquement valides mais compréhensibles et toujours adaptés aux modes de vie,
- la synergie, la complémentarité,
- la cohérence des messages et de l'ensemble des actions développées.

La première phase du PNNS s'est étendue sur la période, initialement fixée de 2001 à 2005.

2.

**Les acteurs et actions
du PNNS 2001-2005**

2.1. Les dispositifs et acteurs du PNNS en charge de la coordination du PNNS

2.1.1. Le Comité Stratégique du PNNS et son Comité de Pilotage Permanent

Le comité stratégique du Programme National Nutrition-Santé (PNNS) a été créé par arrêté du ministre de la santé le 31 mai 2001 (JO du 15 juin 2001). Les missions de ce comité sont de donner un avis sur les orientations et les actions à développer en cohérence avec les objectifs du Programme National Nutrition Santé, de coordonner et d'évaluer sa mise en œuvre. Il était prévu que ce Comité se réunisse une fois par an.

Le Comité Stratégique du PNNS est présidé par le Ministre de la santé. Le Vice-Président, nommé, lors de la première réunion du Comité Stratégique du 21 mai 2001 est le Pr Serge Hercberg. Le secrétariat du Comité est assuré par la DGS.

Les membres du Comité Stratégique du Programme National Nutrition Santé nommés par l'arrêté du 31 Mai 2001 sont :

- Le Ministre Délégué à la Santé
- Le Ministre de l'Agriculture et de la Pêche
- Le Ministre de l'Education nationale
- Le Ministre de la Jeunesse, des Sports
- Le Ministre de la Recherche
- Le Ministre de l'Intérieur
- Le Secrétaire d'Etat aux Petites et Moyennes Entreprises, au Commerce, à l'Artisanat et à la Consommation
- Le Délégué Général du CFES
- Le Directeur Général de l'AFSSA
- Le Directeur de l'InVS
- Le Directeur Général de l'INSERM
- Le Directeur général de l'INRA
- Le Président du Conseil National de l'Alimentation (CNA)
- Le Directeur de la CNAMTS
- Le Président de la Fédération nationale de la mutualité française
- Le Président de l'Assemblée des départements de France
- Le Président de l'Association des Maires de France
- Un représentant de l'Association Nationale des industries Alimentaires (ANIA)
- Deux représentants des consommateurs
- Trois personnes qualifiées
- Le Directeur Général de la Santé (DGS)
- Le Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)
- Le Directeur de la Sécurité Sociale

Le Comité Stratégique en sa réunion du 21 mai 2001 a décidé de confier à un comité de pilotage permanent le suivi régulier de la mise en œuvre du Programme National Nutrition-

Santé. Les institutions et structures du Comité Stratégiques sont représentées dans le comité de pilotage.

Ce Comité de Pilotage du PNNS assure la coordination et le suivi opérationnel de la mise en œuvre du PNNS en facilitant l'information et la concertation entre ses différents membres. Il est une force de proposition et de dialogue. Il propose la mise en place d'actions et de mesures en cohérence avec les orientations fixées par le comité stratégique du PNNS. Il assure, la cohérence des mesures mises en œuvre et des outils et productions développés dans le cadre du PNNS. Il valide ou définit les conditions de validation des outils institutionnels du PNNS. La décision finale revient au Ministre chargé de la santé.

Le Comité de Pilotage est présidé par le vice président du Comité Stratégique et son secrétariat est assuré par la Direction Générale de la Santé (bureau 5A). Le secrétariat transmet aux membres par courrier électronique les convocations et l'ordre du jour, validé par son président, au moins une semaine avant la réunion. Le secrétariat assure la rédaction des compte-rendus du comité qui sont transmis par courrier postal et courrier électronique à tous les membres du comité.

Le projet de compte rendu de réunion est approuvé à la réunion suivante. Une fois validé, le compte rendu est diffusé, par le secrétariat, aux correspondants régionaux du PNNS et à l'ensemble des membres du comité de pilotage.

La composition du Comité Stratégique (et de la même façon du Comité de Pilotage) a été modifiée par les arrêtés du 28 janvier 2005 (JO 9 février 2005), du 18 octobre 2005 (JO du 3 novembre 2005) et du 20 octobre 2005 (JO du 3 novembre 2005). La composition actuelle est :

- Le Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille
- Le Ministre de l'Agriculture et de la Pêche
- Le Ministre de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
- Le Ministre des Petites et Moyennes Entreprises, du Commerce, de l'Artisanat, des Professions Libérales et de la Consommation
- Le Ministre de la Jeunesse, des Sports et de la vie associative
- Le Ministre de l'Intérieur
- Le Ministre délégué à la Recherche
- Le Ministre de la Cohésion Sociale et de la Parité
- Le Secrétaire d'Etat aux personnes âgées
- Le Directeur de l'INPES
- Le Directeur Général de l'AFSSA
- Le Directeur de l'InVS
- Le Président de l'INCA
- Le Directeur Général de l'INSERM
- Le Directeur Général de l'INRA
- Le Président du CNA
- Le Directeur de la CNAMTS
- Le Président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française
- Le Président de l'Association des Régions de France
- Le Président de l'Assemblée des Départements de France
- Le Président de l'Association des Maires de France
- Le Président de la Conférence des DRASS

- Un représentant du réseau des villes santé OMS
- Un représentant de l'ANIA (industries alimentaires)
- Un représentant de la FCD (entreprises du commerce et de la distribution)
- Un représentant du SRC (syndicat de la restauration collective)
- Un représentant du CCC (comité de coordination des collectivités)
- Trois représentants des consommateurs
- Des personnalités qualifiées

Le Comité de Pilotage du PNNS, en accord avec l'article III de l'arrêté du 18 octobre 2005 s'est doté d'un règlement intérieur. Ce règlement stipule que lorsque le comité est amené à prendre une position nécessaire au développement du programme, un consensus est toujours recherché. A défaut de prise de décision par consensus, le président peut recourir au vote pour mettre en évidence l'appréciation majoritaire du comité sur un point donné de l'ordre du jour, sous réserve que le quorum soit atteint. Il est toujours possible en prévision d'un vote de donner une procuration à un membre de son choix. En cas d'égalité des voix, la voix du président est prépondérante. Les membres ayant des opinions minoritaires peuvent dans les quatre jours suivant la réunion adresser au secrétariat un texte écrit précisant leur position qui sera joint au compte rendu.

Le Comité de Pilotage, présidé par le vice président du comité stratégique se réunit, régulièrement, une fois par mois. Il s'est réuni à 51 reprises depuis sa mise en place en mai 2001. Il a mis en place et piloté différents groupes de travail interne.

● A côté de ses séances de travail mensuelles, le Comité de Pilotage du PNNS a mis en place 5 groupes de travail. :

– **Groupe de Travail en charge de définir les modalités d'utilisation du logo du PNNS (2001-2002)**, présidé par le Pr Serge Herberg.

Ce groupe de travail comprenait des représentants des pouvoirs publics (Ministères de la santé, Agriculture, Consommation, Education Nationale, Jeunesse et Sport), des membres du comité stratégique, un représentant du CNA, le CFES, un juriste ayant compétence sur le domaine du droit de la concurrence, des représentants des utilisateurs du logo (production, interprofessions, industries agro-alimentaires, distribution, restauration collective) et des consommateurs. Ce groupe a permis d'élaborer le cahier des charges pour l'utilisation du logo du PNNS annexé à l'arrêté du 27 avril 2004.

- **Groupe de Travail en charge de la réflexion sur l'intégration de la dimension nutrition dans les enseignements scolaires** (mis en place en mai 2002), présidé par le Pr Ambroise Martin.

Ce groupe de travail comprenait des représentants du comité stratégique et du comité de pilotage permanent, des ministères de l'éducation nationale (bureau du contenu des enseignements, bureau des affaires sanitaires et sociales et de la prévention, de la jeunesse et des sports, des experts de la nutrition de l'enfant d'âge scolaire, des enseignants, des médecins scolaires, des pédiatres, des représentants des parents d'élèves et des consommateurs, le CFES, le CNA, l'APBG (association des professeurs de biologie générale) et des spécialistes de la formation. Les conclusions de ce groupe constituent une référence pour les actions menées en milieu scolaire et péri scolaire.

- **Groupe de Travail « Action Municipale et PNNS »** (mis en place en octobre 2003), présidé par le Pr Serge Hercberg.

Ce groupe était composé des représentants du comité stratégique et du comité de pilotage permanent du PNNS, de la direction des collectivités locales du ministère de l'intérieur, de la Direction générale de l'action sociale, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, des services déconcentrés de l'État (DRASS et DDASS), de l'association des maires de France, du réseau français des villes santé de l'OMS, de plusieurs types de municipalités (rurales, urbaines de diverses tailles) représentées par des élus ou des responsables mandatés par le maire. Ce groupe a élaboré la charte « villes actives du PNNS » et le guide à l'usage des élus et techniciens municipaux.

- **Groupe de Travail « Publicité alimentaire et enfant »** (mis en place en février 2004), présidé par le Pr Dominique Turck.

Le Groupe de Travail comprenait des représentants de l'ANIA (association nationale des industries alimentaires), de la FCD (fédération du commerce et de la distribution), de la CGAD (confédération générale de l'alimentation en détail), le président du BVP (bureau de vérification de la publicité), un représentant de l'Interfel, du CIV (centre d'information sur les viandes), de l'union des annonceurs ou son représentant, le Président du groupe politique nutritionnelle du CNA, ORGECO (organisation générale des consommateurs) et des personnalités scientifiques : Pr Ambroise Martin (AFSSA), Pr Michel Vidailhet (pédiatre, Nancy), Pr Dominique Turck (pédiatre, Lille), Pr Serge Hercberg (Inserm/Inra/Cnam/InVS, vice président du comité stratégique du PNNS). Les travaux du groupe n'ont pas permis de dégager une position commune qui aurait pu servir à orienter la discussion parlementaire notamment pour la rédaction de l'article 29 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Groupe de Travail « Glucides » (mis en place en septembre 2005) piloté par la DGAL et présidé par Mme Sophie Villers.

Le Groupe de Travail, actuellement en activité, associe l'ensemble des acteurs économiques des secteurs concernés, les différents ministères impliqués, des scientifiques, des représentants de l'AFSSA, INPES et de l'InVS et les associations de consommateurs. Son objectif est de rechercher un engagement sur une base volontaire de la part des acteurs impliqués, en travaillant sur la base initiale des objectifs du PNNS relatifs aux glucides (favoriser la consommation des aliments sources de glucides complexes ; réduire la consommation de sucres simples ; augmenter la consommation de fibres). L'objectif du groupe de travail est d'aboutir à un consensus sur les actions à mener et à la signature d'une charte d'engagement des acteurs dans le cadre d'une démarche volontaire et partenariale.

● Le Comité de Pilotage du PNNS a par ailleurs assuré le suivi de deux des quatre missions confiées par le ministre chargé de la santé à des personnalités.

Missions confiées à différents experts par le Ministre de la santé depuis 2001 se rapportant au champ couvert par le PNNS

- Mission sur le métier et la formation des diététiciens (Pr Michel Krempf) – *décembre 2001*

- Mission sur l'évaluation des réseaux ville-hôpital obésité de l'enfant (Pr Claude Ricour)-
décembre 2002

- Mission sur la formation en nutrition des professionnels de santé (Pr Ambroise Martin)- *juin 2005*

- Mission sur le bilan du PNNS et propositions pour le PNNS2 (Pr Serge Hercberg) – *août 2005*

Les deux premières de ces missions ont fait l'objet d'un suivi par le comité de pilotage du PNNS. Des éléments des rapports remis au Ministre de la Santé ont été intégrés à cette évaluation. (voir pages 53 et 60).

La 3^{ème} mission est en cours (voir page 171).

La 4^{ème} constitue l'objet même de ce rapport.

2.1.2. Les acteurs régionaux : les Comités Techniques Régionaux Nutrition (CTRN)

Une circulaire de la DGS du 9 janvier 2002 adressée aux DRASS a proposé des modalités de mise en œuvre du PNNS au niveau régional à travers la désignation d'un correspondant DRASS (en général un Médecin Inspecteur de Santé Publique) et la nomination d'un coordinateur régional (médecin hospitalier, directeur de comité régional ou départemental d'éducation à la santé) afin de constituer un comité technique régional nutrition (CTRN) chargé de piloter les actions de nutrition au niveau de la région.

De plus la thématique nutrition a été inscrite dans la circulaire définissant les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) de 2^{ème} génération de février 2002.

D'après une enquête faite auprès des DRASS en mai 2005, sur 23 régions, 18 ont mis en place un Comité Technique Régional Nutrition opérationnel formé d'acteurs institutionnels (assurance maladie, éducation nationale, jeunesse et sports, ARH, conseils généraux, mutuelles) et de professionnels (médecins hospitaliers et universitaires, médecins libéraux, diététiciennes, associations, ...).

Ces comités ont le plus souvent mis en place des groupes de travail thématiques (par exemple, prévention universelle, information-communication auprès du public, dépistage et prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, restauration collective, établissements de santé-comité de liaison alimentation-nutrition, ...).

Les CTRN ont été réunis à trois reprises avec des représentants du Comité de Pilotage Permanent du PNNS, chaque année depuis 2002, afin d'échanger entre échelon régional et national sur les orientations et la mise en œuvre du PNNS.

2.1.3. Les moyens du PNNS

Selon le rapport de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé du Sénat (Rapport d'information n° 8 (2005-2006) de M. Gérard DÉRIOT, fait au nom de l'Office d'évaluation des politiques de santé, déposé le 5 octobre 2005) le PNNS a bénéficié à partir de 2001 de financements du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS de la CNAMTS) au travers de l'Institut national pour l'éducation à la santé (INPES) et, à partir de 2002, de dotations inscrites au budget de l'État dont une partie est déconcentrée aux Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS).

Le tableau ci-dessous est une évaluation des dépenses réalisées de 2001 à 2004 par ces trois institutions sur les lignes budgétaires identifiées « Prévention par la nutrition » (Dépenses en millions d'euros pour la prévention nutritionnelle).

	2001	2002	2003	2004
Ministère de la Santé		2,6	2,7	3,3
FNPEIS	5,0	4,0	6,0	4,6
CFES-INPES	4,5	3,7	4,3	8,2
Total	9,5	10,3	13,0	16,1

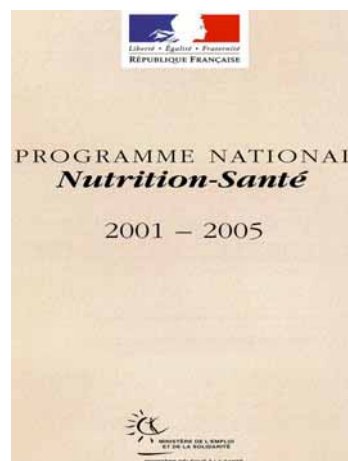
En fait, les dépenses réalisées sur l'ensemble du territoire pour la prévention par la nutrition sont beaucoup plus importantes que celles retracées par les budgets des trois institutions supra. D'autres secteurs contribuent au budget du PNNS au travers:

- des financements d'actions et dépenses de personnels des différents ministères et organismes impliqués (recherche, éducation nationale, agriculture, Inserm, Afssa, Inra...);
- des financements des collectivités territoriales, qui peuvent être substantiels. Ainsi, en 2002, la Drass du Nord-Pas-de-Calais, région très engagée sur la thématique, estimait que pour 1 euro dépensé par l'État, la dépense totale était de 4 euros, grâce à l'engagement des autres partenaires locaux;
- de plusieurs dispositifs mis en place par l'État qui consacrent une part, non identifiée, de leurs crédits à des actions de prévention par la nutrition: par exemple, le plan cancer, les programmes régionaux de santé, les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)...
- du secteur hospitalier, du secteur libéral et des réseaux de soins.

2.2. Actions, mesures et outils spécifiques développés dans la période 2001-2005

Dans le document constitutif du programme présenté en janvier 2001 (« Programme National Nutrition-Santé 2001-2005 »), différentes actions, mesures et outils ont été prévus et organisés en six axes stratégiques :

- ✓ **Inform**er et **orient**er les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant.
Eduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant.
- ✓ **Prévenir, dépister et prendre en charge** les troubles nutritionnels dans le système de soins.
- ✓ **Impliquer** les industriels de l'agro-alimentaire et la restauration collective ainsi que les consommateurs au travers des associations de consommateurs et de leurs structures techniques.
- ✓ Mettre en place des **systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle** de la population.
- ✓ Développer la **recherche** en nutrition humaine : recherche épidémiologique, comportementale et clinique.
- ✓ Engager des **mesures et actions** de santé publique complémentaires destinées à des groupes spécifiques de population.



Le bilan des différentes actions prévues dans le document de base du PNNS est présenté ci-dessous :

1. sous forme de tableaux synthétiques ou figure pour chaque item prévu, le niveau de réalisation et la date de mise en œuvre (chapitre 2.2.1),
2. sous forme de texte où sont détaillées les actions mises en œuvre, les mesures développées et les outils mis au point (chapitre 2.2.2).

2.2.1 Résumé des actions prévues et leur niveau de réalisation depuis le lancement du PNNS en 2001.

1. Informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant ; éduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant.

Actions prévues	Réalisation	date
1.1. Informer		
Mise au point et vulgarisation d'un logo de communication	Oui	2001
Diffusion d'un guide alimentaire national tout public	Oui	2002
Diffusion de guides spécifiques par public		
Guide parents enfants 0-18 ans	Oui	2004
Guide adolescents	Oui	2005
Guides seniors (et aidants)	En cours	2006
Guide femmes enceintes	En cours	2007
Lancement d'une campagne média tous publics pour la promotion des fruits et légumes	Oui	2001, 2002, 2003
Un thème nouveau fera l'objet d'une nouvelle campagne chaque année.		
Activité physique	Oui	2004
Produits sucrés/féculents	Oui	2005
Création d'un site internet sante.gouv.fr (Nutrition) mangerbouger.fr	Oui	2001 2004
Développement des réseaux de proximité		
Circulaire 2003 (organisation régionale du PNNS)	Oui	2003
Intégration d'objectifs nutritionnels dans les PRSP	Oui	2005
Mise en œuvre de projets locaux	Oui	2004
1.2. Eduquer		
Publication de la circulaire relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité alimentaire	Oui	2001
Intégration de la dimension nutrition dans les programmes scolaires	Non	
Production et diffusion d'outils pédagogiques EDUSCOL	Oui	2002,2003, 2004,2005
Analyse de la conformité au PNNS du matériel pédagogique produit par les firmes agroalimentaires Procédure d'attribution du logo PNNS/ comité logo	Oui	2004
1.3. Orienter		
Mettre en œuvre les recommandations de la circulaire relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments (mentionnée précédemment)	En cours	
Inciter la mise en place de fontaines d'eau fraîche dans les établissements.	En cours	

2. Prévenir, dépister, prendre en charge les troubles nutritionnels le système de soins

	Réalisation	date
Actions prévues		
2.1. Faciliter l'accès à la consultation de nutrition (hôpital et ville)		
<i>Expérimenter la mise en place de consultations de diététique et nutrition au sein des réseaux de soins, en collaboration avec la CNAM. Sur la base des résultats, de la nouvelle définition des métiers de la nutrition (2.4), après analyse des besoins et mise en place des compétences nouvelles ainsi que des procédures nécessaires, de telles consultations pourraient ultérieurement être mises en place au plus près des populations</i>	<i>Oui dans le cadre des REPOP.</i>	2003
<i>Développer les consultations de nutrition et de diététique au sein de l'hôpital par la création sur 5 ans de : 800 postes de diététiciens destinés à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés et au développement des consultations externes de nutrition à l'hôpital 50 postes de praticiens hospitaliers exerçant leur activité tant dans le cadre des consultations externes que de la prise en charge des patients hospitalisés.</i>	<i>Non, seulement 60 postes de diététiciennes 3 postes de PH</i>	2002
2.2. Développer la prise en charge nutritionnelle à l'hôpital		
<i>Mise en place d'un comité d'orientation (médecins, directeurs d'établissements, responsables d'unité de restauration, diététiciens, infirmiers et représentants des usagers) chargé de :</i> <i>1. mettre en place dans les établissements de santé une structure transversale de liaison sur l'alimentation nutrition 2. faire évoluer les pratiques des professionnels pour mieux prendre en compte les attentes des personnes hospitalisées 3. renforcer la démarche qualité dans la fonction restauration nutrition</i>	<i>Oui création du CNANES CLAN dans 30 % ES Non Oui Non</i>	2002-2003
2.3. Utilisation d'un disque d'évaluation nutritionnelle en pratique clinique		
<i>Concevoir et diffuser des outils et des livrets d'accompagnement :</i> <i>- diffuser 60 000 outils enfants pour les pédiatres, médecins scolaires, de PMI, généralistes à tendance pédiatrique - diffuser 300 000 disques adultes aux médecins, diététiciens, établissements de soins</i>	<i>Oui Oui</i>	<i>2003 2003-2004</i>
2.4. Préciser les fonctions et les métiers de la nutrition. Adapter les formations des professionnels aux enjeux actuels		
<i>Commander un rapport sur le sujet à des personnalités reconnues dans ce domaine, choisies en accord avec les sociétés de nutrition et de diététique</i>	<i>Oui Rapport de M. Krempf Rapport A. Martin</i>	<i>2003 2006</i>
<i>Susciter une discussion et une réflexion autour du rapport lors d'un colloque qui devrait être européen.</i>	<i>Non fait</i>	
<i>Réviser les formations et les programmes d'enseignement initial et continu, sur la base du rapport et de la discussion qu'il soulèvera, en vue de renforcer la composante nutrition de santé publique.</i>	<i>Non.</i>	

2.5. établir des recommandations pour la pratique clinique dans le domaine du dépistage et de la prise en charge des troubles nutritionnels		
<i>Développer et diffuser des recommandations pour la pratique clinique sur d'autres thématiques touchant à la nutrition :</i>		
- nutrition des femmes enceintes	<i>En cours</i>	2007
- diagnostic et prise en charge de la dénutrition à l'hôpital	<i>Oui</i>	2003
- évaluation de l'état nutritionnel des patients	<i>Oui</i>	2004, 2006
- nutrition des personnes âgées à domicile	<i>Oui</i>	2006
- allergies alimentaire	<i>Oui</i>	2004
2.6. Veille scientifique et diffusion de synthèses actualisées		
<i>Rédiger des synthèses actualisées, à partir de la veille scientifique, par une coordination Agence française de sécurité sanitaire des aliments - Institut de veille sanitaire (AFSSA-InVS), selon des normes de qualité d'expertise.</i>	<i>Oui</i>	2001-2005
<i>les mettre en forme et les diffuser aux professionnels, en s'appuyant sur l'expertise du Comité français d'éducation pour la santé (CFES).</i>	<i>Oui</i>	2001-2005

3. Favoriser l'implication des consommateurs et des professionnels de la filière agro-alimentaire dans le cadre du PNNS

<i>Actions prévues</i>	<i>Réalisation</i>	<i>Date</i>
3.1. Définition des conditions de conformité au PNNS. Valorisation de cette conformité		
<i>Définir, en lien avec les représentants des acteurs concernés –filières alimentaires, consommateurs, administrations– les conditions pouvant permettre la validation de la conformité au PNNS de l'information promotionnelle mentionnant une valeur santé (depuis la production jusqu'au service de restauration collective), et la valorisation de cette conformité par le PNNS, au moyen d'un identifiant. La procédure de validation à la conformité au PNNS sera mise en œuvre exclusivement après demande de l'acteur économique intéressé.</i>	<i>Oui</i>	2003-2004
<i>Un comité sera mis en place, sous l'égide du comité stratégique.</i>	<i>Oui</i>	2004
3.2. Renforcement de la formation des professionnels de l'alimentation dans le champ de la nutrition		
<i>Appuyer les initiatives actuelles allant dans ce sens.</i>	<i>Oui</i>	
<i>Analyser les cursus de ces écoles.</i>	<i>Non</i>	
<i>Proposer aux diverses écoles des compléments de nutrition humaine</i>	<i>Non</i>	

4. Mettre en place un système de surveillance de la consommation alimentaire et de la situation nutritionnelle de la population

<i>Actions prévues</i>	Réalisation	date
<i>Mettre en place, une méthodologie de surveillance :</i> - de l'état nutritionnel et de ses déterminants au niveau de l'InVS (Unité de surveillance épidémiologique nutritionnelle, USEN) - des consommations alimentaires en lien avec l'AFSSA - des attitudes et des comportements en relation avec le baromètre nutrition du CFES.	<i>Oui</i> <i>en cours</i> <i>Oui</i>	<i>2001</i> <i>2006</i> <i>2002</i>
<i>Harmoniser les outils avec nos partenaires de l'Union Européenne, afin de disposer de bases de décisions semblables.</i>	<i>En cours</i>	
<i>Actualiser au niveau de l'AFSSA les tables de composition des aliments, selon les normes internationales.</i>	<i>En cours</i>	
<i>Développer des saisines spécifiques pour des évaluations particulières (par exemple sur la restauration scolaire ou hospitalière, des populations à risques spécifiques...).</i>	<i>Oui</i>	<i>2004,2005</i>

5. Développer la recherche en nutrition humaine : recherche épidémiologique ; comportementale et clinique

<i>Actions prévues</i>	Réalisation	date
<i>Mettre en place le Réseau Alimentation Référence Europe (RARE), sous l'égide du Ministère de la Recherche</i>	<i>Oui</i>	<i>2001</i>
<i>Favoriser le développement de la recherche sur la nutrition en santé publique au titre des actions de recherche clinique menées dans les centres hospitaliers, et par la participation des organismes publics (INSERM, INRA), avec la volonté d'accroître significativement la cohérence de l'effort national dans le domaine de la santé publique.</i>	<i>Oui</i>	<i>2001-2005</i>
<i>Favoriser l'activité des CRNH (Centres de Recherche en Nutrition Humaine) existants et développer des thèmes non encore couverts et cohérents avec les objectifs du PNNS.</i>	<i>Oui</i>	<i>2001-2005</i>
<i>Evaluer le PNNS en 2003 et en fin de programme (2006)</i>	<i>En cours</i>	<i>2006</i>

6. Engager des mesures et des actions de santé publique destinées à des groupes spécifiques

<i>Actions prévues</i>	<i>Réalisation</i>	<i>date</i>
6.1. Réduire la carence en fer pendant la grossesse		
<i>Supplémenter en fer les femmes enceintes</i>	<i>Non</i>	
<i>Donner des conseils nutritionnels spécifiques, intégrés dans une information globale sur l'alimentation et l'exercice physique durant la grossesse (Guide spécifique pour les femmes enceintes).</i>	<i>En cours</i>	<i>2007</i>
6.2. Améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer ; notamment en cas de désir de grossesse		
<i>Poursuivre et développer la sensibilisation des personnels de santé, des enseignants (essentiellement de Biologie, Science et Vie de la Terre) et des femmes en âge de procréer, en particulier les jeunes. Cette information sera transmise au travers des centres de planning familial, des PMI, des pharmacies, de la presse féminine, jeune et familiale.</i>	<i>Oui</i>	<i>2005</i>
<i>Conseils nutritionnels adaptés (cf brochure « Bien se nourrir au féminin » éditée par le CFES avec les ministères de la Santé, de l'Agriculture et de la Pêche), guide alimentaire spécifique.</i>	<i>Oui</i>	<i>2005</i>
<i>Préconiser une supplémentation systématique en folates en cas de projet de grossesse.</i>	<i>Oui</i>	<i>2005</i>
<i>Supplémenter à doses suffisantes les femmes particulièrement à risque.</i>	<i>Oui/Non</i>	
6.3. Promouvoir l'allaitement maternel		
<i>S'appuyer sur les recommandations pour la pratique clinique concernant la nutrition de la femme enceinte</i>	<i>Oui</i>	<i>2004-2007</i>
<i>Rédiger et diffuser un document scientifique validé à destination des professionnels relais sur l'intérêt santé de l'allaitement maternel dans un pays comme la France</i>	<i>Oui</i>	<i>2005</i>
<i>Renforcer l'application des directives européennes sur la promotion des substituts du lait maternel (y compris dans les maternités)</i>	<i>Non</i>	
<i>Former les personnels des maternités à l'aide à l'initiation de l'allaitement à la naissance</i>	<i>Oui</i>	<i>2003</i>
<i>Favoriser durant les consultations prénatales une information satisfaisante des femmes sur l'allaitement</i>	<i>En cours</i>	<i>2007</i>
<i>Informar, à ce moment, les femmes sur l'introduction des aliments de compléments</i>	<i>Oui</i>	<i>2006</i>
6.4. Améliorer le statut en fer, en calcium et en vitamine D des enfants et adolescents		
<i>Intégrer ce groupe dans les actions concernant la population générale, en particulier dans le système scolaire</i>	<i>Non</i>	
<i>Concevoir et diffuser un guide alimentaire destiné aux adolescents en 2002</i>	<i>Oui</i>	<i>2004</i>
<i>Diffuser une information ciblée dans les régions françaises de faible ensoleillement afin de développer la supplémentation hivernale des adolescentes, sous contrôle médical, en vitamine D (100 000 UI)</i>	<i>Non</i>	
6.5. Améliorer le statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées		
<i>Mettre en place les actions destinées à améliorer la consommation et le statut en calcium durant toute la vie</i>	<i>Oui</i>	<i>2003, 2006</i>
<i>Favoriser la supplémentation mixte en calcium et vitamine D chez les personnes âgées vivant en institution.</i>	<i>Oui</i>	<i>2006</i>

<i>Rappeler, chez les personnes âgées vivant à domicile, l'intérêt d'une supplémentation en vitamine D éventuellement associée à un supplément calcique</i>	<i>Oui</i>	<i>2006</i>
6.6. Prévenir, dépister, limiter la dénutrition des personnes âgées		
<i>Analyser les problèmes nutritionnels et alimentaires (accessibilité, consommation, préparation) des personnes âgées (>75 ans) vivant seules à domicile</i>	<i>En cours</i>	<i>2007</i>
<i>Développer des recommandations pour la pratique clinique sur la nutrition des personnes âgées</i>	<i>Oui</i>	<i>2006</i>
<i>Favoriser le dépistage en pratique médicale de ville et d'institution des états de dénutrition. (disque d'évaluation nutritionnelle)</i>	<i>Oui</i>	<i>2004, 2006</i>
<i>Favoriser l'implication des familles dans la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées (guide spécifique)</i>	<i>Oui</i>	<i>2006</i>
6.7. Protéger les sujets suivant des régimes restrictifs contre les déficiences vitaminiques et minérales ; prendre en charge les problèmes nutritionnels des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire		
<i>Proposer des recommandations pour la pratique clinique (ANAES)</i>	<i>Non</i>	
<i>Prendre appui sur les travaux du groupe européen travaillant sur les régimes très restrictifs</i>	<i>Non</i>	
<i>Informier le milieu médical</i>	<i>Non</i>	
<i>Analyser les causes de ces états avec les spécialistes des troubles du comportement alimentaire</i>	<i>Non</i>	
<i>Proposer des recommandations pour la pratique clinique (ANAES)</i>	<i>Non</i>	
6.8. Réduire la fréquence des déficiences vitaminiques et minérales et de la dénutrition parmi les populations en situation de précarité		
<i>Sensibiliser et former les différents acteurs en contact avec ces populations à leurs problèmes nutritionnels spécifiques.</i>	<i>Oui</i>	<i>2004-2005</i>
<i>Favoriser les actions des associations relais pour améliorer la distribution et la qualité nutritionnelle de l'alimentation proposée.</i>	<i>Oui</i>	<i>2003,2004,2005</i>
<i>Favoriser les initiatives novatrices où l'alimentation est aussi le support d'une réinsertion et du renforcement du lien social.</i>	<i>Oui</i>	<i>2004</i>
<i>Concevoir et diffuser des outils d'éducation nutritionnelle spécifiques</i>	<i>Oui</i>	<i>2004,2005</i>
6.9. Prendre en compte les problèmes d'allergies alimentaires		
<i>Elaborer des recommandations notamment sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'allergie alimentaire. Diffuser ces recommandations aux personnels de santé</i>	<i>Non</i>	
<i>Informier les femmes enceintes et allaitantes ayant des antécédents familiaux atopiques en vue d'éviter de consommer les aliments les plus sensibilisants (œufs, arachides, poissons...). (guide spécifique femme enceinte)</i>	<i>En cours</i>	<i>2007</i>
<i>Promouvoir l'allaitement maternel</i>	<i>Oui</i>	
<i>Etudier la mise en place d'un étiquetage exhaustif et précis. Cette action est en cours, sous l'impulsion de la France au niveau européen</i>	<i>En cours</i>	<i>2004,2005</i>
<i>Etudier les moyens permettant aux consommateurs souffrant d'allergie alimentaire de faire des choix, notamment en restauration collective. (guide spécifique)</i>	<i>Non</i>	
<i>Développer le réseau d'allergo vigilance InVS-AFSSA</i>	<i>Non</i>	
<i>Intégrer ce sujet à la formation de différents professionnels : métiers de Bouche, restauration, professeurs de biologie, élèves des écoles d'ingénieurs agronomes et des écoles vétérinaires</i>	<i>Non</i>	

2.2.2. Détail des actions, mesures et outils développés depuis le lancement du PNNS en 2001

2.2.2.1. Informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant ; éduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant.

2.2.1.1.1. Un cadre de référence : développement des repères de consommation du PNNS et d'outils de diffusion

2.2.1.1.1.1. La création d'un logo permettant de rappeler le cadre institutionnel des outils développés dans le cadre du PNNS et de fédérer toutes les actions du PNNS

Le logo du PNNS a été créé en octobre 2001. Dans sa forme graphique, il symbolise des points fondamentaux du PNNS :

- les couleurs « bleu-blanc-rouge » font allusion à son caractère institutionnel,
- le carré en équilibre sur un côté rappelle que la nutrition est une affaire d'équilibre,
- le sourire rouge qui barre le carré suggère que le plaisir est une partie intégrante du programme et qu'il n'y a pas d'opposition entre santé et plaisir.



Le logo du PNNS a été déposé à l'INPI le 5 octobre 2001. D'autre part, la marque « Programme national nutrition santé » a été déposée à l'INPI le 18 janvier 2006.

Le logo fédère l'ensemble des institutions qui contribuent activement au développement du PNNS. Utilisé seul, le logo est réservé aux pouvoirs publics et marque la plurisectorialité du programme. Il est ainsi utilisé pour marquer toutes les campagnes, les outils et les documents produits depuis 2001 dans le cadre du PNNS.

Depuis la publication de l'arrêté du 27 avril 2004 fixant les conditions d'utilisation à titre expérimental de la marque « Programme National Nutrition Santé » et portant création d'un comité d'évaluation pour le logo du Programme National Nutrition Santé auprès de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), il peut être utilisé (exclusivement accompagné d'une phrase spécifique : « cette action » ou « ce document » « est conforme au PNNS) par des acteurs non-institutionnels (collectivités locales, associations, opérateurs

économiques,...) pour marquer des documents ou actions, dans le cadre d'une procédure de validation préalable.

Le logo est également, depuis novembre 2004, un marqueur de l'adhésion des municipalités signataires de la charte « villes actives du PNNS ». Il est alors accompagné de la phrase spécifique « ville active du PNNS » (cf chapitre 2.2.2.4.5).

2.2.1.1.1.2. La traduction des objectifs de santé publique en repères de consommation : des références pour les consommateurs et les acteurs concernés

Dans un premier temps le PNNS a du traduire les objectifs nutritionnels de santé publique en recommandations accessibles par la population générale. Cela a été fait au travers de l'élaboration des repères de consommations du PNNS. Ces repères de consommation ne font pas référence à des nutriments (glucides, lipides, protéines, vitamines, minéraux,...) mais à des aliments, tels qu'achetés et consommés (fruits et légumes, produits laitiers, pain, céréales, légume secs, pommes de terre, viandes, œufs, poissons, matières grasses ajoutées, produits sucrés, boissons, sel) et à l'activité physique (dans la vie quotidienne).

Ces repères ont été définis lors des discussions initiales nécessaires pour la rédaction du premier Guide Alimentaire du PNNS (le guide destiné à la population générale). Ces repères ont été élaborés collectivement par un Groupe d'Experts scientifiques réunis à l'AFSSA, sur saisine des trois ministères de tutelle, en mai 2001.

Ces repères sont au nombre de neuf. Ils fournissent, à la fois des informations quantitatives (par exemple : au moins 5 fruits et légumes par jour ; 3 produits laitiers par jour ; au moins l'équivalent de 30 mn de marche rapide par jour,...), mais également qualitatives : par exemple pour les fruits et légumes, il est précisé « frais, en conserve ou surgelés, crus ou cuits, nature ou préparés »; pour les produits céréaliers, « favoriser ceux qui sont complets ou le pain bis » ; pour les matières grasses, « privilégier les matières grasses végétales (huile d'olive, colza,...) et limiter les graisses d'origine animale (beurre, crème,...) ».

Ces repères de consommation, valables pour tous (ils ont été adaptés avec des modifications mineures pour les enfants et les adolescents) ne sont pas des normes, mais des points de repères. Ils sont la pierre de base du PNNS (l'équivalent de « la pyramide alimentaire américaine ») et constituent les références fondamentales et uniques pour toutes les actions.

Ce sont des références utilisables directement pour les consommateurs et utiles pour tous les acteurs concernés par la nutrition (professionnels de santé et de l'éducation, travailleurs sociaux, acteurs économiques,...).

2.2.1.1.1.3. La création des outils d'information et de communication pour aider le consommateur à mettre en pratique les repères de consommation du PNNS : limiter l'écart entre les recommandations et la vie réelle

2.2.1.1.1.3.1. Réalisation de Guides Alimentaires du PNNS

Il ne suffisait pas d'établir des repères de consommation, encore fallait-il pouvoir définir des outils de communication essayant de montrer à chaque individu (ou à chaque famille) comment

il est possible de tendre vers ces repères. Des guides ont été développés pour aider le consommateur à mettre en pratique les repères de consommation quels que soient leur mode de vie, leurs habitudes alimentaires ou les contraintes de leur vie courante auxquelles ils sont confrontés. L'objectif précis de ces Guides était de limiter au maximum l'écart entre les recommandations du PNNS et la vie réelle.

Pour définir ces Guides, plusieurs groupes de travail ont été successivement mis en place depuis 2001. Le processus amenant à la réalisation et à l'édition de chaque guide du PNNS a reposé sur le schéma suivant :

- sur saisine de l'AFSSA (par les directeurs généraux de la santé, de l'agriculture et de la pêche, de la consommation de la concurrence et de la répression des fraudes), le fond scientifique a été réalisé par un comité d'experts en nutrition et sciences humaines, plus particulièrement compétents pour le public visé par le guide. Rassemblés par l'AFSSA, dès le démarrage des travaux, les experts de la communication de l'INPES ont été associés au travail sur le fond scientifique. Les textes scientifiques ont été pour chaque Guide, validés par le Comité d'Experts en Nutrition Humaine de l'AFSSA. Ils ont ensuite été soumis par la DGS à un panel d'experts compétents en santé publique,
- les textes ont ensuite été validés par le Comité de pilotage du PNNS, puis soumis au CNA, avec une première ébauche des visuels prévus pour accompagner le document final. Les remarques, transmises par le président du CNA ont été analysées par un Comité de rédaction associant des membres du Comité de Pilotage du PNNS.
- le document a été ensuite transmis à l'INPES pour aménagements stylistiques, mise en forme et édition.

Ces guides ont été réellement conçus avec l'objectif de proposer, en s'appuyant sur des bases scientifiques fortes, des conseils adaptés aux objectifs du PNNS, reprenant les repères de consommations et en les déclinant sur un plan pratique en prenant en compte la réalité des divers comportements de consommation et des différents modes de vie.

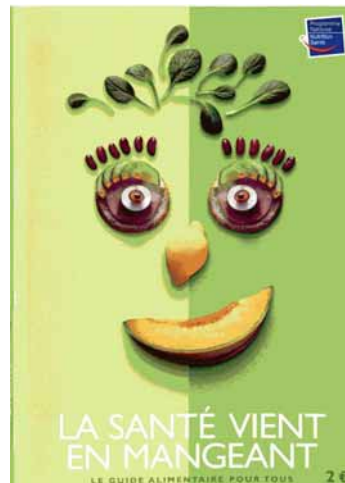
Conformément aux principes énoncés par le PNNS, l'esprit de ces Guides est de ne pas contraindre les lecteurs à des comportements normalisés et restrictifs, ni d'interdire certains aliments. Au contraire, ils suggèrent à chacun des moyens pour améliorer son comportement alimentaire quotidien et son mode de vie, en maintenant les notions essentielles du plaisir et de la convivialité de l'alimentation et en tenant compte de la composante activité physique. Résolument pragmatique, les Guides jouent sur l'identification des lecteurs à différents portraits de consommateurs ou chacun peut se reconnaître ou s'appuient sur les questions que chacun se pose. Ils présentent, sous une forme vivante et illustrée, des moyens pratiques, des conseils et des « trucs », qui permettent à chacun, quelque soit l'âge, le sexe, le mode de vie, les habitudes alimentaires actuelles ou le mode de vie, de mettre en pratique les facteurs de protection liés à la nutrition et ainsi avoir un impact sur sa santé. Pour chaque portrait, pour chaque réponse aux questions les recommandations sont identiques, mais leur mise en pratique est adaptée à chaque situation. Les réponses aux questions visent à informer sans jamais dramatiser, culpabiliser les lecteurs ou stigmatiser les aliments. Ces conseils sont en adéquation avec les repères de consommation qui visent à accroître la consommation de certains aliments et à limiter celle d'autres, sans les interdire.

Chaque Guide Alimentaire a été accompagné d'une édition spéciale pour les professionnels de santé (cf chapitre 2.2.2.2.1.1) et d'un programme d'information spécifique pour les enseignants diffusé sur le site EDUSCOL pour le Guide enfant-adolescent (cf chapitre 2.2.1.1.2.3).

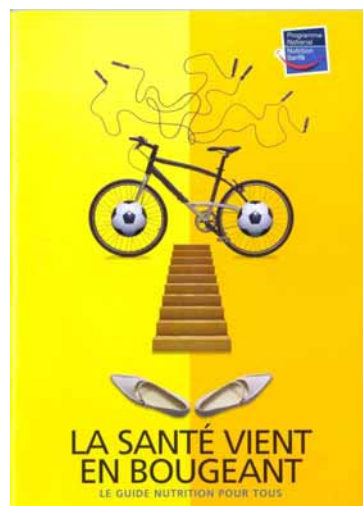
Quatre guides ont déjà été édités et diffusés avant la fin 2005, deux sont en cours de rédaction (diffusion prévue en 2006-2007) :

➤ Le guide « **La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous** » est paru en septembre 2002. Sa diffusion a été faite par plusieurs canaux :

- diffusion payante (2 euros) dans les kiosques et marchands de journaux via le réseau des Nouvelles Messageries de la Presse Parisienne (NMPP) pendant les deux premiers mois qui ont suivi sa présentation à la presse, puis à nouveau, sur une période de deux mois en 2003 et en 2004,
- diffusion gratuite régulière par envoi sur commandes aux différents acteurs et structures relais. La diffusion, s'est notamment appuyée sur les réseaux locaux des Comités Régionaux d'Education pour la Santé (CRES) et des Comités Départementaux d'Education pour la Santé (CODES), de l'Assurance maladie, des services déconcentrés de l'Etat, des réseaux associatifs (associations de consommateurs, structures sociales et caritatives, etc.) et des réseaux mutualistes (Mutualité française, etc.). Le dispositif retenu a également eu recours aux correspondants institutionnels du PNNS, notamment aux Comités Techniques Régionaux Nutrition.



➤ Le guide « **La santé vient en bougeant, le guide nutrition pour tous** » est paru en septembre 2004 et vendu dans les kiosques et marchands de journaux, pendant 2 mois, via le réseau NMPP en association avec le guide alimentaire précédent dont il est complémentaire puisque axé uniquement sur la dimension « activité physique ». Après cette période il a été diffusé gratuitement sur demande, selon les mêmes modalités que le guide « La santé vient en mangeant ».



➤ Le guide « **La santé vient en mangeant et en bougeant, le guide nutrition des enfants et des ados, pour tous les parents** » est paru en septembre 2004. Il a été diffusé, sous forme payante, pendant 2 mois par le réseau NMPP dans les kiosques et marchands de journaux, puis gratuitement par les mêmes canaux que les autres guides.



➤ Le guide « **J'aime manger, j'aime bouger** » destiné aux adolescents a été édité fin 2004. Contrairement à ce qui avait été initialement prévu, la diffusion de ce guide a dû être reportée au deuxième semestre 2005. Il a fait l'objet de deux plans de diffusion complémentaires :

- une diffusion via différents réseaux relais dont les centres de vacances et de loisirs, le réseau de l'assurance maladie, le réseau des comités d'éducation pour la santé et des Mutuelles,...
- une diffusion en partenariat avec l'Education Nationale, à l'ensemble des élèves de 5^{ème} par le biais des professeurs de Science de la Vie et de la Terre (SVT) au cours de l'année scolaire 2005-2006.



Diffusion des guides : nombre de guides nutrition du PNNS imprimés et diffusés en mai 2005 :

Guides	Guides grand public			
	La santé vient en mangeant, le guide nutrition pour tous.	La santé vient en bougeant, le guide nutrition pour tous.	La santé vient en mangeant et en bougeant, le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents.	J'aime manger, j'aime bouger
Tirage	3.700.000	1.100.000	1.200.000	900 000
Diffusés depuis...	septembre 2002	mi-septembre 2004	mi-septembre 2004	septembre 2005
Diffusion gratuite	3.238.000	1.061.800	1.102.500	
Diffusion payante (pendant 2 mois par le réseau NMPP)	400.000 (2 vagues de ventes)	63.600	72.000	-

Actuellement, 3.600.000 guides « la santé vient en mangeant ont été diffusés. Selon le dernier recensement Insee de 2004, l'effectif des plus de 15 ans en France serait d'environ 50 millions ; cette diffusion avait donc, en théorie, permis de toucher 7% de cette tranche de population si l'on considère qu'un guide n'a été entre les mains que d'une seule personne (hypothèse minimaliste).

Deux Guides alimentaires du PNNS sont actuellement en cours d'édition ou en préparation :

- Le **Guide destiné aux seniors** avec un **Guide spécifique destiné aux aidants des seniors** (familles, proches, travailleurs sociaux,...). Le fond scientifique a été rédigé, en 2005, par un groupe d'experts sous l'égide de l'AFSSA. Les phases de validation sont en cours et le travail d'édition sera réalisé par l'INPES avec une sortie prévue pour juin 2006.
- Le **Guide destiné aux femmes enceintes, ou ayant un désir de grossesse et pour les femmes allaitantes** : le groupe de travail en charge de la rédaction du fond scientifique a été mis en place à l'AFSSA en octobre 2005. La parution de ce Guide est prévue pour début 2007.

La sortie de chaque Guide alimentaire du PNNS a toujours fait l'objet d'une campagne de lancement (campagne publicitaire par affichage et encarts presse et relation presse) assurée par l'INPES, signée du logo du PNNS, mettant toujours en avant le côté pratique et adapté des Guides aux différents modes de vie des consommateurs.



L'évaluation des Guides est présentée dans les chapitres 3.1.1.2, page 106.

2.2.1.1.1.3.2. Réalisation des affiches des repères de consommation du PNNS

Une affiche sur les repères de consommation du PNNS, destinée au grand public, a été créée par l'INPES en deux formats 40 x 60 et 60 x 80 cm.

L'INPES a également réalisé, en 2005, des pictogrammes pour symboliser les 9 repères de consommation. Ils donnent un sens à l'expression « manger varié et équilibré » dont l'interprétation laissée à chacun contribue souvent à la confusion générale. Il ne saurait être question de laisser penser qu'il convient de « manger un peu de tout » : au contraire, compte tenu de l'alimentation actuelle des Français, la consommation de certains aliments doit être accrue, celles d'autres types d'aliments limitée (mais non interdite).

Ainsi, l'objectif des pictogrammes est que chaque consommateur puisse identifier et mémoriser les repères de consommation du PNNS. Indissociables les uns des autres, ces repères sont étroitement liés et imbriqués dans les conseils qu'ils transmettent.

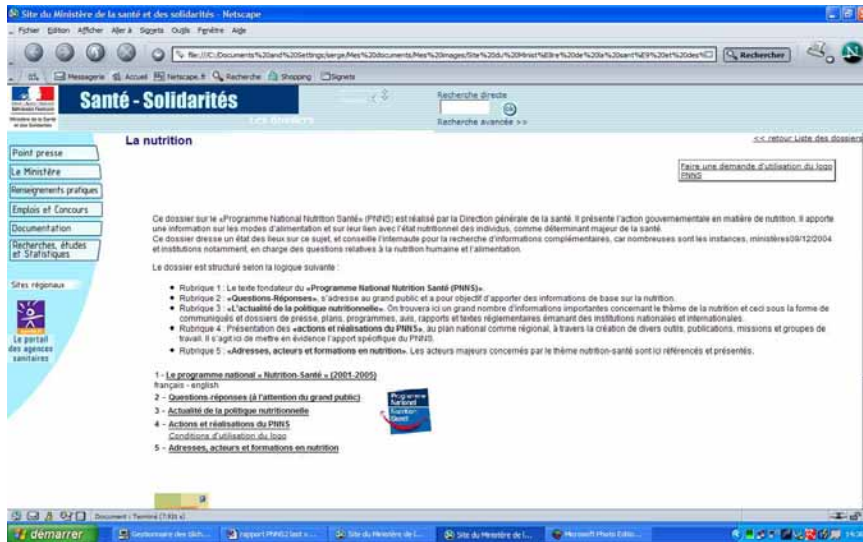


Diffusion : Chiffres cumulés (2 formats):

Affiche repère (format 40x60 cm)	Affiche repère (format 60x80 cm)
300 000	3 000

2.2.1.1.1.3.3. Mise en ligne des sites internet du PNNS

- **Le site internet du Ministère de la santé :** le dossier nutrition du site Internet du ministère de la santé (www.sante.gouv.fr) a été créé en 2001. Le texte du programme et des actions prévues et une mise au point détaillée du programme y sont disponibles ainsi que la plupart des textes et documents produits dans le cadre du PNNS. Il est remis à jour régulièrement en fonction de l'évolution du programme et des actions mises en place.



- *Le site spécifique de l'INPES (www.manger-bouger.fr)*, créé en 2004, est destiné au grand public et aux professionnels relais (éducation, santé, social, journalistes). Essentiellement dédié aux programmes d'éducation nutritionnelle menés par l'INPES, ce site vient en complément du site du ministère de la Santé. Il est articulé autour du contenu des guides nutrition du PNNS. Sont également accessibles en ligne, une présentation des objectifs nutritionnels du PNNS, la procédure d'attribution du logo PNNS, les différentes campagnes de communication nutrition de l'INPES, et de multiples informations pratiques. Chacun des publics peut trouver l'information nutritionnelle le concernant : adolescents, adultes, parents, personnes âgées et femmes enceintes. De même, les professionnels intervenant dans le champ de la santé, de l'éducation et du social ont accès aux informations et aux outils qui leur sont spécifiquement destinés. Un espace presse, pour les journalistes, regroupe tous les dossiers et communiqués de presse autour du PNNS.



L'évaluation des sites Internet est présentée dans le chapitre 3.1.1.3, page 108.

2.2.1.1.1.3.4. Développement des campagnes média de communication

Développées par l'INPES, plusieurs campagnes de communication ont eu lieu depuis 2001 visant à reprendre un (ou plusieurs) repères de consommation du PNNS. Ces campagnes, signées du PNNS (et des bailleurs et concepteurs : INPES, CNAM,...), avaient comme objectif

de faire connaître les repères de consommation et étaient fortement orientées sur la manière de les mettre en musique.

2.2.1.1.1.3.4.1. Campagne de promotion de la consommation des fruits et légumes

Cette première campagne a été lancée en 2001 et reprise en 2002 et en 2003. Elle avait comme objectif la promotion des fruits et légumes sous toutes leurs formes reprenant le repère de consommation défini par le PNNS « frais, en conserve ou surgelés » et en mettant l'accent sur leurs effets favorables pour la santé : « les fruits et légumes protègent votre santé ». Dans la campagne, était mis en avant l'aspect quantitatif mais également les différentes formes possibles de consommation montrant l'accessibilité possible pour un maximum de consommateurs.

Cette campagne conçue en direction du grand public (15 ans et plus) avait pour objectifs de :

- promouvoir la consommation de fruits et légumes sous toutes leurs formes et d'informer sur le repère de consommation (au moins 5 fruits et légumes par jour). Le but principal était de montrer, de façon pragmatique, qu'on pouvait arriver à atteindre cet objectif en consommant des fruits et légumes sous diverses formes, notamment les conserves et surgelés plus accessibles aux populations aux revenus modestes et de plus grande praticité, ou les différentes mode de consommation (crus ou cuits, naturels ou préparés) pour répondre aux différents goûts des consommateurs,
- valoriser les fruits et légumes en tant que produits protecteurs pour la santé et associés au plaisir.

La première campagne s'est déroulée de début novembre à fin décembre 2001. Elle se composait d'une campagne d'affichage (3 affiches différentes), d'une campagne dans la presse (5 annonces différentes) et d'un large dispositif hors média. La campagne presse a été déclinée en 5 annonces mettant en scène différents visuels de fruits et légumes illustrant chacun l'idée de protection. Chaque annonce avait pour objet d'informer sur le rôle fondamental des fruits et légumes dans la prévention des maladies cardiovasculaires, des cancers, de l'obésité, de l'hypercholestérolémie et du diabète et de donner des repères de consommation précis.

La campagne a été largement diffusée dans des titres de la presse télévision, féminine, parentale, news et santé. Au total, l'investissement média a représenté 415 GRP sur la cible des 15 ans et plus (GRP = Gross Rating Point ; indice de pression d'une campagne sur une cible définie calculé sur le Taux de couverture × Répétition moyenne et le Nombre de contacts × Population cible).



Cette campagne visant à promouvoir la consommation de fruits et légumes a été poursuivie en mai 2002, sous différentes formes et notamment au travers de chroniques radio (paroles d'experts).

Fin 2003, une campagne radio a été spécifiquement mise en place pour le public « jeunes ».

Diffusion

Chiffres de diffusion cumulée, à la mi- 2005, des différents documents édités dans le cadre de cette campagne :

Affiche « Frais, en conserve ou surgelés, les fruits et légumes protègent votre santé » (Visuel "orange")	Affiche « Frais, en conserve ou surgelés, les fruits et légumes protègent votre santé » (Visuel "courgette")	Dépliant d'information sur les fruits et légumes
55 300	162 500	3 461 500

Evaluation de la campagne : cf chapitre 3.1.1.4.1. et 3.1.1.4.2. pages 110 et 111.

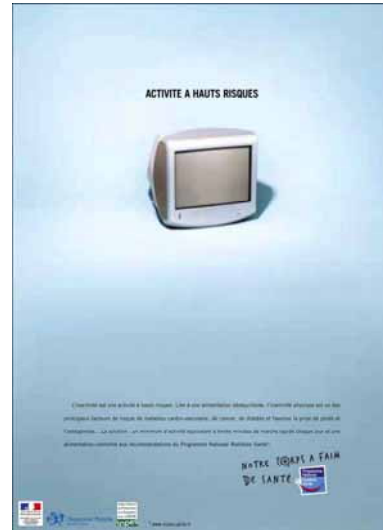
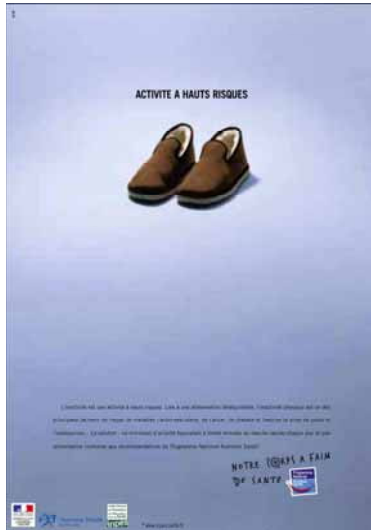
2.2.1.1.1.3.4.2. Campagne de promotion de l'activité physique :

Le but de cette seconde campagne était de promouvoir la recommandation du PNNS « au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour », en montrant que cette activité doit être quotidienne, qu'il est toujours temps de la reprendre ou de l'entreprendre et enfin que 30 minutes s'inscrivent facilement dans la vie de tous les jours.

Il s'agissait également d'insister sur le lien entre l'alimentation et l'activité physique, mais aussi sur l'importance d'une activité physique minimale dans la prévention de certaines pathologies comme les maladies cardiovasculaires, le cancer, l'obésité, le diabète et l'ostéoporose.

Cette deuxième campagne du PNNS conçue par l'INPES a été lancée au 1er semestre 2004. Il s'agissait d'une campagne TV, presse et dans les transports en commun qui s'adressait à la population générale (jeunes et adultes). La campagne pluri-média comprenait :

- une campagne presse destinée à faire prendre conscience de l'enjeu de santé publique que représente la promotion de l'activité physique auprès des relais d'opinion, avec une prise de parole d'alerte dans la presse quotidienne nationale (trois annonces diffusées entre les 12 et 15 février 2004) ;



- une campagne TV pour dédramatiser l'effort lié à l'activité physique et mettre en évidence son caractère naturel et quotidien, avec un film TV (deux spots de 20 ou 30 secondes diffusé du 15 février au 14 mars 2004) ;



- une campagne radio pour favoriser le passage à l'acte en indiquant les moyens d'atteindre le repère, avec une campagne radio nationale (quatre spots diffusés du 23 février au 14 mars 2004) ;
- et des actions de proximité d'une part grâce à l'information et la mobilisation des professionnels de santé et, d'autre part, par des opérations mises en place dans les transports en commun (Paris et autres grandes villes), au sein des entreprises (via leurs comités d'entreprise) et auprès des collectivités locales.



Le dispositif média et hors média souhaitait répondre à 3 exigences :

- 1) provoquer une prise de conscience de l'enjeu de santé publique que représente la promotion de l'activité physique auprès des relais d'opinion, avec une prise de parole ponctuelle dans la presse quotidienne au moment du lancement de la campagne et une action de sensibilisation des journalistes,
- 2) dédramatiser l'effort lié à l'activité physique et mettre en évidence son caractère naturel et quotidien avec une campagne TV : « les habitudes qu'on ne devrait pas perdre »,
- 3) favoriser le passage à l'acte en indiquant les moyens d'atteindre l'objectif des 30 minutes par jour avec une campagne radio et des actions de proximité visant à développer une signalétique positive pour inciter le public à bouger :

- actions dans les transports en commun,
- kit d'information (affiche + dépliant + autocollant + quizz) via les professionnels de santé pour diffusion en salle d'attente,
- actions auprès des entreprises via la médecine du travail et les comités d'entreprises des firmes de plus de 50 salariés (envoi par courrier du même kit avec bon de commande des différents éléments le constituant),
- actions auprès des collectivités locales : création et mise à disposition en 2005 d'un kit "Action locales" permettant aux collectivités locales de s'approprier en ajoutant leur logo et d'autres informations propres à leur programmes locaux, différents visuels de la campagne (affiches, signalétique transport en commun, etc.) pour mettre en place des campagnes au niveau local.



Diffusion

Chiffres de diffusion cumulée, à la mi-2005, des différents documents édités dans le cadre de cette campagne :

Affiche « Bouger, c'est la santé » »	Dépliant « Bouger, c'est la santé » »	Quizz « Bouger, c'est la santé » »	Autocollant
445 000	3 050 000	182 000	373 00

Le kit activité physique destiné aux collectivités locale (comprenant stickers, leaflets, signalétique,...) a été édité dans un premier temps à 250 exemplaires. Il a été diffusé en 2005 à 110 collectivités locales dont 104 mairies « ciblées » en raison de leur engagement local en matière de nutrition et de santé.

Evaluation de la campagne média: cf chapitre 3.1.1.4.3. page 112.

2.2.1.1.1.3.4.3. Campagne produits sucrés/féculents

Cette troisième campagne du PNNS conçue par l'INPES a été lancée en septembre 2005. Il s'agissait d'une campagne TV, presse et dans les cinémas ayant trois objectifs majeurs :

- Faire connaître le repère sur les produits sucrés (limiter la consommation) et celui sur les féculents (à chaque repas et selon l'appétit) :
 - pains, céréales, pommes de terre et légumes secs : à chaque repas et selon l'appétit, en favorisant la consommation des aliments céréaliers complets ou le pain complet et privilégier la variété,
 - produits sucrés : limiter la consommation, en portant une attention particulière aux boissons sucrées et aux aliments gras et sucrés (pâtisseries, viennoiseries, crèmes dessert, divers biscuits, chocolat, barres chocolatées, glaces, bonbons...).
- Mettre à disposition de la population des solutions simples pour accompagner le passage à l'acte. Pour contribuer à l'adoption par un large public des principales recommandations du PNNS, cette campagne proposait des comportements alternatifs à adopter pour mieux mettre en pratique les recommandations selon les situations. Ainsi, pour se substituer aux produits sucrés, la consommation de fruits, de produits lactés (yaourt nature, fromage blanc...) ou de l'eau est encouragée. La complémentarité entre les légumes et les féculents à chaque repas est également mise en avant.
- Renforcer la cohérence globale des actions de communication menées dans le cadre du PNNS en rappelant l'ensemble des repères du PNNS

La campagne nationale de communication pour la promotion de la consommation de féculents et la limitation de la consommation de produits sucrés a été déclinée en télévision auprès du grand public, en presse auprès des mères et des femmes.

Trois films ont été diffusés à l'attention du grand public et des enfants. Cette campagne télévisuelle mettait en avant la « substitution », qui permet de promouvoir d'autres repères de

consommation : la consommation des fruits, des produits lactés non sucrés (yaourt, fromage blanc ...) ou de l'eau à la place des produits sucrés :

- un film de 30 secondes destiné aux adultes visait à les inciter à limiter la consommation de produits sucrés et gras. Ce film, fondé sur l'idée que l'on n'est jamais très loin des solutions qui permettent, de temps en temps, de limiter la consommation des produits sucrés et gras, met en effet en scène le peu de distance existant entre une solution et une autre. Guides et site internet sont également mis en valeur pour aider chaque consommateur à prendre soin de sa santé grâce à une nutrition positive. Ce film a été diffusé au mois de septembre 2005 sur les chaînes hertziennes et les chaînes du câble-satellite.

- deux films de 20 et 30 secondes destinés aux enfants visaient à les inciter à limiter leur consommation de produits sucrés (et gras). Ces films mettent en scène un garçon et une fillette dans leur univers quotidien. Un objet complice et un peu magique, une paille d'une part et une coupelle de fruits de l'autre, les conduisent à adopter d'autres comportements et à privilégier eau et fruits à la place des produits sucrés (et gras).

Ces films ont été diffusés en deux vagues :

- au mois de septembre 2005 sur les chaînes hertziennes et les chaînes du câble-satellite,
- au mois de décembre 2005 au cinéma notamment avant la projection du film Harry Potter.



Une information spécifique a été délivrée aux femmes et/ou mères sur les féculents, objet de croyances erronées. Les femmes sont en effet de petites consommatrices de féculents et sont confrontées, en tant que mères, aux réticences de leurs enfants vis-à-vis des légumes. La campagne presse était destinée à faire prendre conscience aux femmes de l'intérêt nutritionnel des féculents. La bonne idée santé défendue était d'associer le plaisir des féculents et celui des légumes, l'association des légumes et des féculents à chaque repas permettant ainsi de réconcilier santé et plaisir.

Une annonce presse destinée aux femmes utilisait comme accroche « On ne devrait pas penser sa santé à moitié » Ce publi-rédactionnel rappelait aux femmes, petites consommatrices de féculents, qu'ils sont une source d'énergie importante et que l'association des légumes et des féculents à chaque repas est synonyme de plaisir et de bonne santé. Pour mieux se repérer, la lectrice était également invitée à consulter les guides de référence et le site www.mangerbouger.fr. Cette information, sous la forme d'un 3 pages et/ou d'un encart 4 pages, a été publiée dans différents supports de la presse féminine.

Deux annonces presse étaient destinées aux mères « Pour un enfant, un légume sera toujours plus intéressant avec un féculent ». Ces publi-rédactionnels, sur double page, rappelaient aux mères d'associer les légumes aux féculents pour réconcilier leurs enfants avec les légumes. Ces informations ont été publiées dans la presse parentale, familiale, féminine, et santé grand public.



Evaluation de la campagne : cf chapitre 3.1.1.4.4, page 114.

2.2.1.1.2. Les actions réalisées en milieu scolaire, sur l’environnement alimentaire, la restauration collective et les aspects pédagogiques

2.2.1.1.2.1. Les mesures visant à améliorer l’offre et l’environnement alimentaire et l’éducation nutritionnelle en milieu scolaire

Différents textes législatifs ou réglementaires ont été publiés en liaison avec le ministère de l’éducation nationale afin d’améliorer l’offre alimentaire sur le plan nutritionnel et développer des actions de prévention et d’éducation nutritionnelle

2.2.1.1.2.1.1. Intégration de la prise en compte des aspects nutritionnels en restauration scolaire

La circulaire interministérielle n° 2001-118 du 25 Juin 2001 (publiée au BOEN spécial n° 9 du 28 juin 2001) relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments, recommande aux responsables de la restauration collective (cuisiniers, intendants, personnels chargés des achats alimentaires et de la restauration) de veiller à la qualité et à l’équilibre nutritionnels des menus proposés aux élèves et à leur sécurité alimentaire. Elle incite les responsables de cette restauration scolaire à promouvoir une offre alimentaire variée et diverse, ainsi que des produits de bonne qualité, et au développement de l’éducation nutritionnelle, de l’éducation au goût et à la consommation. Elle se fonde, sur le plan nutritionnel, sur les recommandations du GPEMDA.

2.2.1.1.2.1.2. Amélioration de l'environnement de l'offre alimentaire dans les établissements

Une lettre signée conjointement par les ministres en charge de l'Education nationale et de la Santé a été adressée aux recteurs d'académie le 21 mars 2002. Elle porte sur l'environnement de l'offre alimentaire dans les établissements scolaires, et particulièrement sur la mise en place de fontaines d'eau fraîche, le développement de la consommation de fruits, la prise en compte de la qualité nutritionnelle des produits mis à la disposition des élèves dans les distributeurs automatiques et elle préconise d'engager le dialogue avec les associations de parents d'élèves, les associations de consommateurs, les représentants des filières de fruits et les entreprises concernées.

2.2.1.1.2.1.3. Recommandations pour faire évoluer la collation matinale à l'école

A la suite de l'avis rendu le 23 janvier 2004 par l'AFSSA, à la demande de la DGS, sur la collation matinale à l'école, le ministre de l'éducation nationale a adressé le 25 mars 2004 une lettre aux recteurs, inspecteurs, directeurs d'école sur le sujet.

Cette note définit les principes généraux qui doivent présider à la collation en milieu scolaire en matière d'organisation, d'horaires et de contenu, ainsi que les autres prises alimentaires.

La note rappelle que la collation matinale à l'école n'est ni systématique ni obligatoire. Cependant, compte tenu des conditions de vie des enfants et des familles qui peuvent entraîner des contraintes diverses, il peut être envisagé de proposer aux élèves une collation dès leur arrivée à l'école maternelle ou élémentaire et, dans tous les cas, au minimum deux heures avant le déjeuner. En pratique, l'offre d'une collation doit *a priori* être réservée au faible pourcentage d'enfants n'ayant pas reçu de petit-déjeuner ou ayant reçu un petit-déjeuner insuffisant.

2.2.1.1.2.1.4 Suppression des distributeurs de produits alimentaires dans les enceintes scolaires

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (article 30) prévoit que les distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants et accessibles aux élèves sont interdits dans les établissements scolaires à compter du 1^{er} septembre 2005.

2.2.1.1.2.1.5. Diffusion des documents de l'INPES auprès des personnels des établissements scolaires

Une convention signée le 6 août 2003 entre l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et la direction de l'enseignement scolaire (DESCO) prévoit la promotion et la diffusion des documents et outils d'intervention en éducation à la santé auprès des personnels des écoles et des établissements scolaires, ce qui s'applique notamment aux documents traitant de nutrition.

2.2.1.1.2.1.6. Recommandations aux responsables des établissements concernant la prévention des problèmes de surpoids et d'obésité

La circulaire n° 2003-210 du 1^{er} décembre 2003 relative à la santé des élèves propose un programme quinquennal de prévention et d'éducation préconisant des mesures concrètes dans le domaine de la prévention des problèmes de surpoids et d'obésité. En particulier elle propose:

- de généraliser l'utilisation des outils de repérage du PNNS (disque indice de masse corporelle (IMC) et courbe de poids) lors des bilans médicaux et des dépistages infirmiers, et d'informer systématiquement les parents des suites de ce repérage pour proposer une prise en charge par un professionnel du réseau de soins ;
- de définir une politique d'installation de fontaines à eau réfrigérée en concertation avec les collectivités territoriales concernées, tous les établissements devant être pourvus de ces fontaines à l'horizon 2007.

2.2.1.1.2.2 La diffusion de documents du PNNS pour les professionnels de santé de l'éducation nationale

De nombreux documents du PNNS, conçus par l'INPES ont été diffusés au réseau des professionnels de santé de l'éducation nationale.

- le guide « la santé vient en mangeant », guide alimentaire pour tous et le guide « la santé vient en mangeant » document d'accompagnement destiné aux professionnels de santé (2002),
- un fond documentaire et pédagogique en éducation nutritionnelle. Ce fond diffusé fin 2002 est une base de données informatiques destinée à renforcer le soutien documentaire aux initiatives locales. Cet outil met à la disposition des professionnels intéressés une liste analytique de documents et d'outils pédagogiques en éducation nutritionnelle ainsi qu'un dossier documentaire sur l'alimentation (comportements, représentations, etc.). Cette base de données a d'abord été diffusée sur cédérom à 2000 exemplaires puis mise en ligne sur le site mangerbouger.fr
- en 2004, le guide « la santé vient en mangeant et en bougeant », guide nutrition des enfants et des adolescents pour tous les parents et le « livret d'accompagnement » destiné aux professionnels de santé
- en 2004, envoi des différents supports concernant la campagne sur « la promotion de l'activité physique »
- en 2003, envoi des disques IMC, courbes de poids et brochures à l'ensemble des personnels de santé (3500 médecins et 6500 infirmières scolaires), outils de repérage utilisés lors du suivi de santé des élèves et, si nécessaire, la possibilité de mettre en place une prise en charge avec le réseau de soins en accord avec les familles

2.2.1.1.2.3. La diffusion de documents du PNNS pour les enseignants et les élèves

- en 2005, envoi aux 750 000 élèves des classes de cinquième du guide « j'aime manger, j'aime bouger » le guide nutrition pour les adolescents, complété par un document spécifique sur l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire : quelles ressources pour l'enseignant ? disponible sur le site de l'INPES www.mangerbouger.fr en lien avec le site pédagogique de la DESCO www.eduscol.education.fr. Ce document multimédia

destiné aux enseignants et aux professionnels du milieu scolaire regroupe des éléments d'information sur :

- l'alimentation et l'activité physique des enfants et des adolescents,
 - les recommandations du PNNS (objectifs, repères de consommation et recommandations /dispositifs spécifiques au milieu scolaire),
 - les actions éducatives sur l'alimentation et l'activité physique en milieu scolaire ; la nutrition dans le cadre des projets éducatifs (documents de référence, exemples d'actions mises en place, etc.)
 - les supports ou centres ressources en éducation nutritionnelle auxquels ils peuvent se référer.
- en lien avec l'Education Nationale, un outil d'intervention en éducation pour la santé sur la nutrition destiné à être utilisé par l'ensemble des professionnels désireux de mettre en place des actions éducatives sur ce sujet au sein du collège (enseignants, infirmière et médecins scolaires, etc.) a été conçu et sera disponible en 2006. Cet outil s'inscrit en cohérence des éléments d'informations du guide "adolescents" et du guide "nutrition" destiné à tous les parents ainsi que du rapport du groupe de travail PNNS sur la place de la nutrition dans les enseignements scolaires. Il permettra de sensibiliser et mobiliser ces derniers sur leur alimentation, de les inciter à poser un regard critique sur le lien entre leur environnement et l'alimentation, de renforcer et développer leurs capacités à faire des choix adaptés à leurs besoins, leurs goûts et leurs habitudes.
 - des outils pour une éducation des enfants à la publicité alimentaire, élaborés par le Groupe de recherche sur les relations enfants media ont été testés dans diverses écoles durant l'année scolaire 2003-2004.

2.2.1.1.2.4. Actions de distribution de fruits à l'école

Diverses expériences pilotes de distribution de fruits dans les écoles maternelles et les collèges en réseau d'éducation prioritaires ont eu lieu. Parmi celles-ci une étude action, coordonnée par le Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile de France a eu lieu dans 4 zones (l'Ile-Saint-Denis, Amiens, Bordeaux et Besançon) durant l'année scolaire 2004-2005 et se poursuit dans certaines écoles.

Le but de ce projet était d'évaluer l'influence d'une distribution de fruits organisée régulièrement par une association de proximité auprès d'enfants de maternelles et de collèges sur leur consommation pendant et hors temps scolaire.

Les établissements concernés étaient situés en Zones d'Education Prioritaire dans un souci de sensibiliser les familles en situation de précarité.

Evaluation de l'étude pilote de distribution des fruits dans les maternelles: cf chapitre 3.1.2.2.. page 117.

- Dans de nombreux autres sites, et notamment de façon large dans le Nord Pas de Calais, grâce à l'assurance maladie, des distributions de fruits ont été organisées à l'école depuis 2003. De la même façon, des distributions de fruits ont lieu dans le Val-de-Marne au niveau des collèges dans le cadre d'un programme mis en oeuvre par le Conseil général.

2.2.1.1.2.5. Une réflexion a été développée sur l'enseignement de la nutrition dans les programmes scolaires

Cette réflexion s'est faite dans le cadre du groupe de travail concernant « la place de la nutrition dans les programmes scolaires » dont le rapport a été présenté en septembre 2003 (rapport du Pr Ambroise Martin). La DESCO (Ministère de l'Éducation Nationale) ainsi que différents personnels de l'éducation nationale ont largement contribué à ce groupe de travail. Le rapport a été présenté et discuté au Comité de Pilotage du PNNS en mai 2003.

Le rapport présenté au Comité de Pilotage en juillet et septembre 2004 a mis en évidence que la nutrition est déjà très présente dans les enseignements scolaires, du primaire au lycée et dans les différentes filières. L'analyse détaillée des programmes obligatoires par les enseignants membres du groupe de travail a permis de mettre en évidence quelques points importants :

- les choix que permettent les programmes entre différents thèmes conduisent les élèves à n'avoir qu'une vision partielle des différentes catégories d'aliments ; une vision globale et structurée de la nutrition est difficile à construire pour les élèves, compte tenu de l'éclatement inévitable des connaissances entre les différents niveaux ;
- le lien entre les connaissances théoriques et la réalité du contenu des assiettes ou des comportements alimentaires n'est pas toujours évident, notamment dans les séries scientifiques où les détails sont davantage approfondis, même si explicitement le lien de la nutrition avec la santé est souvent à la base de ces parties de programmes ; cet aspect pragmatique pourrait être davantage développé, notamment dans l'enseignement primaire (maternelle et élémentaire), période privilégiée au cours de laquelle sont acquises les bases du comportement alimentaire ;
- une vision de l'alimentation très agricole et artisanale, dans laquelle la réalité de l'industrialisation de notre alimentation est pratiquement absente, apparaît à travers l'analyse des programmes d'histoire – géographie, comme à travers les illustrations ou les exemples figurant dans les manuels scolaires ;
- la possibilité d'aborder la plupart des éléments du PNNS à travers les programmes existants est réelle ;
- les sciences de la vie et de la terre sont la porte d'entrée principale en termes de connaissances, mais pour leur impact sur les représentations ou les comportements, les sciences humaines et sociales, ainsi que l'éducation physique et sportive, tiennent une place importante dans l'éducation du jeune mangeur.

Le rapport conclut à l'intérêt de développer l'enseignement de la nutrition sur 4 thèmes : transformation industrielle des aliments (ce qui est d'ailleurs implicitement évoqué dans ton rapport), le sel (goût, iode), l'eau comme boisson, et l'allaitement maternel

Avec la publication de la circulaire de juin 2001, la restauration scolaire possède les bases d'une évolution dans un sens favorable souhaité par le PNNS. Les exemples étudiés par le groupe montrent qu'il peut y avoir une intégration plus profonde de la restauration scolaire dans les projets pédagogiques ou les projets d'établissement liés à la nutrition.

Le rapport insiste aussi sur la nécessaire qualité et validité scientifique des outils pédagogiques mis à disposition des enseignants, en dehors des manuels scolaires.

- Le rapport n'a pas eu, à l'heure actuelle de suites directes en termes de modifications des programmes scolaires. Cependant, les brochures du PNNS « J'aime manger, j'aime bouger »

ont été mises à disposition des enseignants des classes de 5eme (et le module d'information développé sur site EDUSCOL), à partir de la rentrée scolaire 2005-2006. Cela permet aux enseignants d'aborder des aspects directement en rapport avec les repères de consommation alimentaire du PNNS pour la classe d'élèves concernés.

- Divers documents pédagogiques, émanant d'acteurs associatifs et économiques, destinés essentiellement à des élèves de l'école primaire ont été présentés au comité pour l'attribution du logo du PNNS. Certains ont pu obtenir l'autorisation d'apposer le logo. De même, divers acteurs de restauration scolaire ont, pour des actions particulières liant pédagogie et repas scolaire, tant vers les écoles primaires que les collèges, obtenu le logo.
- Plusieurs programme à niveau local ou régional mettent un accent particulier sur les actions en lien avec les écoles.
- L'INPES devrait publier au cours du premier semestre 2006 un document pédagogique destiné aux enseignants des collèges proposant de multiples thématiques et activités en lien avec le PNNS.

2.2.2.2. Actions vers les professionnels de santé et le système de soins

2.2.2.2.1. Diffusion de documents d'information auprès des professionnels de santé

Divers documents et outils spécialement conçus dans le cadre du PNNS ont été adressés, depuis 2001, aux professionnels de santé. Outre l'impact souhaité sur la pratique quotidienne des professionnels de santé, un positionnement du PNNS comme cadre de référence pour les recommandations nutritionnelles a été recherché au travers de ces documents.

Evaluation de la reconnaissance du PNNS par les professionnels de santé cf chapitre 3.1.3.1 page 119.

2.2.2.2.1.1. Les Guides spécifiques aux professionnels de santé accompagnant les guides alimentaires grand public

Chaque guide alimentaire destiné au grand public a, en complément, fait l'objet d'un guide spécifique destiné aux professionnels de santé conçu par l'INPES en lien avec l'AFSSA (en charge du fond scientifique, dans un cadre d'expertise collective et validé par le Comité d'Experts en Nutrition Humaine de l'AFSSA). Ont été rédigés :

- le document d'accompagnement du premier guide nutrition « la santé vient en mangeant », paru en septembre 2002 et diffusé à l'ensemble des professionnels de santé concernés (médecins généralistes, diététiciens, pharmaciens, infirmiers, différents spécialistes...).
- le document d'accompagnement du guide « La santé vient en mangeant et en bougeant, le guide nutrition des enfants et des ados, pour tous les parents », paru en septembre 2004 et diffusé aux professionnels de santé travaillant avec les enfants (pédiatres, centres de PMI, généralistes,...).



Diffusion :

Guides	Guides professionnels de santé	
	Document d'accompagnement du guide nutrition pour tous, destiné aux professionnels de santé.	Livret d'accompagnement du Guide nutrition des enfants et des ados pour tous les parents, destiné aux professionnels de santé.
Tirage	350.000	240.000
Diffusés depuis...	septembre 2002	Octobre/novembre 2004
Diffusion gratuite	267.000	87.000

Les deux guides alimentaires à venir (Guide destiné aux seniors dont la parution est prévue en juin 2006 et Guide pour les femmes enceintes et en désir de grossesse prévu pour 2007) seront également accompagnés de versions destinées aux professionnels de santé correspondant. Ces Guides seront réalisés selon la même méthodologie que les précédents.

2.2.2.2.1.2. Les documents pratiques d'actualité « les synthèses du PNNS »

Destinés en priorité aux médecins généralistes, différents documents de synthèse, dont la rédaction a été confiée à une structure scientifique spécialisée en fonction du thème, visent à fournir des informations scientifiques valides et des conseils pratiques dans les domaines ouverts par le PNNS. Ils ont été développés et diffusés par la DGS, dans le cadre d'une collection spécifique intitulée « les synthèses du PNNS ». Les différents documents de synthèse ont été diffusés auprès des professionnels de santé via différents canaux en fonction du thème et des cibles visées :

- « *Prévention des fractures liées à l'ostéoporose : nutrition de la personne âgée* » paru en octobre 2001 (coordonné par l'association française de lutte antirhumatismale, AFLAR). Tirage 5000 exemplaires /diffusion via les congrès de rhumatologie et de gériatrie.
- « *Alimentation, nutrition et cancer : des vérités, des hypothèses et des idées fausses* » paru en septembre 2003, (coordonné par l'Institut de veille sanitaire en collaboration avec le réseau NACRE). Tirage 25 000 exemplaires/diffusion via la formation médicale continue (UNAFORMEC), réseaux DRASS/DDASS, mutualité française, CRES, CODES, réseaux cancers....
- « *Allergie alimentaire: connaissances cliniques et prévention* » paru en février 2004 (coordonné par l'AFSSA). Tirage 25 000 exemplaires/diffusion via la formation médicale continue (UNAFORMEC), réseaux DRASS/DDASS.
- « *Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère* » paru en mars 2005 (coordonné par le comité de Nutrition de la Société française de pédiatrie). Tirage 25 000 exemplaires/diffusion via la formation médicale continue, réseaux DRASS/DDASS, mutualité française, CRES, CODES, réseaux cancers.
- « *Activité physique et santé : arguments scientifiques, pistes pratiques* » paru en novembre 2005 (coordonné par la Société Française de Nutrition). Tirage 25 000 exemplaires diffusion via la formation médicale continue, les cahiers de nutrition et diététique, la médecine du sport, réseaux DRASS/DDASS, mutualité française, centres d'examen de santé, CRES, CODES...

- « *Alimentation, mode de vie, hypertension artérielle : état des lieux et guide pratique* » à paraître au premier semestre 2006. . Tirage prévu : 25 000 exemplaires. Diffusion programmée au 1^{er} semestre 2006.



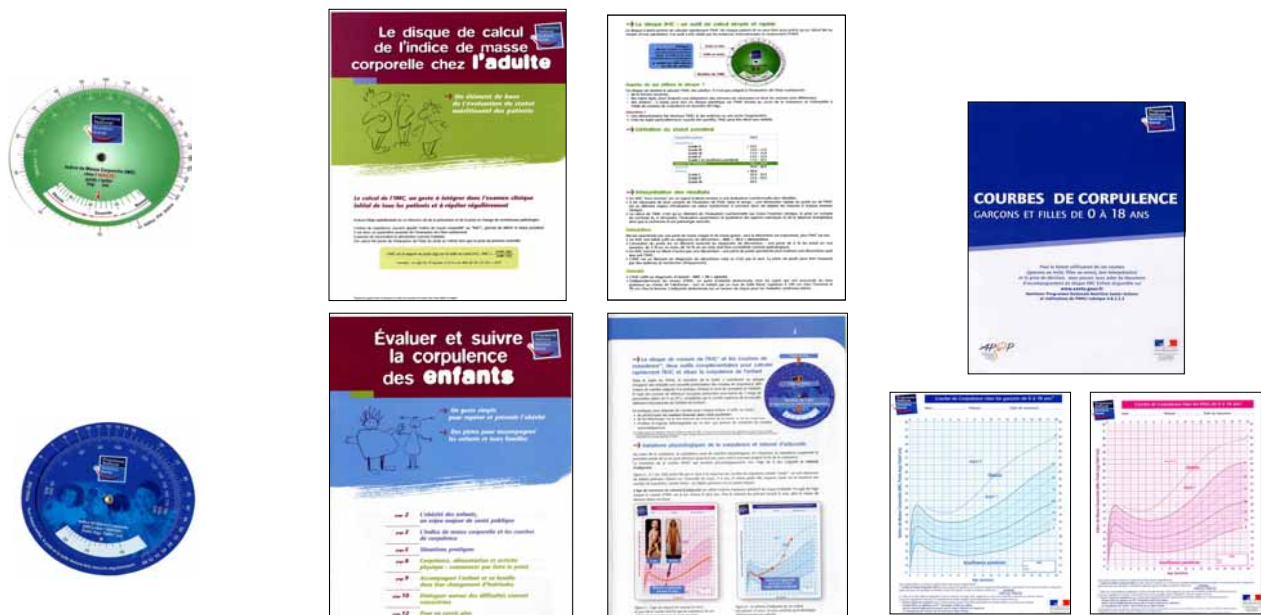
2.2.2.2.2. La mise au point et diffusion d'outils de prise en charge de problèmes nutritionnels

2.2.2.2.2.1. Mise au point d'outils de dépistage et de prise en charge de l'obésité : kit « utiliser le disque d'indice de masse corporelle en pratique clinique »

Des outils spécialement conçus pour l'évaluation nutritionnelle de l'adulte (disque de calcul de l'indice de masse corporelle, IMC) et de l'enfant (disque IMC et courbes accompagnatrices), associés à des livrets explicatifs ont été diffusés en novembre 2003 auprès des professionnels de santé.

- Le disque adulte, d'utilisation simple, et le document d'accompagnement, élaborés en lien avec des médecins généralistes et validés par le Collège des Enseignants de Nutrition sont destinés à aider les médecins dans leur pratique quotidienne. Il s'agit d'outils pour la prévention, le diagnostic et le suivi du poids et du statut nutritionnel de l'adulte. Ils sont destinés à permettre d'engager un dialogue fructueux avec les patients sur l'alimentation et l'activité physique et de repérer des risques de façon à mettre en place des mesures de prévention adaptées dans le cadre du suivi de la corpulence et du statut nutritionnel des patients.
- Le disque enfant permet le calcul rapide de l'IMC ; il est accompagné d'un livret explicatif et des courbes de corpulence de référence pour les garçons et les filles et un logiciel de calcul automatisé. Le disque, les courbes de corpulence et les textes d'accompagnement ont été validés en lien avec des experts en nutrition et en pédiatrie (Comité de nutrition de la Société Française de pédiatrie, Association pour la Prise en charge et la Prévention de l'Obésité en Pédiatrie, pédiatres hospitaliers, libéraux et de PMI, médecins et infirmières scolaires ...). Cet outil a été conçu pour permettre aux médecins d'intégrer le suivi de la courbe de corpulence de l'enfant dans les gestes courants de chaque consultation. L'analyse de l'évolution des courbes leur permet de repérer précocement les enfants risquant de présenter ultérieurement une obésité afin de mettre en place des moyens de prévention adéquats.

La brochure d'accompagnement fournit une information à la fois scientifique et pratique avec des exemples concrets ainsi que des pistes de dialogue avec les enfants et leur famille.



L'envoi des disques a été associé à une affiche des repères de consommation alimentaire du PNNS destinée aux salles d'attente.

Les outils de dépistage et de prise en charge de l'obésité pour les enfants et les adultes (kit « utiliser le disque d'indice de masse corporelle en pratique clinique ») ont été envoyés aux professionnels de santé, médecins généralistes, scolaires, hospitaliers, divers spécialistes, PMI....

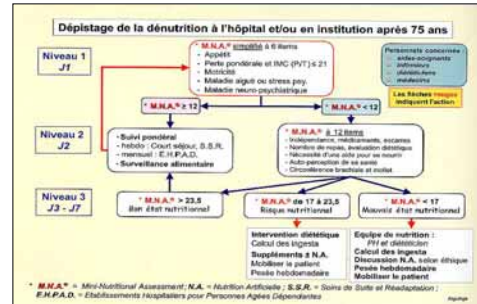
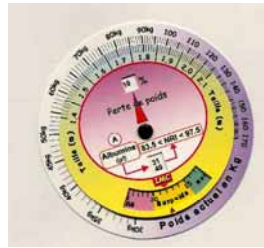
Depuis la fin 2003, un total de 250000 kits adultes et 150000 kits enfants ont été distribués (diffusion par l'INPES et par la DGS). Ils continuent à être fortement demandés, malgré une rupture de stocks.

Les courbes d'évolution de l'IMC selon l'âge de l'enfant peuvent être reproduite in extenso avec l'accord de la DGS et apparaissent dans divers ouvrages de référence. Elles ont aussi été distribuées, sans autorisation, par une entreprise fabricant des laits infantiles, avec omission d'informations importantes.

Un logiciel spécifique (CALIMCO) permettant au praticien une gestion automatisée des données et courbes anthropométriques (poids, taille pour âge, Indice de masse corporelle) a été rendu disponible et chargeable à partir du site Internet du ministère. Une version sur CDROM a été également proposée depuis la mi février 2004. La version 2 de ce logiciel, améliorée, plus complète et conviviale sera disponible dans le courant du premier trimestre 2006. Il comporte de très nombreuses fonctionnalités d'utilisation simple, protégées, facilitant le dialogue avec les parents, et le partage de données protégées avec les autres professionnels

2.2.2.2.2. Outils de dépistage et de prise en charge de la dénutrition à l'Hôpital

La réflexion menée par la DHOS sur le dépistage de la dénutrition ou de son risque à l'admission et au cours de l'hospitalisation en se basant sur des critères cliniques simples, a abouti à l'élaboration d'un outil (Nutrimètre) et d'arbres d'aide à la décision destinés aux médecins. Ces outils ont été diffusés dans les établissements de santé.



Les établissements de soins peuvent en acquérir en passant une commande auprès de la société qui en assure la production et la diffusion. Il est possible d'obtenir des informations, de télécharger le nutrimètre, de commander des exemplaires en consultant le site internet : www.nutrimetre.org

Un logiciel a été élaboré, par un groupe de travail de la DHOS financé par le PNNS, afin de fournir un outil, validé sur la plan scientifique, pour faciliter le dépistage et la prise en charge dans les établissements de soins ou médico sociaux de la dénutrition. Ce logiciel qui inclue des modules destinés à diverses catégories de personnels, y compris les aidants à domicile, sera disponible au cours du premier semestre 2006. Il sera notamment téléchargeable sur Internet. Il complètera notamment la stratégie plus générale menée afin de prévenir la dénutrition chez les personnes âgées et qui comprend les guides spécifiques.

2.2.2.2.3. Recommandations ANAES (nouvellement appelée HAS)

Renforçant les bases scientifiques sur lesquelles s'appuie le PNNS, des recommandations pour la pratique clinique ont été élaborées par l'ANAES (actuelle Haute autorité en santé, HAS) dans des domaines liés à l'obésité (enfants et adultes), le diagnostic et la prise en charge de la dénutrition chez les sujets hospitalisés (www.anaes.fr):

- Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent (Septembre 2003).
- Prise en charge de l'obésité ou le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités (reprise des recommandations de Novembre 1998 faites par la Société Francophone de Nutrition Entérale et Parentérale).
- Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés (Septembre 2003).
- Allaitement maternel suivi par le pédiatre (Juillet 2005).
- Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant (Mai 2002).

2.2.2.4.4 Mise au point du matériel de formation destiné aux professionnels de santé

2.2.2.2.4.1. Mise au point d'un module de formation continue destiné aux médecins sur le dépistage et la prise en charge de l'obésité de l'enfant

Un module de formation continue sur le thème de l'obésité du jeune enfant, destiné aux pédiatres et généralistes, édité sous l'égide de la Société française de pédiatrie (SFP) et de l'Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (APOP) a été mis au point. Il est disponible sur demande auprès de l'APOP. Un second module, élaboré dans des conditions similaires de garantie de qualité scientifique et pédagogique, relatif à la question de l'obésité chez l'adolescent sera disponible au début 2006.

2.2.2.2.4.2. Mise au point d'un module de formation continue destinée aux professionnels de santé sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition

Un kit de dépistage de la dénutrition, diffusé en CD et disponible sur le site intranet de l'AP-HP a été développé par un groupe de travail pédagogique de l'AP-HP pour servir de support à des sessions de formation des professionnels de santé sur la dénutrition. Il a été utilisé entre janvier et mai 2005 dans des sessions de formation qui ont touché 1000 personnes dans les hôpitaux de l'APHP (relevé par pointage à ces séances par les responsables de formation des sites).

2.2.2.2.5. Prise en compte de l'alimentation et de la nutrition dans les établissements de soins

En mars 2001, la DHOS a confié au Pr C. Ricour la mission de mettre en place un comité d'orientation sur la nutrition, ainsi que 5 groupes de travail sur les thématiques suivantes :

- la mise en place d'une structure transversale de liaison sur la restauration-nutrition dans les établissements de santé,
- la promotion des démarches qualité de la fonction restauration-nutrition dans les établissements de santé,
- les regards croisés des usagers et des professionnels sur la restauration-nutrition dans les établissements de santé,
- le dépistage de la dénutrition sur la base de critères cliniques simples,
- la modélisation et la mise en place des réseaux ville-hôpital de prévention, de dépistage et de prise en charge de l'obésité de l'enfant.

La réflexion des groupes de travail a abouti à l'élaboration de plusieurs textes réglementaires en matière d'alimentation-nutrition dans les établissements de santé

- La circulaire sur les Comités de Liaison en Alimentation Nutrition (CLAN) et la création d'une structure d'organisation de l'activité de nutrition clinique du 29 mars 2002.
- L'arrêté portant création du Comité National de l'Alimentation et de la Nutrition des Etablissements de Santé (CNANES) du 29 mars 2002, modifié par arrêté du 8 septembre 2005.

- L'arrêté fixant la composition nominative des membres du CNANES du 23 juin 2003.

Le CNANES a pour mission d'assurer le pilotage du volet hospitalier du PNNS, en ciblant les actions à entreprendre, en veillant à leur mise en place, leur suivi et leur réalisation, en évaluant le développement du programme et en assurant l'interface avec le PNNS et les agences sanitaires. Il a également pour mission d'assurer une coordination nationale des CLAN, en émettant des recommandations, de produire des informations à leur intention. Il est destinataire des bilans et résultats des actions menées par les CLAN, dont il doit assurer la diffusion et, le cas échéant, la modélisation. Il est également en charge de la formation continue des professionnels de santé, la qualité et la prévention des risques et la création de réseaux ville-hôpital de prévention, dépistage et prise en charge de l'obésité infantile (2002).

Le CNANES comprend des représentants de la DHOS, la DGS, la HAS, l'AFSSA, l'AFSSAPS, l'InVS, les ARH, la FHF, la FHP, la FEHAP, des médecins, des diététiciens, des ingénieurs en restauration, nutritionnistes et des usagers. Il est organisé en 4 groupes pluridisciplinaires : CLAN, qualité, formation et réseaux.

Le travail du CNANES a porté sur :

- la conception et la diffusion d'un guide méthodologique pour la mise en place d'un CLAN (2004) : « le CLAN en 10 questions »,
- l'état des lieux des CLAN recensés sur le territoire national (2004),
- l'intégration de référentiels sur la nutrition dans la seconde version du manuel d'accréditation des établissements de santé de l'ANAES (2003),
- la conception et la diffusion d'un kit pédagogique de formation pour chaque filière de professionnels de santé concernés par l'alimentation-nutrition (2^e semestre 2005),
- la conception et la diffusion d'un guide méthodologique pour la création d'un réseau sur la thématique de l'obésité infantile (2^e semestre 2005).

➤ **Propositions pour le développement des CLAN et la mise en place des unités transversales de nutrition**

Les CLAN sont des structures transversales et multidisciplinaires en alimentation nutrition chargées de faire le bilan de l'existant en matière de structures, moyens, matériels et personnels, de définir des actions prioritaires, de préparer le programme d'action et de s'assurer de la cohérence des actions, de définir les formations continues souhaitables, d'évaluer les actions entreprises et de fournir un appui méthodologique aux professionnels concernés

La circulaire DHOS/E1 n°2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et la nutrition dans les établissements de santé recommandait la mise en place d'un CLAN dans chaque établissement de santé. Le CLAN, par l'expertise de ses membres en alimentation, restauration et nutrition, constitue un comité consultatif d'appui auprès de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et du directeur d'établissement. A défaut dans les plus petites structures, la fonction alimentation et nutrition doit faire l'objet d'une organisation adaptée et spécifique.

Le CNANES a publié, en janvier 2004, un document présentant des informations pratiques sur le rôle, la mise en place et le fonctionnement des CLAN (« Le CLAN en 10 questions»). Ce document propose également le développement, au sein des Centres Hospitaliers, en concertation avec les CLAN, d'une activité de nutrition clinique éventuellement rattachée à

un pôle d'activités transversales et/ou mobile. Cette équipe (ou unité) transversale de nutrition a la vocation de mettre en place :

- une consultation spécialisée ouverte vers l'extérieur axée sur la prise en charge de la nutrition à domicile, de la dénutrition, de l'obésité et des autres troubles du comportement alimentaire,
- une consultation de recours en interne en cas de dénutrition sévère requérant un avis spécialisé pour le déclenchement d'une nutrition artificielle,
- une prise en charge en hospitalisation de jour ou de semaine pour des bilans de courte durée de patients présentant des dénutritions sévères, en coopération avec un service de soins de suite pour une prise en charge spécialisée et prolongée,
- une évaluation des pratiques,
- une recherche clinique afférente à la prise en charge nutritionnelle.

Une évaluation de l'état des lieux des CLAN a été réalisée en 2004 et fait l'objet d'une publication scientifique

Voir évaluation des CLAN: cf chapitre 3.1.3.2 page 121

➤ **Développement d'un référentiel " Evaluation de la qualité de l'alimentation et de la nutrition dans les établissements de santé "**

Ce guide de bonnes pratiques organisationnelles a été développé avec l'objectif de permettre l'auto-évaluation sur l'ensemble de la chaîne nutritionnelle, de la distribution à la prise en charge du patient dans les unités de soins. Outil de référence, il avait pour objectif d'aider ainsi les établissements de santé à procéder à cette démarche, visant à établir une organisation efficace entre professionnels concernés et à assurer la qualité des pratiques centrées autour du patient, en matière d'alimentation-nutrition.

➤ **Organisation d'un colloque sur la politique nutritionnelle dans les établissements de santé**

Un colloque organisé le 7 février 2003, intitulé « Alimentation et nutrition dans les établissements de santé : une politique innovante », a réuni autour de ce thème les professionnels de santé des établissements de santé publics et privés.

Ce colloque, organisé par la DHOS avait pour objet de faire le point sur les attentes des usagers de l'hôpital en matière d'alimentation et de nutrition, mais également sur les problèmes nutritionnels spécifiques des enfants, des personnes âgées ou des patients et sur leur prise en charge par les établissements de santé. Il a été également l'occasion de tracer des perspectives d'avenir dans ce domaine et de présenter le kit de dépistage de la dénutrition (nutrimètre) tant aux professionnels qu'aux médias.

350 professionnels d'établissements de santé publics et privés ont participé à cette manifestation, praticiens hospitaliers, diététiciens, infirmiers, responsables de Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN), professionnels de la restauration hospitalière, représentants des associations d'usagers, sociétés savantes, caisses et mutuelles, représentants des établissements et des services déconcentrés du ministère.

➤ **Mise en place d'un Groupe de Travail en charge de définir des Apports Nutritionnels Conseillés (ANC) en pathologie**

Le DHOS a saisi, le 21 février 2003, le Directeur général de l'AFSSA pour que soient déterminées des apports nutritionnels conseillés (ANC) en pathologie, à l'instar de ce qui a été fait pour la population en bonne santé, à travers « les apports nutritionnels conseillés pour la population française ».

Un Groupe de Travail a été mis en place par l'AFSSA, présidé par le Professeur Ambroise Martin pour mener à bien ce travail.

2.2.2.2.6. Elaboration des critères de constitution des REPOP

Un groupe de travail de la DHOS a élaboré les grands principes, les objectifs des REPOP et des propositions pour leur fonctionnement (« le REPOP en 10 questions »).

Le principe des REPOP est que la prise en charge de l'obésité de l'enfant est un champ multidisciplinaire dans lequel interviennent de nombreux acteurs aux compétences diverses : parents, diététiciens, médecins, psychologues, éducateurs, enseignants, usagers, etc ...

Le réseau se propose d'organiser l'intervention de proximité et coordonne les multiples acteurs concernés. Cette cohérence favorise l'adhésion, tant des professionnels que des familles. Le réseau permet en temps réel l'adaptation de l'offre de soins et des pratiques.

La coordination repose au minimum sur un coordonnateur médical et un coordonnateur administratif. Cette coordination s'appuie sur un Comité de pilotage représentant les différentes composantes du réseau. Elle assure notamment:

- l'organisation de la formation initiale et continue des membres du réseau,
- la cohérence entre les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge.

Elle aide à l'orientation dans la prise en charge des patients au sein du réseau et est en contact étroit avec les médecins et les autres partenaires du réseau. Elle s'assure du respect de la convention constitutive du réseau et de sa charte, et de l'information des enfants et de leur famille. Elle crée, utilise, et diffuse des outils d'aide à la prise en charge. Elle veille à la circulation de l'information médicale. Elle développe des liens avec les autres réseaux régionaux (diabète, précarité, parentalité ...) et nationaux.

Pour animer et faire fonctionner le réseau, des ressources sont nécessaires. Plusieurs types de financement sont mobilisables :

- la DRDR (Dotation Régionale de Développement des Réseaux) décision conjointe de l'URCAM et de l'ARH,
- le FAQSV (Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville),
- les collectivités locales dans le cadre de conventions,
- les caisses primaires d'assurance maladie.

Les partenaires impliqués sont :

1. Les soins en ville :

- le médecin (généraliste, pédiatre...) est le partenaire référent du réseau qui coordonne la prise en charge de proximité de l'enfant et de sa famille,

- d'autres professionnels de santé sont des partenaires potentiels: le diététicien, le kinésithérapeute, le pharmacien d'officine, le psychologue, l'infirmier, ...
 - les centres de santé (municipaux, associatifs, assurances maladie) s'ils existent.
2. Les médecins et infirmières de PMI.
 3. Les services de promotion de santé en faveur des élèves : médecins et infirmiers de santé scolaire.
 4. Les structures hospitalières :
Elles offrent leur expertise et leur plateau technique pour effectuer l'évaluation pluridisciplinaire, les explorations complémentaires lorsqu'elles sont nécessaires, elles participent au suivi et à la prise en charge des cas les plus sévères en liaison avec le médecin référent du réseau.
Elles peuvent :
 - développer des structures d'éducation thérapeutique
 - assurer la formation des partenaires
 - impulser et/ou participer à des actions de prévention et de recherche dans le cadre du réseau.
 5. Les structures de recherche pour la mise en place d'actions et la prévention.
 6. Les MECS (maisons d'enfants à caractère sanitaire et social).
 7. Les centres médico-sportifs et les directions jeunesse et sport.
 8. Les associations d'éducation pour la santé.
 9. Les associations familiales et de consommateurs.
 10. Les autres partenaires :
 - les associations d'usagers dans le domaine de la santé,
 - l'Education Nationale : les enseignants, la restauration scolaire,
 - les services sociaux : assistante sociale, éducateur, travailleur familial,
 - les associations d'insertion, de quartier, de proximité, les épiceries solidaires.
 - Les caisses d'allocation familiale, les caisses d'assurance maladie, les mutuelles.

2.2.2.2.7. Mise en place de sites pilotes de réseaux ville-hôpital, de prévention, dépistage et prise en charge de l'obésité infantile (REPOP)

Une expérimentation de réseaux ville-hôpital de prévention, dépistage et prise en charge de l'obésité infantile (REPOP) a été mise en place dans 4 sites pilotes depuis 2002. Les 4 réseaux REPOP sont situés en Ile-de-France, à Toulouse, en Franche Comté et dans le Grand Lyon.

Les réseaux REPOP se sont constitués en association type loi 1901 entre 2002 et 2004. Ils ont développé 3 types d'activité : la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'obésité infantile.

- Les activités de prévention

Différents programmes de prévention et d'information ont été développés, dont la mise en œuvre s'est adaptée aux spécificités géographiques et au tissu culturel et social de chaque région (alimentation régionale, activité physique, accès facilité ou non aux infrastructures, milieux ruraux ou urbains, spécificités communautaires...). Par exemple :

- REPOP Ile-de-France a mis en place depuis deux ans un projet de prévention scolaire à l'intention des moyennes et grandes sections de maternelle, qui mobilise entre autres des formations pour les enseignants et les parents, l'intervention des diététiciennes et médecins scolaires, et la création d'outils pédagogiques spécialement destinés à ce projet. Tous ces acteurs interviennent autour de l'enfant. En 2005, ce sont 50 écoles et 5000 enfants qui ont été concernés par ce programme.
- REPOP Toulouse a mis en place, en 2004-2005, un projet d'activité physique adaptée et de prévention à destination des enfants et adolescents, en formant et en impliquant tous les professeurs d'éducation physique de la région.
- REPOP Franche-Comté organise aussi depuis fin 2003 un programme régional de formation à la prévention primaire et secondaire de l'obésité, centré sur la problématique de la collation matinale. Cette formation a été réalisée en direction des enseignants (les 5000 enseignants du primaire de Franche-Comté ont été touchés directement), et en direction de tous les professionnels de santé concernés par l'obésité de l'enfant.

- **Les activités de dépistage précoce**

Les réseaux REPOP ont développé un partenariat avec les acteurs du dépistage : en premier lieu, les médecins scolaires et médecins de PMI. Ceci s'est traduit par un important travail avec ces institutions de contact, de mise en place de collaborations, de constructions de documents de liaison entre les professionnels de santé, de formalisation des circuits patient. Aujourd'hui, il existe un dépistage organisé au cours des visites obligatoires de médecine scolaire et de PMI ; une information sur le réseau a été envoyée au médecin traitant pour les patients dépistés. Par la mise en place de procédures adaptées au terrain, l'orientation des patients a pu être améliorée ainsi que la pratique des professionnels.

- **La prise en charge**

La prise en charge est une des activités majeures des réseaux REPOP. Organisée de façon adaptée aux spécificités locales de chaque réseau, elle repose cependant sur des approches communes :

- la pluridisciplinarité de la prise en charge : divers professionnels (médecins, diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes...) sont en interaction autour de l'enfant et de la famille pour une prise en charge de proximité et adaptée. Cet accès aux professionnels paramédicaux est possible grâce au réseau par le biais des prestations dérogatoires versées aux libéraux ou par celui des salariés du réseau ; ou encore par une prise en charge collective ambulatoire comme celle proposée par REPOP Grand Lyon « programme équilibre et Programme Roller Kid » ;
- un suivi à long terme, avec un « contrat » de départ de 2 ans, qui permet de donner de la perspective à cette prise en charge souvent difficile et de longue haleine ;
- une communication accrue entre professionnels autour du patient : ce point a nettement facilité le travail des médecins libéraux qui, grâce à l'équipe de coordination, ont pu être mis rapidement en contact avec des paramédicaux et accéder à des outils de prise en charge : dossier médical partagé, fiches diététiques, psychologiques ou activité physique, carnet de suivi. Ils participent à des réunions pluridisciplinaires qui permettent d'échanger sur les dossiers patients mais aussi de comparer les pratiques et ainsi de les améliorer.

Différents outils ont été développés et mutualisés entre les REPOP :

- un dossier médical partagé

Une version informatique du dossier médical partagé (DMP) REPOP commun aux trois réseaux REPOP Franche-Comté, Toulouse, Ile-de-France a été développée et commence à être opérationnelle. Une version papier a été utilisée.

- des outils de formation, d'évaluation de la satisfaction, ...

Divers outils utilisés par les réseaux REPOP Ile-de-France, Franche-Comté et Toulouse ont été mis en commun :

- questionnaires de satisfaction patients
- questionnaires de satisfaction professionnels
- tableaux de bord d'évaluation de l'activité
- échange des procédures d'inclusion
- dossier médical partagé
- protocoles et référentiels médicaux identiques

Voir évaluation des REPOP: cf chapitre 3.1.3.3, page 122

2.2.2.2.8. Création de postes de diététiciennes et de praticiens hospitaliers

Pour faciliter l'accès aux consultations de nutrition, il était prévu dans le cadre du PNNS de créer 800 postes de diététiciens et 50 postes de praticiens hospitaliers. Des crédits correspondants à la création de 65 postes de diététiciens ont été répartis entre les ARH en 2002 (circulaire budgétaire du 16 avril 2002).

En fait 68,5 postes de diététiciens en établissements de santé ont été créés entre 2002 et 2005 :

- en 2002 : 29,5 postes créés
- en 2003 : 21,5 postes créés
- en 2004 : 13 postes créés
- en 2005 : 4,5 postes créés

On constate une disparité entre les régions, certaines n'ont créé aucun poste et d'autres en ont créés davantage que le nombre pour lequel des crédits fléchés avaient été octroyés.

Seulement 3 postes de praticiens hospitaliers ont été créés (dans le cadre des 3 REPOP expérimentaux).

Au total, la création de postes de diététiciennes et de praticiens hospitaliers a été notoirement insuffisante par rapport aux besoins et aux demandes notamment celles exprimées par les multiples acteurs hospitaliers impliqués dans le PNNS.

Le 9 septembre 2004, la DHOS a adressé aux directeurs d'ARH un courrier soulignant « la grande importance qu'il convient d'attacher au développement d'une véritable politique nutritionnelle dans les établissements de santé » et « le caractère prioritaire de l'attribution de moyens médicaux et paramédicaux en nutrition... » mais aussi la caractéristique « indispensable d'inciter [les établissements] à élaborer des projets, en les sensibilisant au fait qu'ils participent activement de la politique d'amélioration de la qualité des soins » et d'être « particulièrement attentifs à la prise en compte de la nutrition dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ainsi que dans les projets d'établissements ».

Il est difficile, à l'heure actuelle, de savoir si ce courrier a été suivi d'effets.

2.2.2.2.9. Propositions pour faire évoluer le métier de Diététicien

Un rapport a été demandé au Professeur Michel Krempf et présenté au Comité de Pilotage du PNNS en janvier 2003. Ce rapport a permis de faire le point sur la situation actuelle du métier de diététicien (actes professionnels, conditions d'exercice, emplois occupés, évolution de carrière,...). Il fournit des propositions pour faire évoluer la profession de diététicien. tant dans l'organisation de la pratique que pour la formation. Les 10 principales mesures proposées sont les suivantes :

● Proposition pour adapter le métier aux enjeux actuels :

- Redéfinir les missions et les compétences
- Créer deux qualifications distinctes : de Soins et de Collectivité / Industrie
- Encourager le développement du secteur de diététique libéral et de santé publique.
- Organiser l'activité de soin diététique et d'éducation nutritionnelle dans les structures de soins
- Créer des réseaux de soins en nutrition en médecine libérale
- Mettre en place un observatoire du métier de diététicien ayant pour objectif d'animer et d'évaluer l'efficacité des mesures proposées

● Propositions pour adapter la formation :

- Prolonger la durée des études à 3 ans (Licence) en impliquant les UFR de médecine et les écoles d'ingénieur agroalimentaire ou équivalent.
- Ouvrir la formation vers des Master permettant de définir de nouvelles qualifications ouvrant en particulier des champs d'action plus médicalisés et/ou tournés vers l'éducation ou l'industrie.

● Propositions pour adapter le statut :

- Définir un décret d'acte et élaborer une nomenclature
- Définir les conditions du remboursement des actes diététiques

Une restructuration des services diététiques est à prévoir avec leur insertion dans des unités médicalisées transversales de soins en Nutrition. Pour les établissements de petite taille, cette activité de soin pourrait être assurée dans le cadre d'un réseau régional mettant à disposition du personnel mobile. Ces activités de soins devraient être dissociées de la gestion de la restauration collective qui restera sous la responsabilité des unités de production et des services économiques. Cette séparation des activités devrait pouvoir être retrouvée dans la formation débouchant sur deux qualifications de diététique de soins et de collectivité.

Un décret d'actes doit être établi pour les diététiciens de soins permettant d'engager une négociation avec les caisses d'assurance maladie pour obtenir une nomenclature et des remboursements d'actes. Les actes devront être réalisés sur prescription médicale pour pouvoir être remboursés et la prescription limitée aux spécialistes et à des réseaux d'éducation nutritionnelle animés par des médecins spécialisés en nutrition et regroupant des médecins généralistes. L'essentiel des actes sera réalisé dans le secteur libéral.

La formation devrait être prolongée sur une durée de 3 ans et permettre ainsi de répondre aux standards européens. Si l'Université de soin est créée, elle devra inclure la formation en diététique. D'ici là, il est possible d'adapter la situation actuelle en maintenant le BTS ou le

DUT mais en installant une troisième année, dans les facultés de médecine pour la diététique de soin ou les écoles d'ingénieurs agroalimentaires pour la diététique de collectivité. Des formations complémentaires de deux ans sous forme de Master ou de diplômes d'ingénieur permettra d'ouvrir la profession vers des activités d'encadrement ou la recherche. L'ensemble de ces mesures a pour objectif de replacer et définir la place de la diététique dans l'ensemble du système de soins et de l'organisation de l'alimentation. Elle est un rouage essentiel dans le soin supportif des malades et les stratégies de prévention de la population générale.

Au 1^{er} janvier 2006, le point d'avancement concerne essentiellement la définition de la profession et la formation des diététiciens : une proposition de modification législative relative à la définition de la profession de diététicienne et à la création d'un diplôme d'Etat autorisant l'exercice de cette profession a été rédigée et a été validée par le Conseil d'Etat.

Cette disposition est intégrée dans la loi de ratification de l'ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions modifiant le code de la santé publique. Elle ne pourra prendre effet que lorsque le parlement adoptera cette loi de ratification ou qu'un autre support législatif adapté le permette.

Parallèlement, une réflexion est engagée pour réformer le contenu des formations des auxiliaires médicaux afin de les intégrer dans le dispositif européen LMD (Licence, Master, Doctorat).

Les diététiciens font partie du groupe de travail. Cette réflexion doit permettre de rénover les programmes de formation en établissant un référentiel de formation adapté à l'évolution du métier et celle des missions des professionnels concernés.

Cette réflexion doit déboucher :

- d'une part, sur l'établissement d'un cahier des charges du cursus professionnalisant conduisant au diplôme d'Etat ouvrant droit à l'exercice
- et d'autre part, à une reconnaissance universitaire permettant à un nombre limité de professionnels d'effectuer un cursus universitaire complémentaire donnant des possibilités d'évolutions de carrière (vers la recherche, l'enseignement ...).

Les autres recommandations n'ont pas été suivies d'effet ce qui démobilisent fortement la communauté des diététicienne dont le rôle est essentiel pour le développement du PNNS.

2.2.2.2.10. Création d'un comité d'interface PNNS / Sociétés Savantes

Un comité d'interface PNNS-sociétés savantes du secteur de la santé impliquées en matière de nutrition a été créé fin 2004 afin de renforcer l'implication des praticiens et scientifiques membres de ces groupes exerçant sur l'ensemble du territoire national dans le développement du PNNS. Il comprend les sociétés de nutrition, de nutrition entérale et parentérale, de diabétologie, de cardiologie, de médecine du travail, de pédiatrie, de pédiatrie ambulatoire, de gériatrie, d'endocrinologie, de santé publique, de médecine du sport, le réseau NACRE (pour le volet cancérologie), le collège des enseignants en nutrition, l'Association des diététiciens de langue Française.

Ce Comité s'est réuni 3 fois afin de prendre connaissance des avancées du PNNS et d'échanger réciproquement des informations.

Outre une meilleure diffusion des informations relatives au PNNS via les organes d'information propre à chaque société savante, ce comité offre la possibilité de concevoir des

formes d'actions articulées, et novatrices entre professionnels dont l'un des points de rencontre est la nutrition. Il a notamment identifié la possibilité d'être un relais régional vis à vis des media dans le but de minimiser la cacophonie qui peut se maintenir, de constituer un organe de veille vis à vis de messages ou d'interventions infondés sur le plan scientifique ou dont les termes ambigus peuvent véhiculer des idées contre productives d'un point de vue nutrition santé. La possibilité d'une articulation des modes d'intervention dans le cadre de l'ensemble des réseaux de santé a été fortement évoquée. Ces réseaux ont été activés pour la diffusion de la synthèse du PNNS sur l'activité physique.

2.2.2.2.11. Sessions de formations professionnels de santé et professions relais

Des formations courtes sur 2 à 3 jours organisées par le Conservatoire National des Arts et Métiers avec le soutien de la DGS ont été développés pour les agents des DRASS, DDASS, conseils généraux, organismes d'éducation pour la santé, assurance maladie, mutualité française, associations ou encore diététiciens exerçant en libéral. Ces formations abordent la question du développement et des programmes et actions menés dans le cadre de PNNS et sont une occasion de confronter les pratiques. Dans ce cadre 209 personnes ont été formées en 2004-2005. Dès 2002 des formations de même nature ont été conduites à l'Ecole nationale de santé publique.

D'autres formations pour le personnel de l'Assurance maladie, de la Mutualité Française et de la Mutualité sociale agricole ont également été développées.

2.2.2.2.12. Introduction des recommandations du PNNS dans le carnet de santé

Les courbes d'IMC du PNNS et des pages consacrées à l'alimentation de la naissance à 3 ans, puis après 3 ans, inspirées des recommandations du PNNS ont été intégrées dans les nouveaux carnet de santé de l'enfant mis en place à partir de janvier 2006.

Les pages 0-3 ans du Guide pour les parents d'enfants et d'adolescents seront distribuées, à partir de 2006, dans les maternités à toutes les femmes venant d'accoucher.

2.2.2.3. Actions impliquant les acteurs économiques et les consommateurs

2.2.2.3.1. Définitions de conditions permettant aux acteurs économiques à faire référence au logo du PNNS dans leur communication

Le logo du PNNS a été créé en octobre 2001. Il a été utilisé pour toutes les campagnes et les documents ou outils produits dans le cadre du PNNS par le ministère de la santé en lien avec les agences sanitaires.

Une réflexion a été menée par un groupe de travail en 2002-2003 associant les différents ministères concernés (santé, agriculture, consommation), les acteurs économiques et les consommateurs sur la possibilité que des acteurs non institutionnels (associatifs, économiques, collectivités territoriales,...), utilisent le logo du PNNS pour faciliter l'analyse par le consommateur de la conformité aux objectifs du PNNS de l'information promotionnelle sur la valeur santé des produits et services alimentaires. Les conditions ont été définies pour permettre la validation de la conformité au PNNS de l'information promotionnelle mentionnant une valeur santé (depuis la production jusqu'au service de restauration collective), et la valorisation de cette conformité par le PNNS au moyen d'un identifiant. Il a été proposé que la procédure de validation à la conformité au PNNS soit mise en œuvre exclusivement après demande de l'acteur économique intéressé.

Suite à la publication au J.O. du 2 juin 2004 de l'arrêté du 27 avril 2004 fixant les conditions à titre expérimental de la marque "Programme National Nutrition Santé" et portant création d'un comité d'évaluation pour le logo du "Programme National Nutrition Santé" auprès de l'institut National de Prévention et d'Education pour la santé, l'INPES a constitué et piloté à partir de juin 2004 ce comité. Sa mission est d'analyser les dossiers soumis par les divers acteurs au regard du cahier des charges annexé à l'arrêté afin de formuler des avis transmis à la DGS. Sur avis favorable, l'action ou le document bénéficie ainsi d'un agrément identifié par l'apposition du logo. Au cours de la période expérimentale, jusqu'en juin 2005, les demandes régionales n'étaient autorisées que dans 3 régions (Aquitaine, Franche Comté et Haute Normandie).

Après la période expérimentale, un nouvel arrêté du 10 août 2005 fixant les nouvelles conditions d'utilisation du logo de la marque "Programme National Nutrition Santé" a été publié au journal officiel le 30 août 2005. Un cahier des charges, légèrement complété par rapport à la version initiale, a été annexé à cet arrêté. La capacité pour des acteurs régionaux de demander l'utilisation du logo a été élargie à l'ensemble du territoire national.

La liste des acteurs non institutionnels ayant obtenu l'autorisation d'utilisation du logo figure dans l'annexe 1.

Voir Bilan chiffré sur 18 mois de fonctionnement du comité (juin 2004 à décembre 2005) : cf chapitre 3.1.4, page 126.

2.2.2.3.2. Actions sur l'offre alimentaire

2.2.2.3.2.1. Réduction de la teneur en sel des aliments

En mars 2001, à la demande de l'AFSSA un Groupe de Travail, présidé par le Pr Serge Hercberg, associant scientifiques, administrations, agences, acteurs économiques et associations de consommateurs a été mis en place et proposé un ensemble de recommandations pratiques. Après une analyse de la situation française, le principe de la stratégie retenue est de diminuer la consommation moyenne de la population, les mesures proposées devant avoir un impact particulièrement net sur les grands consommateurs (> 12 g/j), dans la mesure où pour ces derniers les principaux aliments vecteurs de sel sont les mêmes que ceux de l'ensemble de la population, mais ils sont consommés en plus grandes quantités (pain/produits de boulangerie, charcuterie, soupes, plats composés, fromages et snacks).

L'objectif qui a été fixé à 5 ans est une réduction de 20 % de l'apport moyen de sel, soit une réduction de 4 % des apports sodés moyens par an. Les recommandations proposées au niveau de la réduction de la teneur en sel des aliments et de la communication visent à avoir un impact proportionnellement plus fort chez les grands consommateurs de sel.

Les recommandations qui ont été proposées portent sur 1) l'optimisation de la teneur en sel des produits, c'est-à-dire la réduction de la teneur en sodium des aliments principaux vecteurs de sodium (et notamment ceux favorisant le risque d'excès) qui soit acceptable sur les plans gustatif, technologique et sécuritaire, et 2) l'éducation et l'information du consommateur pour le responsabiliser dans le contrôle et la gestion de ses apports sodés.

Les recommandations proposées ont été de type incitative. Elles visent les principaux aliments vecteurs de sodium pour l'ensemble de la population et notamment ceux qui sont des contributeurs majeurs chez les grands consommateurs de sel. Les propositions correspondent à des réductions progressives de la teneur en sel des aliments ; les baisses proposées ne sont pas systématiques et similaires pour tous les produits mais doivent être réalisées partout où ceci est possible. Les simulations montrent qu'il est possible d'atteindre l'objectif global fixé par une participation active des opérateurs économiques.

En dehors de l'action sur la teneur en sel des aliments, des propositions ont été faites sur la communication, l'information et la sensibilisation sur la problématique du sel, positionnées dans le cadre d'une approche nutritionnelle globale, et notamment, en cohérence avec l'ensemble des recommandations du PNNS. Elles passent par des actions au niveau du milieu scolaire, de la restauration hors foyer et du système de soins (professionnels de santé) et par l'étiquetage.

Les actions proposées ont été définies en fonction de l'intérêt de la santé publique, en prenant en considération, là où cela était possible, les arguments apportés par les acteurs économiques. Les choix faits sont résolument pragmatiques et les recommandations proposées ont intégré en tout premier lieu la notion de faisabilité, notamment en termes organoleptique (acceptabilité par les consommateurs), technologique et hygiénique (faisabilité par les acteurs économiques).

Voir suivi des recommandations sur le sel chapitre 3.1.4.2, page 126.

2.2.2.3.1.2. Réduction de la teneur en sucre simple ajoutée des aliments, associée à une augmentation des fibres et des glucides complexes

Un groupe de travail a été mis en place par la DGAL en septembre 2005 associant l'ensemble des acteurs économiques concernés et les associations de consommateurs et dont l'objet est de rechercher un engagement sur une base volontaire de la part des acteurs impliqués, en travaillant sur la base initiale des objectifs du PNNS relatifs aux glucides (favoriser la consommation des aliments sources de glucides complexes ; réduire la consommation de sucres simples ; augmenter la consommation de fibres).

L'objectif du groupe de travail est d'aboutir à un consensus sur les actions à mener et à la signature d'une charte d'engagement des acteurs dans le cadre d'une démarche volontaire et partenariale.

Des premiers éléments seront disponibles en juin 2006. Ils devraient permettre de fixer le cadre des engagements pour l'automne 2006.

2.2.2.3.3. Régulation de la publicité pour les produits alimentaires

Dans le cadre de la discussion au Parlement du projet de Loi de santé publique, et de ses objectifs nutritionnels en lien avec le Programme National Nutrition Santé (PNNS), et notamment l'objectif relatif à l'interruption de l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et la réduction de la prévalence d'obésité chez l'adulte, un groupe de travail a été mis en place par la DGS en janvier 2004 pour étudier l'efficacité attendue de mesure de régulation de la publicité télévisuelle destinée aux enfants sur les comportements alimentaire et la santé publique. Sa finalité était de proposer des précisions, des clarifications, des ajouts pour assurer que le texte législatif trouve une application compatible avec la santé publique, protégeant la santé des enfants en favorisant une consommation alimentaire orientée par les repères de consommation du PNNS.

Ce groupe qui comportait des représentants de l'ANIA, de l'union des annonceurs, du BVP, des consommateurs, des représentants des Ministères concernés et des experts scientifiques n'a pu aboutir à une position commune satisfaisante sur le plan de la santé publique.

Dans ce contexte a été votée dans la Loi 2004-806 du 9 août 2004 (relative à la politique de santé publique), l'article 29 qui fait obligation pour les annonceurs d'accompagner les messages publicitaires télévisés ou radiodiffusés et les actions de promotion portant sur les boissons et produits alimentaires manufacturés d'une information à caractère sanitaire, ou à défaut de verser une contribution financière égale à 1,5% des sommes destinés aux publicités et promotions à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), afin de financer des actions d'information et d'éducation nutritionnelle. Les modalités d'application de cet article seront déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Dans le cadre du projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (article 38), l'article L. 2133-1 du code de la santé publique a été modifié :

1° Le premier alinéa a été ainsi rédigé :

« Les messages publicitaires en faveur de boissons avec ajouts de sucres, de sel ou d'édulcorants de synthèse ou de produits alimentaires manufacturés doivent contenir une information à caractère sanitaire. Dans le cas des messages publicitaires télévisés ou radiodiffusés cette obligation ne s'applique qu'aux messages émis et diffusés à partir du territoire français et reçus sur ce territoire. La même obligation d'information s'impose à toute promotion, destinée au public, par voie d'imprimés et de publications périodiques édités par les producteurs ou distributeurs de ces produits. » ;

1° *bis* le deuxième alinéa est devenu : « Les annonceurs et les promoteurs peuvent déroger à cette obligation sous réserve du versement d'une contribution au profit de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Cette contribution est destinée à financer la réalisation et la diffusion d'actions d'information et d'éducation nutritionnelles, notamment dans les médias concernés ainsi qu'au travers d'actions locales

2° Les troisième et quatrième alinéas ont été remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« La contribution prévue à l'alinéa précédent est assise, s'agissant des messages publicitaires, sur le montant annuel des sommes destinées à l'émission et à la diffusion de ces messages, hors remise, rabais, ristourne et taxe sur la valeur ajoutée, payées par les annonceurs. Le montant de cette contribution est égal à 1,5 % du montant de ces sommes.

« La contribution prévue au deuxième alinéa est assise, s'agissant des autres types de promotion de ces produits, sur la valeur hors taxe sur la valeur ajoutée des dépenses de réalisation et de distribution qui ont été engagées au titre de l'année civile précédente, diminuée des réductions de prix obtenues des fournisseurs qui se rapportent expressément à ces dépenses. La base d'imposition des promoteurs qui effectuent tout ou partie des opérations de réalisation et de distribution avec leurs propres moyens d'exploitation est constituée par le prix de revient hors taxe sur la valeur ajoutée de toutes les dépenses ayant concouru à la réalisation desdites opérations. Le taux de la contribution est fixé à 1,5 % du montant hors taxe sur la valeur ajoutée de ces dépenses.

« Le fait générateur est constitué par la diffusion des messages publicitaires ou la mise à disposition des documents visés au premier alinéa. La contribution est exigible au moment du paiement par l'annonceur aux régies ou au moment de la première mise à disposition des documents visés. La contribution est déclarée, liquidée, recouvrée et contrôlée selon les procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à cette même taxe. Il est opéré un prélèvement de 1,5 % effectué par l'Etat sur le montant de cette contribution pour frais d'assiette et de recouvrement ».

Le décret d'application est en janvier 2006 à la phase finale de rédaction, pour une mise en œuvre prévue à la mi 2006, après notification à l'Union Européenne et examen par le Conseil d'Etat.

Un arrêté fixera une liste limitative des messages à utiliser par les annonceurs ou les promoteurs comme information à caractère sanitaire. Ces messages pourront être adaptés en fonction du support de diffusion du message publicitaire ou promotionnel, du public concerné, des catégories de boissons et d'aliments et de leur composition.

Pour les messages publicitaires et promotionnels, les messages sanitaires prévus sont « Pour votre santé, mangez au moins cinq fruits et légumes par jour », « Pour votre santé, pratiquez

une activité physique régulière », « Pour votre santé, ne mangez pas trop gras, pas trop sucré, pas trop salé », et « Pour votre santé, évitez de grignoter entre les repas ».

2.2.2.3.4. Actions menées à l'initiative de l'Association nationale des industries alimentaires (ANIA)

L'ANIA (représentant 10841 entreprises industrielles alimentaires) fait partie du comité stratégique du PNNS et de son comité de pilotage permanent depuis le lancement du PNNS. L'ANIA a développé, à destination de ses adhérents, une démarche visant à sensibiliser les professionnels de l'industrie, à informer et sensibiliser les consommateurs et contribuer à définir et identifier les facteurs de succès de la prévention l'obésité. Elle a développé, dans ce but en mars 2004 un document présentant 9 engagements.

L'ANIA diffuse, depuis octobre 2004, une lettre d'information Alimentation nutrition, bimensuelle (7 lettres ont été diffusées à 6000 exemplaires). Dans cette lettre, l'industrie alimentaire y défend ses positions et affiche sa détermination à jouer un rôle actif dans la prévention de l'obésité. Dans ces lettres ont été présentées les actions menées par l'ANIA et ses membres (efforts de réduction de la teneur en sel dans les aliments, soutien à l'étude Fleurbaix Laventie...) et des commentaires critiques sur certaines publications d'expertise (par exemple le rapport sur les glucides publié par l'AFSSA, en contestant fermement la notion de « sucres cachés »), certains articles de Loi (notamment sur la publicité alimentaire) ou les campagnes des pouvoirs publics (en dénonçant la stigmatisation des produits sucrés dans la campagne PNNS/INPES).

L'ANIA a également développé, pour ses adhérents, un module de sensibilisation aux enjeux de la nutrition. Elle s'est engagée à renforcer l'autodiscipline sur la base des diverses chartes qu'elle a développée avec l'Institut Français de Nutrition, le bureau de vérification de la publicité (BVP), ou son guide de bonnes pratiques de communication nutritionnelle. Elle prévoit de se doter au premier semestre 2006 d'une commission de déontologie nutrition, comprenant un comité des « sages » composé de 5 personnes ayant eu des responsabilités professionnelles en alimentation et communication et d'un comité d'évaluation ayant une compétence industrielle, juridique, scientifique.

Selon les catégories de produits, divers syndicats professionnels membres de l'ANIA développent des repères définissant les portions de consommation raisonnables.

Divers secteurs sont impliqués dans les discussions sur l'amélioration de la composition nutritionnelle des produits alimentaires (teneur en sel, en sucre,... Cf chapitres 2.2.2.3.1. et 2.2.2.3.2.).

L'ANIA contribue à la réflexion sur l'amélioration de l'étiquetage des produits alimentaires et a élaboré avec l'IFN un guide de lecture de l'étiquetage nutritionnel : comprendre l'information nutritionnelle sur l'étiquette (tiré à 330000 exemplaires).

L'ANIA a contribué au financement des affiches et du guide « Tous à Table » utilisés dans le cadre du programme « alimentation insertion » (chapitre 2.2.2.5.1).

2.2.2.3.5. Actions menées par les associations de consommateurs

Depuis la création du PNNS, les consommateurs sont représentés au comité stratégique et de pilotage par deux personnes de mai 2001 à janvier 2005, puis par trois représentants

depuis janvier 2005. Ainsi les principales associations de consommateurs actives dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition : UFC-Que Choisir, Union Féminine Civique et Sociale (UFCS) et Consommation, Logement et Cadre de Vie (CLCV) ont participé de façon très active aux travaux du comité de pilotage du PNNS et ont permis un relais avec les autres instances nationale et internationales où les associations de consommateurs sont présentes (Conseil National de la Consommation, Conseil National de l'Alimentation, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, Institut National de la Recherche Agronomique, Comité Consultatif des Consommateurs auprès de la Commission Européenne, Agence Française de Normalisation,...).

En outre les associations de consommateurs ont développé un certain nombre d'actions au niveau de leurs réseaux régionaux et locaux allant dans le sens ou soutenant les actions du PNNS.

- Actions de l'UFCS

. En 2001 : Communication sur les objectifs du PNNS et publication dans la revue « Dialoguer ».

. En 2002 : en commun avec la CLCV, organisation de débats animés par une diététicienne sur « les allégations et les informations nutritionnelles » proposées aux consommateurs.

. En 2003 : en commun avec la CLCV, en réponse à un appel d'offre de la DGCCRF sur les fruits et légumes, enquête auprès de 2000 consommateurs pour savoir comment consommer plus et mieux ces produits.

En commun avec le GRREM, et en réponse à un appel à projet du PNNS, mise en oeuvre d'un projet dans 6 villes d'éducation des enfants à la publicité afin d'améliorer leur comportement lors des goûters.

Distribution de plus de 1000 exemplaires du guide « La santé vient en mangeant » aux soixante groupes locaux.

. En 2004 : Présentation du projet sur la publicité au colloque du 4 novembre organisé par le PNNS. Travail sur le jeu de la cafétéria pour le rendre conforme aux objectifs du PNNS et faire une demande d'attribution du logo PNNS.

. En 2005, le jeu du self-service (ex cafétéria) mis en place à Lyon dans plusieurs écoles primaires. Ce jeu qui a reçu un vif succès auprès des enfants a reçu le logo PNNS fin 2005 et sera repris par les équipes dans toute la France.

- Actions de la CLCV

. Depuis 2000, l'Union Régionale d'Auvergne, a mis en place un programme d'actions sur la santé appelé « A fond la forme ». En 2001 et 2002 ce sont notamment l'alimentation, la sécurité sanitaire et l'équilibre nutritionnel qui ont été ciblés avec des actions à la fois auprès des parents et des enfants: petits déjeuners avec les enfants et les parents, questionnaires sur les habitudes alimentaires dans plusieurs classes de 5^e, spectacles pour les plus petits.

. En 2002 l'Union Départementale du Finistère a monté une exposition sur le thème de la nutrition sous forme de panneaux abordant les principes de base de la nutrition, la composition nutritionnelle des principaux aliments, des conseils pratiques sur les aliments.

. En 2002 et 2003, l'Union Régionale Nord-Pas de Calais a organisé, dans le cadre du Programme Régional Santé, un ensemble d'action visant à promouvoir la consommation de fruits et de légumes conformément au PNNS. Des bénévoles des Unions Locales ont été formés à la promotion et l'animation dans les quartiers sur ce thème et un suivi des habitudes alimentaires de personnes volontaires a été mis en place afin de vérifier l'impact de ces actions.

. En 2004, 9 fiches sur la nutrition ont été publiées comme référence pour les bénévoles et de mémento pour les adhérents ou les publics concernés. Elles sont utilisables « à la carte » selon

les préoccupations et le profil des consommateurs: adultes ou adolescents, garçon ou filles, expert ou néophyte et thème recherché (lecture des étiquettes, décryptage des publicités, nouveaux produits « santé »...). Leur ré-édition se fait en partenariat avec Fédération Nationale de la Mutualité Française et une attribution du logo PNNS est en cours.

Afin de diffuser les recommandations concernant la diminution de la consommation de sel, la CLCV de l'Hérault a développé un jeu de cartes à jouer pédagogiques. Ce jeu, qui a rencontré un franc succès, démontre que tout en gardant un format attrayant, il est possible d'informer le consommateur en le rendant responsable de sa santé.

De 2002 à 2004 la CLCV a présidé le groupe de travail du Conseil National de l'Alimentation sur la restauration scolaire.

La CLCV participe aux travaux visant à modifier la réglementation sur l'étiquetage au niveau national et au niveau Européen.

- UFC-Que Choisir, quelques exemples d'actions développées au niveau local :

En 2004, l'association locale de Caen a publié un bulletin « obésité » sur la sensibilisation des consommateurs au problème de l'obésité. La même année une réunion publique a été en présence d'un nutritionniste pour répondre aux questions du public sur le thème « publicité et alimentation équilibrée ». Enfin une animation a été organisée dans une classe de CM2 avec des conseils nutritionnels centrés sur le sucre. Cette action a donné lieu à un reportage télévisé diffusé par la chaîne régionale.

A Rouen en 2002, une conférence-débat tous publics, été organisée avec le CHU sur le thème « alimentation et santé » en présence de deux médecins nutritionnistes et d'un représentant de la Dgccrf. Un colloque sur la nutrition a également été organisé au Havre. A Rouen, l'association locale a distribué au public et aux adhérents les brochures publiées dans le cadre du PNNS.

En 2003, l'association locale de Mont de Marsan a édité une brochure expliquant l'intérêt de lire avec esprit critique les listes des ingrédients des produits agro-alimentaires, en relation notamment avec la composition en matières grasses, sucre et sel.

2.2.2.3.6. Les avis du conseil national de l'alimentation (CNA)

Dès le lancement du PNNS, en 2001, le conseil national de l'alimentation a souhaité créer un groupe permanent « politique nutritionnelle » dont le mandat mentionne deux rôles :

- accompagnement à la mise en place de la politique nutritionnelle lancée par le ministère de la santé.
- exploration des raisons profondes de l'évolution des consommations alimentaires à l'origine, en partie au moins, de l'évolution de l'état nutritionnel et, en cela, de la santé de la population française dans son ensemble.

Le CNA et son groupe permanent ont été étroitement associés à différentes actions de la politique nutritionnelle : participation d'un représentant aux travaux du comité stratégique et du comité de pilotage permanent du PNNS (par le président du groupe politique nutritionnelle ou le secrétaire général du CNA) et forte implication systématique dans la relecture des guides nutrition destinés au grand public. Le groupe a été également tenu régulièrement informé de l'évolution des actions entreprises et a pu en débattre en temps utiles.

Le CNA a rendu divers avis relevant directement du champ touché par le PNNS :

- n° 25 en mars 2001 : rapport et avis sur le contenu et sur certaines modalités de mise en œuvre d'une politique nutritionnelle et notamment du Programme national nutrition-santé.
- Avis n° 34 de janvier 2002 sur l'exclusion sociale et l'alimentation.
- Avis n°44 de février 2003 sur l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques de communication et sur le projet de règlement communautaire relatif aux allégations nutritionnelles, fonctionnelles et santé.
- Avis n°47 sur la restauration scolaire révisant les avis antérieurs du CNA. Avis n°47 adopté le 26 mai 2004 par procédure écrite.
- Avis n° 49 en février 2005 : avis sur la politique nutritionnelle.
- Position n°51 de mai 2005 : propositions du CNA pour la mise en place d'un Observatoire de l'alimentation.
- Avis n°54 de décembre 2005 : avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques.
- Avis n°53 de décembre 2005 : avis sur la prévention de l'obésité infantile.

Texte de l'avis n° 49 du Conseil national de l'alimentation du 19 mai 2005 :

Recommandations relatives au premier objectif du mandat (accompagnement de la politique nutritionnelle PNNS)

1 - Le Conseil national de l'alimentation reconnaît que les actions d'une politique nutritionnelle nécessitent d'être inscrites dans la durée pour pouvoir produire des effets significatifs. Il prend acte que plusieurs objectifs du PNNS ont été repris parmi les objectifs annexés à la loi relative à la santé publique du 9 août 2004. Il souhaite toutefois que soient rapidement clarifiées les modalités de poursuite de l'action entreprise.

2 - Le Conseil national de l'alimentation reconnaît la contribution effective de son groupe de travail permanent chargé du suivi de l'évolution du PNNS. Il estime que ce groupe doit être maintenu et continuer à accompagner le programme. Ce groupe constitue le lieu naturel où différentes questions posées par les ministres de tutelle pourront être utilement traitées, en cohérence avec le travail antérieur (par exemple, concernant l'état des lieux sur les enquêtes alimentaires).

3 - Le Conseil souhaite être très précisément informé des résultats des évaluations du PNNS, notamment de l'enquête INCA2/ENNS et être impliqué dans les discussions concernant l'interprétation de ces résultats et les conséquences que celle-ci peut avoir pour les différents acteurs de la chaîne alimentaire qui le composent.

Recommandations relatives au second objectif du mandat (raisons de l'évolution des consommations alimentaires)

4 - Le CNA estime que des travaux de recherches originaux doivent être entrepris sur différents types de sujets, actuellement peu pris en compte par la recherche publique, même si les orientations de recherche de l'INRA, sur lesquelles il s'est prononcé antérieurement, sont considérées comme allant dans ce sens. Parmi ces sujets, on peut citer l'impact des allégations, l'influence de la réglementation sur le développement de la communication santé, l'influence de la communication culinaire et de la communication sur l'alimentation en général, la sociologie et la psychologie de l'alimentation, versants trop oubliés dans l'étude des comportements alimentaires, ainsi que les aspects économiques (influence des prix et de leur mode de formation) qui ont déjà fait l'objet d'un avis antérieur.

5 - Le Conseil estime que les groupes de travail concernant l'obésité de l'enfant constituent une structure utile pour poursuivre le débat sociétal concernant, entre autres, la publicité télévisuelle à destination des enfants. Le Conseil considère que l'impact des mesures adoptées dans la loi de santé publique sur ce point devra être évalué. Il estime souhaitable qu'une position nationale puisse être portée au niveau européen.

6 - Le Conseil national de l'alimentation estime nécessaire de redéfinir le mandat de ce groupe de travail, notamment en ce qui concerne le second objectif. Une des pistes pouvant être approfondie concerne une réflexion sur les typologies de consommateur, afin de définir des éléments opérationnels en termes d'actions et de communication. Une autre pourrait être la transmission des repères et plus globalement l'éducation alimentaire.

7 - En lien avec ses avis précédents, le Conseil souhaite que les autorités poursuivent leurs actions pour une adoption rapide du règlement européen concernant les allégations portées par les aliments. Il estime en outre que des études devraient être développées concernant l'impact de la communication, et notamment de la communication santé, sur le comportement réel des consommateurs, quelle que soit la nature de cette communication (institutionnelle ou privée), et notamment par le biais des allégations.

8 - Le CNA approuve la décision des Pouvoirs Publics concernant la mise en place de réflexions sur l'étiquetage nutritionnel au sein du Conseil national de la consommation (CNC) et souhaite être informé en temps utiles de l'avancement de ces travaux. Dans ce contexte, le Conseil encourage les autorités compétentes à développer les travaux concernant la composition des aliments et la mise à disposition de ces données.

9 - Le Conseil informe les autorités compétentes qu'il proposera prochainement la mise en place d'un Baromètre dans le champ de l'alimentation, cohérent avec les différentes enquêtes déjà réalisées de façon périodique ou de système de surveillance mis en place (Baromètre Nutrition-Santé, enquête INCA, rapport annuel sur la situation alimentaire et nutritionnelle de la population française de l'USEN, InVS) afin de combler les lacunes concernant la perception de l'alimentation par le public.

10 - Le Conseil considère que l'amélioration des caractéristiques nutritionnelles des produits doit être considérée comme un objectif d'ensemble en cohérence avec les principes définis par le PNNS.

Recommandations générales

11 - Le Conseil appuie fortement le développement des éléments de cohérence entre la politique nutritionnelle et les autres politiques publiques, même au-delà du champ strict de l'alimentation, pour une meilleure prise en compte des objectifs nutritionnels et de santé dans l'ensemble des politiques publiques. Il reconnaît ainsi la nécessité du développement d'une véritable politique alimentaire. De ce fait, il souhaite être informé et pouvoir s'exprimer, en temps utiles, sur les projets du Partenariat national pour le développement des industries agroalimentaires (PNDIAA).

12 - Le Conseil estime nécessaire, chaque fois que cela est possible, qu'il y ait une prise en compte effective des dimensions européennes de ces politiques.

13 - Le Conseil continuera à veiller à ce que l'ensemble de ses avis prenne en compte la composante nutritionnelle de l'alimentation chaque fois que cela sera nécessaire.

2.2.2.3.7. L'analyse de la production médiatique dans le champ de la nutrition

Un travail a été initié en 2004, dans le cadre de l'École des hautes études en sciences sociales dans le but d'analyser la production médiatique émise en direction du public et de mener une réflexion sur cette production et genèse. Le groupe constitué à cette fin comprenait des sociologues et des journalistes.

La méthode utilisée dans ce travail combine l'analyse du contenu des articles parus sur le sujet de la nutrition et un ensemble d'entretiens libres avec des journalistes de presse écrite. Ce travail s'efforce notamment d'approfondir certaines questions : quels sont les éléments d'information repris par les médias et véhiculés en direction du public ? Comment le message de santé publique s'insère-t-il globalement dans le flux des informations que les journalistes reçoivent sur le thème ? Quelle place lui font-ils et comment la perçoivent-ils ? Se préoccupent-ils de cohérence sur la question ? Le cas échéant, quels freins s'imposent à celle-ci ? Qu'est-ce qui conditionne le traitement de ce type d'information ?

L'analyse approfondie de ce travail, fait apparaître certaines contradictions entre le « dit » des médias et le « dit » des journalistes. Elle pointe la contrainte du discours médiatique : alarmer versus rassurer. Ceci se manifeste par l'idée « ailleurs c'est pire », tandis que le discours est essentiellement préventif, avec une information sélective (liée par exemple à une actualité parlementaire) qui rétrécit la complexité du thème. Les conseils nutritionnels transmis par les médias maintiennent une certaine cacophonie alimentaire où les recommandations de santé publique sont relayées, rarement contredites, mais complétées et parfois déformées.

La multiplication des énoncés et des priorités de santé publique, la répétition, un manque de « matière journalistique » contribuent à l'érosion de l'intérêt journalistique. Le phénomène d'usure s'applique aussi aux régimes minceurs et leur dénonciation fait l'objet de l'unanimité des journalistes. Mais des considérations économiques prévalent pour certains médias. Les journalistes manifestent un intérêt pour une réflexion sur les causes et la « piste sociétale ». Cependant, ce développement des causes contrarie l'énoncé de « solutions simples ».

Ce travail devrait se poursuivre par un renforcement de la relation avec les journalistes sur la thématique nutrition et notamment dans sa composante santé publique

2.2.2.4. Actions régionales et locales

2.2.2.4.1. Déclinaisons régionales du PNNS sous l'égide des Comités Techniques Régionaux Nutrition (CTRN)

La première tâche des CTRN a été de procéder à un état des lieux dans leur région respective, selon les préconisations de la circulaire DGS. Ce travail a pris des formes variées, en fonction des ressources locales disponibles (équipes universitaires, travaux de l'Observatoire Régional de la Santé, ...) et les centres d'intérêt des membres du comité : synthèse des références régionales en matière de mesure de la prévalence du surpoids et de l'obésité, recensement des actions financées, des acteurs impliqués, des publics cibles, de l'offre de soins en nutrition, des possibilités de formation, constitution d'un répertoire des acteurs et des ressources... L'objectif d'une meilleure connaissance de la situation existante a conduit certains comités à diligenter des enquêtes, parfois lourdes, par exemple pour mieux appréhender la situation dans l'ensemble des établissements scolaires de la région, le comportement alimentaire des collégiens et lycéens, la dénutrition à l'hôpital ou encore la mise en place des CLAN à l'hôpital.

Les CTRN se sont réunis en moyenne trois fois par an depuis 2003, ont déterminé les priorités nutritionnelles pour leur région, ont participé à la sélection des projets dans le cadre des appels d'offre, ont organisé des formations et des événements sur des thèmes précis et ont participé à la diffusion et l'accompagnement des outils du PNNS.

En 2005, six régions avaient élaboré un véritable Plan Régional Nutrition Santé (Alsace, Lorraine, Haute-Normandie, Poitou-Charentes, Franche-Comté), une avait spécifiquement planifié un des thèmes du PNNS (Aquitaine), une autre avait effectué une planification transversale des actions de nutrition au sein d'autres programmes régionaux existants : cardio-vasculaire, cancer, enfants-jeunes (Nord Pas de Calais). Les autres régions ont également mis en oeuvre de nombreuses actions, mais en dehors d'un cadre strictement planifié.

Les recensements des projets régionaux montrent l'émergence de dynamiques régionales, l'implication d'acteurs multiples (Education nationale, villes, associations, Assurance-maladie...), la multiplication des actions de proximité, et la priorité accordée à certains publics ciblés par le PNNS : élèves, personnes en situation de précarité, femmes enceintes....

Le financement d'actions PNNS par le Fonds national de prévention et d'éducation pour la santé (FNPEIS) de l'Assurance Maladies s'est considérablement accru au cours des dernières années tant au niveau des appels d'offre nationaux que régionaux. Cependant le budget consacré à des actions de nutrition dans chaque région est très variable et sans rapport avec la population de la région (de 102 000 à 527 000 euros par région en 2004).

De par sa déclinaison régionale, le PNNS est largement implanté au niveau régional, avec cependant des disparités dues la composition des CTRN, à leur mode de fonctionnement, à la qualité des partenariats mis en place et aux budgets alloués.

En outre les CTRN ont participé en 2005 à l'élaboration des Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP), outils de planification régionale des actions de prévention, créés par la Loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. A ce jour des objectifs nutritionnels ont été intégrés dans tous les projets de PRSP, en tant que thème spécifique ou bien comme une thématique

transversale. Ces PRSP, actuellement en cours de validation, constitueront de 2006 à 2010 le cadre des politiques régionales de santé. Ils seront mis en œuvre et financés par les Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) et feront l'objet d'une évaluation. La prise en compte de la nutrition dans cette nouvelle organisation de la santé publique sur l'ensemble du territoire prouve que le PNNS a réussi à convaincre les décideurs et les acteurs régionaux de l'intérêt du sujet et de son importance comme déterminant essentiel des maladies chroniques et de l'obésité.

Les CTRN, ou le dispositif qui les remplacera dans la future organisation, ont fait la preuve de leur efficacité. Cependant la nouvelle configuration de l'organisation de la santé publique à partir de 2006 va modifier la répartition des rôles et des échanges entre échelon national et échelon régional ainsi qu'entre les régions. Certaines régions apparaissent actuellement en mesure de mettre en œuvre un plan régional nutrition en lien avec le programme national, en utilisant les outils et les procédures validés au niveau national. Mais d'autres régions, dont l'expérience sur la thématique nutrition est plus faible et dont les ressources humaines sont plus limitées, devraient avoir besoin d'un soutien plus étroit de la part de l'échelon national.

2.2.2.4.2. Les appels nationaux à projet du PNNS

En 2002, la DGS a mis en place une procédure nationale d'appel à projets. En 2003, la déconcentration de 70 % des crédits a offert des possibilités d'actions au niveau local, les DRASS filtrant dorénavant les projets candidats au niveau national. À partir de 2005, tous les fonds (Etat, Caisse nationale d'assurance maladie, Cnam/FNPEIS) étant régionalisés, les projets nutrition sont sélectionnés par un comité régional mixte État-Assurance maladie qui répartit les crédits « santé publique-prévention » et préfigure le futur « Groupement régional de santé publique » (GRSP).

Ces appels à projet visaient à identifier et promouvoir les interventions et les modes d'actions, notamment intersectoriels de type étude-action, capables de faire évoluer les comportements (des usagers ou des professionnels) dans le sens des objectifs du programme national nutrition santé, en respectant ses principes et en se basant sur les référentiels des guide alimentaires du PNNS.

Les appels d'offre précisait que les projets devaient mettre en œuvre une évaluation rigoureuse du processus d'intervention et des résultats de l'intervention. La qualité de l'évaluation des résultats était un élément déterminant du choix final : mode d'échantillonnage, taille de l'échantillon, indicateurs retenus, précision des mesures effectuées.

- Plus de 230 projets ont été adressés à la Direction générale de la santé à la suite de l'appel à projet 2002 du Programme National Nutrition Santé. Une commission de sélection, réunissant experts en nutrition et en éducation pour la santé, responsables d'actions de terrain et hospitaliers, cadres des administrations, professionnels issus de différentes régions de France, a examiné les 154 dossiers répondant aux critères de mode de financement et de délai définis par le texte de l'appel à projet. Cette commission de sélection a réalisé un classement de ces dossiers sur la base de critères élaborés spécifiquement pour cet appel à projet. Ainsi, les 23 projets les mieux classés par le jury ont été retenus d'emblée. Devant la qualité des dossiers proposés, une enveloppe financière complémentaire a pu être dégagée et les 18 projets suivant dans l'ordre de classement ont également pu être retenus. Au total c'est donc 41 projets financés à hauteur de 850 000 euros.

- Comme en 2002 un appel national à projets a été proposé en 2003. Un certain nombre de modifications ont été faites dans la procédure de sélection. Les dossiers devaient être obligatoirement déposés dans un premier temps au niveau des DRASS.

Les projets élus correspondent à des études-action menées dans le cadre des objectifs et orientations stratégiques d'intervention du Programme National Nutrition Santé. Ils devaient en respecter les principes. Ils étaient obligatoirement orientés vers l'alimentation globale des individus et /ou leur activité physique. Ils devaient viser une évolution de comportements liés à la nutrition clairement identifiés et objectivés par des indicateurs clairs, précis, mesurables objectivement. Ils devaient mettre en œuvre une évaluation rigoureuse du processus d'intervention et des résultats de l'intervention. La qualité de l'évaluation des résultats a été un élément déterminant du choix final : mode d'échantillonnage, taille de l'échantillon, indicateurs retenus, précision des mesures effectuées.

Dans le but d'estimer la reproductibilité du projet, les projets soumis devaient identifier clairement les objectifs, les méthodologies, les modes d'action, les outils d'intervention, l'organisation pratique du travail de terrain, les conditions de la mise en œuvre des actions, les compétences nécessaires à la réalisation du projet.

Les interventions menées avec et auprès de populations défavorisées ont été étudiées avec un soin particulier.

La durée maximum de l'action (évaluation comprise) devait être au maximum de 24 mois. Les éléments déterminant de la sélection ont été :

- le respect des principes du PNNS,
- l'évolution des comportements dans le sens des objectifs du PNNS,
- l'utilisation du référentiel du guide alimentaire " la Santé vient en mangeant ", le guide alimentaire pour tous pour les repères de consommation alimentaire,
- la reproductibilité,
- l'exemplarité,
- l'innovation,
- l'évaluation des résultats.

- En 2004, pour la première fois, l'appel à projet national du PNNS a été conjoint entre l'Assurance maladie et la Direction générale de la santé. Il était doté de 2,7 millions d'euros.

Au total, sur 3 ans, 152 projets ont été financés après sélection par un Comité Scientifique ad'hoc sur les 460 projets soumis aux appels d'offre.

Le très grand nombre d'actions menées dans le cadre du PNNS dans des directions complémentaires, liées aux axes stratégiques qui orientent ce programme, a conduit à organiser le 4 novembre 2004 un colloque national à la cité des sciences et de l'industrie (Paris): " PNNS : de la politique nationale aux actions de terrain : dynamique et cohérence »".

L'objectif du colloque était de faire apparaître, pour tous les acteurs concernés par le PNNS, la dynamique et clarifier la cohérence des actions menées, dans le but d'augmenter la visibilité de ce programme national. Il avait pour but de rappeler que les principes et les outils du PNNS sont les références auxquelles les promoteurs de programmes et d'actions doivent se référer, dans un cadre ouvert à une démarche participative et constructive.

90 actions de terrain ont été présentées à l'occasion de ce colloque, regroupées par thèmes et régions (voir Annexe 2).

2.2.2.4.3. Les projets régionaux

- De nombreux projets ont été menés en région entrant dans le champ du PNNS (appuyés par des financements loco-régionaux). Il n'y a pas de recensement exhaustif de ces actions. Une enquête faite auprès de 17 régions ayant répondu à un questionnaire spécifique de la DGS a permis de recenser en 2004 un total de 503 actions. Dans 6 régions, plus de 30 actions avaient été menées.

Voir bilan des projet: cf chapitre 3.1.5.1, page 130.

- Des actions régionales ont été menées par le réseau de prévention et de promotion de la santé de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF). La Mutualité Française s'est investie depuis 2001 dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS), à travers le département de santé publique de la FNMF et le réseau national de prévention et de promotion de santé composé de 74 unions départementales et 19 unions régionales.

Membre du comité de pilotage permanent et du comité stratégique PNNS, la FNMF a développé, en accord avec les principes, axes stratégiques, objectifs et repères du PNNS, une forte politique Nutrition. Ainsi 83 programmes ont été mis en œuvre sur l'ensemble du territoire et ont fait l'objet globalement en 2005 d'une analyse par un organisme externe.

Année	Nombre de programmes	Nombre de fiches-actions	Nombre de programmes non étudiés
2001	6	6	0
2002	13	11	2
2003	25	23	5
2004	40	30	10
Total	83 projets	70 fiches-actions	17

La liste des programmes du réseau de prévention et de promotion de la santé de la mutualité française par année est présentée dans l'Annexe 4

Voir bilan des projet: cf chapitre 3.1.5.2, page 130.

2.2.2.4.4. La dynamique départementale

Projet du Val-de-Marne

Ce projet développé dans le Val-de-Marne est antérieur au PNNS. Le Conseil général, initiateur et pilote, a engagé, avec les professionnels de la santé, de l'éducation et du sport et leurs institutions, deux programmes de prévention primaire, l'un visant à « faire des adolescents des consommateurs avertis », l'autre, mené dans le même temps et en cohérence, à améliorer la politique nutritionnelle dans les établissements (collèges). Le programme est complété par un volet de dépistage et de prise en charge des enfants obèses, qui est présenté brièvement ci-dessous.

« Prévention obésité 94 » est un programme qui s'adresse aux jeunes déjà en surpoids, dépistés dans l'ensemble des classes de 5^e du département depuis 2002 (2 261 élèves). En 2003, le programme s'est enrichi d'une prise en charge collective, hors collège, sous la forme d'ateliers pratiques relevant de l'éducation thérapeutique, accessibles aux jeunes collégiens dépistés comme aux jeunes patients des médecins traitants.

Les objectifs de prise en charge s'articulent autour de deux idées centrales :

- permettre à un enfant en surpoids de retrouver des repères nutritionnels et des activités physiques, ce qui implique une démarche éducative et l'adhésion de l'enfant ;
- repérer et traiter les comorbidités associées, ce qui suppose une demande de soins de la part de l'enfant et une réponse médicale adaptée.

Les effets des ateliers pratiques, hors collège, la prise en charge thérapeutique et éducative des jeunes en surpoids sont en cours d'évaluation. D'ores et déjà, ils semblent répondre particulièrement aux problèmes de l'obésité dans les familles dont l'environnement est difficile et à la souffrance psychologique des jeunes en surpoids.

Les principaux résultats obtenus dans les collèges concernés peuvent être résumés de la façon suivante :

- peu de jeunes refusent la proposition d'aide (8 %) ; la majorité (78 %) des jeunes ayant accepté la proposition de prise en charge ont construit un programme de changement ;
- à l'issue d'un suivi de six mois au collège, il apparaît que changer son alimentation a été plus facile que réduire sa sédentarité ;
- le recours au médecin traitant est faible (35 %) mais lié à des souffrances avérées ;
- 8 jeunes sur 10 se sont sentis motivés et/ou aidés par le programme. En fin d'année, si 5 % des jeunes initialement en surpoids ont franchi le seuil de l'obésité, 19 % n'ont plus de surpoids et 30 % des jeunes initialement obèses ont ramené leur corpulence à un simple surpoids.

Outre son échelle qui est le département, l'approche générale du Val-de-Marne se caractérise par une prise en charge, d'abord éducative et, quand les besoins le nécessitent, médicale, la mobilisation de réseaux paramédicaux et éducatifs et la prise en compte des aspects individuels (l'adolescent, ses parents) et collectifs (les pairs).

2.2.2.4.5. Mise en place des villes actives du PNNS

Lors de l'appel à projet du PNNS 2002 certaines municipalités ont déposé des dossiers, manifestant ainsi leur intérêt à inscrire certaines de leurs actions dans le cadre du programme. D'autres municipalités soutiennent des actions qui entrent dans le champ des préoccupations du PNNS. Le réseau ville santé OMS, qui a signé une convention de collaboration avec la DGS, a manifesté sa volonté de contribuer au développement de ce programme (voir chapitre 2.2.4.5.).

Un groupe de travail a été mis en place au 2eme semestre 2003, dans le cadre du Comité de Pilotage du PNNS. Son objectif était de faire des propositions très concrètes pour la mise en œuvre de programmes et d'actions au niveau municipal, contribuant à l'atteinte d'objectifs du PNNS. En effet, les municipalités, par leurs compétences et leurs liens avec les populations, sont des acteurs importants pour la mise en œuvre d'interventions de proximité, en adéquation avec les stratégies du PNNS, qui contribuent à l'atteinte de ses objectifs.

Le groupe de travail comprenait des représentants du comité stratégique et du comité de pilotage permanent du PNNS, de la direction des collectivités locales du ministère de l'intérieur, de la Direction générale de l'action sociale, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, des services déconcentrés de l'Etat, de l'association des maires de France, du réseau français des villes santé de l'OMS, de divers types de municipalités (rurales, urbaines de diverses tailles). Le groupe de travail a présenté un rapport discuté au comité stratégique du programme national nutrition santé en octobre 2004.

Après avoir pris connaissance des outils et interventions conçues dans le cadre du PNNS, recensé les possibilités et les limites de l'action municipale dans les domaines d'intervention entrant dans le champ du PNNS et pris connaissance des diverses possibilités de financement d'actions relevant de l'échelle municipale en matière santé-social (par exemple les contrats ville), le groupe a :

- déterminé les objectifs, les stratégies correspondant au PNNS qui apparaissent les plus adaptées à une intervention au niveau municipal,
- mis en évidence les groupes de population pouvant être plus particulièrement ciblés,
- identifié les personnels municipaux susceptibles de développer les actions et véhiculer les messages,
- conçu quelques actions précises, concrètes et réalistes et leurs moyens d'évaluation,
- identifié les moyens humains, matériels et financiers permettant de développer des actions en s'appuyant sur les municipalités,
- déterminé les coopérations institutionnelles indispensables.

Une charte d'engagement a été proposée aux municipalités :

- Les municipalités intéressées s'engagent à

Article 1 : devenir un acteur actif du PNNS en mettant en oeuvre, promouvant et soutenant toute action qui contribue à l'atteinte des objectifs du PNNS,

Article 2 : mettre en oeuvre, chaque année, au moins une des actions spécifiques parmi celles citées dans la liste des actions municipales proposées par le PNNS ou une action innovante conforme au PNNS,

Article 3 : veiller à ce que, pour toutes les actions mentionnées à l'article 2 et menées dans le cadre de la collectivité locale, soient utilisées exclusivement les recommandations issues des référentiels du PNNS et à veiller à ce que toute action nutritionnelle impliquant la collectivité n'aille pas à l'encontre des repères des consommations du PNNS,

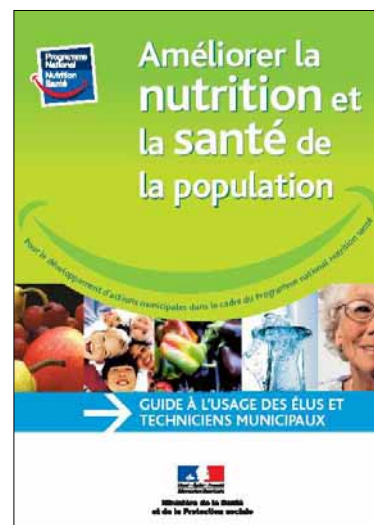
Article 4 : nommer un référent « actions municipales du PNNS » qui informera les services régionaux de santé et rendra compte annuellement, au Comité Stratégique du PNNS, des actions mises en place,

Article 5 : afficher le logo « Ville-active du Programme National Nutrition Santé » de façon explicite sur les documents afférents à cette action,

- le Programme National Nutrition Santé s'engage à

Article 6 : fournir, au niveau régional ou national le cadre, les outils et les conseils utiles à la mise en oeuvre des actions.

De plus une brochure « Améliorer la nutrition et la santé de la population, guide à l'usage des élus et techniciens municipaux » a été rédigée par le groupe de travail. Il présente sous une forme concise des propositions très concrètes pour développer au niveau municipal des projets cohérents avec le PNNS.



41 villes ont signé la charte d'engagement des villes actives du PNNS en 2004-2005

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Besançon (25) | Falaise (14) | Royan (17) |
| Bordeaux (33) | Grande Synthé (59) | Saint André (59) |
| Brest (29) | Villeneuve d'Asq (59) | Saint Chamas (13) |
| Lorient (56) | Wasquehal (59) | Saint Etienne (42) |
| Brive (19) | Sailly sur la Lys (62) | Feurs (42) |
| Calais (62) | Le Portel (62) | Saint Jean (31) |
| Cannes (06) | Durtol (63) | Labruguière (81) |
| Antibes (06) | La Ville aux Clercs (41) | Soissons (02) |
| Mouans-Sartoux (06) | Orléans (45) | Beauvais (60) |
| La Gaude (06) | Nancy (54) | Saint-Léger en Bray (60) |
| Marseille (13) | Nîmes (34) | Valence (26) |
| Salon de Provence (13) | Paris (75) | Villers-Cotterêts (02) |
| Carqueiranne (13) | Asnières (92) | Dammarie-les-Lyz (77) |
| Dunkerque (59) | Chaville (92) | |

2.2.2.4.6 Actions municipales à l'initiative d'acteurs privés

2.2.2.4.6.1. Ensemble, prévenons l'obésité des enfants (EPODE) est un programme de prévention santé mis en place dans 10 villes avec pour objectif d'éviter la prise de poids excessive des enfants de 5 à 12 ans. Ce programme a été lancé à l'initiative de promoteurs associatifs (Observatoire des Habitudes Alimentaires et du Poids) et l'APOP (Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie) et est coordonné par une agence de communication « Protéines Contact ».

C'est à l'échelon local, au coeur même de la ville que des actions transversales sont mises en place pendant 5 années pour mobiliser l'ensemble de la collectivité. Des actions de proximité sont menées pour et avec la population, dans la ville. Les notions de nutrition et de diversité alimentaire sont ainsi développées pour familiariser les enfants avec les fruits et légumes dès la maternelle, favoriser la découverte pratique des aliments et leur appréciation gustative. Les jeux « actifs » et la découverte d'activités physiques ne relevant pas nécessairement d'une pratique sportive sont également promus.

L'agence Protéines Contact a la charge de la mise en œuvre opérationnelle du programme : recherche de fonds de financement, coordination nationale du programme, conception des outils, organisation événementielle, conseil et communication, en relation directe avec les villes et leurs équipes municipales.

Dans toutes les villes sélectionnées, une forte volonté politique du maire est affichée. Le maire nomme en effet un chef de projet local qui est la personne clef entre les actions conçues par la coordination nationale et la mise en place locale. L'objectif est de mobiliser l'ensemble des acteurs locaux selon un schéma général d'organisation basée sur les recommandations scientifiques actuelles dans le respect des spécificités locales.

La ville assure ainsi la mise en pratique du programme et la coordination des intervenants locaux.

L'APOP et l'AFPA participent pleinement à la mise en œuvre locale du programme, notamment dans le cadre des équipes scientifiques mises en place dans chaque ville. Un médecin expert et un diététicien sont sollicités pour respectivement, au sein de la ville, être le porte-parole scientifique du programme et apporter son expertise en matière de règles hygiéno-diététiques.

Un médecin et une infirmière scolaires interviennent pour peser et mesurer les enfants de 5 à 12 ans tous les ans, ceci, grâce à la coordination du programme et du Ministère de la Jeunesse, de l'Education Nationale et de la Recherche, dont le programme a obtenu le patronage.

Le financement est assuré en partie par les villes pour toutes les actions mises en place localement et par des partenaires privés qui regroupent actuellement Nestlé, partenaire de l'étude Fleurbaix Laventie Ville Santé depuis 1992, APS - Assureurs Prévention Santé (Groupement des assureurs santé français), ainsi que des partenaires locaux pour les différentes opérations.

Les partenaires ayant signé la charte de partenariat contractuel s'engagent :

1. pas de communication de marque produit,
2. pas d'intervention dans le contenu du programme,
3. communication institutionnelle portant uniquement sur la démarche,
4. n contrepartie, les logos des partenaires sont présents sur les affiches et documents de communication.

2.2.2.4.6.2 Etude Fleurbaix-laventie Ville Santé.

Depuis 1992, les habitants de Fleurbaix et Laventie, deux petites communes rurales du Nord / Pas-de-Calais, participent à une étude de prévention nutritionnelle.

- Ils contribuent à la recherche scientifique en acceptant de répondre à de nombreux questionnaires concernant leurs habitudes de vie, et de réaliser des prélèvements sanguins indispensables pour connaître les relations pouvant exister entre alimentation et état de santé.

- Ils sont acteurs d'une expérience pilote visant à faire de chacun l'acteur de sa propre santé.
- Ils testent l'efficacité d'un «coaching santé».

Cette étude bénéficie d'un parrainage des Ministère de l'Education Nationale, de l'Agriculture, de la Pêche et de l'Alimentation, de la Santé, des Sports et du Conseil régional du Nord Pas de Calais et du soutien financier de partenaires économiques : Centre d'Etudes et de Documentation du Sucre (CEDUS), Lesieur, Nestlé, Go Sport, Fournier Pharma et Roche

Trois études successives ont été développées sur ces populations depuis 1992 :

- Fleurbaix Laventie Ville Santé I (1992 -1997) a étudié l'impact d'une éducation nutritionnelle des enfants sur les habitudes alimentaires d'une population.
- Fleurbaix Laventie Ville Santé II (1997 - 2002) a permis de comprendre les déterminants de la prise de poids : alimentation, activité physique, hormones, facteurs biologiques ou génétiques, stress et psychologie
- Fleurbaix Laventie Ville Santé III (2002 -2007) a pour objectif de donner à chacun les moyens de devenir acteur de sa propre santé grâce à un programme de «coaching santé».

Ont été mesurés à plusieurs reprises entre 1992 et 2005, les enfants scolarisés entre la grande section de maternelle et le CM2 dans l'ensemble des écoles des deux villes. Ces données ont été collectées dans le cadre de diverses études épidémiologiques qui se sont déroulées sur place.

La population de ces deux villes est particulièrement sensibilisée aux relations nutrition et santé du fait:

- d'un programme d'éducation nutritionnelle renforcé dans les écoles depuis 1992
- qu'une partie de la population a rempli des questionnaires à plusieurs reprises sur l'alimentation, l'activité physique, les préoccupations pondérales...
- que, depuis 2003, un « coaching personnalisé » est proposé à toutes les personnes qui le souhaitent pour lesquelles une inadéquation aux sept recommandations nutritionnelles du PNNS a été dépistée

2.2.2.4.7. Implication des Villes santé de l'OMS

Les villes qui composent le Réseau Français des Villes Santé de l'OMS ont reconnu en 2005 l'alimentation comme un déterminant de santé fondamental. Elles ont été parmi les premières collectivités territoriales à s'engager dans le Programme National Nutrition Santé.

Nourri de leur savoir-faire, elles ont publié un Guide, réalisé dans le cadre d'une convention avec le Ministère de la Santé, rassemblant le fruit de leur réflexion et de leur expérience. Ce guide est principalement destiné aux élus et techniciens municipaux désireux de s'investir dans une démarche Nutrition à l'échelle de leur commune. Volontairement très pratique, il a pour principale ambition d'apporter à tous ceux qui souhaitent s'investir dans le domaine nutritionnel au niveau local une aide efficace et de précieux éléments de réponse à leurs préoccupations.

Un groupe d'une dizaine de villes du Réseau s'est réuni régulièrement en séminaires pour construire ensemble ce guide de préconisations destiné à accompagner les villes dans l'élaboration d'actions locales en cohérence avec le Programme National Nutrition Santé. Il s'agit donc d'un guide de préconisations pratiques et adaptables aux différentes réalités de terrain. Il a été construit en complémentarité avec deux guides Nutrition déjà existants : - " Améliorer la Nutrition et la Santé de la population : guide à l'usage des élus et techniciens municipaux. Pour le développement d'actions Municipales dans le cadre du PNNS " et " La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous " ou " La santé vient en bougeant, le guide nutrition pour tous",

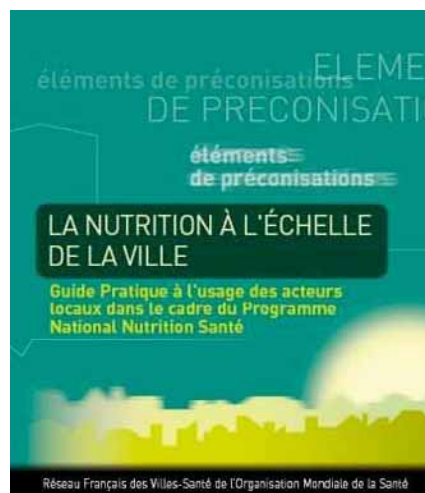
A l'échelle de la ville, ce guide a pour objectif de soutenir les responsables municipaux dans :

- la définition et la clarification d'un sens partagé des interventions en Nutrition prenant en compte les enjeux et les contraintes des différents acteurs,
- la concrétisation de programmes Nutrition pertinents en adéquation avec les besoins locaux et les demandes de la population,
- la mise en cohérence des interventions.

A partir d'expériences au sein du Réseau Français des Villes-Santé dans le domaine de la Nutrition, différents domaines d'intervention dans lesquels les villes s'investissent sont identifiés dans le guide:

- la prévention : éducation nutritionnelle, renforcement des compétences – dont formation des professionnels- promotion de l'activité physique et sportive, prévention liée aux pathologies (diabète, ostéoporose, pathologies cardio-vasculaires, obésité),...
- l'environnement, le développement durable : réflexion autour des organismes génétiquement modifiés (O.G.M.), démarche d'éco-citoyenneté, ...
- les champs économique et social : accès financier facilité, éducation nutritionnelle comme facteur d'insertion, création de liens sociaux – repas intergénérationnels, repas interculturels,...
- le soin et le dépistage : consultations de diététique, construction de réseaux locaux,
- la recherche et les études : études sur les facteurs de risque ou diagnostic,
- la citoyenneté : favoriser l'adoption de comportements citoyens,
- le contrôle : sécurité alimentaire, surveillance diététique, ...

Des tableaux présentent des interventions de villes du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS dans le domaine de la nutrition. Ces exemples illustrent le panel d'actions que les villes peuvent mener en matière de nutrition, en lien avec le Programme National Nutrition Santé.



2.2.2.4.8. Le réseau des Ecomaires

En 2005, le réseau des Ecomaires, auquel adhèrent plus de 700 villes de tailles diverses a souhaité développer son implication en vue de promouvoir le PNNS au sein des municipalités et l'adhésion des villes à la Charte « villes actives du PNNS ». C'est ainsi que le Président des Ecomaires a cosigné en octobre 2005, avec le Ministre de la santé et des solidarités, une lettre d'information sur le sujet, adressée à l'ensemble des adhérents au réseau. De plus, les Ecomaires ont adressé en décembre 2005, un questionnaire aux maires afin de connaître leur implication et leurs ambitions dans le domaine de la nutrition, dans le champ de compétence qu'ils exercent. Ce réseau organisera un colloque au Sénat sur le sujet le 21 avril 2005.

2.2.2.4.9. Action de sensibilisation des agents de l'administration sanitaire et sociale

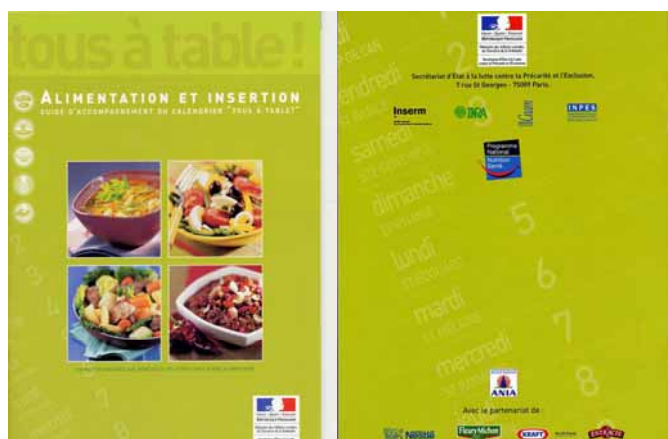
La magazine interne de l'administration sanitaire et sociale, "Acteurs magazine" n°92 de décembre 2005-janvier 2006, distribué à l'ensemble des agents de cette administration, au niveau central et déconcentré, a consacré son dossier central au Programme national nutrition santé.

2.2.2.5. *Actions vers les groupes à risque*

2.2.2.5.1. Populations défavorisées

2.2.2.5.1.1. Réalisation de documents adaptés

- Réactualisation en conformité avec le PNNS du classeur « Alimentation a tout prix » publié par l'INPES dès le milieu des années 90. Cette nouvelle version sera disponible durant le premier semestre 2006. Il s'agit d'un outil d'éducation pour la santé relatif à la problématique « alimentation et précarité », présenté sous forme d'un support pédagogique destiné à être utilisé par les professionnels des secteurs sanitaires et sociaux ou par des bénévoles d'associations caritatives, soit comme outil de formation vis-à-vis d'autres professionnels ou bénévoles, soit comme outil d'intervention avec des personnes en situation de précarité et les bénévoles intervenant au niveau de l'aide alimentaire.
- Rédaction d'un guide « Tous à table » destiné aux bénévoles des structures d'aide alimentaire et diffusé dans le cadre d'une journée de formation en lien avec un document d'information présenté sous forme d'un calendrier pour les bénéficiaires (présentant des recettes à faible coût ayant vocation à faciliter le dialogue avec les personnes fréquentant les structures d'aide alimentaire). Ces guides et affiches ont reçu un soutien financier d'opérateurs économiques (ANIA et firmes agro-alimentaires). Ils ont été réédités en 2005.



2.2.2.5.1.2. Coordination avec le Plan Alimentation-Insertion

Dès 2003 le secrétariat d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion a lancé une action visant la formation des bénévoles des structures d'aide alimentaire, appuyée par des outils pédagogiques. Cette action a été développée par les DDASS chargées de faire remonter les besoins en formation et de préparer leur mise en place localement. Des formations ont eu lieu

dans une dizaine de villes en France. Dans ce but des outils ont été développés avec le concours de l'INPES (guide « Tous à table » et calendrier). Les documents de formation se sont également appuyés sur les modules développés par les banques alimentaires

2.2.2.5.1.3. Développement d'un aliment de rue adapté à la couverture des besoins des personnes sans domicile fixes : le VITAPOCHE

Un aliment constitué d'une pâte alimentaire chocolatée enrichie en vitamines et minéraux (VITAPOCHE) emballée dans un sachet hermétique a été mis au point en collaboration avec la société Nutriset, spécialisée dans la fabrication d'aliments pour l'aide alimentaire d'urgence.

Discret, non périssable, cet aliment se glisse facilement dans la poche et peut être consommé à tout moment et n'importe où. Consommé à raison de 1 sachet par jour, cet aliment est destiné à apporter de l'énergie et à combler les déficits en vitamines et minéraux spécifiquement observés chez les personnes sans-abri. Le comité d'experts spécialisés en Nutrition Humaine de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire a émis un avis favorable pour son utilisation dans le cadre d'une étude d'acceptabilité. Après amélioration de la formule dans le cadre d'une étude menée avec des personnes sans domicile fixe, le Vitapoche a reçu une autorisation de distribution dans le cadre strict des organismes d'hébergement ou d'aide alimentaire.



Voir évaluation du Vitapoche: cf chapitre 3.1.6.1, page 132

2.2.2.5.2. Actions spécifiques en direction des personnes âgées

Le ministère délégué aux personnes âgées développe depuis 2002 le programme "Bien vieillir" en lien avec le ministère de la jeunesse et des sports. Il comporte une forte composante nutrition. Il a été initialement mis en œuvre dans 17 villes volontaires. Depuis 2003, le programme a été renforcé et le PNNS constitue désormais l'axe d'orientation des actions en matière alimentation nutrition et activité physique de ce programme. En 2005, un appel à projet doté au total de 3 Millions d'euros a été lancé dans le but de promouvoir des actions entrant dans le cadre fixé par le programme,

notamment sur la question de l'alimentation et de l'activité physique des personnes âgées. (voir www.sante.gouv.fr thème personnes âgées).

2.2.2.5.3. Actions spécifiques vis-à-vis des groupes à risque

2.2.2.5.3.1. *Améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment en cas de désir de grossesse*

- Une action de sensibilisation des professionnels de santé sur la question de la prévention des anomalies de fermeture du tube neural par l'alimentation et la supplémentation en folates des femmes avant et pendant la grossesse a été faite par voie d'e-mailing et de publi-rédactionnels dans la presse médicale (2004). L'information, s'appuyant sur les outils élaborés par l'INPES a également été transmise au travers des centres de planning familial, des PMI, des pharmacies et de la presse féminine, jeune et familiale.

Cette sensibilisation a été relayée début 2005 par la réalisation d'une affiche et d'une brochure destinées aux femmes en désir de grossesse ou enceintes.



4 200 affiches et 200 000 brochures ont été diffusées, dans un premier temps, auprès de 150 000 professionnels relais, dont 62 300 médecins généralistes. Le retour des bons de commande devrait permettre de diffuser 87 000 affiches et 1250000 brochures.

Le guide nutrition destiné aux femmes enceintes et durant le post partum (dans ses versions grand public et professionnels de santé) abordera également la question de la prévention de la carence et de la déficience en folates durant la grossesse et de ses conséquences sur le nouveau-né.

Une préparation pharmaceutique de folates, à une dose adéquate pour la prévention (dosée à 400 µg/capsule) et donc adaptée pour la supplémentation des femmes en désir de grossesse ou enceinte a été développée par un laboratoire pharmaceutique. Cette spécialité (Acide Folique CCD 0,4 mg) est maintenant remboursée par l'assurance maladie

2.2.2.5.3.2. *Promouvoir l'allaitement maternel*

- Pour promouvoir l'allaitement maternel, un document scientifique validé sur l'intérêt santé de l'allaitement maternel a été diffusé auprès des professionnels relais (collection des Synthèses du PNNS).

- Un CDROM conçu par l'association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) avec le groupe allaitement de Chambéry a et visant la promotion de l'allaitement maternel auprès des professionnels en contact avec les femmes et les familles durant les périodes pré et post natales a été développé et est en cours d'évaluation. Il devrait permettre de compléter la sensibilisation et la formation de ces professionnels afin de créer un environnement favorable à une pratique prolongée de l'allaitement notamment exclusif.

- La nouvelle version du carnet de santé de l'enfant distribuée depuis le 1^{er} janvier 2006 aborde de façon beaucoup plus incitative la question de l'allaitement maternel. Le guide nutrition pour les parents développe de façon complète la question et dès 2006, le volet 0-3 ans de ce guide sera distribué par les maternités aux femmes ayant accouché.

- La DGS a contribué au financement du CERDAM (Centre ressource documentaire pour l'allaitement maternel), et de la coordination française pour l'allaitement maternel (CoFAM) en vue de l'organisation de journées interrégionales de sensibilisation de professionnels de l'enfance à la promotion de l'allaitement maternel. Ces « Journées Régionales Allaitement » pour les professionnels de santé intervenant dans les débuts de l'allaitement ont été organisées par la CoFAM à partir de 2005. Elles avaient pour objectif de sensibiliser les professionnels, de les informer sur les données les plus récentes, afin de renforcer le développement d'attitudes professionnelles de qualité et de susciter des demandes de formation.

Trois journées ont été proposées en 2005 (à Bordeaux, Rouen, Paris). Deux sont prévues en 2006 (à Nantes et Strasbourg). Le programme développé dans ces journées « Accompagner la naissance, accompagner l'allaitement » est articulé autour de 4 thèmes : grossesse et accouchement, accueil à la naissance, séjour en maternité, retour à domicile.

Chaque journée a été organisée en concertation avec des partenaires locaux : professionnels de santé de maternités et de PMI, DRASS et DDASS, associations de soutien à l'allaitement.

A l'occasion de ces journées ont été remis aux participants, le livret des interventions, la synthèse PNNS "Allaitement Maternel-les bénéfiques pour la santé de l'enfant et de sa mère", le guide CoFAM des "Ressources pour l'Allaitement Maternel".

Au total ces 3 journées ont permis de sensibiliser 1552 professionnels de santé. La répartition des participants par catégories professionnelles figure dans le tableau suivant:

	BORDEAUX	ROUEN	PARIS	total
Total des participants en 2005	442	454	656	1552
Sages-femmes	154	155	192	501
Infirmières-Puéricultrices	58	137	185	380
Auxiliaires de puériculture	71	66	150	287
Médecins	47	53	57	157
Autres	112	43	72	227

700 personnes sont déjà inscrites pour la session de Nantes.

Voir évaluation des journées COFAM: cf chapitre 3.1.6.2, page 134

2.2.2.5.3.3 Améliorer le statut en en fer, calcium et vitamine D

- pour les enfants et les adolescents, les guides alimentaires spécifiques développés fournissent les repères et les conseils destinés à prévenir les déficiences en fer, calcium et vitamine D de ces populations.
- pour les personnes âgées, des recommandations ont été proposées et diffusées aux professionnels de santé afin d'améliorer leur statut en calcium et en vitamine D (synthèse du PNNS) et elles figureront également dans le guide professionnel pour les seniors dont la parution est prévue au second semestre 2006. Le guide grand public pour les personnes de plus de 60 ans et le guide destiné aux aidants familiaux et professionnels aborderont ces aspects.

2.2.2.5.3.4 Lutter contre la dénutrition des sujets âgés

Sur la question de la dénutrition des personnes âgées, outre les actions mises en place dans les établissements de soins, des formations seront développées à l'attention des aidants à domicile. Le module servant de support à ces formations sera disponible début 2006 et mettra l'accent sur la reconnaissance et l'alerte devant des signes de risque de dénutrition. Le guide senior à destination des professionnels de santé de ville sera largement consacré à cet aspect.

2.2.2.5.3.5 Prendre en compte les problèmes d'allergies alimentaires

Pour limiter le risque de développement de phénomènes d'allergies alimentaires, des recommandations sur la prévention ont été diffusées, notamment via les guides nutrition pour les parents (version grand public et professionnels) ; sur la base du rapport de l'AFSSA de 2002, une « synthèse du PNNS a été rédigée et largement distribuée notamment en direction des médecins généralistes. La France a contribué à l'élaboration de la directive européenne sur l'étiquetage des allergènes sur les produits alimentaires.

2.2.2.6. Surveillance nutritionnelle

2.2.2.6.1. Création d'une structure dédiée à la surveillance nutritionnelle

L'unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN), unité mixte de l'institut de veille sanitaire, Paris 13 et du Conservatoire National des Arts et Métiers, a été créée en mai 2001. Elle a pour objectifs de :

- Connaître la distribution des facteurs connus de risque (et de protection) liés à la nutrition au niveau de la population générale;
- Surveiller l'évolution de ces facteurs de risque (ou de protection);
- Identifier des facteurs de risque (ou de protection) émergents, notamment en fonction du développement de nouveaux aliments ou comportements;
- Préciser les relations entre l'exposition aux facteurs de risque (et de protection) et les pathologies (mortalité, morbidité) pour lesquelles un lien a été mis en évidence;
- Evaluer l'efficacité des actions de prévention et les mesures de santé publique sur ces facteurs de risque (ou de protection).

Avec l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) elle concourt à l'évaluation de l'atteinte des objectifs du Programme National Nutrition Santé.

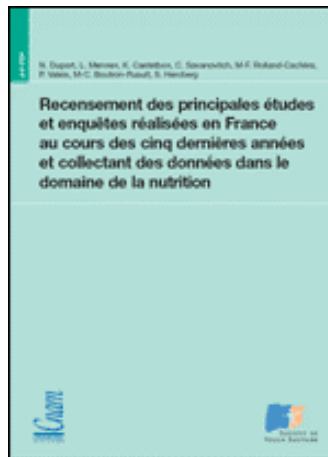
2.2.2.6.2. Mise en place et centralisation des résultats des études de surveillance nutritionnelle

2.2.2.6.2.1. Réalisation de rapports

- « Recensement des principales études et enquêtes réalisées en France au cours des cinq dernières années et collectant des données dans le domaine de la nutrition »

L'USEN a, dans ce rapport publié et mis sur le site de l'InVS (www.invs.sante.fr) en décembre 2003, dressé la liste des études ou enquêtes françaises récentes qui collectent (ou ont collecté) des données dans le domaine de la nutrition. Ces données correspondent à des informations sur la consommation alimentaire (aliments, macro ou micronutriments), ou sur des marqueurs du statut nutritionnel ou de risque nutritionnel (mesures anthropométriques, statut minéral ou vitaminique, bilan lipidique, tension artérielle, glycémie, ...).

Après avoir effectué des recherches dans les publications scientifiques (recherche Medline), les rapports et les sites d'organismes de recherche, un questionnaire de demande d'informations a été élaboré et envoyé par e-mail aux responsables des études recensées. La description des études a été faite à partir des informations indiquées dans ces questionnaires, sans jugement de la qualité des données, en distinguant les études selon leur schéma d'étude (transversale, etc.) et la tranche d'âge de leur population i) toutes catégories d'âge, ii) enfants, iii) personnes âgées. Un total de 49 études épidémiologiques a été répertorié. Ce rapport constitue une base de référence dans l'évaluation de la situation nutritionnelle en France.



- Un rapport intitulé « **Situation et évolution des apports alimentaires de la population en France, 1997-2003** » a été publié et mis en ligne en mai 2005 sur le site internet de l'InVS (www.invs.sante.fr). Ce rapport décrit les apports alimentaires de la population française sur la période 1997- 2003 d'après les données disponibles. Ont été colligées les données issues des instituts statistiques (Insee, FAO, etc.) et des principales études épidémiologiques recueillant des données alimentaires (SUVIMAX, Inca, Baromètre santé nutrition, etc.). Ce rapport est destiné à être mis à jour chaque année.



- Un rapport « **Situation et évolution de l'état nutritionnel et de l'activité physique de la population en France 1997-2003** » sera publié en 2006. Il fournira des données colligées à partir de différentes sources sur les marqueurs en rapport avec les objectifs du PNNS (marqueurs anthropométriques et paracliniques, évaluation de activité physique). Les informations proviennent de différentes sources de données : Baromètre santé nutrition, CeTAF, E3N, FLVS II, GAZEL, INCA, SUVIMAX). Ce rapport est destiné à être remis à jour régulièrement.

2.2.2.6.2.2. Réalisation des études

- le Baromètre Santé Nutrition de l'INPES

L'INPES a réalisé un Baromètre nutrition en 2002. Ses résultats ont notamment été publiés dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 29 avril 2003.

Le Baromètre santé nutrition a été réalisé entre le 2 février et le 29 mars 2002 auprès de 3 153 personnes âgées de 12 à 75 ans. L'échantillon a été constitué de façon aléatoire à partir du fichier des ménages abonnés au téléphone filaire hors liste rouge. Les interviews ont été réalisées par téléphone par les enquêteurs de l'institut BVA, chaque jour de la semaine y compris le dimanche. L'interview était assistée par ordinateur (système CATI, Computer assisted telephone interview).

Les interviewés ont été interrogés sur leur alimentation et leur activité physique des 24 dernières heures. Ils ont également été interrogés sur la fréquence de consommation des principaux types d'aliments au cours des 15 derniers jours.

- l'Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS)

L'InVS (par l'USEN) a développé les méthodologie de l'enquête nationale nutrition-santé (ENNS) destinée à suivre l'évolution des indicateurs liés aux objectifs du PNNS. Parallèlement, l'AFSSA a préparé la 2ème enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires (INCA2). Les deux études complémentaires seront mises en œuvre en 2006 (la complémentarité des deux études permettra des analyses au niveau régional).

La méthodologie retenue pour l'étude ENNS est celle d'une enquête transversale auprès d'individus vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine, associant une enquête alimentaire, un bilan clinico-biologique nutritionnel et un relevé d'informations par questionnaires concernant l'activité physique et les caractéristiques individuelles.

Cette étude inclura 4000 adultes (18 à 74 ans) et 2000 enfants (3 à 17 ans), résidant dans des ménages ordinaires en France métropolitaine entre janvier et décembre 2006. Le recrutement des sujets durera un an afin de tenir compte de la saisonnalité de l'alimentation et sera réalisé en trois vagues sur l'année d'étude. La sélection des sujets sera effectuée d'après un plan de sondage à trois degrés :

- tirage des unités primaires (regroupement de communes) avec stratification régionale et type de zone (urbaine / rurale),
- tirage des foyers dans ces unités primaires, sur les bases téléphoniques (liste blanche, liste rouge, téléphones portables),
- tirage d'un individu au sein du foyer selon la méthode de la date anniversaire.

Une étude de faisabilité et d'acceptabilité a été réalisée en 2004 par l'USEN (voir chapitre 3.1.7, page 135). Dans cette étude, le taux de participation à l'enquête alimentaire était de 58 % chez les adultes et de 72% chez les enfants ; le taux de réalisation du bilan clinico-biologique nutritionnel était de 47% chez les adultes, seuls concernés par ce bilan. Le nombre de foyers à contacter pour obtenir le nombre de sujets nécessaire effectivement inclus (recommandation européenne pour la surveillance nutritionnelle) est établi en conséquence.

Mesures recueillies

L'enquête alimentaire consistera en trois rappels des 24 heures répartis aléatoirement sur 15 jours (dont un rappel des 24 heures un jour de week-end).

Le bilan clinico-biologique nutritionnel réalisé chez les adultes, permettra les mesures suivantes :

- anthropométrie : poids, taille, indice de masse corporelle, tour de taille, tour de hanches,
- pression artérielle,

- marqueurs biologiques de l'état nutritionnel : cholestérolémie (totale, HDL, et LDL calculés), triglycéridémie, hémoglobininémie, ferritinémie, glycémie, hémoglobininémie glyquée, créatininémie et créatininurie, iodurie, folates et vitamine D sériques,

La description des marqueurs biologiques nutritionnels nécessite la réalisation de prélèvements sanguins, urinaires et de cheveux. Une partie de ces prélèvements sera utilisée pour la constitution d'une biothèque. Seuls les adultes seront concernés par les prélèvements sanguins et urinaires. Les enfants seront uniquement pesés et mesurés.

L'activité physique sera décrite grâce à des données recueillies par questionnaire, celui-ci étant adapté à l'âge du sujet. Les questionnaires utilisés ont été validés dans le cadre d'autres études de surveillance ou au sein même de l'USEN.

Des questionnaires complémentaires permettront de recueillir, en face-à-face ou par autoquestionnaires, des éléments sur : caractéristiques sociodémographiques, régimes alimentaires particuliers, prise de médicaments, tabagisme, connaissance d'un diabète, d'une hypercholestérolémie ou d'une hypertension artérielle, expositions environnementales, etc.

Organisation du recueil des données

Après la sélection aléatoire des foyers à enquêter, une brochure d'information leur sera envoyée pour présenter la conduite de l'étude. Puis, un médecin entrera en contact par téléphone avec le foyer, de façon proche de l'envoi du courrier, pour tirer au sort le sujet à enquêter et lui proposer qu'une diététicienne se rende à son domicile pour lui détailler le contenu de sa participation éventuelle. Cette visite à domicile permettra, outre le recueil de participation, de distribuer les autoquestionnaires et de programmer, pour les adultes, la réalisation du bilan clinico-biologique nutritionnel. L'enquête alimentaire sera réalisée par téléphone pour les sujets de plus de 15 ans et à domicile pour les enfants de 3 à 14 ans. La diététicienne se rendra à nouveau, à la fin de la période d'enquête alimentaire, au domicile du sujet pour lui poser le questionnaire d'activité physique et de données complémentaires. Dans le cas où le sujet adulte souhaite participer sans la visite à domicile d'une diététicienne, il lui sera proposé de réaliser l'étude uniquement par courrier et téléphone pour l'enquête alimentaire.

Suite au recueil du consentement du sujet, le bilan clinico-biologique nutritionnel sera réalisé soit dans un CES de la CnamTS, soit à domicile grâce au passage d'un infirmier. Les résultats des analyses biologiques interprétables au niveau individuel seront remis systématiquement au sujet, avec une lettre à son médecin traitant en cas de valeurs anormales. Par ailleurs, un bilan alimentaire lui sera remis, au regard des repères de consommation du PNNS.

L'ensemble des données, à l'exception des autoquestionnaires, sera recueilli directement sur ordinateur grâce au développement de système CAPI et à l'utilisation d'un logiciel adapté aux rappels des 24 heures. Par ailleurs, une application accessible par internet est développée pour permettre, pour chaque intervenant de la conduite de l'étude, le suivi des activités réalisées et le transfert des données recueillies sous informatique.

Ce protocole a été soumis, conformément à la réglementation, au CCPPRB, au CCTIR et à la Cnil.

Cette étude, lancée le 23 janvier 2006, est financée par l'InVS.

- Etat nutritionnel des populations vivant dans les départements d'Outre-Mer

a. Martinique, Guadeloupe : études Escal et Calbas

L'équipe de l'USEN a depuis 2003 donné un appui à la conception des protocoles et des analyses de données des études Escal et Calbas, conduites respectivement en Martinique et

Guadeloupe par la Cellule Inter-régionale d'Epidémiologie Antilles-Guyane, en collaboration avec l'Afssa et les institutions sanitaires locales.

Réalisée en 2003 – 2004, l'enquête sur la santé et les comportements alimentaires en Martinique (Escal) avait pour objectif, grâce à un recueil alimentaire et de données de santé, de décrire la situation nutritionnelle notamment au regard des objectifs du PNNS (et d'autre part d'évaluer l'exposition de la population aux pesticides organophosphorés apportés par l'alimentation). Les données alimentaires (deux rappels de 24 heures à un mois d'intervalle) nécessitaient un traitement préalable de codage et de saisie pour être analysées, ce qui a été réalisé par l'USEN. Ces données sont en cours d'analyse pour leurs apports nutritionnels.

Selon une approche comparable, un recueil de données alimentaires par rappel de 24 heures a également été mis en place dans certaines zones de la Guadeloupe. De la même manière, l'USEN en a assuré la saisie et les données seront décrites prochainement. Il est à noter dans ce cas, que pour des raisons logistiques, il n'a été possible de faire qu'un seul rappel des 24 heures. Une modélisation des apports alimentaires et nutritionnels sera donc effectuée pour vérifier la concordance des apports entre la Guadeloupe et la Martinique.

b. Mayotte : étude NutriMay

L'objectif du projet est de décrire la situation nutritionnelle (apports alimentaires, indicateurs de l'état nutritionnel) à Mayotte, en particulier chez les femmes en âge de procréer et les enfants d'âge pré-scolaire.

Seront collectées des données sur les apports alimentaires, les apports en énergie, macronutriments et micronutriments, l'indice de masse corporelle, le poids pour l'âge, poids pour taille, taille pour l'âge et périmètre brachial chez les jeunes enfants.

Seront étudiées les fréquences de sujets ayant des apports nutritionnels inadéquats au regard des Apports Nutritionnels Conseillés (ANC), des repères de consommation du PNNS et des définitions utilisées pour les objectifs du PNNS et les fréquences de sujets ayant un état nutritionnel inadéquat, dans le sens de la dénutrition, ou dans celui d'une surcharge pondérale.

Un tirage au sort d'îlots (base Insee) sera réalisé pour l'inclusion de 350 foyers, ce qui permettra selon le recensement de 2002, d'inclure environ 360 femmes en âge de procréer (15 – 44 ans) et 250 enfants de 4 ans et moins. Un sous-échantillon aléatoire de 100 foyers enquêtés entièrement permettra d'inclure environ 110 enfants des autres âges et 130 hommes adultes (15 ans et plus). Au total, environ 875 personnes seront donc enquêtées. L'île sera découpée en 5 zones, dans chacune desquelles un enquêteur sera en charge des enquêtes à domicile.

Les données recueillies porteront sur les conditions de vie et socio-démographie, consommation alimentaire par deux rappels des 24 heures à un mois d'intervalle, pratiques de diversification alimentaire (enfants de moins d'un an), changements récents dans l'alimentation, mode d'approvisionnement, anthropométrie, tension artérielle (adultes), activité physique (adultes).

Des procédures de recueil standardisées seront mises au point et fournies aux enquêteurs, ainsi que du matériel adapté pour la réalisation des mesures anthropométrique et de tension. Le recueil des données de rappel des 24 heures sera réalisé sur un logiciel adapté. Par ailleurs, les enquêteurs rendront compte de leurs activités hebdomadaires à un moniteur d'étude, qui sera chargé par ailleurs de la centralisation et de la vérification des données recueillies.

Ces études sont financées par l'InVS.

- Etudes sur l'obésité et surpoids de l'enfant

La surveillance de la corpulence des enfants en France comprend actuellement deux volets. L'étude réalisée en 2000, par l'USEN avec le soutien de la Direction de l'Enseignement Scolaire (DESCO), auprès des enfants de CE1 et CE2 va être répétée en 2006, dans au moins les mêmes académies que celles dans lesquelles l'étude avait été conduite en 2000. Cela permettra en suivant une méthodologie comparable de décrire l'évolution des prévalences de surpoids et d'obésité, ainsi que de leurs facteurs de risque qui sont recueillis dans cette étude.

Par ailleurs, l'USEN participe au comité de suivi du cycle triennal d'enquêtes sur la santé des enfants en milieu scolaire. Elles sont réalisées par la Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), la DESCO, la Direction de la Programmation et du Développement (DPD) et la Direction Générale de la Santé (DGS). Des analyses évolutives sur la corpulence et quelques indicateurs de comportement en lien avec la nutrition (activité physique, consommation de certains aliments) seront réalisées par l'USEN chez les enfants de grande section de maternelle, de CM₂ et de classe de troisième.

- Etude sur l'état nutritionnel des personnes âgées

L'objectif de cette étude coordonnée par l'USEN est de décrire l'état nutritionnel, les comportements alimentaires et l'activité physique des sujets de plus de 75 ans vivant en institution.

Cette étude, programmée en 2006, permettra de fournir des données descriptives sur l'état nutritionnel, les comportements alimentaires et l'activité physique pour disposer d'information de base pour l'évaluation des objectifs spécifiques du PNNS.

Une pré-enquête sera réalisée afin de recueillir des données sur le fonctionnement des institutions, en particulier au regard des aspects nutritionnels (alimentation, prise en charge de la dénutrition, compléments alimentaires, ...). Elle sera réalisée par questionnaire, passé pour partie par téléphone et pour le reste sur papier par courrier. Ces données seront utiles à la finalisation du recrutement aléatoire des personnes âgées pour la phase 2 de l'étude.

L'étude permettra de collecter des données autour de trois thématiques principales (état nutritionnel, comportements alimentaires, activité physique) complétées de données socio-démographiques (dont l'environnement social).

Trois types d'institution seront couvertes par cette étude : longs séjours gériatriques, maisons de retraite médicalisées, maisons de retraite non médicalisées.

- Etude sur les populations en situation de précarité

Etude « *Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire en France (ABENA)* »

L'objectif de cette étude réalisée en 2005 et qui faisait suite à une demande du Secrétariat d'Etat à la Lutte contre l'Exclusion et la Précarité (et des associations d'aide alimentaire) était de décrire l'état nutritionnel (anthropométrie, statut vitaminique et minéral) et l'alimentation des personnes ayant recours à l'aide alimentaire en France.

Les structures d'aide alimentaire de quatre zones urbaines (Paris, Marseille, Dijon et Seine St Denis) ont constitué la base de sondage, soit 140 associations. Le premier degré de sondage a été stratifié sur la zone géographique et le type d'association (colis, repas et épicerie sociale),

avec des probabilités d'inclusion inégales, selon le nombre moyen quotidien de personnes fréquentant l'association. Le nombre d'associations à tirer (n = 12) par zone géographique a été estimé selon le nombre de sujets à inclure (hypothèses sur la prévalence de l'obésité) et la durée de l'étude (5 mois). Le 2ème degré de sondage a été réalisé au sein des associations, avec le tirage aléatoire des sujets. Les critères d'inclusion principaux étaient d'être âgé de 18 ans ou plus, de ne pas avoir un membre du foyer déjà interrogé dans l'étude, et de comprendre le contenu et les enjeux de l'étude. Les sujets dans l'impossibilité de répondre au questionnaire (problème de langue sans présence possible d'un traducteur notamment) n'étaient pas inclus. Les analyses ont été réalisées en pondérant les données par région et type d'association, en fonction des probabilités d'inclusion des associations dans la strate, et des sujets dans l'association.

Au total, 1164 sujets ont répondu au questionnaire alimentaire, avec un taux d'acceptation de 77,3 %. En moyenne, les dépenses alimentaires mensuelles estimées par les sujets étaient de 157 €, soit 70 € par personne et par mois.

Le nombre moyen de repas pris par jour est de 2 ou moins pour 50 % des sujets. Plus de 51 % des sujets consommaient des féculents (hors légumes secs) au moins trois fois par jour. De même, la moitié des sujets avaient des fréquences de consommations au niveau des recommandations du PNNS concernant la viande, les poissons ou les œufs, quoique seuls 27% consommaient du poisson au moins deux fois par semaine. En revanche, une très faible proportion des personnes recourant à l'aide alimentaire déclarait des fréquences de consommation respectant les repères du PNNS concernant les fruits et légumes frais, en conserves ou surgelés (1%). Sur un sous-échantillon de 951 personnes, un bilan clinico-biologique nutritionnel a été proposé, 257 l'ont accepté et réalisé, soit un taux de participation de 27,0 %.

L'indice de masse corporelle moyen mesuré dans les CES était de 28,4 kg/m². Plus d'un tiers des sujets étaient en surpoids, et 27 %, obèses. Enfin, 1 % des personnes mesurées pouvaient être considérées comme maigres (IMC < 18kg/m²). Parmi les personnes ayant effectué leurs mesures anthropométriques dans les centres de distribution d'aide alimentaire, l'indice de masse corporelle moyen était de 26,2 kg/m², avec 30 % des personnes en surpoids et 18 %, obèses.

Au total, la pression artérielle a été mesurée chez 759 personnes (254 dans les CES et 505 dans les centres d'aide alimentaire). La proportion de personnes présentant une hypertension artérielle était de 25 % (hommes : 27,8 % ; femmes : 22,6 %) chez les sujets s'étant rendu dans les CES, et de 29 % (hommes : 39,8 % ; femmes : 21,1 %) chez ceux dont la pression artérielle a été mesurée dans les centres de distribution.

Chez les sujets à jeun, la glycémie moyenne était de 5,4 mmol/l, et plus de 3 % des sujets présentaient une hyperglycémie sévère. Le taux moyen de cholestérol total était de 5,1 mmol/l, avec 6 % des sujets présentant une hypercholestérolémie sévère. Enfin, 16,5 % des sujets à jeun avaient une hypertriglycéridémie modérée ou sévère.

18,1 % des femmes et 5,6 % des hommes présentaient une anémie. Les analyses des marqueurs sanguins ont également permis d'observer une déficience sévère en vitamine C chez 14% des hommes et 6% des femmes, une déficience sévère en folates (vitamine B9) respectivement chez 75 et 80 % des sujets et une déficience modérée en bêta-carotène chez 50% des hommes et 30% des femmes

Cette étude a été financée par l'InVS.

2.2.2.7. Recherche

La recherche fait partie des axes stratégiques du PNNS : « Développer la recherche en nutrition humaine : recherches épidémiologiques, comportementales et cliniques ». Divers programmes de recherche ont été mis en place depuis le lancement du PNNS

2.2.2.7.1. Le Programme NUTRIALIS

En 2000 a été annoncée la mise en place fin 2001 du Réseau Alimentation Référence Europe (RARE), associant deux ministères : celui chargé de la recherche et celui chargé de l'agriculture. Il était organisé autour de consortiums sur des thématiques de recherche données : forums de discussion et de propositions ouverts tant aux acteurs publics que privés de la recherche agroalimentaire générant des actions de recherche associant des partenaires publics et privés, soutenues par les ministères.

Un de ces consortium était dédié à la Nutrition : NUTRIALIS (Nutrition-Alimentation-Santé). Il associait des représentants de la recherche publique (AP-HP, CNRS, CRNH), INRA, Inserm, Universités), de l'industrie (ACTIA, entreprises), des ministères (DGCCRF, DGS MAAPR), de l'AFSSA, des associations de consommateurs. Sur la base de l'analyse stratégique réalisée par le consortium, en cohérence avec les préoccupations de santé publique qui ont conduit au PNNS et les attentes des industriels, il a été décidé d'orienter Nutrialis vers l'étude des comportements et la place de la nutrition dans la prévention des grandes pathologies (maladies cardio-vasculaires, obésité, cancer).

- Le thème « Alimentation et cancer » a été abordé dès 2000. Il a débouché sur la labellisation de 5 projets (760 K€).
- En 2001, 3 thèmes ont été lancés « Alimentation & obésité », « Alimentation & maladies cardio-vasculaires » et « consommations alimentaires, composition des aliments ». Trois projets ont été financés à hauteur de 510 K€.
- En 2002, 3 projets ont été financés.
- En 2003 : 3 projets ont été financés.

2.2.2.7.2. ATC Nutrition Inserm/Inra

Une première action thématique concertée (ATC) en nutrition a été initiée par l'Inserm en 2001. Quatre thématiques ont été retenues : comportement alimentaire et ses désordres ; développement de l'enfant et croissance ; atteintes nutritionnelles secondaires aux pathologies (cancer, pathologies inflammatoires ou infectieuses, pathologies traumatiques) ; rendement métabolique. Le financement était de 1 000 K€ : 5 projets ont été retenus.

Un second appel d'offre, d'un même montant, a été lancé conjointement par l'Inserm et l'Inra en 2002 sur les thématiques suivantes : aliments, alimentation et tube digestif ; évolution et déterminants des consommations et comportements alimentaires ; activité physique, muscle et nutrition ; sensorialité et prise alimentaire. Pour ce second appel d'offre, 13 projets ont été retenus.

2.2.2.7.3. Le programme fédérateur alimentation de l'INRA : le PRA / PRNH

- Le Programme National de Recherche sur la Nutrition Humaine (PRNH) a lancé en mai 2004 un appel à projets afin de soutenir la recherche sur la nutrition humaine. Il s'agissait de promouvoir des études sur l'influence de l'évolution des comportements alimentaires, des aliments et des modes de vie sur la santé et le statut nutritionnel des individus et des populations. Ce programme a été financé conjointement pour moitié par l'INRA (500 K€) et l'Inserm (500 K€). Ce programme souhaitait soutenir des projets d'excellence autour de trois axes thématiques:

- « Adaptation/inadaptation nutritionnelle aux évolutions de l'alimentation et de l'environnement » : étude des effets des aliments et de l'alimentation sur les fonctions physiologiques et leurs régulations et des facteurs influençant la formation et l'évolution des comportements alimentaires ;
- « Alimentation, nutrition et prévention » : analyse de l'impact de la nutrition sur le bien-être et la prévention des pathologies ; recherche d'évènements précoces et de leurs déterminants en physiologie et pathologie nutritionnelle ;
- « Risques alimentaires et information nutritionnelle » : étude de la qualité et de la sécurité des aliments, incluant les aspects toxicologiques, ainsi que des désordres liés aux comportements alimentaires ; recherches sur la formulation, la perception et l'observance des informations nutritionnelles.

A partir des 54 lettres d'intention initiales, 18 dossiers ont été sélectionnés dont 6 ont finalement été financés.

- Le Programme de recherche sur l'alimentation (PRA) représente l'un des volets du Programme fédérateur alimentation de l'Inra. Le PRA a lancé un premier appel à projets en 2005 afin de soutenir des recherches sur la compréhension du comportement du consommateur, l'évaluation et la prévention des risques, et la construction de la qualité des aliments et de l'alimentation. Ce programme souhaitait soutenir des projets scientifiques ayant des finalités socioéconomiques identifiées et permettant des retombées applicables, dans un des quatre axes thématiques suivants :

- « Comportement des consommateurs » : mécanismes de la décision alimentaire, intégration des déterminants de consommation biologiques et sociaux, impact des différents acteurs, cas des populations précaires, perception de la qualité par le consommateur, déterminants et processus de formation de l'image sensorielle, effets de l'environnement, de l'état physiologique, des apprentissages... ;
- « Construction de la qualité dans la chaîne alimentaire » : amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments pertinente pour une amélioration globale de l'alimentation ; articulation d'une politique nutritionnelle avec une politique agricole ;
- « Risques alimentaires » : impacts économiques et sociaux des mesures préconisées, perception du risque par les consommateurs et la société et modalités des prises de décisions ;
- « Compréhension des écosystèmes microbiens ».

En 2005, ce programme spécifique de l'Inra a été doté de 1,5 M€. Il a permis de soutenir 7 projets financés.

2.2.2.7.4. Le PRNA de l'Agence Nationale de la Recherche

Ce programme, lancé en 2005, a comme finalité de financer des projets d'excellence scientifique, originaux, dans un des cinq axes thématiques suivants :

- comportement des consommateurs : phénotypage des comportements à l'échelon individuel et des populations ; facteurs influençant la formation et l'évolution des comportements alimentaires ; mécanismes de la décision alimentaire, intégration des déterminants biologiques, technologiques, économiques, psychologiques, culturels et sociaux de la consommation, et influence de l'information des prescripteurs (publics ou privés, y compris la publicité) ; impact des différents acteurs ; cas des populations précaires ; perception de la qualité par le consommateur, déterminants et processus de formation de l'image sensorielle, effets de l'environnement, de l'état physiologique, des apprentissages, des caractéristiques des aliments ; liens entre les connaissances et acquis cognitifs et les comportements effectifs ;
- construction de la qualité, dans la chaîne alimentaire complète, de l'aval vers l'amont : impacts des conditions de distribution, de la transformation, et de la production (génétique, modes de culture et d'élevage) sur la qualité finale des aliments ; rôle et maîtrise des écosystèmes microbiens complexes ; interaction entre qualité et stratégie des acteurs ; coût de la qualité (comment maintenir ou améliorer les marges tout au long des filières agro-alimentaires ?) ; amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments qui soit pertinente pour une amélioration globale de l'alimentation ; articulation d'une politique nutritionnelle avec une politique agricole ;
- risques alimentaires : dont la perception des dangers et des risques par les consommateurs et la société et modalités des prises de décisions et de leur suivi ;
- technologies propres et économes pour les industries alimentaires ;
- alimentation et prévention, adaptation nutritionnelle aux évolutions de l'alimentation et de l'environnement : étude des effets des aliments et de l'alimentation sur les fonctions physiologiques et leurs régulations, effet du polymorphisme génétique ; analyse de l'impact de la nutrition sur le bien-être et la prévention des pathologies ; effets de modèles alimentaires ; recherche d'évènements précoces et de leurs déterminants en physiologie et pathologie nutritionnelles ; désordres liés aux comportements alimentaires ; recherches sur la formulation, la perception et l'observance des informations nutritionnelles ; l'intégration de ces thématiques au sein de cohortes épidémiologiques existantes ou en constitution relève également de cet appel d'offre.

21 projets ont été sélectionnés et financés à hauteur de 12,6 M€

Outre le programme Alimentation (PRNA), l'Agence National pour la Recherche pourrait également lancer prochainement des appels à projets sur les thématiques :

- Diabète, obésité et maladies cardio-vasculaires : (8.5 M€)
- Cancer : mécanismes de la cancérogenèse et innovation thérapeutique : (35M€)

2.2.2.7.5. Centres de recherche en nutrition humaine (CRNH)

En France, la recherche en nutrition humaine s'est organisée au sein de Centres de recherche en nutrition humaine. Il s'agit de structures mixtes réunissant en partenariat les CHU, l'Inra, l'Inserm, l'Université et d'autres partenaires. Ces structures sont conçues pour permettre le développement d'une recherche chez les sujets sain et pathologique. Situés en Auvergne,

Rhône-Alpes, Ile-de-France et à Nantes, ces centres concentrent une masse critique de chercheurs dans le domaine de la nutrition. Ils associent une recherche fondamentale, clinique et épidémiologique en faisant le lien entre les unités de recherche des organismes de recherche et des services hospitaliers. Ils ont un rôle auprès de l'industrie agro-alimentaire en étant capable d'évaluer les qualités nutritionnelles des aliments que ceux-ci développent. Compte-tenu des compétences des chercheurs de ces CRNH, ils sont un recours majeur pour l'expertise dans le domaine. Enfin, le fonctionnement en réseau entre ces centres et les autres équipes françaises avec lesquelles ils collaborent, permet, de façon complémentaire, de couvrir des domaines majeurs de la recherche en nutrition.

3.

ELEMENTS D'EVALUATION DES PROCESSUS ET DES ACTIONS DU PNNS 2001-2005

Ce chapitre présente des éléments d'évaluation concernant les actions développées, les mesures mises en place et les outils conçus dans le cadre du PNNS 2001-2005. Il ne s'agit en aucun cas d'une évaluation globale du PNNS proprement dite permettant de juger de l'impact de l'ensemble des moyens mis en œuvre sur les objectifs nutritionnels fixés en 2001. Cette évaluation objective (prévue lors de la mise en place du PNNS) est programmée pour 2007 et s'appuiera principalement sur les résultats de l'Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS) qui fournira des données sur les indicateurs des objectifs du PNNS, au niveau d'un échantillon de 6000 personnes représentatif de la population française. Cette évaluation réelle sera réalisée par un évaluateur externe (Inspection Générale des Affaires Sociales, IGAS) qui aura la charge d'évaluer l'état d'avancement des objectifs fixés et d'évaluer l'ensemble des processus mis en œuvre dans le cadre du PNNS. Son calendrier est dicté par l'organisation même du PNNS, dont les actions ont été programmées pour sa phase 1, sur 5 ans (2001-2005) et dont la mesure des objectifs sera disponible grâce à ENNS à la fin de 2006.

Les éléments d'évaluation présentés dans ce chapitre sont de nature diverse. Mais ils témoignent de la démarche d'intégration systématique de critères d'évaluation spécifiques pour chaque « acte » du PNNS. Ces critères sont, bien sur, très différents selon les actions ou les outils développés ou les structures mises en place. Il peut s'agir dans certains cas de véritables post-tests montés de façon ad hoc ou d'enquêtes spécifiques utilisant des méthodologies adaptées (qualitatives et/ou quantitatives) permettant de juger de la perception de campagnes ou d'actions de communication ou de faire un bilan sur la mise en place de structures ou de processus. Dans d'autres cas, ce sont des critères de type fonctionnel. Certains éléments d'évaluation présentés sont des données concernant le suivi d'actions réelles (mises en place au niveau national, régional ou local) mais aussi de recommandations, propositions ou incitation. Des éléments indirects d'évaluation sont également présentés dans ce chapitre, tels que la mobilisation d'acteurs ou la mise en place d'une dynamique. Beaucoup d'évaluations ont été réalisées à la demande de structures impliquées dans le PNNS mais par des cabinets spécialisés externes au PNNS. Certaines études d'évaluation d'action spécifique sont en cours, mais la majorité ont été menées à terme et fournissent des données déjà utilisables.

Il est bon de rappeler que les évaluations présentées ne visent pas à tester leur impact direct et quantifiable sur tel ou tel objectif du PNNS. En effet, il était précisé dès la mise en place du PNNS, en 2001, qu'aucune action, mesure ou outil développé au niveau national, quelle que soit sa qualité, ne peut à lui-seul avoir un impact directement mesurable sur les objectifs nutritionnels du PNNS. C'est leur complémentarité et leur synergie qui peut espérer avoir une réelle efficacité. Les évaluations portent donc pour chaque item sur leur qualité intrinsèque et donc leur contribution potentielle à l'atteinte des objectifs du PNNS.

Le bilan présenté dans le chapitre 2, sous forme de mise en parallèle des actions mises en place par rapport aux actions programmées, fournit quelques éléments de réflexion importants à prendre en considération pour ce qui est de l'évaluation globale du fonctionnement du PNNS. Il permet de considérer qu'un nombre important des actions prévues ont été réalisées (totalemment ou partiellement). Le tableau ci-dessous présente une synthèse en terme quantitatif.

Axes	Actions prévues	Actions réalisées ou en cours
Axe 1 Inform er et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant Eduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant	19	18
Axe 2 Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins	19	13
Axe 3 Impliquer les industriels de l'agro-alimentaire et la restauration collective ainsi que les consommateurs au travers des associations de consommateurs et de leurs structures techniques	4	2
Axe 4 Mettre en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population	6	6
Axe 5 Développer la recherche en nutrition humaine : recherches épidémiologique, comportementale et clinique	4	4
Axe 6 Engager des mesures et actions de santé publique complémentaires destinées à des groupes spécifiques de population	38	25
Total	90	68

Plus de trois-quarts des actions prévues ont été réalisées, notamment en ce qui concerne les axes portant sur la communication/information/éducation, le développement de la recherche et la mise en place de moyens de surveillance nutritionnelle. Les scores d'adéquation sont moins bons pour les axes impliquant le système de soins et les acteurs économiques et surtout celui visant à développer des mesures et actions destinées à des groupe spécifiques de population.

Par contre, il faut noter que de très nombreuses actions non prévues initialement dans le PNNS ont été également rajoutées eu cours de développement du programme et développées de façon efficace.

Ce bilan a également l'intérêt de montrer que le PNNS est un vrai plan de santé publique, agissant sur l'ensemble des secteurs concernés et visant différentes cibles : consommateurs/usagers/citoyens, professionnels relais (santé, éducation, travailleurs sociaux,...), les opérateurs économiques (production, transformation, distribution, restauration collective,...). Il montre l'articulation entre le niveau national (développant le cadre de référence et jouant un rôle incitatif) et le niveau loco-régional avec une implication forte des collectivités territoriales (régions, départements, villes) et du monde associatif. Il fait appel à la complémentarité des approches : communication, information, éducation, sensibilisation, actions sur l'offre alimentaire et l'environnement nutritionnel (incluant alimentation et activité physique).

Ce bilan met en évidence, que loin d'être dispersé (comme cela lui est parfois reproché) ; le PNNS, pour atteindre ses objectifs, agit de façon complémentaire et cohérente sur l'ensemble des leviers nécessaires et au niveau des multiples professions, lieux et terrain d'actions qui, dans le champ de la nutrition, sont particulièrement nombreux. Les éléments d'évaluation présentés, ci-dessous, permettent de mettre en avant les éléments positifs (mise en place de la plupart des actions programmées, mise au point d'un cadre référentiel reconnu et aujourd'hui incontournable), mais également les points négatifs (retards dans la programmation des actions, insuffisance des moyens, faible mobilisation de certains acteurs, ...).

Ce bilan et les éléments d'évaluation, notamment tant en ce qui concerne les actions implémentées que le fonctionnement du PNNS, sont des éléments fondamentaux pour proposer les nouvelles stratégies à mettre en place dans le PNNS2.

Dans le tableau ci-dessous sont présentées, de façon synthétique, les actions à l'initiative du PNNS qui ont fait l'objet d'une évaluation et le type d'évaluation réalisée (32 actions ou outils évalués). Le texte du chapitre qui suit le tableau reprend en détails les modalités des évaluations et les résultats obtenus, aussi bien pour les actions et les mesures mises en place par le PNNS, que pour celles (non présentées dans le tableau synthétique) qui se situent dans la mouvance du PNNS (pour chaque évaluation figure, dans le titre, le numéro de l'action correspondant décrite dans le chapitre 2). A la fin de ce chapitre sont présentés des éléments d'évaluation indirecte de l'évolution de certains indicateurs des objectifs du PNNS.

Evaluation des outils et actions développés dans le PNNS 2001-2005. Tableau de synthèse

Actions/outil	Evaluateur	Type d'évaluation,
Outils et actions de communications en populations générale		
<i>logo PNNS</i>	<i>BVA</i>	<i>Etude quantitative</i>
<i>Guide La Santé vient et mangeant</i>	<i>Louis Harris</i>	<i>Etude qualitative</i>
<i>Guide parents enfants 0-18 ans</i>	<i>BVA</i>	<i>Etude quantitative</i>
<i>Campagne média fruits et légumes</i>	<i>IFOP / BVA</i>	<i>Etudes quantitatives</i>
<i>Campagne activité physique</i>	<i>BVA</i>	<i>Etude quantitative</i>
<i>Campagne produits sucrés/féculents</i>	<i>BVA</i>	<i>Etude omnibus</i>
<i>Site internet sante.gouv.fr (Nutrition)</i>	<i>INPES</i>	<i>Nombre de visiteurs, pages,...</i>
<i>Site internet mangerbouger.fr</i>	<i>Ministère Santé</i>	<i>Nombre de consultations,</i>
Actions en milieu scolaire		
<i>Circulaire composition des repas servis en restauration scolaire</i>	<i>AFFSA</i>	<i>Etude nationale en cours</i>
<i>Distribution de fruits et légumes à l'école</i>	<i>CRESIF</i>	<i>Etude spécifique dans 4 régions</i>
Actions vers les professionnels de santé		
<i>Perception des documents du PNNS par professionnels de santé</i>	<i>BVA</i>	<i>Etude quantitative</i>
<i>CLAN</i>	<i>SOFRES</i>	<i>Etude quantitative</i>
<i>Outil de dépistage obésité</i>	<i>DHOS</i>	<i>Enquête auprès des hôpitaux</i>
<i>REPOP</i>	<i>INPES</i>	<i>Diffusion</i>
	<i>CEBEN/CEMKA</i>	
Actions vers les acteurs économiques		
<i>Attribution du logo</i>	<i>DGS</i>	<i>Nombre de dossiers</i>
<i>Suivi mesures sur le sel.</i>	<i>DGS/AFSSA/60 millions de conso</i>	<i>Analyses, enquêtes</i>
Actions loco-régionales		
<i>Evaluation mise en place des plans d'actions régionaux</i>	<i>DGS</i>	<i>Enquête auprès des CTRN</i>
<i>Bilan quantitatif et qualitatif des projets locaux et régionaux</i>	<i>SFSP</i>	<i>Questionnaires</i>
Actions Spécifiques		
<i>Evaluation du Vitapoche (aliment de rue)</i>	<i>Inserm</i>	<i>Etude d'acceptabilité</i>
<i>Journées régionales allaitement</i>	<i>CoFAM</i>	<i>Participants/enquête satisfaction</i>
Surveillance nutritionnelle		
<i>Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS)</i>	<i>InVS</i>	<i>Etude pilote de faisabilité</i>
<i>Evolution de l'allaitement</i>	<i>Enquête périnatale</i>	<i>Fréquence à la sortie de la maternité</i>
<i>Evolution de la consommation de fruits et légumes</i>	<i>SECODIP</i>	<i>Enquête achat des ménages</i>
<i>Evolution de la prévalence de l'obésité infantile</i>	<i>DREES, CG Val-de-Marne, Obepi, CTRN Aquitaine</i>	<i>4 enquêtes de prévalence</i>
Recherche en nutrition		
<i>Evaluation des appels d'offre</i>	<i>OPEPS</i>	<i>Nombre projets/financement</i>

3. 1. Evaluation des processus

3.1.1 Evaluation des actions et outils destinés à informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant

Les différentes études décrites ci-dessous ont été réalisées sous le contrôle de l'INPES.

3.1.1.1 Evaluation de la connaissance et de la perception du logo du PNNS par le grand public (Action 2.2.1.1.1, page 28)

Les objectifs de cette étude quantitative réalisée par BVA étaient de mesurer la reconnaissance du logo PNNS par le grand public et du premier guide nutrition « La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous » ; d'évaluer le pourcentage de sujets connaissant le repère de consommation des fruits et légumes ; de recueillir la perception d'une « alimentation équilibrée ».

Le post-test repose sur une enquête quantitative effectuée en face à face en omnibus, à domicile, auprès d'un échantillon représentatif de la population âgée de 15 ans et plus : 953 personnes ont été interrogées du 20 au 23 avril 2005. La méthode des quotas a été appliquée aux variables suivantes : sexe, âge, profession du chef de famille, habitat et région.

Le matériel testé était le logo PNNS, le premier guide nutrition « La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous ».

Principaux résultats

Les résultats de cette étude sont assez encourageants en ce qui concerne la visibilité des actions du PNNS depuis sa mise en place. Ainsi, selon les normes BVA, le score de reconnaissance du logo PNNS (2 personnes sur dix) est satisfaisant étant donné la mise en place relativement récente du programme (seulement 4 années d'existence). Ce score est d'autant plus satisfaisant que ce logo est assez peu associé à un produit de l'industrie agro-alimentaire (par seulement une personne sur dix reconnaissant le logo), puisque seulement 2% de la population le confondent avec un logo industriel. La majorité des sujets (89%) le reconnaissant disent l'avoir vu via un support média ou chez leur pharmacien ou médecin, ce qui reflète bien les différents canaux utilisés pour diffuser les campagnes et messages nutritionnels du PNNS. En ce qui concerne l'image du logo PNNS, s'il rend crédible l'information nutritionnelle, en revanche, il n'attire pas l'attention. Quant à la compréhension des objectifs du PNNS, elle est assez floue, les réponses fournies restant d'ordre très général ; par exemple, les repères de consommation nutritionnels ne sont pas cités spontanément.

Cette étude montre également une bonne reconnaissance du premier guide alimentaire diffusé auprès du grand public depuis septembre 2002 (14%), et un bon niveau de lecture compte tenu du niveau actuel de diffusion : 7% des personnes âgées de 15 ans et plus en France aurait déjà eu connaissance du contenu du guide.

Enfin, il semble qu'à l'issue des quatre premières années de vie du PNNS, le repère de consommation des fruits et des légumes (« au moins 5 fruits et légumes par jour ») soit de

plus en plus intégré par les Français : 35% le citent contre 2,5% en février/mars 2002 (selon les résultats du Baromètre santé nutrition 2002).

3.1.1.2 *Evaluation des Guides Alimentaires du PNNS (Action 2.2.1.1.13.1 page 29)*

Ces évaluations testent la lisibilité et l'appréciation des guides mais ne permettent pas de tirer de conclusion sur leur impact direct sur les comportements de la population. Toutes ces évaluations ont été réalisées à la demande et sous le contrôle de l'INPES.

3.1.1.2.1. Post-test du guide « La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous »

L'objectif de ce post-test qualitatif, réalisé par Louis Harris, était d'évaluer le premier guide alimentaire du PNNS « La santé vient en mangeant », une année après sa diffusion auprès du grand public, en termes de compréhension, de perception et d'utilisation et d'analyser la manière dont les repères de consommation sont intégrés dans la profusion des messages nutritionnels.

La méthodologie utilisée est une approche qualitative par réunions de groupes (9 groupes de 10 personnes). La population interrogée était composée d'hommes et de femmes en proportions égales et de toutes catégories socioprofessionnelles, habitant soit Paris, soit la région périurbaine de deux villes provinciales (Tours et Dijon). Dans chacun de ces sites, 3 groupes d'âge différents ont été constitués : 20-29 ans ; 29-55 ans ; 55 ans et plus. Les participants ont d'abord été interrogés individuellement sur le guide via un questionnaire auto administré, puis invités à réagir en groupe.

Principaux résultats

Le guide a été plébiscité par l'ensemble des groupes, tant sur le fond que sur la forme. Il plaît par son aspect coloré, gai et ludique grâce au principe des portraits et à leurs visuels associés. Par conséquent, le plaisir de manger a souvent été évoqué au cours des discussions.

Les participants ont salué le caractère non culpabilisant de cet ouvrage par rapport au thème abordé, l'alimentation, non seulement grâce au principe des portraits et aux visuels, au titre de l'ouvrage, mais aussi grâce au ton employé non normatif et non moralisateur.

Ils apprécient les conseils pratiques et quantifiés, les astuces et les recettes, le tableau de repères de consommation en fin d'ouvrage et le vocabulaire simple.

La nature publique de l'émetteur les rassure.

En revanche, ils ont moins apprécié :

- le texte parfois trop dense,
- la redondance des repères de consommation dans tous les portraits,
- le manque de conseils spécifiques (voire applicables) à certains portraits,
- et les trop peu nombreux repères quantifiés.

Les jeunes adultes semblent préférer des discours brefs et pratiques aux discours denses et généraux sur l'alimentation.

Pour les plus âgés, déjà très renseignés sur ce thème, le guide délivre peu d'informations nouvelles, mais est considéré comme une utile « piqûre de rappel ».

Conclusion

L'approche positive de l'alimentation, l'effort de non culpabilisation et de non discrimination, le message parfois interprété comme « Enfin, on peut manger de tout ! » représentent les clefs d'adhésion majeures au guide.

Lors de la consultation de ce document, les enquêtés se sont retrouvés dans une logique de plaisir et de bien être, qui prend le contre-pied du discours restrictif, voire prohibant, sur l'alimentation délivré au grand public pendant de nombreuses années.

La structuration de l'ouvrage par portrait, rapidement intégrée, a permis d'identifier son ou ses profil(s) alimentaire(s) sans pour autant stigmatiser. En outre, elle désamorce une information du guide estimée parfois trop dense.

La redondance des repères de consommation dans chaque portrait, souvent critiquée, semble, en contrepartie, faciliter la mémorisation des dits repères.

3.1.1.2.2. Post-test de la campagne de promotion du guide nutrition enfants et premières perceptions du guide

Les objectifs de ce test quantitatif, réalisé par BVA, étaient de mesurer de manière très synthétique la reconnaissance et la compréhension par le grand public de la campagne de promotion du nouveau guide nutrition enfants et de recueillir les perceptions très générales sur le guide lui-même.

Le post-test a reposé sur une enquête quantitative effectuée en face à face en omnibus, à domicile, auprès d'un échantillon représentatif de la population âgée de 15 ans et plus : 998 personnes ont été interrogées du 18 au 20 novembre 2004 (dont 342 parents d'enfants âgés de moins de 18 ans). La méthode des quotas a été appliquée aux variables suivantes : sexe, âge, CSP du chef de famille et commune.

Le matériel testé a été le guide nutrition enfants pour les parents ; l'affiche de promotion du guide ; les 4 annonces presse du guide.

Principaux résultats

- L'affiche faisant la promotion du guide nutrition pour les parents a été reconnue par 13% des sujets interrogés (12% des parents), un peu plus que les annonces presse (10% des sujets ont reconnu au moins une de ces annonces).

Globalement, 18% de l'ensemble des participants ont reconnu l'un des supports de promotion du guide. Ce dernier chiffre montre que ceux ayant reconnu un support ne sont pas, le plus souvent, les mêmes que ceux ayant reconnu un autre type de support. Ceci met en évidence une bonne complémentarité du plan média.

A la question portant sur la nature du document dont l'affiche ou les annonces ont fait la promotion, 42% ont répondu une brochure, 19% un magazine, 18% un petit livre, 5% autres choses. Ce qui est très significatif et dépasse de loin les standards habituels pour ce type de question, c'est le pourcentage très élevé de sujets ne se prononçant pas (16%). Ce dernier chiffre et l'hétérogénéité des réponses montrent que les personnes interrogées ont eu des difficultés à identifier la nature exacte du document.

A la question portant sur le public destinataire de ce document, 43% de l'ensemble des sujets interrogés ont répondu « les parents », 21% « les enfants » et 32% « les deux ». Parmi les parents, directement destinataires du livret, 40%, donc un peu moins que le pourcentage de l'ensemble des participants, ont bien répondu. En revanche, ils sont plus nombreux à trouver

qu'il correspondait à un document utilisable par « les deux » : parents et enfants (36% vs 32%).

Quant aux tranches d'âges pris en compte dans le document, si une grande majorité (83% de l'ensemble et 85% des parents) a pensé qu'il traitait de la nutrition des enfants et des ados, 12% ont répondu « les jeunes enfants exclusivement », ce qui n'est pas négligeable. Ceci dénote peut-être une couverture du guide trop enfantine.

- A l'issue des questions précédentes, le guide a été mis entre les mains des enquêtés très brièvement (une minute de consultation) afin de recueillir les premières perceptions de ce document.

Après avoir feuilleté ce guide, 77% de l'ensemble et 80% des parents disent avoir envie de le lire en détail. Il faut souligner que l'on obtient un bon score (par rapport aux standards) de sujets étant « tout à fait d'accord » pour lire le document en détail (37% de l'ensemble et 44% des parents). Ce résultat montre que ce document plaît et intéresse l'ensemble du public, et ce d'autant plus que l'on est parent.

Le pourcentage des personnes intéressées pour acheter ce document après l'avoir feuilleté au prix de 2 euros est un peu plus faible : 59% de l'ensemble et 62% des parents (dont 24% de « tout à fait d'accord » et 28% respectivement). A nouveau les parents sont plus enclins à faire cet achat donc se montrent plus intéressés.

Ce sont des chiffres semblables que l'on obtient quand on demande si « les annonces parues dans la presse et l'affiche donnent une idée assez juste de ce qu'est le guide » : 61% de l'ensemble et 64% des parents. En revanche, le pourcentage des « tout à fait d'accord » est presque diminué de moitié, puisque seulement 15% et 16% trouvent que les annonces reflétaient vraiment bien la nature du document.

- La campagne et le guide sont majoritairement attribués spontanément à un organisme de santé public, puisque plus des deux tiers citent le Ministère de la Santé ou l'Assurance maladie (68% environ). Ce chiffre est un peu moins élevé que les scores moyens obtenus pour des campagnes TV ou radio (80%). Pour une telle campagne d'affichage et presse, on peut considérer que ce chiffre est appréciable.

Seulement 4% de l'ensemble et 2% des parents citent une industrie agroalimentaire suggérant un brouillage faible avec ce type d'émetteurs d'informations nutritionnelles pourtant largement présent dans le champ de la nutrition.

Conclusion

Les résultats de cette étude suggèrent une reconnaissance assez bonne des annonces presse et de l'affiche (près d'un sujet sur cinq reconnaît un de ces supports) et surtout une bonne synergie des deux supports de communication, puisque l'affiche et les annonces presse ont été le plus souvent reconnues par des sujets différents.

Malgré une campagne de promotion dont l'impact auprès du cœur de cible semble moyen (les supports n'ont pas été davantage reconnus par les parents), les sujets interrogés ont une perception relativement juste de la cible et l'on observe une forte incitation à une lecture approfondie du document, encore plus forte auprès des parents.

3.1.1.3. Evaluation de la fréquentation des sites internet du PNNS (Action 2.2.1.1.1.3.3, page 34)

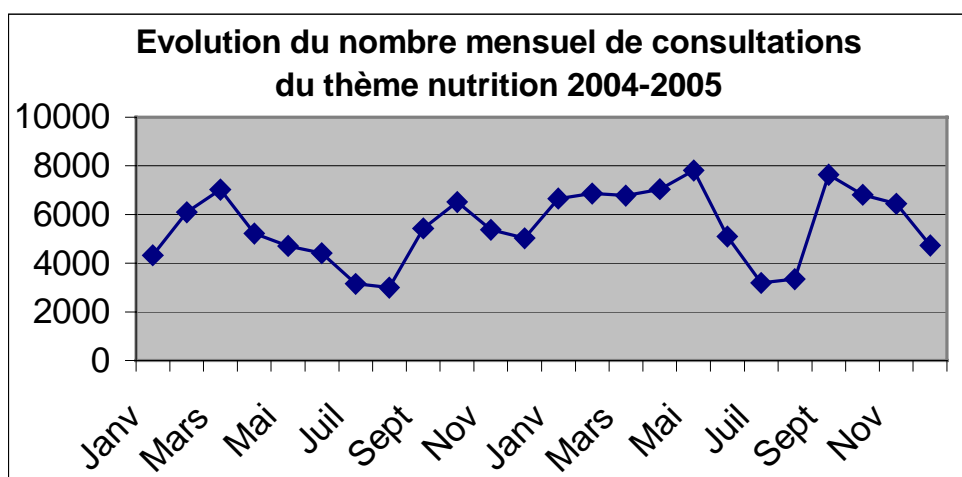
3.1.1.3.1. Bilan après 6 mois de fonctionnement du site de l'INPES mangerbouger.fr:

- Nombre de pages vues: 842 000
- Nombre de visiteurs uniques: 112 000, soit une moyenne de 7,5 pages vues par un visiteur unique.

- le nombre de visiteurs et de pages vues est assez constant,
- les pics de connexion se concentrent en septembre lors de l'ouverture du site, mais aussi lors de la campagne média et de la campagne on-line,
- profils du visiteur : plutôt actif car il se connecte plutôt en semaine (le lundi notamment), en journée (entre 15h et 16h) et qu'il consulte plus largement les partis "Grand public" que "Pro",
- la rubrique téléchargement (possibilité de télécharger différents documents dont les guides PNNS) arrive en tête des rubriques les plus visitées: intérêt pour les documents d'édition.

3.1.1.3.2. Bilan du fonctionnement du site du Ministère de la santé

Le nombre de consultations du thème nutrition du site www.sante.gouv.fr reste assez constant entre 5 et 8000 par mois, ce qui le place entre la seconde et quatrième position des sites thématiques les plus visités du site du ministère de la santé. Trois événements médiatisés majeurs ont eu lieu au cours de ces deux années : en février 2004 le lancement de la campagne sur l'activité physique, en avril-juillet 2004 les articles de la loi de santé publique traitant de nutrition, et en septembre 2005, le lancement de la campagne sur la thématique glucides.



3.1.1.4. *Evaluation des campagnes de communication du PNNS*

Ces évaluations, réalisées sous le contrôle de l'INPES ont testé les campagnes elles-mêmes. Elles ne permettent pas, bien sûr, de tirer de conclusion sur leur impact direct sur les comportements de la population.

3.1.1.4.1. Post-test de la campagne presse en faveur des fruits et légumes 2001 (Action 2.2.1.1.1.3.4.1, page 36)

Cette campagne en direction du grand public (15 ans et plus) sur le thème des fruits et légumes avait pour objectifs de promouvoir la consommation de fruits et légumes sous toutes leurs formes (frais, surgelés, en conserve, crus, cuits), valoriser les fruits et légumes en tant que produit favorables à la santé et goûteux, pointer les contradictions entre ce que l'on sait (c'est important de manger des fruits et légumes) et ce qu'on fait (60% de la population n'en consomme pas suffisamment), permettre à chacun d'augmenter sa consommation de fruits et légumes en fixant des repères de consommation.

La campagne s'est déroulée de début novembre à fin décembre 2001. Elle se composait d'une campagne d'affichage (3 affiches différentes), d'une campagne dans la presse (5 annonces différentes) et d'un large dispositif hors média. La campagne presse se déclinait en 5 annonces mettant en scène différents visuels de fruits et légumes illustrant chacun l'idée de protection. Chaque annonce avait pour objet d'informer sur le rôle fondamental des fruits et légumes dans la prévention des maladies cardiovasculaires, des cancers, de l'obésité, de l'hypercholestérolémie et du diabète et de donner des repères de consommation précis.

Elle a été largement diffusée dans des titres de la presse télévision, féminine, parentale, news et santé. Au total, l'investissement média a représenté 415 GRP sur la cible des 15 ans et plus.

Seule la campagne d'annonces presse a fait l'objet d'un post-test spécifique.

L'enquête quantitative, réalisée par l'Ifop, de type omnibus en face à face, a porté sur un échantillon national représentatif de la population française de plus de 15 ans (constitué selon la méthode des quotas) déclarant avoir lu les magazines concernés par le plan média au cours des 5 dernières semaines. L'échantillon interrogé était composé de 741 personnes, issues d'un échantillon national représentatif de 1043 individus âgés de 15 ans et plus. Le terrain a été réalisé du 13 au 18 décembre 2001, c'est à dire environ une semaine après la fin de la pleine période de diffusion des annonces dans la presse.

Principaux résultats :

- Observée auprès de l'ensemble des interviewés, lecteurs d'au moins un titre du plan média, la campagne a obtenu un impact satisfaisant. Près du quart de l'échantillon (24% des interviewés) a reconnu au moins une annonce presse sur présentation des visuels, avec un score de mémorisation assistée supérieur à la Norme Ifop (20%).

- La campagne a été très clairement attribuée aux pouvoirs publics (Ministère de la santé pour 50% des personnes interrogées, « gouvernement » pour 3% et Assurance maladie pour 7%). Les producteurs de fruits et légumes apparaissent cependant à hauteur de 19% et l'industrie agroalimentaire à hauteur de 7%. Ces scores peuvent être jugés tout à fait satisfaisants compte tenu de l'encombrement publicitaire sur la thématique de l'alimentation et de la présente simultanée d'une campagne radio en faveur des fruits et légumes frais (Aprifel).

Globalement, cette communication apparaît séduisante. Le score d'agrément est ainsi nettement supérieur à la norme Ifop : la campagne a plu à 77% des interviewés ayant reconnu au moins une annonce (Norme Ifop : 58%). Les visuels ont plu « vraiment » au quart des interviewés.

Il convient de souligner que cette attractivité a été davantage motivée par des éléments de messages que de forme. Ainsi, c'est bien le sujet qui est spontanément abordé et qui a plu. En assisté, il apparaît que la facilité d'accès et une certaine épure soient également à l'origine de cette séduction.

- Parmi les individus qui se souviennent de la campagne, 51% étaient capables de restituer un élément du message et 9% un élément visuel. Il semble donc que les visuels attrayants ont permis d'aller plus loin et de lire l'accroche ainsi que le texte de l'annonce : 33% restituaient spontanément que la campagne disant que « les fruits et légumes sont bons pour la santé », 16% que « manger des fruits et légumes protège du cancer » et 8% « qu'il faut manger des fruits et légumes ».

Cette communication a joui d'une crédibilité certaine, et à ce titre, elle se montre incitative : 52% des interviewés ayant reconnu au moins une annonce presse se sont déclarés incités à consommer des fruits et légumes.

- L'incitation, qui apparaît toujours plus nette auprès des « moyens » et « gros » consommateurs, confirmant ainsi le rôle de réconfort de cette communication, a été également observée pour les petits consommateurs qui sont près d'un tiers à se déclarer incités à consommer plus de fruits ou légumes ou à le faire à chaque repas ; toutefois, pour eux, le seuil du « au moins 5 » semblait encore difficile à atteindre.

- L'image induite des fruits et légumes explique un bon score d'implication : 63% des interviewés ayant reconnu au moins une annonce presse ont, en effet, déclaré s'être sentis « concernés » en particulier pour eux-mêmes ou un membre de leur foyer. Si l'implication croît avec la consommation de fruits et légumes, elle est d'un niveau intéressant auprès des « petits » consommateurs : 58% d'entre eux se sont en effet déclarés « concernés » par cette campagne, dont 33% pour eux-mêmes.

Au total, La campagne presse a obtenu des scores d'impact tout à fait comparables à la plupart des campagnes CNAMTS/INPES et supérieurs aux normes Ifop.

Parmi les individus qui l'ont remarquée, la campagne a fortement plu. Elle a été nettement identifiée comme émanant des pouvoirs publics, ce qui est un point très positif compte tenu de l'encombrement publicitaire sur le thème de l'alimentation. Enfin, elle a été perçue comme claire, crédible, apportant des informations nouvelles, et a eu une valeur incitative importante, même parmi les petits consommateurs de fruits et légumes.

3.1.1.4.2. Post-test de la campagne radio en faveur des fruits et légumes auprès des jeunes (Action 2.2.1.1.1.3.4.1, page 36)

La campagne avait pour objectifs d'associer « consommation de fruits et légumes » et « protection de la santé » auprès des jeunes (13-24 ans), de leur donner envie de consommer des fruits et légumes et de leur faire connaître le repère de consommation: « au moins 5 fruits et légumes par jour ».

La campagne a été basée sur des partenariats avec les radios suivantes : NRJ, Fun Radio et Europe : diffusion d'annonces du 3 novembre au 13 décembre 2003 ; annonces d'une durée de 10 ou 30 secondes enregistrées avec les propres animateurs de chaque radio (14 annonces diffusées sur NRJ ; 15 sur Fun Radio ; 15 sur Europe 2).

Le post-test, réalisé par BVA, s'est déroulé sous la forme d'une enquête quantitative par téléphone auprès d'un échantillon national représentatif de la population âgée de 15 à 24 ans ; 800 jeunes ont été interrogés du 15 au 20 décembre 2003. La méthode des quotas a été appliquée aux variables suivantes: sexe, âge, CSP du chef de famille, stratification par région et catégorie d'agglomération.

Les spots testés ont été un spot choisi pour chacune des radios, soit trois au total (les plus représentatifs en termes de messages sur les fruits et légumes).

Principaux résultats

- Les points forts de la campagne ont été :
 - un terrain très favorable à la communication sur la nutrition : les jeunes, contrairement à ce que voudrait le sens commun, se sentent fortement concernés par le sujet (82%) ; s'ils aiment la campagne, c'est surtout grâce au sujet plutôt qu'au fond ou la forme de la campagne ;
 - le niveau d'information sur l'alimentation est relativement bon (71%) et ne pourra que s'améliorer grâce à d'autres campagnes sur le même thème ;
 - un très bon score d'agrément de la campagne : elle a plu à 9 personnes sur 10 (91%) ;
 - une assez bonne reconnaissance des spots et une complémentarité du plan média (les 3 radios choisies ont été très complémentaires puisque les personnes qui ont reconnu le spot d'Europe 2 ne sont, le plus souvent, pas les mêmes qui ont reconnu celui de Fun Radio ou d'NRJ).
- une excellente compréhension du message et une campagne jugée claire et convaincante.
- Les points faibles de la campagne ont été :
 - une très faible mémorisation spontanée *réelle*, surtout au regard de la mémorisation assistée (ou reconnaissance) : 37% des jeunes se souviennent spontanément d'une campagne mais la moitié d'entre eux l'ont confondue avec une autre ; or, 40% l'ont reconnue (en « assistée »). Ceci témoigne d'un faible « ancrage » de la campagne dans les esprits ;
 - un manque d'accroche et « d'agressivité » de la campagne : à part le caractère humoristique, les raisons d'agrément liées à la forme de la campagne sont peu nombreuses et les raisons d'implication suscitées par la campagne sont davantage d'ordre général (les fruits et légumes sont bons pour la santé), que d'ordre plus précis comme la prise de conscience personnelle de l'importance de la campagne.
 - une campagne extrêmement progressive dans sa montée en puissance et nécessitant de nombreux passages pour atteindre son niveau optimum (reconnaissance et agrément).

3.1.1.4.3. Post-test de la campagne de promotion de l'activité physique (Action 2.2.1.1.1.3.4.2, page 37)

Les objectifs de cette campagne se situaient à plusieurs niveaux. Il s'agissait d'insister sur le lien entre l'alimentation et l'activité physique (AP), mais aussi sur l'importance d'une AP minimale dans la prévention de certaines pathologies comme les maladies cardiovasculaires, le cancer, l'obésité, le diabète et l'ostéoporose. Le but de cette campagne était aussi de promouvoir la recommandation du Programme national nutrition-santé (PNNS), c'est-à-dire « au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour », en montrant que cette activité doit être quotidienne, qu'il est toujours temps de la reprendre ou de l'entreprendre et enfin que 30 minutes s'inscrivent facilement dans la vie de tous les jours.

L'INPES a choisi de mettre en oeuvre une campagne pluri-média comprenant :

- une campagne presse pour faire prendre conscience de l'enjeu de santé publique que représente la promotion de l'AP auprès des relais d'opinion, avec une prise de parole d'alerte dans la presse quotidienne nationale (trois annonces diffusées entre les 12 et 15 février 2004) ;
- une campagne TV pour dédramatiser l'effort lié à l'AP et mettre en évidence son caractère naturel et quotidien, avec un film TV (un spot de 20 ou 30 secondes diffusé du 15 février au 14 mars) ;

- une campagne radio pour favoriser le passage à l'acte en indiquant les moyens d'atteindre le repère, avec une campagne radio nationale (quatre spots diffusés du 23 février au 14 mars) ;
- et des actions de proximité d'une part, grâce à l'information et la mobilisation des professionnels de santé et, d'autre part, dans les transports en commun (Paris et autres grandes villes), au sein des entreprises (via leurs comités d'entreprise) et auprès des collectivités locales.

L'objectif du post-test (étude quantitative réalisée par BVA) était d'évaluer les performances de la campagne grand public (TV et dans les transports en commun) et de mesurer en particulier l'impact de la campagne (souvenir, mémorisation, reconnaissance, compréhension), et son fonctionnement publicitaire (fonctionnement, valeur d'agrément, valeur incitative).

Le post-test a reposé sur une enquête quantitative effectuée en face à face, à domicile, auprès d'un échantillon représentatif de la population âgée de 15 ans et plus : 1056 personnes ont été interrogées du 22 au 27 mars 2004. La méthode des quotas a été appliquée aux variables suivantes : sexe, âge, CSP du chef de famille, stratification par région et catégorie d'agglomération.

Afin d'évaluer les actions de communication menées dans les transports en commun parisiens, un suréchantillon de 210 parisiens âgés de 15 ans et plus a été constitué selon la méthode des quotas de sexe, âge et CSP du chef de famille. Le matériel testé était constitué du spot TV, des quatre spots radio, des trois annonces presse et de quelques affiches diffusées dans les transports (bus et métro).

Principaux résultats

La campagne semble avoir très bien fonctionné tant au regard des grands scores de post-test que sur la compréhension et l'acceptation de son message global. On observe :

- une bonne mémorisation spontanée sur les plans quantitatif et qualitatif (cf. score spécifique) ;
- un haut niveau de reconnaissance, y compris au regard des standards du SIG (un score toutefois inférieur aux campagnes SIDA de l'INPES solidement enracinées) ;
- une bonne synergie de l'ensemble du plan média et une forte performance dans cette reconnaissance des médias autres que TV (radio et affichage pour les Parisiens) ;
- une forte appétence pour ce sujet, d'où une adhésion de principe (et donc un agrément très important) au message global de promotion du sport et de l'activité physique par ailleurs bien compris ;
- la campagne a été jugée claire et utile et devrait jouer un certain rôle incitatif.

Cependant, la campagne est vraisemblablement encore perfectible sur le fond et la forme. Ainsi, l'objectif qui était de fournir un certain nombre d'informations pratiques et notamment de fixer un seuil de 30 minutes a été entendu mais pas vraiment retenu (on note une dissonance cognitive : 1 heure serait mieux « passée ». Par ailleurs, la campagne télévisée a obtenu un score assez moyen comparativement aux très bons scores de la radio et de l'affichage

3.1.1.4.4. Résultats des post-tests des campagnes sur les glucides : campagne TV sur les produits sucrés et gras, campagne presse sur les féculents (Action 2.2.1.1.1. 3.4.3, page 40)

L'évaluation a porté sur les 2 campagnes mise en œuvre, à l'automne 2005, visant à imbriquer progressivement les repères de consommation du PNNS et à promouvoir 2 nouveaux repères portant sur les produits sucrés (« limiter la consommation ») et les féculents (« à chaque repas selon l'appétit »). Il s'agit :

- de la campagne TV sur les produits sucrés et gras, qui comportait 2 volets : un spot grand public et 2 spots enfants, diffusés en septembre 2005 ; les spots enfants seront rediffusés au cinéma du 30 novembre au 27 décembre 2005 ;
- d'une campagne presse féminine, parentale et familiale sur la promotion de la consommation de féculents associés aux légumes, en septembre et octobre 2005 ; cette campagne a été déclinée en 3 annonces presse : l'une est destinée aux femmes, les 2 autres aux parents.

L'institut BVA a mené 3 études de type omnibus, en face-à-face, à domicile, auprès d'échantillons représentatifs des populations concernées, constitués selon la méthode des quotas (sexe, âge, profession du chef de famille, habitat et région), à savoir :

- pour la campagne TV grand public : 1051 personnes de 15 ans et plus, interrogées du 13 au 15 octobre 2005 ;
- pour la campagne TV enfants : 447 enfants de 6 à 12 ans, interrogés du 14 au 21 octobre ;
- pour la campagne presse féculents : 994 personnes de 15 ans et plus, ainsi qu'un suréchantillon de femmes et de parents, qui sont le cœur de cible de cette campagne. Au total, 1472 personnes ont été interrogées, du 3 au 9 novembre, dont 473 femmes âgées de 25 à 59 ans et 478 parents âgés de 25 à 49 ans.

Principaux résultats

Campagne grand public

36% des personnes interrogées se souviennent d'une campagne publicitaire sur les produits sucrés et gras - les standards Inpes habituellement observés pour une campagne télévisuelle se situent aux alentours de 40%. Parmi elles, seulement 11% se souviennent spécifiquement de la campagne Inpes, tandis que 50% la confondent avec d'autres communications. Les souvenirs semblent les plus flous auprès des personnes par ailleurs les plus ciblées par la campagne, à savoir celles ayant des habitudes alimentaires moins favorables à la santé.

Le message de la campagne a été bien compris puisque 65% ont assimilé les notions de limitation de consommation et de substitution des produits sucrés ou gras.

Cette campagne a suscité une forte implication et présentait un important caractère incitatif. En effet, 76% se sont sentis concernés, et 52% à titre personnel, en particulier les parents de jeunes enfants et les femmes. Près de la moitié des personnes ayant reconnu la campagne s'estimait incitées à réfléchir sur leur consommation de produits sucrés et gras (44%) et les deux tiers (36%) à limiter leur consommation.

Malgré la faible visibilité de la campagne, celle-ci a été largement appréciée (85% des personnes l'ayant vue), notamment par l'une des populations les plus ciblées (parents d'enfants à plus de 90%).

L'image de la campagne a bénéficié d'un bilan globalement positif : la clarté, l'utilité, le ton juste, les solutions de substitution et son caractère convaincant ont été exprimés par plus de 70% des personnes ayant reconnu la campagne. Une très faible proportion (15%) a vu dans cette communication une interdiction à la consommation de produits sucrés et gras, venant

confirmer la bonne compréhension déjà observée précédemment. Si l'idée selon laquelle la campagne donnait une image négative des produits sucrés et gras partageait l'opinion (47% sont d'accord contre 50% pas d'accord), il est indéniable que la campagne a valorisé, dans le même temps, les produits comme l'eau, les fruits et les yaourts nature (90% sont d'accord). L'image de la campagne était d'autant plus positive auprès des parents de jeunes enfants, qui sont l'une des populations ciblées.

La clarté et la justesse du message ont été fortement reconnues, et ce dernier est apparu largement crédible, car perçu comme applicable par 80% des personnes interrogées.

Campagne enfants

43% des enfants se souvenaient avoir vu à la télévision une publicité donnant des conseils sur l'alimentation ; ce souvenir était très précis puisque, parmi eux, 44% ont restitué spontanément des éléments spécifiques des spots enfants, mais aussi du spot grand public (11%).

La reconnaissance des spots a été également très élevée : 80% des enfants interrogés ont vu au moins l'un des 2 spots, et 48% ont vu les 2.

Le message porté par les spots a été très bien compris : en particulier, pour chaque spot, la notion de substitution a été restituée spontanément par près de la moitié des enfants l'ayant vu. De plus, seulement 10% pensaient qu'elle interdisait de consommer des boissons sucrées ou des gâteaux (contre 88% selon lesquels elle conseille de ne pas en manger trop souvent).

93% des enfants ayant reconnu au moins un spot ont aimé la campagne. Pour le spot « petite fille et corbeille de fruits », les raisons d'agrément concernaient presque autant le fond (44% des enfants ayant vu le spot) que la forme (54%) ; elles portaient davantage sur la forme (59% contre 38% sur le fond) pour le spot « petit garçon et paille ».

L'image de la campagne était également très positive : 96% des enfants trouvaient qu'elle donnait de bons conseils, et près des 3/4 ont été incités à changer de comportement. Seulement 14% l'ont trouvée inquiétante. Enfin, l'idée de substituer l'eau et les fruits respectivement aux boissons sucrées et aux gâteaux a été considérée facile à appliquer pour les 2/3 des enfants ayant vu au moins un spot. L'acceptabilité du principe de la campagne a été exprimée par la quasi-totalité des enfants interrogés : 97% estimaient qu'il est important de donner aux jeunes des conseils sur l'alimentation.

Campagne presse sur les féculents

La mémorisation de la campagne a été moyenne : 21% des personnes interrogées se souviennent spontanément d'une campagne sur les féculents, mais seulement 7% d'entre elles citent des éléments spécifiques à la campagne Inpes. 15% reconnaissent au moins l'une des 3 annonces : on se situe dans la moyenne basse des scores habituellement observés pour la presse (généralement entre 15 et 20%). De façon décevante, la reconnaissance par les cœurs de cible a été également faible (annonce femmes : 9% des femmes contre 8% pour l'ensemble ; annonces parents : 11% des parents contre 9% pour l'ensemble).

Mais l'implication suscitée par la campagne a été bonne : 78% des personnes ayant vu au moins une annonce se sont senties concernées, et 50% le sont à titre personnel (60% des parents).

Le pouvoir incitatif de la campagne a été également fort : 63% des personnes ayant vu l'annonce femmes ont été incitées à associer féculents et légumes pour leurs repas ; ce score passait à 71% pour l'annonce parents (77% des parents ont été incités à le faire pour les repas de leurs enfants, contre 64% de l'ensemble de l'échantillon).

Le message principal, qui concernait l'association féculents / légumes, a été bien compris, bien que peu restitué spontanément : ceci est probablement à mettre en relation avec l'aspect novateur de la campagne. Il a été, pour une large majorité, clairement exprimé dans les

annonces et n'a pas été rejeté. La compréhension des annonces parents a été, dans l'ensemble, meilleure que celle de l'annonce femmes.

L'image qui se dégage de cette campagne est positive : la quasi-totalité la trouve utile (96%), claire (95%) et pense qu'elle a trouvé le ton juste (83%). Pour 65%, la campagne apporte des informations nouvelles sur l'alimentation, ce qui vient consolider son utilité. 71% pensent qu'elle ne va pas changer leur avis sur les féculents, ce qui, compte tenu du plébiscite mis en évidence envers ces aliments, est un point positif.

Au total, la campagne a été appréciée à différents points de vue. Si le message est nouveau, il a été bien accueilli, probablement parce qu'il souligne la notion de plaisir associé aux féculents. Même si les connaissances nutritionnelles à l'égard des féculents sont perfectibles, le message n'a pas été rejeté ni déformé par certains lieux communs sur les féculents.

Cependant, le manque de visibilité de la campagne est décevant, particulièrement auprès des cœurs de cibles. Il semblerait que le plan media soit insuffisant, ce qui suggère de rediffuser la campagne et d'en élargir la diffusion, par exemple à des magazines généralistes. Ceci permettrait également de consolider l'assimilation de ce message novateur.

3.1.2. Evaluation des mesures et actions visant à éduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant.

3.1.2.1. Evaluation de l'application de la circulaire relative à la composition des repas servis en restauration scolaire (Action 2.2.1.1.2.1, page 42)

En collaboration avec le ministère en charge de l'éducation nationale (DESCO, DEP), la DREES du ministère en charge de la santé et des affaires sociales, l'assemblée des départements de France, et la DGS, l'AFSSA a mis en place une étude nationale représentative sur la qualité nutritionnelle de l'offre en restauration scolaire dans les collèges et lycées au regard de la Circulaire interministérielle n°2001-118 du 25 juin 2001 relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et la sécurité des aliments.

Cette enquête a pour objectif d'apprécier la qualité nutritionnelle de la restauration collective dans l'enseignement secondaire dans le cadre de l'application de cette circulaire. Elle permettra de faire un état des lieux des pratiques de la restauration scolaire et de mesurer les écarts par rapport aux recommandations, ainsi que d'identifier les difficultés rencontrées pour appliquer la circulaire. Le protocole de l'enquête a été élaboré au cours de l'année 2005 par un groupe de travail coordonné par l'AFSSA.

L'enquête a démarré en novembre 2005, avec l'envoi d'un questionnaire à un échantillon représentatif de 1200 établissements collèges et lycées publics du second degré et de 240 établissements d'enseignement agricole. Ce questionnaire s'adresse aux gestionnaires de restauration scolaire, sous-couvert des chefs d'établissement. L'enquête porte également sur l'analyse de plusieurs semaines de menus. Les premiers résultats de seront disponibles en juin 2006.

3.1.2.2. Evaluation des actions expérimentales de distribution de fruits à l'école (Action 2.2.1.1.2.4, page 45)

La distribution de fruits dans les écoles maternelles et les collèges en réseau d'éducation prioritaires a fait l'objet d'une évaluation dans 4 régions en 2004. Cette évaluation a été réalisée par le CRESIF sur 4 sites pilotes : l'Ile-Saint-Denis, Amiens, Bordeaux et Besançon. L'évaluation a porté sur l'influence d'une distribution de fruits organisée régulièrement par une association de proximité auprès d'enfants de maternelles et de collèges dans des ZEP sur leur consommation pendant et hors temps scolaire.

Cette évaluation a montré plusieurs choses :

1. En premier lieu, il apparaît que le fruit fait l'objet d'un véritable consensus parmi la communauté éducative et les parents d'élèves. Intervenir en faveur de leur consommation apparaît prioritaire pour tous les membres de la communauté éducative, ce qui est loin d'être

le cas pour l'ensemble des actions d'éducation pour la santé. On peut donc compter sur une bonne volonté et une coopération des adultes pour toutes les opérations de cette nature.

2. La mise à disposition de fruits dans les cantines présente de grandes variations, et la concurrence avec des pâtisseries et autres desserts très sucrés est très fréquente.

3. La consommation de fruits des jeunes et des enfants relève de logiques et de dynamiques complexes où interviennent le goût, la facilité d'accès, la préparation, la disponibilité. L'évaluation n'a pas retrouvé de différenciation selon les cultures. De même, le coût, comme frein à la consommation, n'est pas cité par les personnes et les élèves rencontrés pendant l'étude.

4. Une piste pour la poursuite des activités (souhaitée par tous les intervenants) proposée par certains adultes est de remplacer la distribution gratuite par une vente à prix modique.

5. La stratégie de distribution de fruits a montré un certain succès en termes de modification de comportements dans les écoles maternelles. La consommation de fruits s'est sensiblement améliorée du fait probablement de l'aspect « découverte » de nouveaux fruits tels que la pastèque, les myrtilles et le pamplemousse qui sont mieux connus après l'intervention. Cet effet n'a pas été retrouvé chez les collégiens.

6. L'accompagnement pédagogique, dont ont été mesurés les effets sur les connaissances, n'a pas eu le même effet en maternelle et au collège. Chez les collégiens, les améliorations de connaissance des critères PNNS vont de pair avec la dégradation de leur perception de leur propre consommation. Cette modification de connaissance est un moteur potentiel de changement de comportement qui exige un accompagnement concret de la part de la communauté éducative et la restauration scolaire.

7. Il est difficile de mesurer l'impact effectif sur les connaissances des élèves maternelles puisque ce sont les parents qui répondaient au questionnaire et qu'en tout état de cause, les notions sont un peu trop complexes pour cette tranche d'âge. Cependant, la notion de bénéfice pour la santé de la consommation de fruits et légumes apparaît nettement renforcée chez les parents avec même un certain nombre de réponse de « protection » (meilleure perception de l'adéquation de consommation de leurs enfants, surestimation de la consommation déclarée).

Au total, la modification de consommation de fruits et légumes exige une stratégie d'éducation pour la santé spécifique selon la population. La distribution gratuite, en privilégiant la découverte semble tout à fait adaptée pour les élèves des écoles maternelles, mais ne l'est peut-être pas pour les collégiens qui sont déjà dans une logique de consommation. Cependant, ces derniers sont plus sensibles aux animations sur le thème des fruits qu'on ne l'imaginait au départ, avec une nette amélioration de leurs connaissances en particulier des normes de consommation. Ainsi se dessinent des stratégies spécifiques qui peuvent être retenues pour toucher ces deux publics. Les élèves de primaire, intermédiaire, bénéficieraient certainement d'un dispositif associant distribution et animation.

3.1.3. Evaluation des actions vers les professionnels de soins

3.1.3.1. Diffusion et évaluation de la perception des documents du PNNS auprès des professionnels de santé (action 2.2.2.2.1, page 48)

Les objectifs de cette étude quantitative réalisée par BVA étaient de mesurer les attitudes et connaissances des professionnels de santé en matière de nutrition : connaissance spontanée du PNNS, impact et utilisation des documents nutrition à destination du grand public et des professionnels de santé diffusés dans le cadre du PNNS

Cette enquête quantitative a été effectuée en face à face, au cabinet du praticien, auprès d'un échantillon de 590 professionnels de la santé en France : 397 médecins généralistes (MG) et 193 pédiatres ont été interrogés du 8 au 22 décembre 2004.

Le matériel testé a été les guides nutrition grand public (pour tous et enfants), les documents d'accompagnement des guides nutrition, l'affiche des repères de consommation, les disques de mesure de l'indice de masse corporelle (IMC) et leurs brochures d'accompagnement

Une étude complémentaire a été réalisée par téléphone, par la SOFRES, entre janvier et février 2005 auprès d'un échantillon national représentatif de médecins généralistes (121), pédiatres (101), endocrinologues (60), cardiologues (60) et diététiciens (70) sur leurs connaissances du PNNS et leur utilisation des outils produits.

Principaux résultats

3.1.3.3.1. Enquête SOFRES

Les médecins estiment que sur 10 patients vus, la question nutrition est abordée avec 4,2 d'entre eux (généralistes) 7,4 - 6,5 et 5,4 (pédiatres, endocrinologues et cardiologues respectivement). Le temps passé à discuter nutrition lors de ces consultations représente entre 35 et 56% de la durée de consultation. Plus de 70 % disent utiliser des « supports » pour ces dialogues souvent ou de temps en temps.

95% des diététiciens, 43% des généralistes, 72 et 77% des pédiatres et endocrinologues et seulement 28% des cardiologues avaient entendu parler du PNNS. Parmi ces professionnels, le PNNS est très bien perçu (par plus de 85% de chaque catégorie), essentiellement parce que le programme offre des outils de diagnostic qui facilitent le dialogue avec les patients et offre de bons supports pour mettre à jour ses connaissances en nutrition.

Les repères de consommation restent plus ou moins bien restitués par ces professionnels, avec une précision plus grande pour l'activité physique, le sel, les boissons (hors alcool), les matières grasses ajoutées et, hormis les généralistes, les fruits et légumes.

Spontanément, plus de la moitié de ces professionnels citent le guide grand public et les affiches comme outil du PNNS connu.

Les demandes concernent une meilleure diffusion des outils, avec des outils plus faciles et simples à comprendre.

Parmi les demandes en vue d'une meilleure prise en charge, on peut noter la demande d'une meilleure interaction entre spécialistes, d'un contenu de consultation plus adapté avec plus de temps, d'écoute, et pour certains une action sociétale, avec un cadre réglementaire pour la publicité, pour plus d'accessibilité financière aux produits « bons pour la santé »...

3.1.3.1.2. Enquête BVA

Les pédiatres sont les plus nombreux à déclarer savoir ce qu'est le PNNS (49% vs 22% des médecins généralistes), qu'ils décrivent assez justement et seules 7% de leurs citations n'étaient pas en rapport avec le PNNS.

Un médecin généraliste (MG) sur deux exactement se souvient avoir vu ou lu l'un des guides nutrition du PNNS (grand public ou les documents d'accompagnement leur étant destinés). Ce rapport est à nouveau beaucoup plus élevé chez les pédiatres puisqu'il est de sept sur dix.

Un peu moins des deux tiers des enquêtés (63%) ont lu ou survolé au moins l'un des guides du PNNS (grand public...); ceux leur étant directement destinés ont été davantage lu : 50% des MG et 75% des pédiatres ont lu au moins l'un des deux documents d'accompagnement diffusés à ce jour. Au moins l'un des guides grand public ont été lus par 44% des MG et 53% des pédiatres.

La moitié des MG et 67% des pédiatres déclarent avoir lu ou survolé le premier document d'accompagnement du guide pour tous, dont respectivement 12% et 28% l'auraient lu de manière détaillée ; 39% des MG et 24% des pédiatres ne se souviennent pas l'avoir vu ou lu.

Quant au document relatif à la nutrition des enfants et dont la diffusion est très récente, seuls 10% des MG (mais 50% des pédiatres) l'ont lu.

Parmi les médecins ayant lu l'un des guides grand public (44% des MG et 53% des pédiatres) :

- 78% des MG et 83% des pédiatres déclarent qu'ils leur sont utiles pour parler de la nutrition avec leurs patients (dont respectivement 34% et 53% « tout à fait » utiles) ; de plus, 18% des MG et 26% des pédiatres les ont directement utilisés avec leurs patients pendant les consultations,
- 15% des MG et 17% des pédiatres les ont déposés dans leur salle d'attente,
- 59% des MG et 51% les ont mis de côté pour les relire plus tard,
- 5% des MG et 1% des pédiatres les ont jetés.

Malgré ces bonnes appréciations vis-à-vis de ces différents guides, seuls un MG sur dix et un peu plus de trois pédiatres sur dix (37%) ont déjà commandé un de ces documents.

Un peu moins des deux tiers des enquêtés se souviennent avoir reçu l'affiche ou le kit IMC :

- 25% des MG et 47% des pédiatres se souviennent de l'affiche
- 51% des MG et 68% des pédiatres se souviennent du kit IMC
- 42% des MG et 24% des pédiatres ne se souviennent d'aucun des deux documents

L'affiche a été placée sur les murs des salles d'attente de 14% des MG et 26% des pédiatres. Quant aux kits IMC, 82% des MG ou des pédiatres les jugent utiles pour parler des problèmes de poids avec leurs patients (dont 54% et 66% respectivement « tout à fait » utiles) ; du reste, 34% des MG et 47% des pédiatres les ont déjà directement utilisés avec leurs patients pendant les consultations.

Près de 90% des médecins interrogés considèrent que les documents du PNNS sont faciles à comprendre et qu'ils informent bien sur le lien nutrition/santé. Ils donnent envie de lire surtout aux pédiatres (85% vs à 74% des MG) et permettent de faciliter le dialogue avec les patients (77% des pédiatres vs 73% des MG). MG et pédiatres estiment qu'il fallait faire ces documents (respectivement 84% et 92%).

Le seul point faible et pour lequel plus d'un tiers des MG et pédiatres s'accordent est que ces documents ne se remarquent pas assez.

Si l'on constate une connaissance moyenne du contenu du PNNS parmi les MG et pédiatres

en France, ainsi que de trop rares commandes des guides nutrition à l'initiative de ces médecins, les documents du PNNS leur sont, en revanche, bien connus : 63% ont lu au moins l'un des guides (surtout ceux qui leur sont directement destinés) et 64% se souviennent avoir reçu l'affiche des repères de consommation et les kits IMC. Ils les apprécient et approuvent l'élaboration et la diffusion de tels documents. Ils jugent les guides grand public et les outils de mesure de l'IMC très utiles pour parler de la nutrition avec leurs patients et les ont même déjà utilisé dans ce but (environ un tiers d'entre eux).

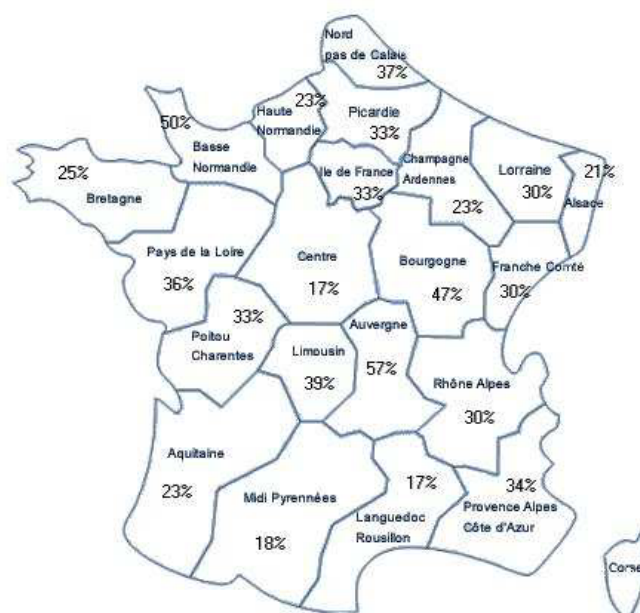
De manière systématique, on peut noter que l'impact des documents est beaucoup moins fort auprès des médecins généralistes que des pédiatres. Ceci est peut-être à relier à un intérêt général pour le sujet moindre chez les MG : ils abordent beaucoup moins systématiquement la nutrition au cours de leurs consultations et semblent avoir de moins bonnes connaissances nutritionnelles que les pédiatres.

3.1.3.2. Evaluation des CLAN (Action 2.2.2.2.5, page 53)

En 2004, afin de réaliser l'état des lieux des CLAN, une grille d'enquête proposée par le CNANES a été envoyée par la DHOS aux structures départementales et aux établissements de soins.

Trente pour cent des 779 établissements de soins qui ont répondu (sur 2826 recensés par l'ex ANAES) avaient un CLAN. Les CLAN existaient en moyenne depuis 2,3 ans, tenaient 2,3 réunions par an, étaient composées de 9 personnes représentant les diverses professions hospitalières et les patients. Ils avaient comme premier objectif des actions d'évaluation, de rédaction de documents, de formation et de structuration. Seuls 5% avaient un budget propre. 58% avaient développé une stratégie alimentation nutrition, 73% étaient en autogestion sur le plan de l'alimentation et produisaient une médiane de 400 repas par jour. Avec 0,8 poste de diététiciens. 35% dépistaient la dénutrition, 24% l'obésité et 28% avaient une activité de nutrition clinique ; un réseau ville hôpital lié à l'activité alimentation nutrition existait dans 10% des cas.

Il existe des variations régionales importantes la carte présente le pourcentage de CLAN par rapport aux établissements de santé ayant répondu, par région.



L'évaluation montre
2004 contre 18 % e
alimentation nutritio...

... dans les établissements de soins. En 2004, 30 % en
r la prestation
aux même (qu'il

est indispensable de développer), les formations devraient être développées pour les personnels médicaux et les nouveaux personnels. La création d'interCLAN entre plusieurs établissements de petite taille permettrait d'optimiser les moyens. L'évaluation met en évidence le manque de moyens des CLAN, les ressources humaines insuffisantes et une absence de mobilisation médicale générale. Les CLAN existant reposent sur la bonne volonté et la motivation des équipes impliquées. Le développement des moyens matériels et humains apparaît donc fondamental pour la poursuite de l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients.

Cette évaluation a fait l'objet d'une publication scientifique : Etat des lieux des CLAN en 2004 (Vidal J et al, Nutrition Clinique et Métabolisme, 19, 116-125, 2005)

3.1.3.3. Evaluation des REPOP (Action 2.2.2.2.7, page 57)

Trois des quatre réseaux REPOP (Toulouse, Franche-Comté, Ile-de-France) ont fait l'objet, en 2005, d'une évaluation externe par le CEBEN : Laboratoire d'Ethique Médicale, de Médecine Légale et de Santé Publique (Faculté de Médecine Paris 5) et le CEMKA EVAL (pour le REPOP Grand Lyon).

Avec un recul de 2 ans de fonctionnement pour les REPOP les plus anciennement mis en place, quelques éléments de bilans peuvent être fournis sur leur fonctionnement :

- le REPOP Ile-de-France compte aujourd'hui 1132 patients en file active en novembre 2005 et 180 médecins libéraux adhérents au réseau.
- le REPOP Toulouse compte une file active de 681 patients inclus et 449 professionnels libéraux médicaux et paramédicaux formés, dont 229 médecins.
- le REPOP Franche-Comté, après un an d'activité dans un seul département compte 123 enfants en file active et 55 médecins.
- le REPOP Grand Lyon, après 6 mois de fonctionnements, compte 133 enfants inclus et déjà 49 adhérents de professionnels médicaux et paramédicaux.

A titre indicatif, ces chiffres peuvent être rapportés à la population pédiatrique dans chacune des régions concernées :

- le REPOP Ile-de-France compte en moyenne un médecin réseau pour 9000 habitants, et prend en charge un patient sur 220 de la population pédiatrique concernée par les problèmes de l'obésité (les chiffres concernent les quatre départements actuellement couverts par le réseau : Paris, Hauts de Seine, Yvelines et Seine St Denis),
- pour le REPOP Franche-Comté (limité au Doubs), on compte en moyenne un médecin réseau pour 35 000 habitants, et un patient pris en charge sur 276,
- pour le REPOP Toulouse (Midi-Pyrénées), on compte un médecin réseau pour 11 700 habitants, et un patient pris en charge sur 95.

Ces chiffres n'appréhendent toutefois pas toute l'activité réelle de prise en charge des patients obèses générée par le réseau. En effet par ses actions de sensibilisation, de prévention et surtout de formation des professionnels de santé qui, une fois formés, prennent en charge directement un certain nombre d'enfants qu'ils n'intègrent pas dans le réseau. Selon les médecins et pédiatres impliqués dans les réseaux, on peut estimer qu'au mois 4 fois plus d'enfants « bénéficient » de façon collatérale du réseau grâce à la formation des médecins traitants membres du réseau.

Parmi les autres effets « collatéraux » et conséquences favorables de la mise en place des réseaux, on peut reconnaître une forte mobilisation et une intégration des acteurs de terrain une bonne adhésion des professionnels et une formation large touchant tous les acteurs de santé (médecins libéraux, de PMI et médecins scolaires, médecins hospitaliers bénéficient tous de formations régulières).

La formation apparaît comme un élément essentiel du succès des réseaux : il apparaît essentiel que les réseaux emploient une partie importante de leurs moyens aux démarches de sensibilisation et de formations des professionnels. Un réseau ne peut en effet être opérationnel que si les acteurs qu'il met en relation se sont appropriés les outils et le concept même de réseau, et les font évoluer en permanence. Cela implique en premier lieu que ces professionnels soient prêts – ou rendus prêts – à modifier leurs pratiques, grâce à des processus de facilitation assurés par les cellules de coordination (aide à la saisie des dossiers, aide aux courriers de convocation de patients, staffs, discussion sur les dossiers, prises de rendez-vous). Les réseaux apportent des services aux professionnels, sans lesquels ils ne se lanceraient pas dans cette démarche de prévention. Le travail en réseau passe par des consultations plus longues, et donc plus attentives à l'enfant, ses parents et à leur environnement, par le remplissage d'un dossier médical commun à tous les acteurs qui prendront en charge ce patient tout au long de son parcours au sein du réseau. Cela implique également que le professionnel communique avec la coordination du réseau, avec l'hôpital le cas échéant, avec l'environnement social ou scolaire de l'enfant suivi, qu'il se rende disponible auprès du réseau pour satisfaire aux impératifs d'évaluation de l'activité médicale. Son travail doit pour cela être facilité et optimisé et « reconnu ».

De multiples formations pluridisciplinaires ont été organisées au sein des REPOP:

- sur les années 2004 et 2005, le REPOP Ile de France a organisé une quinzaine de formations (en plus des formations spécifiques médecine scolaire et PMI, organisées par service), touchant ainsi plus de 800 professionnels.
- en Franche-Comté, les formations régionales ont aussi touchés environ 800 professionnels de santé (libéraux, institutionnels, crèches et assistantes maternelles, Instituts Médico-Educatifs...) en 2004-2005 ; les acteurs du réseau, après une première journée de formation initiale, se sont quant à eux réunis 3 à 4 fois par an pour des soirées de formation continue.
- en Midi-Pyrénées, en plus des 449 professionnels libéraux, le REPOP Toulouse a formé 985 professionnels institutionnels, dont les professionnels de l'Education Nationale (enseignants et service de santé scolaire), Municipalité de la ville de Toulouse (crèches), Conseil Général (PMI).
- pour la période de mise en place REPOP Grand Lyon a organisé 5 formations touchant 77 professionnels ainsi qu'une formation des équipes de Santé Scolaire.

On constate en moyenne sur les réseaux REPOP un taux d'environ 60% de professionnels qui incluent effectivement des patients. Ce chiffre doit pouvoir être amélioré ; il suppose en effet que les patients bénéficient bien de la plus-value et de l'expertise apportée par le réseau, et que le droit d'accès à la santé est respecté, mais il constitue également un bon indicateur de l'appropriation du réseau par les professionnels. Cependant, parmi les médecins qui n'incluent pas, beaucoup signalent avoir modifié la prise en charge de leurs patients selon les référentiels du réseau mais ne pas inclure par manque de temps.

L'évaluation des réseaux met en évidence certains points forts et des points à améliorer différents selon les réseaux:

	Points forts	Points à améliorer
REPOP Ile-de-France	Départementalisation des coordinations, qui permet de couvrir l'ensemble de la région et d'être plus proche des institutions et acteurs locaux et une coordination régionale qui assure la cohérence et l'évaluation globale	Des indemnisations de libéraux qui posent parfois problème, faute de dérogations tarifaires
	Evaluation interne continue « Tableaux de bord »	Un travail sur le remplissage du DMP doit être effectué avec les médecins
	Coordination locale dynamique et efficace en pleine concertation avec la coordination régionale	
	Projet de prévention scolaire solide avec une implication forte des médecins scolaires	
	Augmentation des inclusions de patients et de professionnels constante et conforme aux objectifs	
REPOP Franche-Comté	Formation de tous les enseignants de primaire de Franche-Comté	Fonctionnement du réseau sur le Doubs uniquement pour l'instant
	Forte motivation et implication des professionnels libéraux de la région	Nombreux enfants bénéficient d'une prise en charge réseau mais ne sont pas inclus
	La Fédération des réseaux de Franche-Comté propose différents soutiens (informatique notamment)	
	Prise en charge globale du patient grâce à un médecin et un acteur de santé (paramédical le plus souvent)	
REPOP Toulouse	Présence des acteurs du réseau sur l'ensemble de la région Midi-Pyrénées	La taille de la région pose des difficultés pour les actions financées par les municipalités
	Nombreux partenariats avec les structures sportives et de médecine du sport de la région	Concentration des moyens sur certaines actions seulement (formations) faute de fonds suffisants
	Internat public prenant en charge les enfants obèses (Luchon)	
	Trio de partenaires autour de l'enfant (médecin réseau, acteur, accompagnateur)	
	Le réseau a fait l'objet d'un travail de recherche (thèse de médecine générale) Mise en place des structures ambulatoires de prise en charge collective	Prévoir une stratégie d'extension géographique
REPOP Grand Lyon	Mise en place d'une permanence téléphonique d'accompagnement des familles Enquête de satisfaction des professionnels et des familles positive	Mettre en place des actions de prévention
	Partenariat privilégié avec ADES de Rhône	

Parmi les difficultés rencontrées de façon globale, il faut noter le changement des habitudes des professionnels et la lourdeur du dossier médical partagé (DMP). Certains médecins ne renvoient pas, ou pas immédiatement, le dossier de patients nouvellement inclus ; il y a par

ailleurs des données manquantes dans les dossiers : des items ne sont pas remplis, ou sont mal complétés. Ceci illustre bien la difficulté des professionnels à s'approprier un outil nouveau, qui les amène à opérer des modifications dans leurs pratiques habituelles. Les 3 réseaux ont décidé d'un commun accord de mettre en place des groupes de travail incluant des médecins, destinés à reprendre le contenu des dossiers, à vérifier la pertinence des items, et si nécessaire, à les modifier.

Il semble en effet nécessaire que les professionnels participent à l'élaboration du DMP, et que des formations plus appuyées aient lieu. Il s'agirait que ces points concernant la formation soient reconnus par les financeurs, afin d'assurer la pérennité du DMP.

Concernant le coût de la prise en charge, elle peut être considérée comme équivalent à la somme des coûts du DMP, des consultations, de la coordination et des prestations dérogatoires destinées au suivi médical.

3.1.4. Evaluation des actions impliquant les acteurs économiques, les consommateurs, la société civile et les média

3.1.4.1. Bilan du fonctionnement du Comité d'évaluation pour l'attribution du logo du PNNS (Action 2.2.2.3.1, page 63)

Conformément à la demande de la DGS et suite à la publication au J.O. du 2 juin 2004 de l'arrêté du 27 avril 2004 fixant les conditions à titre expérimental de la marque "Programme National Nutrition Santé" et portant création d'un comité d'évaluation pour le logo du "Programme National Nutrition Santé" auprès de l'institut National de Prévention et d'Education pour la santé, l'INPES a constitué et piloté à partir de juin 2004 un comité d'évaluation pour le logo "PNNS". Sa mission est de formuler des avis consultatifs à la DGS afin de permettre à différents acteurs d'utiliser le logo du PNNS, et de bénéficier ainsi d'un agrément pour les actions et supports répondant aux objectifs de ce programme.

Bilan en quelques chiffres sur 18 mois de fonctionnement du comité (juin 2004 à décembre 2005)

- 74 dossiers ont été reçus dont 14 non admissibles,
- 27 avis favorables ont été donnés dont 5 issus de dossiers pour des actions régionales ou infra régionales,
- 21 avis négatifs ont été rendus en première instruction (principales raisons : absence de lien avec le PNNS, démarche commerciale, problème lié à l'environnement du logo), 18 ajournements (principales raisons : non-conformité avec le PNNS, nécessité d'un complément de dossier et/ou d'informations sur l'environnement de l'action),
- 12 ajournements ont été donnés avec suggestion de nouvelle présentation, dont 8 n'ont pas été représentés depuis plus de 6 mois.

Les actions/programmes/documents ayant obtenu l'autorisation d'utilisation du logo du PNNS sont présentés dans l'Annexe 1.

3.1.4.2. Suivi des recommandations AFSSA 2002 concernant l'adjonction de sel dans les aliments (Action 2.2.2.3.2.1, page 64)

Suite aux recommandations publiées dans le rapport AFSSA de 2002, deux réunions de bilan et de suivi ont eu lieu en avril 2003 à l'AFSSA et le 18 janvier 2005 à la DGS. A ces occasions ont été demandées des informations aux acteurs économiques concernés (et ayant participé au Groupe de Travail AFSSA). Les informations recueillies, suite à ces réunions et celles colligées par l'AFSSA, les associations de consommateurs et la DGS, permettent de dresser le tableau suivant :

- ventes totales de sel en France

Les chiffres de vente totale de sel en France (source : Comité des Salines de France) montrent une baisse depuis 2001 de 21 kT . Les ventes de sel sont passées de 392 kT en 2001 à 371 kT en 2003, correspondant à 5% de baisse. Cette baisse de 5% se retrouve tant pour le sel destiné à l'industrie alimentaire que pour le sel domestique.

- sel dans les potages et soupes

Pour le sel des potages et soupes industriels liquides et déshydratées (3 entreprises représentent 97% du marché), une réduction a été mise en place faisant passer d'une teneur moyenne en sel de 8,6 g/l en 2000 à 8 g/l en 2003 (soit une réduction de 7%), la tendance à la baisse devrait être confirmée en 2004 selon les industriels concernés (mais pas de nouveaux chiffres globaux disponibles, bien que certaines firmes font état d'une baisse totale atteignant 10 à 12 % depuis la parution du rapport AFSSA). Il existe une volonté fortement affichée des industriels concernés de réduire la teneur en sel lors de la reformulation de chaque recette.

- sel dans les fromages

Pour le secteur des fromages, les actions mises en œuvre par l'interprofession concernent principalement l'information des professionnels, l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques du salage, une enquête sur la teneur en sel des fromages (en 2003) et une recommandation sur l'étiquetage volontaire des fromages affinés. Mais il n'existe pas d'évaluation chiffrée de l'effet de ces actions sur les teneurs en sel des fromages

- sel dans les charcuteries et salaisons

Pour les charcuteries et salaisons, une information/ formation sur la problématique du sel a été réalisée par l'interprofession pour les professionnels sous forme de colloques et de publications. Une étude sur les teneurs en sel des produits a été menée entre 2003 et 2005 auprès du secteur artisanal. Des demandes ont été faites et obtenues de la DGCCRF pour l'utilisation de sels de substitution. Certaines charcuteries à forte réduction de la teneur en sel (moins 30 %) ont été mises sur le marché mais ils ne concernent qu'un marché très restreint. Un sondage effectué par l'interprofession sur 15 entreprises (sans recherche de représentativité) tend à montrer une réduction sensible de 5 % pour les produits cuits et de 10 % pour les produits secs.

- sel dans les plats cuisinés

Même si certaines sociétés se sont engagées dans la réduction de la teneur en sel de leurs produits, aucune donnée chiffrée n'a pu être fournies par les professionnels sur les modifications obtenues.

Cependant, une étude auprès des consommateurs menée par l'ANIA (secteur des plats cuisinés appertisés) montre que ceux-ci ne font pas de différence entre les produits testés lorsque la teneur en sel est réduite de 20%.

- sel en restauration collective

En restauration collective, un travail d'amont a été développé avec les fournisseurs, sur la sensibilisation des cuisiniers, la modification des fiches recettes et des actions d'information visant, en restauration scolaire, à la disparition des salières de table et en restauration collective commerciale, la réduction de la taille des sachets et l'absence de salière sur les tables. Mais aucune évaluation chiffrée de l'impact de ces recommandations et des mesures n'a été réalisée.

Dans l'étude menée par l'AFSSA avec l'Education Nationale pour l'évaluation de la circulaire de juin 2001, concernant la qualité des repas servis en restauration scolaire, l'estimation de la présence de salière sur les tables sera évaluée.

- sel et grande distribution

La Grande distribution est concernée par les produits marque-distributeurs et premiers prix. Une communication interne sur le sujet a eu lieu avec diffusion de l'avis de l'AFSSA. Le critère sel intervient lors de la révision des recettes, mais il n'est pas le déclencheur d'une modification de la recette. Pour les marques distributeurs ou 1^{er} prix, les PME qui fournissent les produits semblent rester peu sensibilisées sur ce sujet. Aucune donnée chiffrée n'est disponible sur les modifications de la teneur en sel de ces produits.

- sel dans le pain

Pour le secteur de la boulangerie, une forte sensibilisation de la profession a été menée par les filières concernées depuis avril 2002, au travers des salons professionnels, de mise en ligne sur Internet d'éléments techniques... De nombreuses actions ponctuelles ont été menées par exemple avec la ville de Royan par la signature d'une charte, en Alsace, en Auvergne avec le pain Vulcania, en Loire Atlantique, en Normandie, dans le cadre des centres de formation des apprentis, avec le secteur industriel, le développement de certains type de baguettes (« retrodor ») à l'initiative de certaines enseignes de grande distribution.

Concernant le bilan quantitatif :

- Une étude a été réalisée en juillet 2005 par les professionnels concernés (Association Nationale de la Meunerie Française et Institut National de la Boulangerie Pâtisserie) dans 6 grandes régions françaises (Alsace, Aquitaine, Ile-de-France, Normandie, PACA-Languedoc et Picardie (au moins 4 villes et une zone rurale par région). Pour chaque région 20 demi-baguettes ont été prélevées en boulangerie artisanale (15 classiques et 5 de tradition) et les teneurs en sel mesurés.

Les résultats des analyses mettent en évidence que la quantité de sel ajoutée au pétrissage dans les échantillons testés, est inférieure dans 87,5 % des pains par rapport à la valeur haute retenue en 2002 dans le rapport de l'AFSSA (24 g/kg de farine). La dose moyenne est de 21,2 g de sel ajouté par kg de farine et 41,1 % des baguettes ont une teneur en sel inférieure à 20,4 g/kg de farine (teneur intermédiaire selon le calendrier proposé dans le rapport de l'AFSSA de moins 5 % par an). Bien qu'une grande variabilité soit retrouvée au sein d'une même région, il est observé de légères différences dans les pratiques des régions : les pains des régions du Sud ayant tendance à être moins salés. La baguette de tradition a également tendance à être moins salée que la baguette classique.

Ces résultats montrent de réelles modifications des pratiques en matière d'apport en sel par les boulangers qui doivent être poursuivies (l'absence de problèmes induits par les modifications de la teneur du sel dans le pain par les boulangers qui ont mis en pratique les recommandations devrait permettre de convaincre ceux qui ne l'ont pas encore fait de l'absence de retentissement pour les consommateurs). Il reste à réduire l'hétérogénéité des pratiques.

- Les données de cette étude vont dans le même sens que celle récemment publiées (septembre 2005) par 60 Millions de Consommateurs, réalisée avec l'AFSSA. La teneur en sel de 131 pains a été mesurée. Cette étude met en évidence un mouvement à la baisse, mais des écarts importants d'un pain à l'autre.

- Une étude a été également menée par la SOFRES, à la demande de la DGS en octobre 2005, sur un échantillon national représentatif des 32000 artisans boulangers de France (qui représentent 70% du pain vendu) ainsi que de quelques 200 boulangeries industrielles et les boulangeries d'hypermarché. L'enquête a été réalisée en face à face sur la base d'un questionnaire. L'échantillon comprenait au total 300 boulangeries artisanales, 74 boulangeries d'hypermarché et 29 boulangeries industrielles.

Il existe peu de différence pour les divers items entre les types de boulangeries. La dose de sel incluse dans le pain est déclarée en moyenne à 19,5 g/kg de farine. Si près de 80% des boulangers estiment connaître la recommandation de réduction de sel dans le pain, ils jugent que leur secteur d'activité est peu concerné par l'objectif d'amélioration de santé publique. Ils sont 80% à penser que l'apport de sel provenant du pain dans l'alimentation des français est inférieur à 10% (rappelons que la réalité mesurée par les enquêtes de consommation retrouve un chiffre supérieur à 30%). Cependant, la moitié des boulangers dit avoir réduit ou compte réduire la quantité de sel incluse dans leurs recettes. Si la crainte de perte de goût et par voie de conséquence de clientèle est le frein le plus souvent mentionné pour réduire le sel, les boulangers ayant déjà procédé à cette réduction ne mentionnent pas de problème. Pour les boulangers, l'aide à la réduction du sel doit d'abord passer par une information, une sensibilisation du grand public.

- étude sur la teneur en sel des aliments AFSSA-60 Millions de Consommateurs

Cette étude a permis d'échantillonner en 2003, 410 références et a évalué leur teneur en sel et humidité. L'étude a été renouvelée en novembre 2005 sur 385 de ces références. L'analyse de l'évolution montre que la baisse des teneurs en sel est enclenchée en moyenne pour la moitié environ des produits étudiés (notamment céréales petits déjeuners, un certain nombre de plats cuisinés, soupes et potages). Cependant des écarts importants ont été retrouvés entre les teneurs en sel au sein de chaque famille ; 88 % des produits préemballés étudiés ne mentionnent aucune teneur en sel ou en sodium

3.1.5. Bilan quantitatif et qualitatif des projets locaux et régionaux (Action 2.2.2.4.3, page 76)

3.1.5.1. *Etude de la Société Française de Santé Publique (2003)*

Pour la préparation en décembre 2003 d'une réunion nationale des correspondants et coordonnateurs régionaux du PNNS, une étude sur les projets menés en région entrant dans le champ du PNNS a été réalisée par la Société Française de Santé Publique.

Au total, 17 régions ont répondu, permettant de recenser un total de 503 actions. Dans 6 régions, plus de 30 actions avaient été menées.

L'étude des réponses faisait apparaître que 39% des projets avaient pour public principal les personnes défavorisées et 24% ceux souffrant d'une pathologie et 24% des professionnels. Les enfants étaient la cible principale concernée : 40% des projets, contre 6% pour les personnes âgées, 7% les femmes, 31% les adultes et 15% les diverses tranches d'âge et de sexe. Les lieux d'intervention étaient un établissement d'enseignement dans 41% des cas, un établissement médico-social dans 23%, de soins pour 15%. La durée des actions menées était de moins de 1 an pour 29% de 1 à 2 ans pour 31% de plus de 2 ans pour 11% (et non mentionnée pour 23%). La zone géographique concernée était essentiellement le département et la commune (y compris les communautés de commune) : 61%. Des actions supra département ou infra commune étaient beaucoup plus rares (12 et 17%).

Les organismes porteurs de ces actions étaient extrêmement variés, dans l'ordre de fréquence : les organismes d'éducation pour la santé, les établissements scolaires, les municipalités, l'assurance maladie, les centres hospitaliers, des associations, les centres sociaux, une mutualité,...

A une période (2001-2002 et début 2003) où les outils du PNNS étaient encore peu développés, l'origine des outils utilisés dans ces actions était largement inconnue et non mentionnée par les promoteurs, malgré la demande explicite du questionnaire.

Le coût des actions était extrêmement variable : 9% des actions avaient un coût de plus de 50000 €, 20% entre 20 et 50000 €, 33% entre 5 et 20000 € et 22% inférieur à 5000 €.

Seuls 45 projets avaient bénéficié d'une évaluation

3.1.5.2. *Evaluation des actions régionales menées par la Fédération Nationale de la Mutualité Française*

La Fédération Nationale de la Mutualité Française est investie depuis 2001, à travers son réseau de prévention et de promotion de santé, dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS), 83 programmes sur l'ensemble du territoire.

Un bilan détaillé de ces actions a été fait par l'Institut Théophraste Renaudot en 2005.

70 « fiches actions » ont été étudiées, sur 83 programmes réalisés.

Ce bilan montre que :

⇒ Les programmes Nutrition ont été développés par le réseau de prévention et de promotion de la santé de la Mutualité Française dans 15 régions de France et notamment en Midi-Pyrénées (un quart des programmes étudiés).

⇒ Les objectifs des interventions Nutrition du réseau de prévention et de promotion de la

santé de la Mutualité Française sont en lien avec ceux du PNNS mais ne sont pas aussi précis, et ne sont pas toujours explicités.

⇒ La majorité des programmes Nutrition développés est en cohérence avec l'axe 1 du PNNS (Informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant, éduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant.).

⇒ Ces programmes ont concerné avant tout l'éducation nutritionnelle. L'activité physique, l'insertion, le lien social, les interventions autour du diabète sont aussi bien représentés.

⇒ Les intervenants du réseau Mutualiste ont cherché à toucher leurs publics par des modes d'intervention directs et indirects (formation d'acteurs relais professionnels ou non, implication dans les instances de pilotage).

⇒ Les interventions étaient destinées pour moitié à des enfants et des pré-adolescents (6-16 ans) scolarisés. Elles se sont adressées aussi pour près de 40% aux personnes adultes et notamment aux personnes en situation de précarité, aux personnes âgées, aux bénévoles et personnes relais et aux clients des Mutuelles.

⇒ Les programmes Nutrition ont été, pour la majorité, inscrits dans le temps (durée supérieure à un an).

⇒ Ils ont été surtout développés à l'échelle départementale ou locale.

3.1.6. Evaluation des actions spécifiques

3.1.6.1. *Evaluation des actions envers les populations en situation de grande précarité (Action 2.2.2.5.1.3, page 85)*

Evaluation de l'utilisation d'un aliment de rue : le Vitapoche

Plusieurs enquêtes nutritionnelles ont montré que les personnes sans-abri avaient un statut nutritionnel fortement dégradé. Cette dégradation est en partie attribuable à une alimentation insuffisante en quantité (apports énergétiques trop faibles) et en qualité (apports en vitamines et minéraux trop faibles, et notamment déficiences graves en vitamine C).

Une étude destinée à améliorer les apports nutritionnels des personnes exclues a donc été mise en place dans le cadre du Plan National Nutrition Santé (PNNS) et réalisée par l'équipe "Nutrition et Précarité" de l'INSERM U557. Les objectifs étaient les suivants :

1. Mettre au point un aliment de rue enrichi destiné à prévenir les déficiences vitaminiques et minérales chez les personnes sans-abri
2. En tester l'acceptabilité auprès du public cible

Etude d'acceptabilité

L'étude a été menée en deux temps (phase hiver, phase été), du 15/11/01 au 15/08/02. Elle a été réalisée dans 3 centres d'hébergement (Mie de Pain, Montrouge, Centre Ney), 4 centres d'accueils de jours (CAFDA, Espace 15-25 Halte Amis Rue, ESI Mie de Pain, ESI 10^e) et avec les Equipes Mobiles d'Aide (EMA) du Samu Social. L'aliment a été systématiquement proposé à chaque utilisateur pendant 2 semaines dans chaque structure. Chaque jour de distribution, un enquêteur a recueilli l'avis de 3-4 personnes sur l'aliment (goût, texture, conditionnement, quantités consommées et fréquence de consommation, intention de consommer).

Résultats

En hiver : 16 000 sachets ont été distribués et 253 personnes enquêtées. Ces premières enquêtes indiquaient dans l'ensemble une bonne acceptabilité de l'aliment mais mettaient en évidence des problèmes liés à la quantité (insuffisante), au goût (présence d'arachide, goût difficilement identifiable), à la valeur symbolique de l'aliment (manque d'information sur le sachet, couleur du sachet et nom inadaptés) et à divers aspects pratiques (ouverture, texture).

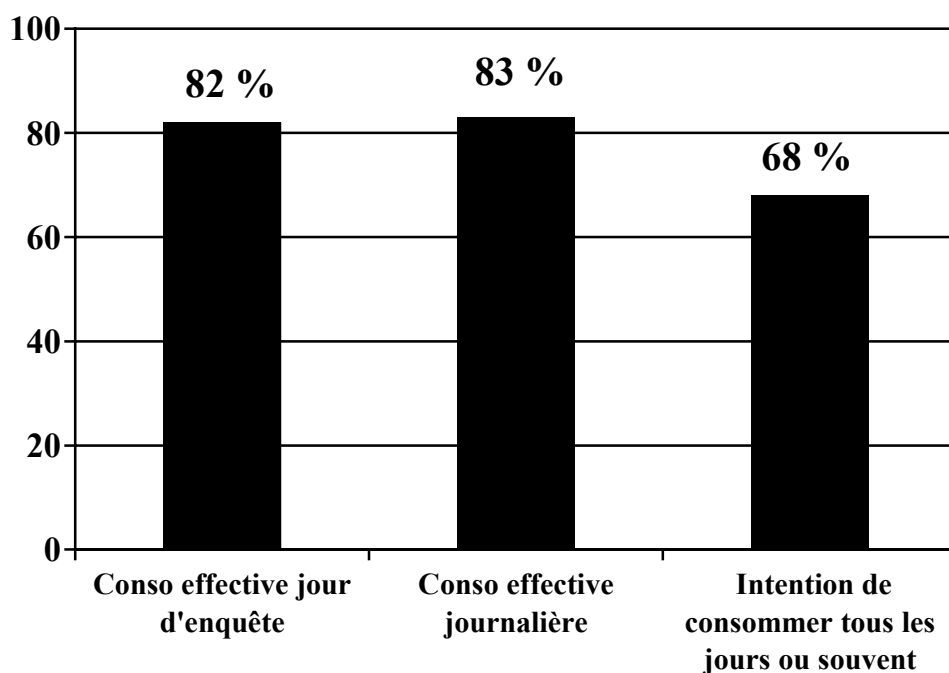
En été : les résultats de ces premières enquêtes d'hiver et les suggestions formulées par les enquêtés et les équipes d'accueil ont été prises en compte pour améliorer la formulation et l'emballage de l'aliment. Une 2nde production a été lancée pour l'été et l'aliment a été baptisé " Vitapoche" : 15 000 sachets ont été distribués et 130 personnes enquêtées. A peu près 2/3 des personnes interrogées ont déclaré qu'elles consommeraient régulièrement du Vitapoche si elles pouvaient se le procurer facilement.

Conclusion

Ces résultats indiquent une très bonne acceptabilité du Vitapoche et suggèrent que son introduction dans les programmes d'aide alimentaire pourrait aider à prévenir les déficiences vitaminiques et minérales chez les personnes sans-abri.

Acceptabilité du Vitapoche

Les principaux résultats de la phase d'été sont résumés dans la figure ci-dessus. L'étude montre que 4 personnes sur 5 ont effectivement consommé du Vitapoche le jour où elles en avaient reçu. De plus, parmi celles qui en avaient reçu plusieurs jours de suite, 4 sur 5 en ont effectivement consommé tous les jours. Enfin, 2 personnes sur 3 ont déclaré qu'elles consommeraient régulièrement du Vitapoche si elles pouvaient se le procurer facilement.



Les résultats obtenus avec le Vitapoche témoignent donc d'une très bonne acceptabilité de cet aliment enrichi.

Puisque l'acceptabilité du Vitapoche est bonne, son introduction dans les programmes d'aide alimentaire pourrait aider à prévenir les déficiences vitaminiques et minérales chez les personnes sans-abri. La société Nutriset produisant plus de 700 tonnes par an d'un aliment similaire (le Plumpy'nut®), une petite production de Vitapoche, de l'ordre de quelques tonnes par an, ne pose pas de problème technique.

Situation en fin 2005

A moment de la sortie et de l'autorisation de distribution de cet aliment par les associations d'aide alimentaire et les centres d'hébergement, une polémique a vu le jour sur la substitution d'une alimentation complète que pouvait représenter cet aliment. Des réunions d'information se sont tenues pour faire valoir le complément qu'il représentait d'une aide alimentaire plus traditionnelle et de son adaptation à un public très spécifique au mode de vie particulier, les personnes sans domicile fixe.

En 2003, le Directeur général de la santé a transmis par courrier à plus de 700 associations et centres recevant des personnes sans domicile fixe une information sur l'existence et l'intérêt de cet aliment enrichi.

En 2005 cependant, à peine plus de 1 tonne de Vitapoche a été produite et commandée, représentant seulement 6500 sachets. Les causes de cette absence de commande n'ont pu être identifiées précisément. Il reste certainement à convaincre certains responsables

d'associations de l'urgence de prévenir les carences nutritionnelles graves auxquelles sont soumis les personnes sans domicile fixe, et de l'insuffisance actuelle des rations fournies par l'aide alimentaire pour pallier cette situation. La question du coût des sachets vendus 0,21€ le sachet de 170 grammes peut représenter un frein. Des aides publiques devraient pouvoir pallier ces difficultés.

3.1.6.2. Evaluation des Journées Régionales Allaitement (JRA) organisées par la CoFAM (Action 2.2.2.5.3.2, page 87)

L'évaluation faite par les organisateurs en fin de session montre que l'objectif initial a bien été atteint : plus de 90 % des personnes mentionnent avoir acquis des connaissances nouvelles et environ 90 % souhaitent modifier leur pratique quotidienne, en particulier dans les domaines suivants : améliorer l'accompagnement de l'allaitement, revoir l'accueil du nouveau-né à la naissance, créer une meilleure cohésion de l'équipe soignante, travailler en réseau et se former. La majorité (81 à 90%) pensent demander des formations complémentaires sur l'allaitement maternel, pour elles ou pour leur service. Plus de 80 % ont fortement apprécié la qualité des intervenants.

3.1.7. Actions de surveillance

Evaluation de la faisabilité de l'étude Nationale Nutrition Santé (ENNS) (Action 2.2.2.6.1, page 91)

Le suivi des indicateurs utilisés pour la définition des objectifs du PNNS a été confié à l'Usen (InVS/Cnam/Paris13), en collaboration avec l'Afssa et l'Inpes.

L'Etude nationale nutrition santé (ENNS) doit fournir des données fiables concernant la consommation alimentaire, l'état nutritionnel et l'activité physique d'un échantillon représentatif de la population vivant en France métropolitaine.

Le recueil de ces données suppose ainsi de mener à la fois une enquête alimentaire et un examen clinique et biologique, incluant un prélèvement sanguin. Une telle démarche n'ayant jamais été entreprise jusqu'à maintenant en France, avec un sondage aléatoire direct, les taux de participation à cette étude méritaient d'être évalués pour prouver la faisabilité de l'étude, vérifier la qualité des données ainsi recueillies et programmer les besoins à l'échelle nationale.

Lors d'une première étude pilote réalisée en collaboration avec l'Afssa en 2002, et dont le recueil avait été réalisé par une société de service, seuls 33 % des enfants et 17 % des adultes avaient accepté de participer à l'enquête alimentaire. Par ailleurs, 8 % des adultes avaient accepté de réaliser l'examen clinique et biologique. Suite à ces résultats, des modifications substantielles ont été apportées au protocole et dans les procédures de réalisation. C'est ainsi que l'Usen a réalisé en 2004 une nouvelle étude d'estimation de l'acceptabilité et de la faisabilité du protocole ENNS dans le département de l'Indre-et-Loire.

Méthodes

Sujets

L'étude pilote a été réalisée entre mai et juillet 2004. Les sujets ont été inclus après un tirage au sort à trois degrés. Le premier degré consistait en un tirage des communes ou regroupements de communes en zone rurale, stratifié sur le type de zone (urbaine/rurale) et, en zone urbaine, sur la taille d'unité urbaine. Au sein des communes tirées au sort, le deuxième degré était un tirage de foyers ordinaires sur la base téléphonique de France Telecom, avec une allocation proportionnelle sur le nombre de ménages, selon le recensement de l'Insee de 1999. Deux tirages indépendants ont été réalisés pour inclure les adultes et les enfants. Après le recueil de la composition du foyer, la sélection aléatoire d'un seul individu par foyer, enfant ou adulte, était réalisée par la méthode de la date anniversaire. Le nombre de sujets nécessaire avait été estimé à 150 adultes et 150 enfants pour estimer un taux de participation de 60 % avec une bonne précision. Comme la base téléphonique ne fournissait pas d'information sur la présence ou non d'enfants dans la tranche d'âge souhaitée (3 – 17 ans), un nombre supérieur de numéros de téléphone a été tiré au sort, et une identification des foyers avec au moins un enfant dans cette tranche d'âge a été réalisée en préalable.

Recueil des données

Après l'envoi d'un courrier d'information aux foyers sélectionnés, un médecin de l'InVS entrait en contact avec le foyer pour réaliser le tirage au sort de l'individu à inclure et lui proposer qu'une diététicienne de l'équipe se rende à son domicile pour lui présenter en détails les modalités de participation. Lors de cette visite, elle expliquait le contenu de l'étude, et, en cas d'accord de participation, remettaient les autoquestionnaires et un cahier

photographique des portions pour la réalisation de l'enquête alimentaire. Celle-ci consistait en trois rappels des 24 heures répartis aléatoirement sur 15 jours (2 jours de semaine et 1 jour de week-end). Ils étaient réalisés par téléphone chez les adultes et en face-à-face chez les enfants, les données étant saisies sur un logiciel spécifique. A l'issue de cette période de 15 jours, la diététicienne se rendait au domicile pour récupérer les autoquestionnaires et poser des questions complémentaires en face-à-face sur un système CAPI. A cette occasion, elle pesait et mesurait les enfants. Certains adultes souhaitant participer à l'étude sans qu'une diététicienne se rende à leur domicile, il leur a été proposé de réaliser le recueil des données entièrement par téléphone et par courrier.

L'examen clinique et biologique, réalisé uniquement chez les adultes (18 ans et plus), comportait des mesures anthropométriques et de pression artérielle, et un prélèvement sanguin pour des mesures de cholestérol total, triglycérides, hémoglobine, glycémie, et hémoglobine glyquée (HbA1c). Des prélèvements complémentaires de sang, urines et cheveux ont été réalisés pour la réalisation d'une biobanque, notamment pour les analyses environnementales. Il pouvait être réalisé soit dans le centre d'examen de santé de la CnamTS du département (Irsa), soit à domicile grâce au passage d'un infirmier de l'InVS. Le consentement pour la réalisation de l'examen clinique et biologique était recueilli par téléphone par les médecins de l'InVS. Cette étude a reçu un avis favorable du CCPPRB de Paris Cochin et les autorisations réglementaires de la Cnil.

Analyses des données

La participation des sujets inclus à l'enquête alimentaire a été estimée de façon séparée chez les enfants et les adultes. Chez ces derniers, la participation à l'examen clinique et biologique a également été décrite. Le dénominateur était constitué des ménages joignables pendant la période d'enquête et inclusibles (principalement : être dans la tranche d'âge considérée, accepter de participer et comprendre les enjeux de l'étude, résider dans le foyer sélectionné et ne pas déménager hors du département dans la période d'enquête, ne pas nécessiter une nutrition artificielle). Les foyers dans lesquels la composition du foyer n'avait pu être obtenue ont été considérés comme des refus de participation. Des probabilités d'inclusion ont été estimées en prenant en compte les probabilités de tirage au sort des communes, et celles des foyers au sein des communes. La participation calculée correspondait à une participation des foyers, les probabilités d'inclusion des sujets issus de foyers dont la composition n'était pas disponible, ne pouvant être estimées.

Résultats

Taux de participation chez les adultes

Après l'envoi de courrier d'information dans 177 foyers sélectionnés aléatoirement, 165 foyers se sont avérés joignables pendant la période d'étude. Parmi eux, 152 répondaient aux critères pour être inclus, ce qui constituait le dénominateur du calcul de participation. Dix-neuf pour cent des foyers contactés ont refusé de fournir la composition du foyer. Au final, 89 adultes ont réalisé l'enquête alimentaire (au moins deux rappels de 24 heures, selon la recommandation européenne), soit 58,3 % de participation au volet alimentaire de l'étude (tableau 1). Peu de sujets ont abandonné au cours de la période d'enquête alimentaire, et 80 % d'entre eux ont réalisé l'examen clinique et biologique (tableau 1), dont un tiers à domicile. Les causes principales de refus étaient le grand âge, l'absence de temps ou d'intérêt à consacrer à l'étude, les difficultés familiales et sociales, les départs en vacances, et les difficultés à joindre les jeunes adultes tirés au sort.

Enfin, 53,8 % des inclus étaient des femmes contre 52,6 % attendus selon le recensement de l'Insee dans ce département. La répartition des sujets inclus dans les strates géographiques était comparable à celle attendue. Les jeunes adultes (7,2 %) et les personnes de plus de 75

ans (3,2 %) étaient sous-représentés dans l'échantillon final par rapport à ce qui était attendu (14,5 % et 5,3 %, respectivement).

Taux de participation chez les enfants

Au final, 159 foyers identifiés préalablement comme comprenant des enfants de 3 à 17 ans, se sont avérés joignables pendant la période d'étude et incluables. Parmi eux, 13,2 % ont refusé de fournir la composition du foyer pour permettre le tirage au sort d'un enfant. Cent quinze enfants ont finalement participé à l'enquête alimentaire en réalisant au moins deux rappels de 24 heures, ce qui porte à 71,6 % le taux de participation pondéré (tableau 1). Là encore la quasi-totalité des enfants a réalisé trois rappels des 24 heures et le remplissage du questionnaire posé en fin de période d'enquête alimentaire (tableau 1). Outre les refus de même type que ceux exprimés par les adultes, des difficultés pour joindre les adolescents pendant la période d'étude, les départs en vacances et la proximité des examens sont également entrés en ligne de compte.

Contre 49,2 % attendus selon le recensement de l'Insee, 54,5 % des enfants inclus étaient des filles. Les trois classes d'âge définies préalablement étaient représentées de façon comparable au recensement.

Conclusion

Les taux de participation atteints dans l'étude pilote 2004 de l'étude ENNS permettent d'envisager sa transposition à l'échelle nationale. En effet, ils sont proches chez les adultes ou supérieurs chez les enfants au niveau fixé lors de la préparation de l'étude pilote et considéré comme optimal dans ce type d'étude en population générale. La réalisation de l'étude dans le département d'Indre-et-Loire ne permet pas d'exclure que ces taux aient été surestimés. Mais la période d'étude, juste avant l'été, ne fournissait pas des conditions particulièrement favorables, les départs en vacances ayant été comptabilisés comme des refus. Ces résultats sont dans tous les cas sans commune mesure avec ceux obtenus lors de la première étude pilote. Les modifications du protocole et le recours à des professionnels de la santé et de l'alimentation peuvent être entrés en ligne de compte dans cette amélioration, sans qu'il soit toutefois possible d'en estimer l'importance relative. L'échantillon obtenu finalement est, de façon logique, proche du recensement de l'Insee. Au-delà de la vérification de l'acceptabilité, cette étude pilote a permis de programmer les besoins pour sa réalisation à l'échelle nationale, qui a débuté en janvier 2006, pour une durée d'un an.

Tableau 1 : Taux de participation pondérés aux différentes phases de l'étude pilote 2004 ENNS en Indre-et-Loire.

	Adultes (N = 152)		Enfants (N = 159)	
	N	%	N	%
Rappels des 24 heures				
≥ 1	90	59,0	119	74,5
≥ 2	89	58,3	115	71,6
≥ 3	87	57,0	112	69,9
Questionnaire CAPI	87	57,0	115	72,3
Examen de santé	71	46,8	-	-

3.2. Evolution des indicateurs mesurant les objectifs du PNNS : Données ponctuelles ou indirectes sur l'évolution des indicateurs mesurant les objectifs nutritionnel du PNNS depuis 2001

Les résultats de l'étude ENNS ne seront disponibles qu'en 2007. Ils permettront de disposer d'indications précises sur les indicateurs qui mesurent l'état des objectifs nutritionnels de santé publique. Cependant certaines données ponctuelles ou indirectes sont actuellement disponibles et fournissent quelques éléments d'évolution sur des objectifs spécifiques.

3.2.1. Evolution de l'allaitement maternel

La fréquence de l'allaitement à la sortie de la maternité suit une courbe ascendante, d'après les données de l'enquête périnatale 2003 :

- La proportion de mères allaitant leurs nouveau-nés à la maternité qui était de 52,5% en 1998 s'élève à 62,5% en 2003 (avec cependant une forte hétérogénéité régionale). La prévalence d'allaitement exclusif est passée de 45 à 56%.

- En 2003, l'allaitement maternel domine chez les mères cadres (80%) et les professions intermédiaires (74%). Il est plus faible chez les ouvrières (qualifiées 46%, non qualifiées 50%). Les mères étrangères (toutes nationalités confondues, y compris européennes) allaitent à 84% dont 70,5% de façon exclusive.

3.2.2. Evolution de la consommation des fruits et légumes

Les données provenant des milieux professionnels (Interfel) mettent en évidence des tendances plutôt favorables dans la consommation des fruits et légumes depuis 2003. Certes, les conditions météorologiques ont eu une incidence directe sur l'offre, qui a été limitée en 2001, 2002 et 2003. L'analyse de la campagne 2003 est à cet égard intéressante, car, en dépit de disponibilités une nouvelle fois restreintes, les achats marquent une reprise, en volume et en valeur. De surcroît, les ménages ont alloué un budget plus important à leur consommation de fruits et légumes frais : le potentiel de consommation est donc bien présent, mais est depuis 3 ans freiné par les problèmes de disponibilités en production. De plus, aux achats directs des ménages, s'ajoute aussi l'augmentation exceptionnelle de la consommation alimentaire hors domicile.

● Résultats des études sur les achats des ménages en fruits et légumes frais en 2003 (SECODIP 2003)

L'étude Secodip CONSOSCAN mesure les achats des ménages Français pour leur consommation au domicile sur un panel de 3000 ménages représentatifs de la population française. Cette étude tient compte de tous les achats, tous les circuits de distribution et toutes les enseignes. CONSOSCAN ne prend pas en compte les achats en vacances ainsi que la

consommation non familiale (restauration hors domicile, commerciale et collective, bureau....).

L'étude Secodip sur la consommation des ménages français en fruits et légumes frais (hors pomme de terre) relève une légère reprise des achats en 2003.

En 2003, les achats des ménages en fruits et légumes (hors pommes de terre) ont progressé de 0.7% en volume et 2.3% en valeur.

Evolution globale des achats de fruits

Les achats de fruits frais étaient en baisse depuis 2001 jusqu'à cette année où une légère reprise des quantités achetées est observée (+0,7% par rapport à 2002). Toutefois, ce niveau reste inférieur de 8,7% à celui de 1998, le plus élevé, mais aussi à la moyenne historique 1998-2002 (-5,8%). Le niveau moyen d'achat, qui diminuait depuis 2001, progresse à nouveau en 2003.

Evolution globale des achats de légumes

Les achats de légumes frais sont marqués par une baisse tendancielle de 1997 à 2002 mais s'améliorent légèrement en 2003 avec + 0,7% en volume et + 10% en valeur. Les quantités achetées sont encore inférieures à celles de 1998 et à la moyenne 1998-2002 (-7.8%). A l'inverse des fruits, le budget alloué aux légumes progresse tendanciellement depuis 1997, et ce par l'augmentation des prix moyens, qui se stabilisent en 2003. Le niveau moyen d'achat qui diminue d'année en année depuis 1997 se redresse légèrement en 2003.

Profils de clientèle

Le cœur de clientèle traditionnel est principalement constitué des plus de 50 ans et plus spécifiquement des « vieux couples » (65 ans et plus), des « couples d'âge moyen » (35-64 ans), des « familles avec enfants majeurs » et des « vieux célibataires ». Leurs poids en volume dans les achats en fruits et légumes frais sont respectivement de 18%, 22%, 14% et 13%.

En revanche, les jeunes sont traditionnellement sous-consommateurs de fruits et légumes frais, en particulier, les « célibataires d'âge moyen », les « jeunes couples » et les « jeunes célibataires » qui ne représentent, respectivement, que 7%, 4% et 2.5% des volumes achetés. Or en 2003, il y a eu un recrutement de jeunes consommateurs, particulièrement en fruits : les « jeunes célibataires » ont accru leurs achats de 11% et les « jeunes couples sans enfant » de 10%. Dans une moindre mesure, les légumes frais (hors pommes de terre) recrutent aussi de jeunes consommateurs, tout au moins, ils n'en perdent pas : les « jeunes couples » ont acheté 3.9% de plus qu'en 2002 (en volume) et les quantités achetées des « jeunes célibataires » restent stables.

Mais ces résultats sont toutefois à tempérer par la stabilisation voire la légère baisse d'une partie de la cible privilégiée. En fruits : « les couples d'âge moyen » stabilisent leurs achats et les « familles avec enfants majeur » diminuent légèrement leurs achats de 1.5%. En légumes, les résultats se modèrent par la stabilisation des achats effectués par les « vieux célibataires » et la petite baisse de 1.2% des « couples d'âge moyens ».

● Résultats des études sur les achats des ménages en fruits et légumes frais en 2004 (SECODIP 2004)

Depuis 2003 (année pourtant déficitaire en offre), on relève une tendance à la remontée des volumes consommés, qui s'est poursuivie en 2004 (les volumes achetés par les ménages s'annoncent en 2005 du même niveau qu'en 2004) :

- l'année 2004 confirme la reprise de la consommation de fruits frais. Cette évolution permet au marché des fruits de retrouver un niveau d'achat équivalent à sa moyenne historique (1999-2003),
- après une première amélioration en 2003, les achats de légumes progressent à nouveau en 2004, mais sont néanmoins inférieurs à la moyenne 1999-2003,
- l'année 2004 a également vu une augmentation des achats des moins de 35 ans et des familles nombreuses.

● Résultats des études sur les achats des ménages en fruits et légumes frais en 2005

Achats des ménages en fruits d'été (résultats SECODIP 2005)

En 2005, l'étude Secodip CONSOSCAN mesure les achats des ménages français pour leur consommation au domicile sur un panel de 4 500 ménages représentatifs de la population française.

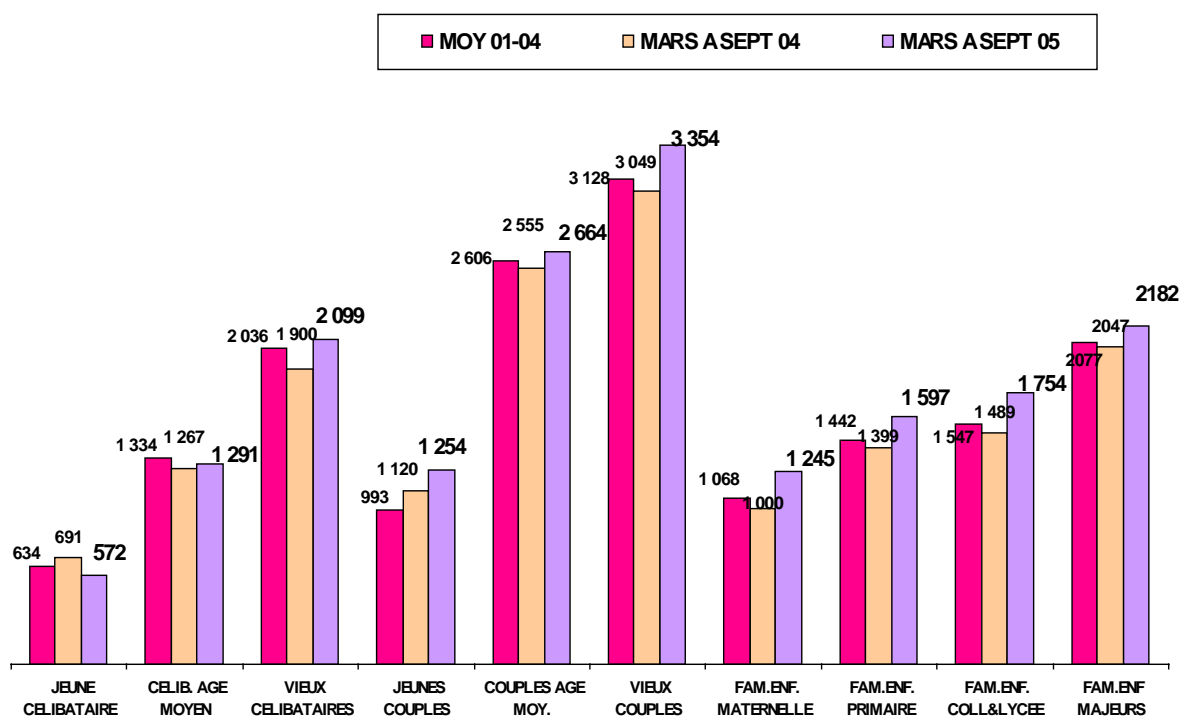
Le bilan disponible concerne les produits suivants : l'abricot, la cerise, la fraise, le melon, la pêche, la nectarine, la poire d'été (Guyot et William's) et la prune, sur une période allant de mars à septembre 2005, selon les produits.

Les fruits d'été ont élargi leur clientèle en 2005 et se sont vendus en plus grande quantité par rapport à 2004, mais aussi par rapport à la moyenne 2001-2004.

Le nombre d'acheteurs de fruits d'été reste important en 2005 (93,1% ménages sur 100) et par ailleurs, tous les indicateurs ont été positifs en volume :

- augmentation des quantités achetées par acte (1,4 kg contre 1,3 kg en 2004) ;
- augmentation de la fréquence d'achat (15,1 actes par acheteur contre 14,6 en 2004) ;
- donc une augmentation logique du niveau moyen d'achat (c'est-à-dire les quantités achetées par les ménages acheteurs durant la campagne) : 21 kg contre 19,5 kg en 2004.

La reprise en volume concerne l'ensemble des profils de clientèle, notamment le cœur de clientèle des fruits et légumes frais (couples seniors et d'âge moyen) mais aussi les familles avec enfants. Seuls les jeunes célibataires n'ont pas développé leurs achats.



Une évolution favorable a également été enregistrée en ce qui concerne l'évolution récente de la consommation de légumes en conserves (source UPPIA)

Consommation exprimée en volume	2002	2003	2004
Consommation à domicile			
Tous les légumes	825857	862666	871169
Légumes hors Tomates, champignons & marrons	638908	673920	683244
Consommation en restauration hors domicile			
Légumes hors Tomates, champignons & marrons	163398	161281	161041

3.2.3. Evolution de la prévalence de l'obésité et du surpoids

Nous ne disposons pas encore des résultats de l'étude ENNS (cf chapitre 2.2.6.2.2.), ni des données de l'enquête DESCO (qui permettra une comparaison avec des données recueillies de la même façon, dans les mêmes conditions permettant de juger avec précision de l'évolution de l'obésité chez l'enfant entre 2000 et 2006 ; cf chapitre 2.2.6.2.2.), cependant les données de 4 études récemment réalisées (et non encore publiées) sont convergentes pour suggérer qu'il pourrait s'être engagé un certain infléchissement dans l'évolution de la prévalence de l'obésité chez l'enfant. Il faut bien sur être très prudent dans l'interprétation des données qui ne permettent, en aucun cas de conclure.

3.2.3.1. Eude de la DREES

Les données de l'enquête effectuée en grande section de maternelle en 2002-2003 font actuellement l'objet de vérification en raison des problèmes rencontrés suite à la grève des médecins de l'éducation nationale (les fiches revenues ne portent que pour moins de la moitié de l'effectif attendu). Les premiers résultats de cette enquête effectuée en grande section, ont été publiés dans l'annexe A du PLFSS de 2004. Elles semblent toutefois indiquer une certaine stabilisation des prévalences de l'excès pondéral et de l'obésité entre 1999-2000 et 2002-2003, qui devra être confirmée par l'enquête actuellement sur le terrain (GS 2005/2006).

	obésité	surpoids	surcharge pondérale (total)
1999-2000	3,9 %	10,4 %	14,3 %
2002-2003	3,4 %	9,4 %	12,9 %

3.2.3.4. Enquête OBEPI 2003 (volet concernant les enfants)

Cette enquête a été réalisée entre janvier et mars 2003 par interrogation au moyen d'un questionnaire postal de 20 000 ménages Français appartenant à un panel permanent d'un institut de sondage TN-Sofres. Ce panel est représentatif de la population des ménages français par quotas sur les critères suivants : âge, sexe, profession du chef de famille, région et taille de l'agglomération d'habitation. Les résultats des données sur les adultes ont déjà été publiés.

Les 20 000 ménages sollicités comprenaient 10 920 enfants de 2 à 17 ans pour lesquels il a été demandé de mesurer poids et taille et de les reporter sur le formulaire.

Les données ont été retournées et ont pu être exploitées pour 5636 (51,6%) enfants. Les non-réponses étaient plus fréquentes en région parisienne dans le Nord et l'Est de la France. L'échantillon a été pondéré pour rétablir la répartition nationale sur ces critères.

La prévalence du surpoids et de l'obésité de l'enfant, définie par l'indice de masse corporelle avec les normes IOTF est de 13,7% (surpoids : 10,8 %, obésité 2,9 %).

Les résultats de 2003 peuvent être comparés à ceux de l'enquête OBEPI 2000 réalisée avec la même méthodologie entre avril et mai 2000. Les données étaient exploitables pour 6084 enfants (55% de l'échantillon initial). L'échantillon n'avait pas été pondéré.

	Surpoids		Obésité		Surpoids et obésité	
	2000	2003	2000	2003	2000	2003
Filles	10,7%	11,1%	2,5%	2,9 %	13,2%	14,0%
Garçons	11,1%	10,4%	2,3%	2,9%	13,4%	13,3%
Total	10,9%	10,8%	2,4%	2,9%	13,3%	13,7%

Au total, les estimations du surpoids et de l'obésité de l'enfant sont comparables dans ces deux enquêtes effectuées à 3 ans d'intervalle. Cependant, elles sont toutes les deux caractérisées par un taux important de non-répondants. Bien qu'il était demandé que les enfants soient mesurés le jour de l'enquête, il n'y a pas moyen de savoir si cette consigne a été respectée. Il est difficile d'affirmer que le biais de non-réponse a été constant dans le temps en raison de l'exposition croissante des parents à la problématique de l'obésité de l'enfant dans les médias entre 2000 et 2003.

3.2.3.3. Etude réalisées dans le Val-de-Marne

Une étude, développée dans le Val-de-Marne à l'initiative du Conseil Général avec la participation de l'Inspection académique a collecté, en avril 2005, des données anthropométriques sur un échantillon représentatif des adolescents scolarisés dans les collèges et lycées publics ou privés sous contrat de ce département. Des données anthropométriques sont disponibles pour 960 adolescents (66 classes de collèges et lycées). L'échantillon était stratifié selon le type d'établissement collège/lycée et l'appartenance à un territoire ZEP ou non. Les résultats ont été pondérés et sont représentatifs de la population mère. Selon les références IOTF, la prévalence globale de la surcharge pondérale dans cet échantillon est de

17% : 13.9% de surpoids et 3.1% d'obésité. La comparaison de ces données à celles collectées en 1998, dans les mêmes conditions, rend compte d'une stabilité de la prévalence de la surcharge pondérale. En 1998, elle était de 16.4% : 12.8% de surpoids et 3.6% d'obésité. Derrière cette apparente stabilité on note une évolution différenciée selon des déterminants économiques et/ ou culturels. Ainsi, la prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants issus de mères françaises, européennes ou d'Afrique sub-sahélienne a diminué ou s'est stabilisée. Par contre la hausse est forte chez les enfants issus de familles maghrébines ou asiatiques.

Surpoids et obésité selon l'origine de la mère

Origine de la mère	1998 (n=1041)		2005 (n=960)	
	Surpoids (%)	Obésité (%)	Surpoids (%)	Obésité (%)
Total	12.8	3.6	13.9	3.1
France	11.2	4.3	10.7	2.6
Europe	17.9	1.7	17.7	-
Maghreb	15.7	3.9	24.5	4.9
Afrique sub-sahélienne	16.7	1.9	11.8	6.9
Asie	7.3	-	15.6	6.3
Autre	9.8	4.9	15.7	2.8

Conclusion sur les données indirectes sur l'évolution des objectifs du PNNS

Il faut être d'une grande prudence dans l'interprétation des données disponibles qui ne permettent pas de conclure de façon définitive sur l'évolution de la situation alimentaire et de l'état nutritionnel de la population française depuis la mise en place du PNNS. Cependant, avec toutes les réserves d'usage, il est possible de penser que certains « frémissements » sont réellement en cours depuis 2003, dont on peut penser qu'ils sont dus aux effets directs ou indirects du PNNS. Ces données limitées mais convergentes montrent que l'évolution semble aller plutôt dans le bon sens et qu'il est possible d'obtenir des résultats à relativement court terme, ce qui est également démontré au travers des résultats des études-action qui mettent en évidence une efficacité assez rapide d'actions ciblées sur des marqueurs non seulement de comportement mais également du statut nutritionnel (notamment en termes d'excès pondéral de l'enfant) .

3.3. Bilan-évaluation de la prise en charge de l'obésité infantile : rapport de l'OPEPS du Sénat (2005)

Une évaluation externe, orientée sur la question de l'obésité a été conduite, par le Sénat, début 2005, s'appuyant sur le rapport d'expertise collective de l'INSERM "obésité : bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge".

Le chapitre 6 de cette expertise souligne : la question du bilan-évaluation des stratégies, programmes et actions de prévention de l'obésité, renvoie essentiellement à l'évaluation du PNNS. Le texte complet de cette évaluation figure dans l'annexe 5.

4.

**Les propositions de stratégies
(actions et mesures)
pour le PNNS2 (2006-2008)**

Le maintien pour 2008 des objectifs du PNNS

Le PNNS 2001-2005 a permis de développer un cadre référentiel et de créer une dynamique qui a touché l'ensemble des acteurs concernés par le champ de la nutrition.

Cependant, comme le montrent les éléments de bilan du PNNS présentés dans les chapitres 2 et 3 de ce rapport, la conception et le développement des outils nécessaires à l'établissement du cadre référentiel et la mise en oeuvre des actions et des mesures proposées en 2001 ont nécessité une large et longue concertation que justifiait la nécessité de l'appropriation, par chaque acteur, d'une nouvelle démarche de santé publique novatrice. Ceci explique, en partie, le retard observé dans l'avancement pratique du PNNS. Certes, une grande majorité des actions et mesures prévues dans le programme en 2001 ont été mises en place aux niveaux national et local. Cependant, pour la plupart, leur plein développement n'est cependant intervenu que tardivement (notamment à partir de 2003), et leur impact, même s'il a déjà pu avoir certains effets, ne s'est vraisemblablement pas encore manifesté de façon optimale. D'autre part, la loi relative à la politique de santé publique et son rapport annexé, qui fixe des objectifs de santé pour l'horizon 2008, reprennent les niveaux des objectifs majeurs du PNNS tels qu'initialement prévus pour 2005.

Ces différentes raisons et notamment le calendrier fixé par la loi justifient pleinement le maintien pour le PNNS2 du chiffre à atteindre pour les 9 objectifs spécifiques du PNNS. De plus, aucun élément suffisamment objectif et global ne permet de connaître la situation à la fin de l'année 2005. Les résultats de l'étude ENNS initiée sur le terrain en janvier 2006 et destinée à cette mesure ne seront pas connus avant 2007.

Les propositions pour le PNNS2 : 3 plans d'actions comprenant un total de 26 actions concrètes dans le cadre d'une grande mobilisation nationale pour la promotion de la nutrition

Les propositions de ce rapport, en vue de prolonger le PNNS et d'inscrire la nutrition comme une politique de santé publique à long terme, s'inscrivent dans la ligne directe des acquis des cinq premières années. Elles s'appuient sur le cadre référentiel déjà développé, sur la dynamique mise en place au niveau de l'ensemble des acteurs impliqués, et sur les grands principes fondamentaux du PNNS. Ceux-ci associent, dans une finalité d'objectifs de santé scientifiquement validés, les dimensions de plaisir, de gastronomie, de convivialité, de partage et de culture. Les propositions poursuivent l'option affirmée dans le PNNS de recherche permanente de cohérence des messages, de complémentarité et de synergie des différentes actions. Les propositions faites dans ce chapitre s'appuient également sur l'expérience acquise au cours du fonctionnement du PNNS, sur les analyses faites et l'évaluation des actions pilotes ou études-actions mises en place depuis 2001 (par exemple en termes de communication, de mise en place de réseaux, de relations avec les opérateurs économiques,...), ...

Ces propositions ne sont plus des recommandations générales mais des propositions d'actions concrètes et pragmatiques visant à se donner les moyens d'atteindre les objectifs nutritionnels de santé publique fixés dans le PNNS. Elles doivent être organisées selon un calendrier adéquat, qui devra vraisemblablement se prolonger au delà de 2008.

Ces propositions se veulent résolument efficaces et visent à réduire les inégalités en terme d'accès à une alimentation favorable à la santé (réduction de la fracture nutritionnelle qui se développe en France avec un écart qui se creuse avec les populations défavorisées sur le plan économique qui apparaissent particulièrement vulnérables sur le plan nutritionnel, associant risque élevé d'obésité et de carences).

Les propositions pour le PNNS2 sont organisées autour de 3 axes correspondant à 3 plans d'actions donnant lieu, pour chacun, à des stratégies complémentaires regroupant diverses modalités d'action. Depuis 2001, le PNNS a montré la nécessité absolue d'un travail permettant d'agir conjointement sur la promotion de la nutrition dans une finalité de prévention globale, le dépistage précoce et la prise en charge des troubles nutritionnels et de leurs conséquences sur la santé. Ceci nécessite un travail impliquant de multiples acteurs, qui débordent largement les seuls professionnels du champ de la santé, du domaine social ou de l'éducation. Il est indispensable d'associer le secteur public, seul en charge de l'orientation des politiques et des stratégies nationales, les collectivités territoriales qui agissent avec les compétences que la Loi leur confère en faveur des populations qu'elles représentent, les multiples professionnels relais, les usagers, et le secteur privé dont le soutien à la cause de la santé publique et l'implication dans le domaine d'activité qui lui est propre sont essentiels à l'atteinte des objectifs fixés.

C'est pourquoi ces propositions d'actions doivent être replacées dans le cadre de la mise en place d'une **GRANDE MOBILISATION NATIONALE POUR LA PROMOTION DE LA NUTRITION**.

Les 3 plans d'action sont :

1. Plan d'actions 1 : « Prévention nutritionnelle globale : offrir à tous les conditions d'une alimentation et d'une activité physique favorable à la santé. Rendre réellement réalisables les repères de consommation du PNNS ».

Ce plan comprend un ensemble d'actions et de mesures destinées à promouvoir une alimentation et des comportements, qui tout en respectant le plaisir et en étant adaptés aux différents modes de vie, participent à la prévention des grandes maladies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, ostéoporose), diminuent les risques d'obésité (et ses comorbidités associées) et de dénutrition. Il est orienté autour de deux stratégies majeures :

● Améliorer l'offre alimentaire et la pratique d'une activité physique suffisante:

- faciliter l'accessibilité pour tous et donner du plaisir à consommer les aliments de bonne valeur nutritionnelle et dont la consommation, au niveau de la population doit être accrue. Cette stratégie qui vise la population générale développe plus particulièrement des actions ciblées spécifiquement vers les enfants et les populations les plus vulnérables économiquement,
- optimiser la qualité nutritionnelle des aliments mis sur le marché tout en respectant leur qualité gastronomique, sans nuire à leur accessibilité pour tous,
- faciliter l'accessibilité, sur les lieux de vie, à une activité physique quotidienne partie intégrante du mode de vie, facile et plaisante.

● Orienter la demande des consommateurs :

- renforcer une communication (nationale et de proximité) très orientée sur la mise en pratique et la facilité pour tendre vers les repères de consommation et leur faisabilité quels que soient les modes de vie, les goûts ou les moyens économiques,
- donner une information pratique et simple pour orienter les choix des consommateurs au moment de l'acte d'achat,
- étendre les actions d'éducation nutritionnelle accessibles à tous, particulièrement à destination de populations à faible niveau d'éducation,
- garantir une cohérence des messages.

2. Plan d'actions 2 : « Prendre en charge l'obésité de l'enfant et de l'adulte »

Ce plan s'appuie sur un système intégré dans le bassin de vie permettant de garantir une prise en charge adaptée de l'obésité (infantile et adulte), décloisonnée, concertée et multidisciplinaire. Ce système devra prendre en compte les dimensions somatique, psychologique et sociale de l'obésité, assurant une cohérence de la prise en charge des personnes et luttant contre la stigmatisation. Ce plan s'appuie sur plusieurs stratégies :

- mettre en place des systèmes de prise en charge de l'obésité des enfants et des adultes avec des professionnels formés sur des bases valides, travaillant en réseaux au niveau régional et dont les réseaux sont coordonnés au niveau national et articulés sur un dépistage efficace en amont,
- positionner l'enjeu de santé de l'obésité et lutter contre la stigmatisation des obèses à tous les niveaux de la société.

Plan d'actions 3 : « Améliorer la prise en charge transversale de la dénutrition ou de son risque, notamment chez le sujet âgé (en ville et dans les établissements de santé et médico-social) »

Ce plan met en œuvre une prise en charge transversale de la dénutrition ou de son risque, notamment des sujets âgés, avant, pendant et après l'hospitalisation, en s'appuyant sur diverses stratégies:

- actualiser la formation de l'ensemble des professionnels de santé et les professions relais (travailleurs sociaux, conseillères en éducation familiale et sociale, encadrants d'activités de loisirs, aidants de sujets âgés dépendants...),
- développer les outils et les moyens utiles à la reconnaissance, dans les lieux de vie, des sujets âgés des risques de dénutrition.
- mettre en place un système d'alerte et de prise en charge de la dénutrition en ville et à l'hôpital.

La finalité de ces trois plans est de développer conjointement des actions pragmatiques et efficaces dans les domaines de la promotion de la nutrition (prévention globale) et de la prise en charge des problèmes nutritionnels destinées à l'ensemble de la population avec des actions spécifiques orientées vers des groupes vulnérables. Il est certain que les populations

défavorisées (au delà des seules populations en situation de précarité) constituent un groupe particulièrement vulnérable. Il s'agit donc de réduire les différences en termes d'accessibilité à une alimentation et à une activité physique favorables à la santé entre les populations les plus favorisées et celles moins favorisées économiquement, de lutter contre les inégalités en termes d'accès à la prise en charge et aux soins des populations les plus affectées (jeunes, défavorisés, ...) et de limiter les différences régionales.

Les moyens à mettre en œuvre doivent permettre :

1) d'articuler les différentes politiques publiques (santé, alimentation, éducation, économique, sociales, jeunesse et sports, ville, recherche,...) tant au niveau national que loco régional. Ceci implique de disposer des moyens de coupler une gestion technique et une gestion politique du PNNS2,

2) de disposer des moyens financiers et humains à la hauteur des enjeux de santé publique (et de lutte contre les « inégalités alimentaires »), notamment par la mise en place d'un Fond National de Promotion de la Nutrition (FNPN),

3) d'instaurer un nouveau dialogue et une participation active des opérateurs économiques du champ de la nutrition par l'adhésion sur une base volontaire, à des chartes d'engagement formalisées,

4) de créer un véritable élan national mobilisant l'ensemble des acteurs concernés pour atteindre les objectifs fixés (professionnels de santé, monde de l'éducation, travailleurs sociaux, associations, villes et autres collectivités locales et territoriales, entreprises, ...).

Les 26 actions concrètes préconisées ci-dessous et les mesures proposées pour les réaliser constituent un ensemble de stratégies qui permettent de prendre en compte les diverses dimensions de la nutrition. La mise en place et le succès de ces actions nécessitent une volonté ferme des divers intervenants concernés (sous la coordination des pouvoirs publics) de s'impliquer fortement dans une finalité de santé publique. Il est indispensable d'agir à divers niveaux, au même moment, et dans une cohérence globale si l'on souhaite relever le défi d'atteindre les objectifs fixés et obtenir une amélioration de la santé des français. Chaque segment de la société doit être partie prenante de l'effort tant l'alimentation et l'activité physique constituent des éléments du quotidien discutés en permanence par chacun.

A l'issue du PNNS 2001-2005, nous voyons que des frémissements existent au niveau des objectifs nutritionnels fixés. Il est nécessaire de prolonger, multiplier sur le territoire national entier et renforcer l'effort engagé. La mise en place de nouvelles actions et mesures au cours des trois années à venir permettra de mesurer d'ici quatre ans (2009) les effets globaux sur des indicateurs précis dont les mesures de base seront disponibles lors de la publication des résultats ENNS (2006-2007). Les mesures d'indicateurs économiques de l'offre alimentaire pourront également fournir des éléments d'évaluation pertinents. Enfin une évaluation spécifique des principales mesures mises en place, et de leur effet sur les objectifs fixés, devrait permettre de juger de la nécessité de maintenir ou de réorienter ces mesures dans le futur.

Les 3 plans d'actions sont présentés ci-dessous. Pour chaque plan, sont détaillés les actions correspondantes (26 au total) et les différentes mesures à mettre en place pour réaliser ces actions. Un résumé sous forme synthétique de ces actions et mesure est présenté page 267.

4.1. Plan d'Actions « Prévention nutritionnelle globale : offrir à tous les conditions d'une alimentation plus favorable à la santé. Rendre réellement réalisables les repères de consommation du PNNS »

Ce plan est destiné à promouvoir une alimentation et des comportements favorables à la santé et compatibles avec les différents modes de vie, et respectant le plaisir de manger. Il vise à participer à la prévention des grandes maladies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, ostéoporose), à diminuer les risques d'obésité (et ses co-morbidités associées) et de dénutrition et à améliorer la qualité de vie.

Il propose des actions générales pour l'ensemble de la population et des mesures spécifiques orientées vers des populations vulnérables : les enfants et les populations défavorisées. Ces actions visent à permettre d'atteindre les repères de consommation alimentaires du PNNS, et plus spécifiquement ceux proposés pour les fruits et légumes, les produits céréaliers complets, les aliments sucrés et/ou gras et/ou salés, l'eau et l'activité physique.

Objectifs

1. Actions développées pour la population générale

- rendre atteignable le repère de consommation des fruits et légumes pour tous : au moins 5 fruits et légumes par jour, frais, en conserves ou surgelés, natures ou préparés,
- rendre atteignable le repère de consommation d'aliments céréaliers complets pour tous : développer la consommation des pains fabriqués avec une farine 80,
- rendre atteignable le repère de consommation d'aliments visant à limiter la consommation des aliments sucrés et/ou gras et/ou salés,
- rendre atteignable le repère sur la consommation d'eau,
- fournir aux consommateurs, au moment de l'acte d'achat, une information positive sur les aliments dont la consommation est promue dans le cadre du PNNS,
- promouvoir et rendre atteignable la pratique de l'activité physique

2. Actions spécifiques destinées aux enfants

- améliorer l'offre alimentaire dans les établissements scolaires,
- augmenter l'activité physique à l'école,
- développer des actions pédagogiques dans le champ de la nutrition,
- actions auprès des professionnels de santé scolaire,
- promouvoir l'allaitement.

3. Actions spécifiques destinées aux populations défavorisées

- actions directes au niveau des populations défavorisées,
- actions au niveau des structures d'aide alimentaire.

4. Renforcer la mise en pratique des repères de consommation du PNNS et la visibilité du PNNS comme le référent en matière de nutrition

5. Renforcer les actions locales et la complémentarité entre niveau national, régional et local

6. Former, ou mieux former les professionnels de santé

4.1.1. Actions développées pour la population générale

4.1.1.1. *Rendre atteignable le repère de consommation des fruits et légumes pour tous : au moins 5 fruits et légumes par jour, frais, en conserves ou surgelés, naturels ou préparés*

Stimuler la consommation des fruits et légumes sous toutes les formes en jouant sur le prix, la disponibilité, l'information, l'accessibilité et la qualité.

4.1.1.1.1. Abaisser le prix des fruits et légumes **ACTION 1**

Diminuer le prix des fruits et légumes frais, des jus de fruits et légumes (100 % pur, sans sucre ajouté), des soupes de légumes industrielles (à teneur en sel contrôlé), des compotes de fruits (sans sucre ajouté).

A cette fin, divers types de mesures économiques pourraient être mises en place et combinées:

- baisse de la TVA, de 5,5 % à 2,1 % (taux actuel des médicaments, de la presse, ...),
- réduction maximale des charges sociales sur les coûts de personnel au niveau de la production des fruits et légumes (en dehors des réductions prévues pour le maintien des revenus des producteurs),
- assouplissement des critères actuels de normalisation, dans un but de réduction des coûts (emballage, conditionnement, calibre,...),
- aide pour réduire le coût de l'énergie pour les producteurs,
- aide à la modernisation pour les cultures sous serres,
- engagement de la filière et des enseignes de grande distribution (qui vendent 60 % des fruits et légumes) à répercuter, voire amplifier les baisses du coût de production sur le prix de vente aux consommateurs (**point à inclure dans les chartes d'engagement avec les distributeurs et avec la filière FL, voir chapitre 4.4.2.1**),
- engagement des distributeurs à mettre en place des promotions sur les prix des fruits et légumes nature ou préparés au moins une semaine par mois ou tous les samedis et permettre une annonce de cette promotion par l'autorisation d'annonce du prix sur catalogues et publicités, sous réserve de contractualisation producteurs-distributeurs sur les prix (**point à inclure dans les chartes d'engagement avec les distributeurs, voir chapitre 4.4.2.1**).

Ces différentes mesures économiques couplées à la baisse des prix des fruits et légumes de saison, engagée depuis 2004, et avec l'augmentation de la demande liée aux différentes mesures de stimulation de la consommation mises en place (décrites dans les chapitres suivants) devraient permettre d'atteindre dès 2007 une baisse des prix de 10 à 15 % des fruits et légumes frais et transformés (permettant d'espérer une augmentation de la consommation de 10 à 15 % au niveau de la population générale).

4.1.1.1.2. Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des fruits et légumes

ACTION 2

- étendre l'utilisation des « tickets restaurant » et autres modes de paiement chez les détaillants de fruits et légumes (comme dans les boulangeries...) pour l'achat de fruits et légumes naturels ou salades de fruits,
- autoriser et inciter à l'installation de distributeurs automatiques proposant exclusivement des fruits et légumes (et des jus de fruits pur jus sans sucre ajouté) dans les lieux publics (hôpitaux, universités, piscines et établissements sportifs, administrations –mairies, préfectures...- et entreprises publiques et parapubliques...) et dans les lieux de passages (gares SNCF, stations de métro, gares routières, aéroports, ...). Défisicaliser partiellement l'installation de ces appareils de distribution automatique,
- améliorer la distribution de proximité : création de marchés du soir, soutien fiscal aux marchands de 4 saisons et charrettes électriques nomades, création d'emplois aidés pour développer cette offre dans certains quartiers (point à inclure dans charte d'engagement des villes-actives du PNNS voir chapitre 4.4.2.3),
- autoriser l'affichage des prix et la vente des fruits et légumes à l'unité ou à la portion dans les lieux de vente,
- augmenter la taille des rayons fruits et légumes dans les grandes surfaces et leur valorisation au sein des magasins, notamment par la mise en place de signalétiques et des emplacements particulièrement incitatifs (point à inclure dans les chartes d'engagement des distributeurs, voir chapitre 4.4.2.1),
- développer, dans les commerces de proximité et les grandes surfaces, y compris les hard discounts, des animations pour inciter à la consommation des fruits et légumes,
- organiser avec des entreprises des mises à disposition de corbeilles de fruits (et légumes) pour les salariés et la possibilité d'offrir aux salariés des chèques spécifiques fruits et légumes. Inciter les entreprises à commander lors d'organisations de « pots » et « cocktails » des buffets faisant une large place aux fruits et légumes sous toutes leurs formes (points à inclure dans la charte d'engagement des entreprises actives du PNNS, voir chapitre 4.4.2.2),
- diminuer, en restauration collective, le prix des fruits et légumes (entrée, plat et dessert) par une modulation nutritionnelle de la subvention patronale et par une valorisation par les entreprises de restauration collective des fruits et légumes (affichage des légumes en tant que plat et non comme accompagnement). Mise à disposition systématique de soupes, développement des bars à légumes, valorisation par un emplacement privilégié des desserts à base de fruits (point à inclure dans les chartes d'engagement des entreprises et les sociétés de restauration collectives, voir chapitre 4.4.2.1), animer régulièrement les restaurants d'entreprise sur le thème fruits et légumes,
- stimuler les restaurateurs en restauration commerciale à mettre en avant sur leur carte les entrées, plats principaux et desserts à base de fruits et légumes (point à inclure dans la charte d'engagement des restaurateurs, voir chapitre 4.4.2.1).

4.1.1.1.3. Communiquer pour démontrer la facilité et le plaisir de consommer des fruits et légumes et valoriser l'image des fruits et légumes

ACTION 3

- développer de larges campagnes de communication par l'INPES sur la façon de tendre vers la consommation d'au moins 5 fruits ou légumes, en jouant sur la faisabilité (frais, en conserves ou surgelés, crus ou cuits, nature ou préparés), la praticité et le plaisir (participation de grands cuisiniers). Réhabiliter l'image « nutritionnelle » des conserves et des surgelés de légumes,
- créer des formats courts d'émissions de télévision sur les fruits et légumes, à finalité très pratique, destinés à lever les freins à la préparation et à leur consommation,
- donner le caractère « intérêt général permanent » (-50% sur le coût d'achat d'espace télévisuel) pour les publicités télévisuelles et radio, émanant d'opérateurs économiques sur la promotion des fruits et légumes (nature ou transformés) bénéficiant du logo du PNNS,
- exonérer l'INPES du prix d'achat d'espace pour sa campagne annuelle de promotion des fruits et légumes sur les chaînes publiques de télévision, notamment lors des tranches horaires enfants, et de radio,
- dans le cadre de la mise en œuvre des plans régionaux de santé publique, inciter les Conseils régionaux, les Conseils généraux, les collectivités locales (Communautés urbaines et Mairies) à dégager des budgets pour mettre en place des opérations de communication, des actions pédagogiques et de consommation en faveur de la consommation de fruits et légumes. Dans le cadre du réseau des villes actives du PNNS, dégager un budget national spécifique pour le développement d'actions de ce type (**voir chapitre 4.4.2.3**)
- valoriser l'expertise de cuisiniers spécialisés dans les légumes (en mettant en place comme pour les rôtisseurs, les sauciers, les pâtisseries, une section dédiée dans les écoles hôtelières et une catégorie spécifique dans les concours « Meilleur Ouvrier de France »).

4.1.1.1.4. Améliorer la qualité gustative des fruits et légumes

ACTION 4

- garantir la qualité gustative des fruits et légumes servis en restauration collective, notamment en restauration scolaire (**point à inclure dans la charte d'engagement de la filière fruits et légumes, voir chapitre 4.4.2.1**). Introduire systématiquement une clause de « qualité fruits et légumes » dans les cahiers des marchés publics,
- soutenir l'innovation pour mettre à la disposition des consommateurs des fruits et légumes naturels ou transformés de qualité et augmenter leur praticité d'emploi et leur facilité de transport.

4.1.1.2. Rendre atteignable le repère de consommation des aliments complets pour tous

Favoriser la consommation des aliments sources de glucides complexes et de fibres. Développer, promouvoir et favoriser l'accessibilité, pour toute la population, des pains utilisant une farine type 80 (pains de qualité plus riche en glucides complexe et fibres), fabriqués avec une quantité de sel inférieure à 18 g/kg de farine: agir sur les prix, la disponibilité et l'accessibilité.

4.1.1.2.1. développer la consommation des pains fabriqués avec de la farine type 80

ACTION 5

- formaliser l'engagement des professions concernées (meuniers et boulangers) à promouvoir les pains utilisant la farine type 80 et le pain complet (point à inclure dans la charte d'engagement des boulangers et des meuniers, voir chapitre 4.4.2.1),
- rendre attractif les pains utilisant une farine 80 qui doivent être vendus au prix équivalent des formes courantes de baguettes de pain blanc (farines 55 ou 65) (point à inclure dans la charte d'engagement des boulangers et des meuniers, voir chapitre 4.4.2.1), voire à un prix plus bas par un système de réduction de la TVA sur la farine type 80,
- soutenir la consommation du pain et notamment des pains (quels que soient les modes de fabrication) utilisant une farine type 80 par des campagnes de communication institutionnelle (INPES),
- favoriser les campagnes de communication pour la promotion des pains utilisant une farine type 80 : donner le caractère « intérêt général permanent» (-50% sur le coût d'achat d'espace télévisuel) pour les publicités télévisuelles et radio, émanant d'opérateurs économiques, soutenant la promotion du pain utilisant une farine type 80 et du pain complet (communications validées par le logo du PNNS),
- favoriser la mise à disposition des pains utilisant une farine type 80, voire l'inclure systématiquement dans les cahiers des charges de la restauration collective - hospitalière, scolaire, d'entreprise (point à inclure dans la charte d'engagement des sociétés de restauration collective, voir chapitre 4.4.2.1) et dans la restauration commerciale, notamment les chaînes self service,

4.1.1.2.1. améliorer les qualités nutritionnelles du pain courant

Faire évoluer la législation afin que le pain courant ne soit plus autorisé à utiliser de la farine 55 mais obligatoirement de la farine au moins 65 et une teneur en sel au maximum de 18g/kg de farine (nouvelle définition du pain courant).

ACTION 6

4.1.1.3. rendre atteignable les repères de consommation sur la limite des aliments sucrés, et/ou gras et/ou salés

Limiter la consommation des aliments à forte densité énergétique, faible densité nutritionnelle, riches en sucres simples ajoutés et/ou graisses saturées et/ou sel,

ACTION 7

- réduire la teneur en sucres simples et/ou graisses saturées et/ou sel d'un maximum de produits alimentaires transformés. Réduction progressive et adaptée en fonction de chaque type d'aliments, chiffrée dans le temps, sur une base volontariste (point à inclure dans la charte d'engagement des industries agro-alimentaires et des distributeurs pour les marques distributeurs, voir chapitre 4.4.2.1),
- interdire (par voie réglementaire ou par auto-engagement), les matins avant l'école, ainsi que les mercredi, samedi et dimanche matin, la publicité télévisuelle destinée aux enfants, pour tous les produits alimentaires (à l'exception de celles bénéficiant du logo PNNS) : interdiction réglementaire ou point à inclure dans la charte d'engagement des industries agro alimentaires, voir chapitre 4.4.2.1
- limiter les opérations de promotion des aliments sucrés, gras et/ou salés (augmentation des tailles de portions, bonus quantité « gratuits », bons de réductions, têtes de gondoles, placement aux caisses...) (point à inclure dans la charte d'engagement des industries agro alimentaires et des distributeurs, voir chapitre 4.4.2.1),
- pour le pain, soutenir l'engagement des professionnels de la boulangerie à diminuer la teneur en sel et atteindre une teneur de 18 g/kg de farine dans les deux ans à venir pour l'ensemble des pains et produits de panification (réduction de 5 % par an) (point à inclure dans la charte d'engagement des boulangers, voir chapitre 4.4.2.1). Si cet objectif n'était pas atteint sous 2 ans, une réglementation devrait être mise en place,
- relancer les campagnes d'information de l'INPES sur l'intérêt de limiter la consommation des produits sucrés et gras. Développer un matériel spécifique pour des actions de proximité.

4.1.1.4. rendre atteignable le repère sur la consommation d'eau

Rendre plus facilement accessible et pratique la consommation d'eau.

ACTION 8

- installer des fontaines d'eau (réfrigérées ou non), en conformité avec la réglementation ou des points d'eau dans tous les lieux publics (écoles, collèges, lycées, universités, piscines et établissements sportifs, administrations, ministères, mairies, préfectures, entreprises publiques et parapubliques, les lieux de passages (gares SNCF, stations de métro, aéroport, ...etc.) et dans les entreprises privées (point à inclure dans la charte d'engagement des villes actives, des collectivités territoriales et des entreprises actives du PNNS, voir chapitres 4.4.2.2 et 4.4.2.3),
- installer des fontaines d'eau réfrigérées dans les structures de restauration rapide (point à inclure dans la charte d'engagement des sociétés de restauration rapide, voir chapitre 4.4.2.1).

4.1.1.5. Fournir aux consommateurs une information positive sur les aliments dont la consommation est promue dans le cadre du PNNS.

ACTION 9

- un logo « la clé plaisir-nutrition PNNS» (bleu-blanc-rouge) décliné du logo du PNNS sera créé pouvant être utilisé dans le cadre des emballages des produits alimentaires ou dans des documents d'information sur les lieux de vente. Ce logo sera destiné à informer rapidement et clairement les consommateurs, au moment de leur achat, sur les aliments dont le PNNS recommande une augmentation de consommation pour la population. Son attribution se fera sur la base des profils nutritionnels, les repères de consommation et les objectifs nutritionnels du PNNS, par un Comité spécialisé de l'AFSSA.
- améliorer la lisibilité de l'étiquetage nutritionnel (rendu obligatoire) permettant un système de codage en terme de catégorie d'aliments (et par rapport à la valeur de référence du sel).

4.1.1.6. Promouvoir l'activité physique dans la vie quotidienne et sur les lieux de travail et faciliter la pratique sportive de loisir pour tous

ACTION 10

- développer des campagnes médiatiques visibles qui stimulent l'envie de pratiquer une activité physique dans la vie quotidienne,
- aménager les villes dans le cadre de la politique des transports et de la politique d'urbanisme (Villes actives du PNNS) avec la promotion des modes de transport actifs : marche, vélo, rollers (aménagement systématique de cheminements pour piétons pistes cyclables « sûres » avec séparation matérialisée, parkings à vélos surveillés...), vélos facile d'accès et gratuits mis à la disposition des usagers dans la ville, manifestations et activités sociales de proximité : opérations « Pédibus » (marche à pied) pour se rendre à l'école (avec un encadrement), journées sans voiture, initiations à l'utilisation d'installations sportives, groupes de randonnée ... Aménager des pistes cyclables autour des écoles, collèges, lycées ou en direction des lieux de travail.
Développer de parcours « santé » dans les villes et à l'extérieur, pour différents âges.
Engager des discussions afin de créer les conditions pour que les villes (et notamment les villes actives du PNNS, voir chapitre 4.4.2.3) ferment les centres ville aux voitures (ou taxer) avec dans le même temps des actions favorisant des choix de transport différents (trams, bus, vélocation...),
- favoriser l'activité physique dans villes par une signalétique adaptée, mise en œuvre par les municipalités au moyen du Kit Activité physique de l'INPES. En particulier, encourager l'usage des escaliers par une signalétique adaptée (disponible dans les Kit INPES) : signalétique au niveau des escaliers mécaniques et ascenseurs encourageant à utiliser les escaliers les plus proches, dans les gares, métros, grands magasins, universités..., Développer des partenariats avec les compagnies de bus afin d'utiliser les arrêt de bus pour promouvoir la marche : indication des distances, des temps de marche et des directions du prochain arrêt (avec descriptif des points d'intérêt à observer ou visiter), affiches PNNS sur l'activité physique, ...
- soutenir les associations assurant la promotion d'activités physiques de plein air (clubs de randonnées pédestres...) et les associations intégrant les enfants n'ayant pas le niveau compétition, mais ayant une activité physique pour le plaisir (notamment celles développant des ateliers d'activité physique adapté aux enfants présentant un surpoids) (point à inclure dans la charte des collectivités territoriales, voir chapitre 4.4.2.3),
- multiplier les terrains de sport (zones de skate board, de roller, espaces trotinettes pour les jeunes enfants, paniers de basket de rue, mini terrains de football, espaces danse), notamment en zones défavorisées, avec systèmes de prêts de matériel (point à inclure dans la charte des collectivités territoriales, voir chapitre 4.4.2.3),

- élargir les horaires de fonctionnement des salles municipales de sport et réduction des prix d'entrée (gratuité pour les enfants et adolescents). Développer des emplois aidés afin de favoriser la capacité de maintenir des horaires élargis (point à inclure dans la charte des collectivités territoriales, voir chapitre 4.4.2.3),
- favoriser l'installation de salles de sport de proximité par une défiscalisation (baisse de la TVA) des installations sportives,
- développer la création de contrats éducatifs locaux (CEL) et de projets territoriaux jeunesse (PTJ) autour des collèges de la même manière qu'autour des écoles (partenariat avec les associations sportives locales).
- en milieu de travail, améliorer les règles d'aménagement des bâtiments avec une bonne signalétique des escaliers, des cages d'escalier accessibles et agréables, l'installation de vélos d'intérieur, l'adaptation des horaires, des accords avec les installations sportives de proximité. Favoriser l'installation par les entreprises, notamment impliquant une activité sédentaire, de zones d'activité physique (et de douches) sur les lieux de travail et l'offre aux salariés de chèques pour l'accès à des salles de sport (point à inclure dans la charte d'engagement des entreprises actives du PNNS, voir chapitre 4.4.2.2.)

4.1.2. Actions spécifiques destinées aux enfants

4.1.2.1. Améliorer l'offre alimentaire dans les établissements scolaires

ACTION 11

- inscrire dans un texte réglementaire ayant force d'obligation des normes en termes de composition des repas servis en restauration scolaire. Celles-ci, basées sur les travaux du GPEMDA, seront validées par une commission d'experts de l'AFSSA et présentées au comité de pilotage du PNNS,
- augmenter la présence des fruits et des légumes (répondant à une charte de qualité) dans les repas servis en restauration scolaire et universitaire : modification des références nutritionnelles du GPEMDA avec au moins deux portions de fruits et/ou légumes crus ou cuits seuls ou associés avec des féculents, à chaque repas et présence systématique du pain farine 80,
- subventionner les services de restauration qui s'engageraient dans le développement de la consommation des aliments identifiés comme favorables à la santé: fruits et légumes, pain tfarine 80, aliments complets, poissons,... (à l'instar des subventions ONILAIT attribuées aux services de restauration dans le cadre du programme européen de résorption des excédents de lait),
- généraliser l'installation de fontaines d'eau (sans gobelet), répondant aux normes d'hygiène en vigueur, dans toutes les enceintes scolaires,
- contrôler les aliments vendus dans les foyers des établissements scolaires : autoriser exclusivement la vente des fruits, petits légumes, produits laitiers, pain farine type 80 et tous aliments porteurs du logo clé nutrition-santé PNNS,
- distribuer des fruits (ou des petits légumes), une fois par semaine, dans les écoles maternelles pendant toute l'année scolaire, de la petite section maternelle (avec des séances pédagogiques de découverte du goût,...). Cette distribution sera prolongée pendant toutes les années de maternelle et de primaire dans les structures scolaires des zones d'éducation prioritaires (ZEP),
- rendre obligatoire l'affichage des repères de consommation du PNNS dans toutes les structures de restauration scolaires (et universitaires), et sur les panneaux d'affichage de menus lus par les parents d'élèves en primaire, ainsi que dans les structures de médecine scolaire,
- apporter de la « compétence nutritionnelle » dans les établissements, en mutualisant un poste de diététicien par type d'établissements (financé par les Conseils généraux et régionaux qui ont maintenant la charge de la restauration scolaire). Développer notamment, dans chaque région, une ligne conseil ouverte aux gestionnaires de restauration scolaire des écoles primaires de communes de moins de 10000 habitants,

- pour les étudiants après les études secondaires, instaurer pour les étudiants boursiers des coupons exclusifs (et non échangeables) de fruits et légumes frais (calculés sur la base de possibilité d'achat de 100 à 200 g de fruits ou légumes de saison par jour), correspondant à 10 euros par mois, délivrés par le CROUS et permettant d'acheter tout type de fruits et légumes dans les lieux de vente.

4.1.2.2. Augmenter l'activité physique à l'école

ACTION 12

- aménager les cours de récréations pour favoriser le jeu et la pratique de l'activité physique (paniers de basket, buts multisports...). Elaborer, en concertation étroite avec les associations de parents d'élèves et les syndicats d'enseignants un texte réglementaire, précisant le régime de responsabilités face aux risques d'incidents liés à la pratique d'activité physique dans les cours de récréation,
- partager les temps de permanence entre les activités physiques et le travail de classe. Proposer aux élèves pendant leurs heures de permanence de participer à des jeux collectifs (avec ou sans balle), tels l'épervier en chasse, le ballon prisonnier, la balle assise, le loup glacé,
- augmenter le temps alloué à l'éducation physique avec une augmentation de la proportion de ce temps où les enfants sont réellement actifs. Sensibiliser les enseignants d'activité physique à une approche spécifique et adaptée aux capacités des enfants obèses,
- favoriser la formation des surveillants d'externats et d'internats (ou des assistants d'éducation) ou recruter des surveillants titulaires d'un brevet professionnel sportif pour encadrer des activités physiques et sportives pendant les heures de permanence, entre 12h et 14h et pendant les récréations,

4.1.2.3. Développer des actions pédagogiques dans le champ de la nutrition

ACTION 13

- introduire un cours sur les groupes d'aliments et les repères de consommation du PNNS: une heure par an en CE2 et en 5^{ème} et inciter les éditeurs de manuels scolaires à reprendre ces informations dans leurs ouvrages
- introduire de l'enseignement ménager et consommériste dans les différentes disciplines scolaires (enseignement civique, biologie,...). Introduire des notions d'éducation aux médias,

- utiliser le temps de restauration collective pour développer des activités ludiques pédagogiques sur la nutrition,
- interdire les marques alimentaires ou de jeux vidéos à l'école sur les menus, affiches, dépliants, matériel scolaire ou sportif et réserver réglementairement la possibilité de diffuser des outils pédagogiques sur la nutrition (comme compléments des manuels scolaires) aux seuls bénéficiaires du logo PNNS.

4.1.2.4. Renforcer l'action des professionnels de santé scolaire

ACTION 14

- renforcer le dépistage et les actions de prévention par les services de médecine scolaire : visite annuelle de dépistage de l'obésité ou du risque d'obésité et articulation avec les réseaux de prise en charge de l'obésité (**voir chapitre 4.2.1.**).

4.1.3. Actions spécifiques destinées aux populations défavorisées

4.1.3.1. *Actions directes pour permettre une réelle augmentation de la consommation de fruits et légumes par les populations économiquement défavorisés*

ACTION 15

- instaurer pour les personnes défavorisées sur plan économique (par exemple, les titulaires de la CMU de base ou complémentaires ou les allocataires aux minimas sociaux), des coupons exclusifs (et non échangeables) de fruits et légumes frais (qui pourraient être de l'ordre de 2 coupons de 5 € par mois, soit 10 € devant permettre un apport de l'ordre de 100 à 200 g de fruits et légumes frais par jour), dont la gestion serait confiée aux Caisses d'Allocations Familiales, et permettant l'achat de tout type de fruits et légumes dans les lieux de vente. Des actions d'information/éducation, organisées par les caisses d'allocation familiale accompagneront cette action. Ces chèques fruits et légumes devraient être financés par le Fond National de Promotion de la Nutrition (voir chapitre 4.4.1),
- réaliser, par l'INPES, des affiches des repères de consommation des fruits et légumes (mais également de l'ensemble des repères du PNNS) et autres outils de communication adaptées aux différentes cultures et pour des personnes ayant des difficultés de lecture.

4.1.3.2. *actions au niveau des structures d'aide alimentaire*

ACTION 16

- augmenter la distribution des fruits et légumes (frais, en conserves ou surgelés, natures ou préparés) et de poissons en conserves dans les structures d'aide alimentaire :
 - par l'approvisionnement en fruits et légumes frais des associations caritatives (via la récupération, chez les producteurs et dans les marchés de gros, des produits faisant l'objet d'un retrait). Ce circuit pourra notamment utiliser les mécanismes d'aide communautaire.
 - par le développement de partenariats avec les producteurs et distributeurs de fruits et légumes (impliquant les chambres d'agriculture, les DRAF et DDAF).
 - par la fabrication dans des ateliers aidés de soupe de légumes destinées exclusivement au circuit des banques alimentaires.
 - par la mise à disposition par des entreprises non alimentaires locales de moyens logistiques (camions, chauffeurs...) permettant les distributions,
- aider les Associations d'aide alimentaire à avoir accès à des capacités de stockage de froid négatif et/ou positifs (**point à inclure dans les chartes d'engagement des villes actives du PNNS**),
- réaliser un outil facile d'utilisation permettant de quantifier la qualité nutritionnelle des paniers alimentaires confectionnés sur les sites à partir des aliments disponibles,

- réaliser et diffuser un module de formation portant sur les recommandations du PNNS, les conséquences de la précarité, les objectifs nutritionnels d'une aide alimentaire permettant à chaque Association d'assurer la formation de ses bénévoles à ses modalités propres d'aide alimentaire,
- réaliser et éditer un document simple énonçant les recommandations du PNNS, destiné à être remis aux bénéficiaires de l'aide alimentaire et permettant de nouer un dialogue entre celui qui distribue l'aide alimentaire et celui qui la reçoit. Développer un indicateur valorisant le faible prix des fruits et légumes au regard d'un critère nutritionnel,
- fournir aux structures d'aide alimentaire, l'aliment « de rue » enrichi « Vitapoche », à destination exclusive des personnes sans domicile fixe, après commande groupée départementale fondée sur une analyse des besoins menée conjointement par les associations et les DDASS, sur financement du Fond national de promotion de la nutrition.

4.1.4. Promouvoir l'allaitement maternel.

ACTION 17

● **Actions auprès des femmes et des familles**

- informer les femmes et les familles afin de promouvoir efficacement l'allaitement maternel comme meilleur mode d'alimentation du nourrisson, notamment au cours de la consultation du quatrième mois de grossesse qui se met en place à partir de 2006. La promotion de l'allaitement devra être intégrée dans des informations globales sur l'éducation pour la santé.
- assurer la diffusion des outils créés ou soutenus dans le cadre du PNNS, en lien avec les CRTN et les Commissions régionales de la naissance.
- concevoir avec l'INPES un document court, s'appuyant sur les guides nutrition, à fournir aux femmes durant les consultations prénatales

● **Actions auprès des professionnels**

- En lien avec les associations de soutien à l'allaitement maternel développer la sensibilisation des professionnels de la naissance sur le sujet et faciliter leur formation.
- Garantir strictement le respect des mesures réglementaires concernant la commercialisation des substituts du lait maternel, notamment la circulaire de 1998.

● **Mettre en place d'une consultation de soutien à l'allaitement maternel durant le premier mois de vie.**

● **Actions auprès des associations promouvant l'allaitement maternel**

Sur la base d'un cahier des charges précis fixant des objectifs de résultats, dans le cadre de conventions pluriannuelles, soutien par le ministère de la santé, à la Coordination française pour l'allaitement maternel, afin de développer, à niveau national et en lien avec les régions des actions de soutien à l'allaitement maternel.

4.1.5. Renforcer la mise en pratique des repères de consommation du PNNS et la visibilité du PNNS comme le référent en matière de nutrition

ACTION 18

- poursuivre et renforcer les campagnes de l'INPES permettant de faire connaître les repères du PNNS et surtout leur mise en pratique
 - rediffuser et adapter les campagnes réalisées entre 2001 et 2005 : fruits et légumes, activité physique, produits sucrés et gras/féculents. Compléter sur les autres repères de consommation, notamment poissons, sel, eau, aliments complets (pain farine 80) notamment, en poursuivant l'effort visant à fédérer l'ensemble des actions de communication (imbrication progressive des repères),
 - relayer les campagnes de communication nationales par des actions d'information mises en œuvre par les organismes locaux, sur les repères de consommation du PNNS et les aliments (établissements scolaires, associations,...),
 - intégrer les associations de consommateurs et d'obèses dans la réflexion en amont sur le choix des messages et leur mise en forme dans les outils de communication,
- exonérer les écrans « communication » sur les chaînes publiques pour les campagnes nutrition de l'INPES, afin de permettre une diffusion plus importante des messages du PNNS,
- promouvoir le site www.mangerbouger.fr et le logo du PNNS dans le cadre de programmes courts/chroniques sur plusieurs chaînes de TV (TF1, France télévisions) et à la radio à l'occasion d'émissions sur le thème de l'alimentation et/ou de la santé,
- rendre les repères de consommation du PNNS plus accessibles pour tous les publics et notamment les publics en situation de précarité sociale et culturelle (réalisation de documents adaptés). Simplifier les messages émanant du PNNS (sans en dénaturer le fond),
- poursuivre la diffusion et développer de nouvelles stratégies de diffusion des Guides Alimentaires auprès du grand public et des professionnels de santé afin de toucher le plus grand nombre,
- développer, sous la responsabilité de l'INPES des ouvrages pratiques de mise en œuvre des repères de consommation (recettes de cuisine, activité physique...) en coédition avec des maisons d'édition privées, diffusés en grande distribution et en librairie à faible prix,
- mettre en œuvre une plate-forme téléphonique et un site interactif (numéro vert PNNS) destiné au grand public et aux professionnels de santé développé par l'INPES,
- développer les connaissances nutritionnelles et les compétences éducatives des professionnels relais (professionnels de santé, de l'éducation, du social intervenant auprès des publics précaires, de l'information,...) par la mise au point et la diffusion de nouveaux outils adaptés et de modules de formation.

- valoriser et mutualiser les actions locales concernant la prévention et l'éducation nutritionnelle.

Elaborer et mettre à disposition à tous ceux qui sont intéressés, un système d'information rassemblant les actions menées et facilitant la mise en réseau des promoteurs et partenaires : développement d'une base de données recensant, après un tri qualitatif les actions (description, évaluation, coordonnées des responsables,...). Ce site permettra de valoriser et de partager les expériences et actions de terrain,

- faire évoluer les représentations sur le poids et le surpoids et sur l'idéal minceur : en lien avec les associations d'obèses, communiquer spécifiquement sur ce point ou intégrer ce point dans les réflexions sur la communication nutritionnelle,

- intégrer dans la communication du PNNS, des informations sur les dangers des régimes restrictifs et sur le problème des troubles du comportement alimentaires,

- faire connaître le logo du PNNS par le grand public,

- poursuivre et étendre la procédure d'attribution du logo PNNS pour la communication des acteurs économiques,

- mettre en place une structure de conseil pour les entreprises souhaitant développer des stratégies allant dans le sens des objectifs du PNNS.

Constituée de scientifiques représentant les sociétés savantes du champ de la nutrition (Société Française de Nutrition, Société Française de Pédiatrie, Société Française de Cardiologie, Société Française de Santé Publique, ...) organisée en une coordination, elle apportera des conseils (sans jamais les cautionner) aux acteurs économiques. Ces conseils devront faire l'objet d'une rémunération fixée par décret versée au comité de coordination des sociétés savantes qui utilisera ces fonds pour créer des bourses de recherche pour des jeunes chercheurs travaillant dans le domaine de la nutrition dans le secteur public.

- créer une Haute Autorité Scientifique en Nutrition, chargée de réagir immédiatement aux contre-messages ou actions venant brouiller, sur la base de notions scientifiques erronées ou présentées de façon ambiguës, les recommandations du PNNS : publicités, gourous, Cette Autorité, dont le président sera nommé par le Ministre de la Santé, sera composée des représentants du Collège des Enseignants en Nutrition des Facultés de Médecine et des Sociétés savantes concernées (Nutrition, Santé Publique, Pédiatrie, Cardiologie, Gériatrie, Médecine du sport, HTA, Oncologie, Diabète, Association des diététiciennes de langue française,...). Elle aura la charge de rédiger, dans un délai le plus bref possible, un communiqué de presse largement diffusé au grand public ou aux professionnels pour réagir à tout message contraire aux messages du PNNS.

- concevoir, développer et diffuser des outils d'éducation du patient (éducation thérapeutique de groupe ou individuelle au cabinet médical) dans le domaine de l'obésité et du surpoids de l'enfant et de l'adulte pour les professionnels de santé (support papier, CD, internet). Ces outils simples et adaptés devront être issus des guides alimentaires du PNNS.

4.1.6. Renforcer les dynamiques régionales, les actions locales et la complémentarité entre niveau national, régional et local

ACTION 19

Il est indispensable d'assurer, sur l'ensemble du territoire, un développement des actions prévues par le PNNS2 qui soit cohérent avec le projet national, mais qui puisse également s'appuyer sur les ressources locales et avoir une proximité suffisante avec les acteurs de terrain.

Dans cet objectif, un dispositif relais permanent du PNNS devra être mis en place dans chaque région en lien avec le GRSP, groupement régional chargé de la mise en œuvre du PSRP. Ce dispositif reposera au minimum sur un chargé de mission plein temps, un comité scientifique régional et un poste de diététicien.

Ce dispositif sera financé par le Fond National de Promotion (financement affecté au GRSP). Cet engagement financier fort de l'Etat devra favoriser celui des collectivités locales.

- *Les comités scientifiques régionaux d'appui au PNNS* associeront, des personnalités scientifiques locales ayant compétence sur le champ couvert par le PNNS et souhaitant s'impliquer dans la mise en œuvre du PNNS. Ces experts pourront apporter leur soutien aux différents projets régionaux et relayer l'information vers les médias locaux.

- *Des chargés de mission régionaux du PNNS* seront recrutés, en tant que de besoin, sur la base d'un cahier des charges commun et bénéficieront d'une formation spécifique organisée au niveau national.

Ils auront pour mission, en lien avec le correspondant de la DRASS, d'assurer la mise en œuvre de toutes les mesures du plan qui nécessitent une dynamique de terrain. Ils seront notamment chargés :

- d'organiser le relais au niveau régional des campagnes et des outils de communication et d'information faites au niveau national et notamment de constituer un réseau d'informations sur les institutions et associations départementales actives auprès de différents publics afin de mieux organiser ce relais,
- de favoriser l'utilisation d'outils conformes aux critères de qualité du PNNS, notamment en organisant des formations d'acteurs de terrain à l'utilisation des outils élaborés au niveau national, en encourageant les acteurs ayant développé des outils localement à solliciter le logo du PNNS et en faisant faire connaître au niveau national ces outils locaux via le site internet du PNNS
- d'accompagner la mise en œuvre d'actions liées aux objectifs du PNNS, depuis la conception jusqu'à l'évaluation
- de faciliter le développement d'actions interrégionales conçues à partir de projets locaux ayant montré, sur la base de leur évaluation, des résultats positifs
- de favoriser la mobilisation des acteurs de la région locaux et notamment leur adhésion aux différentes chartes d'engagement prévues du PNNS : entreprises, producteurs, distributeurs, villes, conseils généraux, conseils régionaux, en y intégrant d'éventuels éléments spécifiques au contexte local (exemple : partenariat avec les producteurs de fruits et légumes locaux....) (*chartes d'engagement chapitres 4.4.2.1 à 4.4.2.3.*)

- de contribuer à l'élaboration et à la diffusion des indicateurs régionaux de suivi du PNNS prévus dans le cadre du dispositif de surveillance national.
 - **Les diététiciens** relais du PNNS auront pour mission de favoriser la mise en œuvre des actions nutritionnelles préconisées par le PNNS 2 dans les institutions où la restauration relève de compétence des collectivités locales (établissements scolaires, pour personnes âgées, et pour personnes handicapées).
- Un profil de poste commun et une formation spécifique seraient proposés au niveau national. Ces postes pourraient être abrités par le GRSP ou par opérateur régional de santé publique (comité régional ou départemental d'éducation pour la santé par exemple).

4.1.7. FORMER, OU MIEUX FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, DE L'ÉDUCATION ET DU SOCIAL

ACTION 20

Ce point sera couvert par les propositions spécifiques du rapport, en cours de rédaction par le Pr Ambroise Martin. Le succès de la politique nutritionnelle mise en place dans le cadre du PNNS nécessite des actions en profondeur permettant d'assurer une formation adéquate des professionnels de santé, de l'éducation et du secteur social.

- Introduire de façon obligatoire dans les cursus de base des médecins, dentistes, pharmaciens, infirmières et aide-soignantes, une formation en nutrition intégrant les notions de groupes d'aliments et les repères de consommation du PNNS et des informations sur le dépistage et la prise en charge de l'obésité et de la dénutrition.
- Introduire de façon obligatoire dans les cursus des enseignants (notamment EPS et sciences et vie de la terre), travailleurs sociaux, conseillère en éducation familiale et sociale, des notions de base de nutrition (les groupes d'aliments et les repères de consommation du PNNS).
- Favoriser la formation continue en nutrition pour tous les professionnels de santé, les bénévoles des associations d'aide alimentaire.
Prévoir des financements ciblés nutrition pour les FMC, au niveau national ou régional.
- Réformer le cursus des diététiciens : faire avancer le projet de réforme de la formation des diététiciens selon un projet de cursus universitaire, niveau Licence pour mieux répondre aux exigences évolutives du terrain et du métier et niveau Master pour les domaines de l'enseignement, d'expertise et de recherche.
- Etendre les formations nutrition aux encadrants d'activités de loisirs (préparation BAFA) et aux moniteurs de sport.

4.2. Plan d'Actions pour améliorer la prise en charge de l'obésité infantile et adulte

La prévention primaire de l'obésité générale relève des mesures sociétales décrites dans le chapitre 1.

Les actions de dépistage lancées dans le cadre du PNNS, notamment chez l'enfant, seront poursuivies dans le cadre du PNNS2. L'utilisation des outils de dépistage mis au point dans le PNNS sera systématique lors de toute visite en PMI, médecine scolaire (moyenne et grande section de maternelle, CP, CE2, CM2, classes de 6^e et de 5^e), et des visites chez le pédiatre et le généraliste.

ACTION 21

L'enjeu majeur du PNNS2 est d'assurer l'aval de ce dépistage en adaptant le système de soins aux besoins et contraintes de la **prise en charge** de l'obésité et de ses conséquences somatiques, psychologiques et sociales.

L'objectif de ce plan d'actions est de réduire les inégalités d'accès aux soins, d'améliorer la prise en charge et le suivi, de réduire les phénomènes de stigmatisation. Il importe donc de rendre plus lisibles, accessibles et performantes les ressources et réponses du système de soins (et des structures non médicales associées) et d'assurer une cohérence dans la prise en charge des enfants, des adolescents, des adultes.

Ce plan d'action porte sur l'ensemble de la prise en charge de la consultation de première intention à la prise en charge spécialisée en passant par le suivi et le conseil familial. Il s'agit donc de mobiliser le système de soins dans son ensemble ainsi que les partenaires institutionnels et associatifs, non médicaux, dont la contribution est essentielle compte tenu des dimensions sociales de la maladie.

Il faut cependant bien séparer, chez l'adulte, les problématiques différentes de l'obésité « commune » de l'obésité « morbide » et garder à l'esprit que la prise en charge de l'obésité ne doit pas générer d'effet délétère, en termes de stigmatisation, culpabilisation ni de victimisation. Chez l'enfant obèse ou à risque d'obésité, il s'agit de développer une approche globale et non stigmatisante pour l'enfant, ni les parents. Par contre il est nécessaire de se donner les moyens de pouvoir généraliser le repérage des risques et la prise en charge précoce meilleure garantie d'une réelle efficacité.

Si l'impulsion doit être nationale, la mise en place du plan d'action s'appuie sur des structures régionales, au plus près des réalités et des acteurs de terrain. Il est donc proposé de mettre en place, dans les deux ans, dans l'ensemble des régions françaises des Réseaux de Prise en charge de l'Obésité (REPOB), en soutenant leur développement par des mesures générales.

4.2.1 Mise en place, au niveau régional, de Réseaux de prise en charge de l'obésité : les REPOB

ACTION 22

Ces réseaux auront comme finalité d'aider le patient, son médecin traitant et l'ensemble des autres acteurs concernés, à identifier et accéder aux ressources nécessaires à la prise en charge et au suivi des sujets.

Ces réseaux créés dans le cadre d'un appel d'offre national, s'appuieront sur l'expérience des réseaux pédiatriques (REPOP) mis en place dans le PNNS. Ils pourront s'appuyer sur les réseaux pédiatriques ou adultes existants dans le domaine, dans une démarche d'élargissement des cibles et de mutualisation des moyens. Ils seront animés par une coordination médicale s'appuyant sur un binôme : pédiatre et médecin « adulte ».

Ces réseaux assureront :

- l'information du public et des professionnels de santé sur l'accès aux soins et aux ressources locales (structures médicales équipées, ressources sportives ou d'activité physique permettant un accueil adapté, associations concernées,...),
- la formation des professionnels à la prévention, au dépistage et à la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile et adulte de l'ensemble des professionnels de santé de leur région : médecins traitants, pédiatres, médecins et infirmières de PMI, puéricultrices, médecins et infirmières de l'éducation nationale, endocrinologues,...,
- la mise en oeuvre des recommandations actuelles de l'ANAES (et futures recommandations de l'HAS), et les recommandations des brochures PNNS diffusées avec les courbes d'IMC ainsi que les directives de la DHOS,
- la sensibilisation des autres acteurs locaux : pharmaciens, infirmières libérales, sages-femmes,
- la circulation de l'information et la concertation entre tous les professionnels concernés (dossier médical partagé),
- la cohérence entre actions médicales et actions communautaires et associatives.

Le médecin traitant (et ou le pédiatre) est l'élément central du réseau: il assure la prise en charge en lien avec les différents partenaires et les centres référents. Les patients sont inclus dans le Réseau par leur médecin traitant appartenant ou non au réseau.

Les réseaux seront créés et labellisés dans le cadre d'un appel d'offre national basé sur un cahier des charges. Le niveau national élaborera (sous contrôle du PNNS des recommandations voire des procédures très précises et reproductibles au niveau des différentes régions pour faire fonctionner les réseaux : dossier médical partagé, référentiels de prise en charge, parcours du patient, indemnités des médecins, diététicienne et psychologue..., en ce basant sur les expériences des réseaux existants et ceux se mettant en place actuellement

L'accréditation des membres des réseaux sera régionale. Chaque année le réseau établira un bilan d'action et un projet pour l'année suivante. La commission d'évaluation des projets inclura les Associations d'obèses.

Les Réseaux Régionaux de Prise en Charge de l'Obésité (REPOB) seront financés par la DRDR (URCAM et ARH) et le FAQSV (sous réserve d'une validation par le comité national et en prenant en compte les contraintes et spécificités régionales). Les postes de coordination pourraient également être pris en charge par les CHU.

Pour satisfaire le cahier des charges, chaque réseau régional devra s'engager sur la mise en place et l'évaluation des mesures suivantes:

4.2.1.1. Un système d'information sur l'accès au soin

Mettre à la disposition du public, des professionnels de santé, des associations et autres acteurs concernés, une information sur les ressources régionales pour le traitement de l'obésité et de ses complications. Ces informations sont regroupées sur le site du Ministère de la santé et relayées par une variété de supports de communications avec pour cible prioritaire les jeunes et leurs familles ainsi que les populations défavorisées.

4.2.1.2. Une aide à la prise en charge

Mettre à la disposition des partenaires du réseau de système de soins, les moyens d'aide nécessaires à la prise en charge :

- consultations diététiques par les diététiciens recrutés par le réseau (nombre à déterminer selon l'importance du réseau),
- consultations psychologiques par des psychologues recrutés par le réseau (nombre à déterminer selon l'importance du réseau),
- consultations visant à améliorer la pratique de l'activité physique par des éducateurs médico-sportifs et/ou kinésithérapeutes recrutés par le réseau (nombre à déterminer selon l'importance du réseau),
- l'aide sociale (assistante sociale, conseillère en économie familiale),
- les structures d'éducation thérapeutique.

4.2.1.3. Un programme de formation et de sensibilisation

Développer la formation médicale et des professionnels; promouvoir au sein des organismes de FMC les outils de formation du PNNS ; s'appuyer sur les réseaux régionaux ; sensibiliser les autres acteurs locaux : pharmaciens, infirmières libérales, sages-femmes...

4.2.1.4. Des ressources d'équipements, d'expertise et de formation : les centres de référence

Application de la circulaire DHOS du 11 février 2005 sur les pôles régionaux spécialisés d'accueil des personnes obèses. Ces Centres (un par région) sont chargés de l'évaluation pluridisciplinaire et des explorations spécialisées pour les situations complexes. Ils devront assurer l'accueil et le suivi des obésités syndromiques. Ils contribuent à la formation des membres du Réseau. Ces Centres (sur le modèle de ceux de l'AP-HP), assureront une

approche interdisciplinaire et seront engagés avec les REPOB dans des missions de prévention, d'enseignement et de formation ainsi que de recherche clinique et, pour certains, fondamentale. Ils devront être dotés des personnels et équipements adaptés à la prise en charge de l'obésité morbide. Ils s'appuient sur des structures de recherche et d'éducation.

4.2.1.5. Une mobilisation des acteurs locaux

Mobiliser les acteurs locaux (Médecins, DRASS, URCAM, ARH, Associations, sociétés médicales etc.).

4.2.2. Actions au niveau national

ACTION 23

Cette structuration régionale doit être soutenue par une série de mesures visant à faciliter et garantir la qualité des approches médicales et autres, à réduire la pression environnementale et à réduire la stigmatisation.

4.2.2.1. Mise en place d'une coordination nationale des réseaux et de moyens d'évaluation

Cette coordination, rattaché au Comité de pilotage du PNNS, aura en charge de lancer l'appel d'offre à la création des réseaux et l'accréditation des REPOB (et l'articulation des échanges d'expérience entre les réseaux).

Des outils seront mis en place pour évaluer la qualité, l'efficacité des réseaux quant au devenir des personnes entrant dans les réseaux afin d'obtenir une base objective pour envisager le remboursement des actes diététiques ou psychologiques de professionnels accrédités par les réseaux

4.2.2.2. Un outil pour la prise en charge de l'obésité par le médecin traitant

Les recommandations ANAES pour la prise en charge médicale et chirurgicale de l'obésité chez l'enfant et l'adulte devront être complétées par le développement d'un outil de prise en charge de l'obésité chez l'enfant et chez l'adulte (développé par l'HAS) ainsi que des outils d'éducation du patient pour le médecin traitant, pédiatre et généraliste (développés par l'INPES)

4.2.2.3. Un outil pour le conseil nutritionnel chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte obèse

Confier à l'HAS le développement de recommandations nutritionnelles pour les personnes obèses aux différents âges de la vie qui seront mises en forme et diffusées par l'INPES.

4.2.2.4. Identification d'actes spécifiques

Définir des coefficients multiplicateurs pour certains actes de consultation ou technique dans les réseaux; identifier les actes et les prendre en compte dans l'évaluation des activités ; notamment la première consultation, obligatoirement longue sera indemnisée en consultation longue ou entrant dans le cadre éducation thérapeutique au cabinet (C2= 40 mn ou C3= 1 h qui double ou triple la consultation selon le temps passé).

4.2.2.5. Le développement de l'éducation thérapeutique

Soutenir des expériences d'éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité à partir d'un appel à projets national ; les intégrer dans le système de soins et le tissu associatif local. Rédiger des protocoles de recommandation en éducation thérapeutique.

4.2.2.6. Une politique d'évaluation et d'achat des équipements adaptés

Recenser les équipements nécessaires pour l'accueil, l'exploration des patients obèses dans le système de soin, ceux qui sont disponibles sur le marché et définir une politique d'achat.

4.2.2.7. Recrutement de professionnels recours

Animer les réseaux professionnels, développer l'éducation thérapeutique, assurer la prise en charge des obésités graves et syndromiques ainsi que les troubles du comportement alimentaire (rattachement au Centre de référence régional), développer les liens avec les associations.

4.2.2.8 Soutenir la recherche clinique

Intervenir auprès des organismes de recherche et l'ANR pour inscrire la recherche sur l'obésité parmi les priorités.

4.2.2.9 Lutter contre la stigmatisation de l'obésité et éviter des comportements de restriction

- Concevoir et diffuser, notamment en direction des media et des publicitaires, une information sur les questions soulevées par la stigmatisation des obèses (élaborée en collaboration avec les associations d'obèses),
- Signer des chartes d'engagement avec les médias, notamment la presse ayant pour public cible les femmes, les adolescentes ou préadolescentes, afin de ne pas valoriser un idéal minceur et de ne pas conseiller des régimes trop restrictifs ou sans fondement scientifique ou inciter à des comportements alimentaires déséquilibrés ou générateurs de restriction pouvant induire des troubles du comportement alimentaire.

- Insertion dans la charte d'éthique du BVP d'une mention relative à la non valorisation de « l'idéal minceur ».
- Charte avec les publicitaires pour l'emploi de mannequins de corpulence n'évoquant pas la maigreur, ou réglementation si besoin
- Interdiction dans les télé-achats ou autre système de promotion grand public de la vente de produits alimentaires de régime ou de compléments alimentaires ou de vêtements spéciaux ou d'appareils de gymnastique passive suggérant une efficacité sur le contrôle du poids.
- Intégration de représentants des Associations d'obèses dans les structures de réflexion sur la communication nutritionnelle, le dépistage et la prise en charge de l'obésité.

4.3. Améliorer la prise en charge transversale de la dénutrition ou de son risque, notamment chez le sujet âgé (en ville et dans les établissements de santé et médico-sociaux)

La **prévention primaire de la dénutrition, notamment chez le sujet âgé**, relève des mesures sociétales décrites dans le chapitre 1. Il est indispensable de poursuivre et amplifier les actions d'information vis-à-vis des seniors et des aidants, et la formation des acteurs sociaux lancées dans le cadre du PNNS afin de faciliter la reconnaissance des risques de dénutrition des sujets âgés le plus en amont possible.

L'enjeu majeur du PNNS2 est d'assurer le repérage et d'assurer une **prise en charge efficace** de la dénutrition en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés (famille, système social, vie de la cité, politique de la ville,...).

4.3.1. Au niveau de la ville

ACTION 24

4.3.1.1. Développer des formations sur le dépistage de la dénutrition ou du risque de dénutrition pour les médecins généralistes, les services de soins à domicile, les infirmières libérales et différents professionnels au contact des sujets âgés en ville.

4.3.1.2. Mettre en place, en ville, des systèmes d'alerte s'appuyant sur les services sociaux (Conseils généraux, CCAS, CLIC), les services de soins à domicile, les infirmières libérales, les aides ménagères, les porteurs de repas à domicile, pour repérer les sujets à risque de dénutrition et les adresser au médecin traitant.

4.3.1.3. Mettre en place dans le cadre de la consultation de prévention destiné aux seniors, une évaluation de l'état nutritionnel (apports alimentaires, statut nutritionnel,...).

4.3.1.4. Intégrer systématiquement au sein de tous les réseaux de soins (gériatrie, diabète, oncologie, handicap...), la dimension nutritionnelle avec le recrutement de diététiciennes.

4.3.1.5 Diffuser les outils PNNS de communication, d'information et d'éducation nutritionnelle aux personnes âgées et aux aidants, notamment à travers les Centre Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC).

4.3.2. Au niveau des établissements médico-sociaux pour personnes âgées

ACTION 25

4.3.2.1. Mettre en place, des formations sur la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition, dans établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec le médecin coordonnateur pour les personnels de santé et les aidants.

4.3.2.2. Proposer des outils pour la formation sur la nutrition et l'alimentation de la personne âgée du personnel chargé de la cuisine et de la restauration dans les EHPAD

4.3.3. Au niveau des établissements de soins

ACTION 26

4.3.3.1. Intégrer des objectifs liés à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition dans les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins de troisième génération (SROS3) et dans les Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM) entre les ARH et les Etablissements des soins, en lien avec les objectifs nutritionnels du Plan Régional de Santé Publique.

4.3.3.2. Généraliser les CLAN dans les hôpitaux (à rendre obligatoire sur le mode des CLIN)

Chaque établissement de santé devra installer un CLAN d'ici fin 2008 (une mutualisation sera assurée pour les petits établissements) et se donner les moyens de les faire fonctionner.

4.3.3.3. Mettre en place, dans le projet d'établissement, des unités transversales de nutrition (UTN en charge de la dénutrition, des troubles du comportement alimentaire, ...) avec un contrat d'objectif.

1 UTN sera installée, dans un premier temps, à titre pilote, par région sanitaire (4 UTN sont à prévoir en Ile-de-France, compte-tenu du nombre d'établissements et de lits).

Prévoir la création de postes pour chaque UTN : 1 médecin PH plein-temps, 1 diététicienne et au moins un demi poste de soignant.

4.3.3.4. mieux valoriser les séjours hospitaliers, les consultations, les actes en relation avec la nutrition (TAA et MIGAC). Valoriser le codage pour les hôpitaux et les services (secteur public et secteur privé).....

4.3.3.5. mettre en place, des formations sur la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition, à l'hôpital et dans les autres établissements de santé pour les personnels de santé

4.3.3.6. mettre à disposition, en accès libre, un kit pédagogique sur le dépistage de la dénutrition, de son risque et de sa prise en charge dans l'ensemble des établissements de santé, en lien avec des actions systématiques de dépistage de la dénutrition à l'entrée des patients dans les établissements. Rendre obligatoire ces actions dans le cadre de l'accréditation.

4.4. Se donner les moyens de faire fonctionner le PNNS de façon pérenne pour atteindre les objectifs fixés en 2008 et mettre en place une réelle politique nutritionnelle de santé publique pour l'avenir

Aménager les conditions d'une grande mobilisation nationale pour la nutrition : « une approche multisectorielle pour régler des problèmes multifactoriels ».

4.4.1. Créer un Fond National de la Promotion de la Nutrition (FNPN) qui permettra de financer préférentiellement des actions d'intérêt nutritionnel visant les populations défavorisé

Ce fond devrait être alimenté par une cotisation annuelle obligatoire des industries agro-alimentaires, des grands distributeurs, des sociétés de restauration collective, des interprofessions et des sociétés d'édition de consoles et de jeux vidéos.

La cotisation (en partie défiscalisée) devrait être fixée à environ 0,1 % du chiffre d'affaire (CA) des industries agro-alimentaires, des sociétés de restauration collective et des sociétés d'édition de jeux vidéos (dont le CA annuel est supérieur à 40 millions d'euros et affichant des bénéfices dans l'année précédente). La cotisation devrait être fixée à 0,3 % du CA « alimentation » pour les grandes enseignes de distribution. D'autres formes de définition de la contribution des acteurs économiques peuvent être envisagées pour alimenter ce fond (cotisations forfaitaires généralisées mais variables selon la taille des entreprises,...).

L'Etat devrait abonder également ce Fond National.

Ce fond qui pourrait rapporter initialement 400 à 500 millions d'euros par an devrait servir :

- à 90 % à financer les subventions pour les chèques fruits et légumes distribuées gratuitement aux populations défavorisées (**voir chapitre 4.1.3.1**),
- à 3 % à financer des opérations supplémentaires de communications de l'INPES (qui viendront s'ajouter à celles déjà prévues et financées sur le budget propre de l'INPES) (**cf chapitre 4.1.4**),
- à 2 % à financer des actions de terrain,
- à 2 % à financer les dispositifs relais au niveau de chaque région (**voir chapitre 4.1.5**),
- à 1 % à financer l'Observatoire économique de l'offre et de la qualité nutritionnelle des aliments (OEQN) (**voir chapitre 4.5.7.1**),
- à 1 % à financer les opérations de soutien à la consommation des pains type farine 80 (**voir mesure 4.1.1.2.1**),

- à 1 % à financer des programmes de recherche en Nutrition de Santé Publique, via l'agence Nationale de la Recherche (ANR), dans le cadre d'un appel d'offre spécifique dans le Programme National de recherche en Alimentation et Nutrition Humaine ([chapitre 4.5.8](#)).

Les sociétés contributrices seraient associées à la gestion de ce fond et à la définition des programmes de recherche et des actions de terrain soutenus.

Les sociétés agro-alimentaires et de restauration collective et les distributeurs concernés pourraient être exonérées partiellement (50 à 75 %) et temporairement de cette cotisation s'ils signent une charte d'engagement avec le PNNS et atteignent (en partie ou totalement) les objectifs fixés dans un délai pouvant aller jusqu'à 3 ans, voire 5 ans.

4.4.2. Signer des chartes d'engagement entre le PNNS et les différents acteurs concernés

4.4.2.1. Signer des chartes d'engagement avec les acteurs économiques du champ de la nutrition

Il sera proposé aux acteurs économiques de signer des chartes d'engagement nutritionnel avec le Ministre de la santé en tant que coordonnateur du PNNS.

Il s'agira d'un engagement volontaire et significatif, de l'entreprise signataire, sur un principe d'amélioration générale de l'offre (produits ou service). Les objectifs de l'engagement seront chiffrés et négociés société par société, structure par structure, dans le cadre d'un comité ad hoc nommé par le ministre de la santé, après consultation des ministres chargés de l'agriculture et de la consommation. Les chartes porteront exclusivement sur:

- l'offre alimentaire de la société: optimisation de la qualité nutritionnelle du maximum des aliments courants qu'elle vend ou produit (réduction de la teneur en sucres simples et/ou graisses saturées et/ou sel, et renforcement des glucides complexes),
- la communication : engagement à limiter la promotion des aliments à faible valeur nutritionnelle, en média et hors média...
- la taille des portions,
- l'engagement à ne pas faire de promotion tendant à augmenter la quantité d'aliments, dont la valeur nutritionnelle n'aurait pas été optimisée, et vendus sous forme de « gratuit » ou équivalents,
- la qualité des aliments,
- la qualité du service,
- l'amélioration de l'environnement alimentaire (en magasin ou restauration collective ou commerciale type self ou restauration rapide).

Les actions sur l'offre alimentaire devront pouvoir induire des effets massifs sur les segments de produits standards (premiers prix, bas ou milieu de gamme pour les marques), et donc ne pas se « limiter » à l'amélioration de la qualité nutritionnelle de produits positionnés sur des segments de haut de gamme. Les niveaux d'engagement seront adaptés et personnalisés en fonction du portefeuille de produits ou de services des sociétés (il n'y aura pas d'exigence systématique de modification des produits, mais un principe d'une amélioration significative à respecter).

La commission en charge de fixer les seuils des engagements des sociétés alimentaires sera composée des membres nommés (scientifiques reconnus et indépendants, représentants des sociétés savantes impliquées dans le champ de la Nutrition, associations de consommateurs et ministères concernés : DGS, DGAL, DGCCRF. Il étudiera, société par société avec les représentants des acteurs économiques concernés et volontaires, les niveaux d'engagements permettant de signer la charte d'engagement. Les progrès réalisés au cours des années précédentes seront pris en considération.

Elle sera également chargée, à la demande des sociétés souhaitant une exonération partielle de leur cotisation au FNPN, du bilan destiné à vérifier si les engagements pris par la société ont été respectés : évaluation sur la base d'indicateurs directs de contribution aux apports de sucres simples ajoutés, de graisses saturées et de sel et indirects de stimulation de la consommations d'aliments riches en sucres simples ajoutés, graisses saturées et sel (cette évaluation s'appuiera sur les données de l'Observatoire économique de l'offre et la qualité nutritionnelle de l'alimentation, voir mesure 4.4.6.1). Si les engagements ont été respectés les sociétés concernées seront exonérées jusqu'à 75 % de leur cotisation pour une période de 3 ans.

Les entreprises signataires de la charte d'engagement pourront valoriser cet engagement pour la promotion de la nutrition et communiquer sur leur engagement dans leurs différentes communications en faisant apparaître une phrase du type : « *La société XXX participe à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population et a signé la Charte d'engagement des entreprises actives du PNNS avec le Ministère de la santé* ». Les entreprises signataires pourront mentionner régulièrement les niveaux d'atteinte de leurs engagements.

4.4.2.2. Signer des chartes d'engagement avec les entreprises souhaitant contribuer à améliorer le statut nutritionnel de leurs salariés

Les entreprises qui souhaitent mettre en place, pour leurs salariés, des actions allant dans le sens des objectifs du PNNS pourront, sur une base volontaire, signer une Charte d'engagement avec le Ministre de la santé en tant que coordonnateur du PNNS et afficher le titre d'Entreprise Active du PNNS.

Les entreprises actives du PNNS s'engageront à agir à différents niveaux qui pourront porter, par exemple, sur l'information des salariés et notamment par une communication active reprenant les outils du PNNS (affiches, diffusion des kits et guides du PNNS par la médecine du travail, signalétique adaptée pour favoriser l'activité physique au sein de l'entreprise), sur l'offre alimentaire (restauration collective avec modulation de la part patronale en fonction des aliments, installation de distributeurs de fruits et légumes et de fontaines d'eau, mise à disposition de corbeilles de fruits, offre de chèques fruits et légumes pour les salariés, ...) et sur l'activité physique (signalétique, lieux adaptés au sein de l'entreprise, chèque pour les salariés donnant accès aux salles de sport,...), la prise en charge des problèmes nutritionnels par la médecine du travail,...

Le Programme National Nutrition Santé fournira, au niveau régional ou national le cadre, les outils et les conseils utiles à la mise en œuvre des actions.

4.4.2.3. Signer des chartes d'engagement avec les collectivités locales et territoriales (Villes, Départements ou Régions actives du PNNS)

Sur le modèle des Villes actives du PNNS (voir chapitre 2.2.4.5.), il sera proposé aux départements et aux régions de signer avec le Ministère de la Santé en tant que coordinateur du PNNS, des chartes d'engagement leur permettant de devenir des départements ou des régions actives du PNNS. Les engagements porteront sur tout type d'action allant dans le sens des objectifs du PNNS et s'appuyant sur les référentiels du PNNS : actions visant la population générale ou des groupes à risque (enfants, sujets âgés, sujets en situation de précarité,...) ; formation des professionnels des collectivités territoriales, des agents municipaux,... ; soutien aux associations,...

4.4.3. Renforcer les moyens des agences sanitaires pour leurs actions dans le domaine de la Nutrition (INPES, InVS, AFSSA)

Un soutien aux agences concernées devra permettre un réel développement de la promotion de l'éducation nutritionnelle de masse et ciblées (tant au niveau national que local), un renforcement de l'expertise scientifique collective et la mise en place d'un système de surveillance nutritionnel performant et continu.

4.4.4. Obtenir un engagement fort de l'assurance maladie

Cet engagement devra permettre de soutenir des initiatives locales et nationales dans le domaine de la promotion nutritionnelle allant dans le sens des objectifs du PNNS et, dans le cadre du développement de l'éducation thérapeutique, de favoriser le fonctionnement des réseaux de prise en charge de l'obésité, par le remboursement des actes médicaux spécifiques (première consultation de longue durée pour les sujets inclus dans les réseaux, voire à terme des actes des diététiciens et psychologues).

4.4.5. Impliquer plus largement dans les actions du PNNS les consommateurs et les associations d'obèses

Intégrer les représentants des associations de consommateurs et d'obèses dans les processus de décision, dans l'élaboration des outils de communication et dans les actions loco-régionales. Mobiliser ces associations pour une meilleure implication dans le développement des mesures du PNNS2.

4.4.6. Se donner les moyens d'une évaluation nationale du PNNS et d'une aide à l'évaluation des actions loco-régionales

Mettre en place un système de surveillance et d'informations complet et adapté:

4.4.6.1. Créer un Observatoire économique de l'offre et de la qualité nutritionnelle de l'alimentation (OEQN) en charge de la surveillance de l'évolution des produits alimentaires mis sur le marché

Cet observatoire, dont la coordination sera confiée aux économistes de l'INRA, collectera des informations sur l'évolution de l'offre alimentaire et les teneurs nutritionnelles des aliments mis à la disposition des consommateurs, notamment en sucres simples ajoutés, en lipides saturés et en sel.

Cet observatoire publiera des indices (comme un indice des prix) permettant de rendre visible les efforts réalisés par les opérateurs privés au niveau de l'offre et permettra de mesurer les résultats enregistrés dans le cadre des chartes d'engagement nutritionnels. Les informations publiées par l'Observatoire contribueront à une saine émulation entre les entreprises pour améliorer la qualité nutritionnelle de leurs produits.

L'observatoire publiera régulièrement ses indices pour les secteurs clés, décomposés par segments de marchés (premiers prix, milieu et haut de gamme, marques distributeurs, hard discount...), et par entreprises.

Il combinera des données de panel de distribution avec des données sur la composition des produits. Il mettra à jour les nomenclatures de produits et gèrera la base de données sur leur composition.

L'observatoire de l'offre pourra être combiné avec l'observatoire de la consommation alimentaire dans l'esprit du projet de "centre d'observation de l'alimentation et d'expertise socio-économique" proposé par le Conseil National de l'Alimentation.

L'observatoire de l'offre permettra :

- d'accroître la concurrence en améliorant la visibilité des caractéristiques, nutritionnelles des produits sur le marché,
- d'objectiver les discours sur les qualités nutritionnelles des produits,
- de crédibiliser l'effort des entreprises pour améliorer la qualité des produits,
- de permettre aux entreprises de communiquer sur l'effort entrepris et les résultats obtenus.

Le financement de l'OEQN sera assuré par le Fond National de la Promotion de la Nutrition.

4.4.6.2. Concernant la surveillance du PNNS, des moyens financiers et humains devront être dégagés pour permettre :

4.4.6.2.1. à l'USEN (InVS/Cnam/Paris 13) d'assurer la répétition dans le temps des enquêtes nationales de surveillance nutritionnelle évaluant le PNNS : ENNS (population générale en 2006 et 2010), ABENA (population défavorisée 2005 et 2009), sujets âgés institutionnalisés (2006, 2011), enfants 0-3 ans (2007, 2011), DOM-TOM (2005-2010), enfants scolarisés (Grande section, CM2, 3^{ème}),

- la mise à jour annuelle des données disponibles sur l'évolution des apports alimentaires et de l'état nutritionnel de la population française.

4.4.6.2.2. à l'AFSSA, d'assurer une surveillance régulière des aliments en ce qui concerne l'évaluation des teneurs en sel, sucres simples ajoutés et graisses saturées (sur le modèle de la surveillance fait en collaboration avec l'INC de 400 produits alimentaires).

4.4.6.2.3. à l'INPES d'assurer une surveillance de l'évolution de la perception des aliments et des connaissances sur l'alimentation et la nutrition dans le cadre des Baromètres Santé Nutrition.

4.4.6.2.4. de mettre en place un « Dispositif National de Coordination des Enquêtes Nutrition/Sécurité Alimentaire »

Ce dispositif national associant l'InVS, l'AFSSA et l'INPES et coordonné par l'Unité de Surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle (InVS/Cnam/Paris13) sera en charge d'assurer l'articulation entre les structures développant, en France, des études nutritionnelles avec des finalités complémentaires:

- ENNS (INVS): surveillance nutritionnelle (alimentation, état nutritionnel, activité physique),
- Inca-2 (AFSSA): sécurité alimentaire (exposition aux risques, aliments enrichis),
- Baromètre Nutrition et partie activité physique du Baromètre santé multi-thématique (INPES): surveillance de l'évolution des comportements, des opinions, des perceptions et des connaissances en matière d'alimentation et d'activité physique.

Une coordination des trois enquêtes permettrait, dans le futur, de disposer d'informations cohérentes et complémentaires (et non redondantes) garantissant de répondre :

- pour chacun des 3 volets pris individuellement aux missions spécifiques de chacune des agences,
- par le couplage et l'harmonisation initiale de certains items, de permettre des analyses secondaires à un niveau plus fin (par exemple consommations alimentaires à niveau régional),
- par le regroupement des données complémentaires des 3 études, de fournir des éléments d'appréciation de la situation alimentaire et nutritionnelle pour la surveillance, l'expertise et l'aide à la décision pour les recommandations de santé publique.

Des échanges réguliers entre les équipes des 3 agences permettront d'assurer cette coordination. Chaque volet du Dispositif National sera sous la tutelle spécifique et indépendante de l'agence correspondante (avec son comité scientifique ad'hoc). Un Comité de Suivi mixte, associant les 3 agences et complété par divers experts et les représentants des tutelles concernées, garantira le bon fonctionnement du dispositif national.

4.4.6.2.5. Créer au sein de l'USEN (InVS/CNAM/Paris 13), une structure en charge de développer, avec l'INPES, des références pour l'évaluation des actions de terrain et d'apporter un appui aux équipes développant des programmes au niveau loco-régional pour la réalisation d'évaluation.

4.4.6.2.6. Prévoir une évaluation externe de l'efficacité des mesures mises en place afin de pouvoir, à l'issue de cette deuxième phase du PNNS, réorienter les mesures en fonction de leur efficacité observée.

4.4.7. Soutenir activement la recherche

Un soutien fort devra être apporté pour le développement de la recherche :

- dans le domaine de l'évaluation des stratégies d'intervention nutritionnelle (en milieu scolaire, entreprise, collectivités locales,...),
- dans la compréhension des freins au changement des comportements alimentaires,
- dans la compréhension des mécanismes de régulation de prix des aliments,
- dans le champ de la recherche clinique et épidémiologique sur les relations, alimentation et santé et notamment dans les domaines de l'obésité et de la dénutrition.

4.4.8. Obtenir une implication plus forte et articulée des différents ministères concernés

Le système actuel de gestion et coordination du PNNS, fondé sur un dialogue permanent plurisectoriel et pluridisciplinaire entre les acteurs majeurs impliqués, a atteint ses limites. Sa pertinence était réelle dans le cadre de la définition du cadre référentiel et la mise en place des orientations initiales du PNNS. Aujourd'hui, le PNNS entre dans une phase plus opérationnelle qui passe par la nécessité d'une gestion politique plus directe. Il est nécessaire de travailler dans un nouveau schéma permettant une articulation entre une gestion technique (en charge de définir et recommander les actions pertinentes) et la décision politique (en charge de l'orientation, de la détermination des priorités, de la décision d'application).

En ce sens, il apparaît souhaitable de proposer la mise en place de deux organes reliés :

- un Comité de Pilotage du PNNS (en charge de la gestion technique) et
- un Comité interministériel (en charge de la prise de décision).

Ceci nécessite de faire évoluer les structures en charge de la coordination et du pilotage du PNNS.

Afin d'optimiser la cohérence d'ensemble et en développant efficacement les interactions utiles entre les différents ministères concernés, il est indispensable de mettre sur pieds un système de fonctionnement permettant :

- o de définir les orientations et les actions à développer en cohérence avec les objectifs du programme national nutrition santé, de coordonner et d'évaluer leur mise en œuvre,
- o de coordonner l'ensemble des politiques publiques qu'il faudra mobiliser pour mener à bien les actions proposées pour atteindre les objectifs nutritionnels de santé publique du PNNS (et figurant dans la Loi de Santé Publique),
- o d'articuler les actions conduites par les différents ministères et les acteurs institutionnels nationaux et régionaux dans le domaine des recommandations permettant d'atteindre les objectifs du PNNS,
- o d'évaluer régulièrement les résultats du PNNS en recueillant l'ensemble des données nécessaires pour vérifier l'efficacité de la politique menée.

Le Comité de Pilotage du PNNS

Il remplace l'actuel Comité Stratégique du PNNS. Il est directement missionné par le Ministre de la Santé pour assurer la conduite du PNNS (le président du Comité rend compte au

Ministre à l'issue de chaque comité par une note synthétique les principales orientations retenues). Ce comité sera chargé de donner un avis sur les orientations, le calendrier et les actions à développer en cohérence avec les objectifs, les principes du PNNS. Il coordonne et évalue sa mise en œuvre. Il assure l'information et la concertation entre ses différents membres. Il est une force de proposition et de dialogue. Il assure, la cohérence des mesures mises en œuvre et des outils et productions développés dans le cadre du PNNS. Il définit les conditions de validation et valide les outils institutionnels du PNNS.

Ce Comité conserve la même composition que l'ancien Comité Stratégique. Ce sont cependant les directeurs des services techniques des ministères et les présidents ou directeurs des organisations professionnelles ou consoméristes (ou leurs représentants) qui siègent au Comité.

Le Comité interministériel pour la politique nutritionnelle française

Il est en charge des orientations et décisions politiques visant à la mise en œuvre de la politique nutritionnelle française. Il mobilise les ressources des différentes politiques publiques susceptibles d'exercer une influence favorable en matière nutritionnelle (politique agricole, recherche, éducation, politique de la ville, etc.). Il donne ainsi les grandes orientations, détermine des priorités annuelles d'action, décide de l'allocation des moyens en faveur de la politique nutritionnelle, et donc de son instrument opérationnel qu'est le PNNS.

Le Comité interministériel qui comprend les neuf Ministres concernés et le président du Comité de pilotage se réunit au minimum une fois par an.

Le Comité interministériel est doté d'un secrétariat général qui assure la liaison permanente entre les neuf départements ministériels d'une part, et avec le Comité de pilotage d'autre part. Il prépare la tenue de chaque réunion du Comité interministériel.

Dans chaque ministère concerné, l'administration désigne une cellule chargée de la mise en œuvre des actions relevant de sa compétence, dont le positionnement hiérarchique permet une réactivité garante de résultats rapides. La Direction générale de la santé, en charge de la coordination globale de la mise en œuvre des orientations, met en place une unité avec des compétences techniques, juridiques et organisationnelles.

ANNEXE 1 :

**Liste des acteurs non institutionnels ayant
obtenu le logo PNNS**

Un regroupement par thèmes d'actions a été effectué, dans un souci de plus grande clarté de présentation.

1° Les actions à visée pédagogique, réalisées dans le cadre scolaire :

<i>Nom et coordonnées du promoteur</i>	<i>Nature de l'action et date d'attribution du logo</i>
<p>PROMEUROP 60, rue du faubourg Poissonnière - 75 010 PARIS</p>	<p>"Kit pédagogique fruits et légumes" (CE2/CM1/CM2) est un outil pédagogique destiné aux enfants des classes de CE2, CM1 et CM2. Le kit contient des fiches d'exercices / jeux et un magazine ludo-pédagogique pour les enfants ainsi qu'un support de cours pour les enseignants. Il vise la promotion de la consommation des fruits et légumes et une sensibilisation à la question du surpoids et de l'obésité. Autorisation accordée le 26 octobre 2004</p>
<p>Compass GROUP France 40, Boulevard de Dunkerque – 13 196 Marseille Cedex 20</p>	<p>"Animations Nutrition pour les maternelles/primaires et les collèges lycées" est une action consistant en la mise en place d'animations dans les établissements scolaires (maternelles, primaires, collèges et lycées) dans lesquels le promoteur sert des repas. Elle a pour but d'inciter, sur le lieu de consommation, à choisir une alimentation conforme aux repères du PNNS, en mettant plus particulièrement l'accent sur la consommation de fruits et de légumes et l'activité physique. Les supports sont différents selon qu'ils sont utilisés en maternelle et en primaire, ou en secondaire. Il s'agit d'affiches parodiques de films, d'affiches informatives, de centres de table et de guirlandes. Autorisation accordée le 25 novembre 2004</p>
<p>PROMEUROP - INTERFEL 60, rue du faubourg Poissonnière - 75 010 Paris</p>	<p>L'action intitulée "Kit pédagogique fruits et légumes" (CP-CE1) consiste à mettre à disposition des classes de CP et CE1 un ensemble de propositions d'activités pédagogiques sur les fruits et légumes. Il comprend un support de cours pour les instituteurs, 4 cahiers d'exercices ludo - pédagogiques pour les élèves et 2 affiches pour la classe. Autorisation accordée le 12 avril 2005</p>
<p>LES JEUX DE BELENOS 62 bis rue des entrepreneurs - 75015 Paris</p>	<p>L'action intitulée "tout goûter, c'est jouer" se présente sous la forme d'une mallette de jeux diffusée dans les écoles primaires : un programme ludo - pédagogique est mis à la disposition des enseignants. Il vise à sensibiliser les enfants au plaisir d'une alimentation saine, et à celui de la pratique d'une activité physique régulière, tout en développant leur esprit critique dans ces domaines. L'enseignant est incité à guider l'apprentissage des enfants dans une approche</p>

	<p>pluridisciplinaire. Autorisation accordée le 28 avril 2005</p>
<p>Génération Restauration Communication <i>Parc d'Activité Bois Guillaume - 2 rue Champ Doré - 21850 SAINT APPOLINAIRE</i></p>	<p>"Tablatouts" est un jeu de cartes destiné aux enfants de 6 à 11 ans. Il est diffusé dans le cadre de l'école et de centres de loisirs. Il a pour objectif de faire connaître et comprendre les règles du "bien manger" en référence au PNNS. Ce jeu de cartes s'accompagne de 2 jeux de société proposés dans le cadre des activités péri-scolaires mais aussi de posters et de mobiles destinés aux lieux de restauration, et enfin d'un cahier pédagogique fourni aux enseignants. Autorisation accordée le 28 avril 2005</p>
<p><i>Nom et coordonnées du promoteur</i></p>	<p><i>Nature de l'action et date d'attribution du logo</i></p>
<p>Mutualité Française <i>255, rue de Vaugirard – 75015 PARIS</i></p>	<p>L'action "Bien se nourrir et bouger" a pour objet de proposer aux enseignants des collèges un programme éducatif mentionnant les repères du PNNS pour leur permettre d'élaborer leurs propres outils pédagogiques. Le support de l'action est un classeur contenant des fiches pédagogiques et des propositions d'affiches. Autorisation accordée le 30 mai 2005</p>
<p>Inspection Académique de Gironde <i>30, Cours Luze 33060 Bordeaux Cedex BP19</i></p>	<p>L'action départementale "Nutria' 33" a pour objet de promouvoir, auprès d'enfants et d'adolescents scolarisés dans 18 établissements scolaires du département, une alimentation diversifiée (en incitant notamment à la consommation de fruits et légumes, de produits céréaliers et de produits laitiers), et une activité physique et sportive. Une équipe référente dans chacun de ces établissements reçoit un kit pédagogique contenant un guide méthodologique, la liste des ressources locales dans le domaine de la nutrition, ainsi que des outils du PNNS (guides alimentaires). Autorisation accordée le 4 novembre 2005</p>
<p>SOGERES <i>42-44, rue de Bellevue 95 513 Boulogne Billancourt Cedex</i></p>	<p>L'action nationale intitulée "Equilibre et vitalité sont les clés de la santé" vise à inciter les enfants de 6 à 12 ans à s'adonner à une activité physique et à adopter une alimentation conforme aux repères du PNNS dans une approche valorisant le plaisir, au travers de guides d'animation, de brochures, de panneaux cartonnés et de coloriages diffusés dans des écoles et des structures périscolaires, et commentés par des diététiciennes ou par infirmières municipales (dans les municipalités dont SOGERES assure la restauration). Autorisation accordée le 4 novembre 2005</p>

2° Les programmes d'actions, réalisée à l'échelle d'une ou de plusieurs communes, ou encore à l'échelle d'une région :

<i>Nom et coordonnées du promoteur</i>	<i>Nature de l'action et date d'attribution du logo</i>
<p>Association Défi Santé Voile 16, rue Alexandre Ribot - 29 200 Brest</p>	<p>Le programme de l'association, soutenu par la ville de Brest, vise à relayer et faire connaître les messages du PNNS à travers de multiples types d'actions : information par des conférences-débat, des semaines thématiques, des stands lors de manifestations publiques et des formations. Il s'appuie sur une communication véhiculée en particulier par un voilier. Autorisation accordée le 25 janvier 2005</p>
<p>URCAM Aquitaine 1, rue Théodore BLANC - 33049 BORDEAUX</p>	<p>Le programme "Nutrition, Prévention et Santé des enfants en Aquitaine" a pour objectif général de mettre en place des actions régionales autour de 3 axes : une approche globale de l'obésité de l'enfant, l'amélioration de l'offre alimentaire en milieu scolaire et péri-scolaire, et la mise en place d'actions pédagogiques sur l'alimentation et l'activité physique pour les enfants, leur famille et l'entourage médical et éducatif. Autorisation accordée le 11 avril 2005</p>
<p>Association Fleurbaix Laventie 13-15, rue du 11 novembre - 62840 LAVENTIE</p>	<p>Le programme "Epode" vise à promouvoir auprès d'enfants de 5 à 12 ans une alimentation conforme aux repères de consommation du PNNS et une activité physique régulière. Ce programme a été mené dans 10 villes et comprend divers volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> -des actions de prévention primaire menées au sein des écoles, en lien avec les enseignants et la restauration scolaire. D'autres visent les familles notamment pour favoriser l'activité physique des enfants; -un volet de prévention secondaire : les enfants de 5 à 12 ans sont pesés et mesurés chaque année en collaboration avec les médecins et les infirmières scolaires, pour favoriser la prise en charge précoce des enfants à risque ou en surpoids. Lorsqu'elle existe, la prise en charge par un réseau ville - hôpital est proposée. <p>Autorisation accordée le 11 avril 2005</p>
<p>URCAM d'Aquitaine 1, rue Théodore Blanc 33049 Bordeaux</p>	<p>Le programme régional présenté par l' URCAM d'Aquitaine (intitulé Nutrition, prévention et santé en Aquitaine) a pour objectif général de mettre en place des actions régionales sur le thème de la nutrition, de la prévention et de la santé chez l'enfant en milieu scolaire. Il a obtenu l'autorisation d'utiliser le logo PNNS le 11 avril 2005.</p>

	<p>Dans le cadre de ce programme, le promoteur est autorisé à apposer le logo du PNNS sur deux nouveaux supports : des plaquettes destinées aux établissements scolaires (l'une présentant le programme et les référents nutrition dans chaque département, l'autre expliquant pourquoi supprimer la collation à l'école).</p> <p>Autorisation accordée le 4 novembre 2005</p>
<i>Nom et coordonnées du promoteur</i>	<i>Nature de l'action et date d'attribution du logo</i>
<p>Association Fleurbaix Laventie 13-15, rue du 11 novembre 62 840 Laventie</p>	<p>Le programme "EPODE" a pour objectif général de promouvoir une alimentation conforme aux repères du PNNS ainsi qu'une activité physique régulière auprès d'enfants de 5 à 12 ans et de leur famille. Il a obtenu le 11 avril 2005 pour divers outils l'autorisation d'utiliser le logo du PNNS.</p> <p>Le promoteur a été autorisé à apposer le logo sur différents supports complémentaires (tels que des guides méthodologiques destinés aux enseignants des écoles maternelles et primaires pour l'organisation d'ateliers pédagogiques abordant la thématique des produits laitiers et des féculents, des affiches intitulées "la saison a le goût des fruits" destinées notamment aux centres communaux d'action sociale, aux commerçants et restaurateurs et incitant à la consommation d'au moins 2 à 3 fruits par jour, et un guide méthodologique de mise en place d'un ramassage scolaire pédestre à l'usage d'un chef de projet au sein de la commune).</p> <p>Autorisation accordée le 4 novembre 2005</p>
<p>Association Fleurbaix Laventie Ville Santé 13-15, rue du 11 novembre 62840 LAVENTIE</p>	<p>Le programme "EPODE" a pour objectif général de promouvoir une alimentation conforme aux repères du PNNS ainsi qu'une activité physique régulière auprès d'enfants de 5 à 12 ans et de leur famille. Il a obtenu le 11 avril 2005 pour divers outils l'autorisation d'utiliser le logo du PNNS.</p> <p>Le promoteur demande à apposer le logo sur différents supports complémentaires ayant trait aux bienfaits de l'activité physique (une affiche informative centrée sur la nécessité de pratiquer l'équivalent de 30 min. d'activité physique par jour; un dépliant d'information grand public exposant de manière concrète et ludique des astuces et conseils pour bouger au quotidien, un guide méthodologique pour les enseignants d'école primaire -cycles 2 et 3- destiné à les accompagner dans la mise en place d'ateliers pédagogiques concrets et interactifs, valorisant l'activité physique par le biais du jeu.</p> <p>Autorisation accordée le 5 janvier 2006</p>

3° Actions d'information et de prévention à destination des parents :

<i>Nom et coordonnées du promoteur</i>	<i>Nature de l'action et date d'attribution du logo</i>
<p>CPAM de Paris 96, rue Amelot - 75011 PARIS</p>	<p>L'action "quelques conseils autour de l'alimentation" consiste à faire remettre par un médecin ou une puéricultrice, à l'issue d'un entretien avec les familles d'enfants de 3 à 11 ans, un document récapitulant les repères et recommandation du PNNS. Il comprend une information spéciale sur les fruits et légumes, les produits laitiers. Ces informations sont extraites du guide "la santé vient en mangeant et en bougeant" du PNNS. Autorisation accordée le 11 mai 2005</p>
<p>Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) 1, rue Auguste Rodin 25000 Besançon</p>	<p>L'action nationale présentée par l'AFPA et intitulée "2^{ème} journée de dépistage de l'obésité infantile" a pour objectif de sensibiliser les familles sur l'intérêt et la nécessité de dépister précocement le risque de surpoids et d'obésité chez les enfants. Cette sensibilisation se fera au travers d'une permanence de consultations gratuites organisée dans les mairies, le samedi 7 janvier 2006. Cette consultation, réalisée par un pédiatre, donnera lieu le cas échéant à des conseils adaptés et à un courrier adressé au médecin traitant. Autorisation accordée le 4 novembre 2005</p>
<p>Syndicat Français des Aliments de l'Enfance 194, rue de Rivoli 75001 Paris</p>	<p>L'action nationale présentée par le Syndicat Français des Aliments de l'Enfance et intitulée "Pour le carnet de suivi alimentaire de l'enfant de 0 à 3 ans" a pour objectif général de faciliter le suivi alimentaire de l'enfant par le médecin et de favoriser ainsi son dialogue avec les parents au cours des 3 premières années de l'enfant, sur la base d'un livret distribué à chaque maman à la maternité. Ce carnet permet à la famille de noter diverses informations sur l'alimentation de l'enfant; il est émaillé de recommandations nutritionnelles. Autorisation accordée le 4 novembre 2005</p>

4° Actions destinées à des publics ciblés (ou fragiles) :

<i>Nom et coordonnées du promoteur</i>	<i>Nature de l'action et date d'attribution du logo</i>
<p>Union régionale des organismes privés sanitaires et sociaux (URIOPSS) de Haute Normandie 1, Parc d'activités Bertel 355, rue Victor Hugo – BP 70123 76303 SOTTEVILLE - LES - ROUEN Cedex</p>	<p>L'action intitulée "la dénutrition des personnes âgées en institution" vise à rééditer un guide élaboré par un groupe de travail régional et utilisé dans le cadre de formations, en vue de systématiser le dépistage et d'améliorer la prise en charge de cette dénutrition par la diffusion du guide. Autorisation accordée le 19 mai 2005</p>
<p>Banque Alimentaire de Bordeaux et de la Gironde ZI Alfred Daney Rue Bougainville 33 300 Bordeaux</p>	<p>L'action départementale présentée par cette association et intitulée "Antenne - Santé - Nutrition -Budget, mise en valeur des légumes et fruits frais" vise à prévenir les déficiences nutritionnelles des personnes en situation de précarité ayant recours à l'aide alimentaire offerte par les associations partenaires de la banque alimentaire ; l'action consiste à proposer à ces personnes des ateliers pratiques de préparation de repas à faible coût et réalisés avec des produits frais; ces ateliers sont animés par une conseillère en économie sociale et familiale, qui se déplace d'un site associatif à l'autre au volant d'un véhicule, la "cuisine mobile". Autorisation accordée le 5 janvier 2006</p>
<p>Union des maisons du diabète 124, rue Raymond Derain 59700 MARQ en Baroeul</p>	<p>L'action nationale présentée par cette association et intitulée "Livre de recettes à base de légumes" vise à augmenter la consommation de légumes chez les personnes à risque (cardiovasculaire et/ou diabétique) de tous âges et leur entourage, au moyen d'un livre de recettes attrayantes et simples à réaliser, distribué par les structures associatives que sont les maisons du diabète et la fondation Louis Bonduelle. Autorisation accordée le 5 janvier 2006</p>

5° Actions diverses destinées au grand public :

<i>Nom et coordonnées du promoteur</i>	<i>Nature de l'action et date d'attribution du logo</i>
<p>FLUNCH SAS Immeuble Péricentre Boulevard Van Gogh - 59658 VILLENEUVE D'ASCQ</p>	<p>"Manger varié c'est bien mieux pour la santé" est une action qui vise, au moyen d'affiches, d'un dépliant mis à disposition sur les tables et de kakemos (panneaux verticaux informatifs) positionnés en amont dans la circulation conduisant aux denrées alimentaires, à orienter les clients des restaurants Flunch vers des choix alimentaires conformes aux repères de consommation du PNNS, en les incitant notamment à la consommation de fruits et légumes. Autorisation accordée le 26 octobre 2004</p>
<p>Institut national de la boulangerie pâtisserie 150, boulevard de l'Europe - BP1032-76171 ROUEN Cedex 1</p>	<p>L'action intitulée "réduction de la teneur en sel du pain et valorisation des pains riches en fibres" consiste à valoriser dans six départements du nord-ouest de la France, au moyen d'une affiche apposée dans les commerces, le travail effectué par certains artisans boulangers de limitation de la teneur en sel dans le pain et de promotion du pain riche en fibres. Autorisation accordée le 7 avril 2005</p>
<p>Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux Groupe hospitalier Sud - Direction Avenue de Magellan 33064 PESSAC</p>	<p>L'action locale présentée par le CHU de Bordeaux et intitulée "parcours pédagogique de marche PNNS" vise à sensibiliser les patients, leur famille, le personnel hospitalier et le public à l'intérêt d'une activité physique d'au moins 30 minutes par jour dans la prévention de certains troubles liés à la sédentarité et à une mauvaise hygiène alimentaire, en incitant les différents publics concernés à emprunter un parcours de santé d'une durée de 30 minutes environ, créé autour de l'hôpital Sud et jalonné de panneaux portant des messages éducatifs. Autorisation accordée le 5 janvier 2006</p>
<p>Forme en Ferme 6, rue de La Rochefoucauld 75009 PARIS</p>	<p>L'action nationale présentée par cette association et intitulée "Forme en Ferme", consiste à proposer des séjours touristiques à la ferme en chambre d'hôtes ou en gîte de qualité, comportant : -des repas en tables d'hôtes répondant aux critères de l'équilibre alimentaire, préparés avec des produits locaux et donnant lieu à un échange avec l'agriculteur; -un accès aux produits de la ferme et des activités pédagogiques en rapport avec les thèmes de l'agriculture, de l'alimentation et de la santé. Autorisation accordée le 5 janvier 2006</p>

ANNEXE 2 :

Les programmes d'action au niveau régional

Le relais de la « dynamique PNNS » au niveau régional est illustré par le bilan résumé des actions menées dans chacune des régions.

La mise en place de plans d'action au niveau régional

(présentation par ordre alphabétique des régions)

1. Alsace

Depuis 1995, les Conférences régionales de santé (CRS) d'Alsace ont affirmé la nécessité de prendre en compte les habitudes alimentaires en tant que déterminant de santé pour la population de la région. Un volet nutrition a été développé dans différents programmes régionaux (programme de prévention des maladies cardio-vasculaires, programme régional d'accès aux soins pour les personnes défavorisées, programme de lutte contre le cancer). A partir de 2001, la DRASS d'Alsace a intégré, à l'appel à projets régional, les priorités et les axes stratégiques définis par le Programme national nutrition santé.

Ainsi, différentes actions concernant la prévention ou la prise en charge des pathologies de la nutrition ont ainsi été financées. Cependant, mis à part quelques exceptions, ces actions ont été le plus souvent ponctuelles, développées sur l'initiative de personnes motivées mais sans cohérence d'ensemble au niveau de la région.

Face à l'ampleur de l'enjeu de santé publique que représente le déterminant nutrition pour la région et à la complexité du problème, les autorités régionales ont alors décidé en octobre 2003 le lancement d'un programme régional nutrition santé (PRNS), dont la phase de mise en œuvre s'étendra de 2005 à 2015. La décision de le développer sur une décennie, souligne clairement la prise en compte politique de la nécessité d'agir sur le long terme pour obtenir des modifications des comportements et du caractère prioritaire de ce déterminant dans la politique régionale de santé publique.

L'élaboration du programme régional a été confiée aux services de l'Etat – DRASS et DDASS du Haut-Rhin – et à la Mutualité française d'Alsace (MFA), copilote du programme, dont la nutrition est également l'un des axes majeurs d'intervention dans le cadre de sa programmation.

Un groupe projet est en charge de la coordination des travaux. Il est constitué de sept membres (agents de l'Etat et de la MFA).

En ce qui concerne le pilotage du programme, un comité regroupe les représentants de différentes institutions régionales et nationales :

- La DRASS et la DDASS du Haut-Rhin ;
- Les caisses d'assurance maladie : CRAMAM, Régime Local, URCAM ;
- La Mutualité Française : MFA, Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) ;
- Le Conseil Général du Bas-Rhin ;
- L'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace – URMLA ;
- La Faculté de Médecine ;
- Le Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg.

Le PRNS Alsace se décline en 7 axes stratégiques composé chacun d'un ou de plusieurs objectifs:

Axe stratégique n°1 : Développer des projets territoriaux nutrition santé en Alsace

Créer, dans le plus grand nombre de territoires de la région, les conditions environnementales (niches écologiques) favorables à une activité physique suffisante et une consommation alimentaire adaptée aux besoins des populations, en particulier des enfants et des adolescents.

Axe stratégique n° 2 : Mener des actions en direction des enfants, des adolescents et de leurs parents.

Infléchir l'augmentation de l'obésité chez les jeunes et combattre la sédentarité, qui est un facteur de risque dès l'enfance.

Augmenter le nombre d'enfants et d'adolescents qui atteignent les recommandations en termes d'activité physique.

Augmenter le nombre d'enfants et d'adolescents, dont la consommation alimentaire correspond aux repères du PNNS.

Axe stratégique n° 3 : Améliorer l'offre alimentaire en restauration collective.

Accompagner et soutenir les responsables de la restauration collective au niveau des territoires (formation, cahier des charges, label qualité, choix des prestataires de service, etc.)

Faire respecter la réglementation ou les cahiers des charges dans les structures de restauration collective (restauration scolaire).

Axe stratégique n° 4 : Dépister et prendre en charge précocement les pathologies de la nutrition.

Améliorer le dépistage et la prise en charge des personnes en surcharge pondérale, enfants et adultes.

Améliorer le dépistage des personnes âgées dénutries à domiciles et en institution.

Développer des modes de prise en charge innovants en vue de réduire les éventuelles complications liées aux pathologies de la nutrition et améliorer leur prise en charge.

Axe stratégique n°5 : Agir en direction des personnes en situation de précarité

Modifier les perceptions et les comportements nutritionnels des personnes en situation d'exclusion sociale et améliorer l'environnement alimentaire de ces personnes

Axe stratégique n°6 : Développer la communication et l'information du consommateur

Faire en sorte qu'une majorité de la population en Alsace acquière la connaissance des repères simples officiels de consommation alimentaire et d'activité physique

Faire en sorte que la connaissance de ces repères aide les consommateurs dans leur choix de consommation alimentaire

Axe stratégique n°7 : Encourager la recherche et le développement des entreprises agricoles, artisanales et industrielles (filiale agroalimentaire)

Favoriser la recherche et développement dans les entreprises artisanales et industrielles en accord avec les recommandations nutritionnelles définies par le PNNS et le PRNS.

Suivi et évaluation

Ce PRNS Alsace a été intégré dans le Plan Régional de Santé Publique, y compris les modalités de son suivi.

2. *Aquitaine*

En Aquitaine, la déclinaison du PNNS est en œuvre depuis 2004 avec la mise en place du Comité Technique Régional Nutrition Santé d'Aquitaine sous l'impulsion de la DRASS Aquitaine (Dr Béatrice Anne Baratchart) et l'organisation de la journée régionale Nutrition "*Mieux manger pour bien vivre*" le 6 avril 2004 à Bordeaux, qui fut une première conclusion du travail déjà réalisé par les nombreux partenaires du projet.

Avec le *Programme Nutrition, Prévention et Santé des Enfants et Adolescents en Aquitaine*, l'Urcam d'Aquitaine, maître d'ouvrage du projet, et l'ensemble de ses partenaires a mis en place des actions coordonnées sur le thème « nutrition, prévention et santé » chez l'enfant et l'adolescent afin d'améliorer leur comportement en termes d'alimentation et d'activité physique, de stabiliser la prévalence de l'obésité de l'enfant en région Aquitaine. Sur la base des objectifs nationaux du PNNS, de ses principes et stratégies, de l'état des lieux réalisé, le CTRNS Aquitaine propose, suscite, coordonne et anime des programmes et actions régionales adaptées au contexte local. Trois thèmes d'actions ou cibles prioritaires ont été retenus dans un premier temps

- Nutrition de l'enfant en milieu scolaire et péri scolaire et prévention de l'obésité de l'enfant
- Nutrition des personnes âgées
- Nutrition et précarité

1. Nutrition de l'enfant en milieu scolaire et péri scolaire et prévention de l'obésité de l'enfant (projet coordonné par le Dr Hélène Thibault pédiatre ISPED et Martine Ruello, URCAM Aquitaine)

Le programme se décline en 3 axes :

- le dépistage précoce, la prévention et la prise en charge de l'obésité de l'enfant : mobilisation et dynamisation des acteurs en région aquitaine,
- l'amélioration de l'offre alimentaire en milieu scolaire et périscolaire,
- la mise en place des actions pédagogiques sur l'alimentation et l'activité physique en direction des enfants, de leur famille et de leur entourage médical et éducatif.

Le programme cible: les enfants scolarisés en Aquitaine en primaire (maternelle et élémentaire), collège et lycée des 5 départements de la région, ainsi que leur entourage parental, médical et éducatif ; plus spécifiquement les enfants scolarisés dans les territoires pilotes définis dans le programme.

La mise en place de l'action a débuté au premier trimestre 2005 dans chacun des départements.

Les 3 axes du Programme Nutrition et Santé des Enfants et Adolescents en Aquitaine :

Axe 1: Optimisation du dépistage précoce et la prise en charge de l'obésité

- Sensibilisation des professionnels de santé à l'importance de la prévention de l'obésité de l'enfant et les mobiliser pour améliorer la prise en charge et le suivi des enfants dépistés.
- Mise en place en Aquitaine, d'une stratégie de dépistage précoce et de prise en charge initiale des enfants en surpoids ou obèses ou à risque de le devenir, en lien avec les services de santé scolaire, et de PMI ainsi que les médecins traitants.

Axe 2: Améliorer l'offre alimentaire en milieu scolaire et périscolaire

3 types d'actions ont été prévues selon les niveaux scolaires :

Primaire : Proposition d'une suppression de la collation ou son aménagement, mais également des actions sur la pratique des bonbons récompenses et sur la pratique et le contenu des en-cas dans les cartables, en vue de regrouper les anniversaires de manière mensuelle sur la base des recommandations élaborées dans le cadre du PNNS en collaboration avec le Ministère de l'Education Nationale.

Collèges et lycées : Amélioration de l'offre alimentaire des produits vendus dans les Etablissements Publics Locaux d'Education (EPL), en particulier dans le cadre des foyers des élèves en proposant de diversifier les aliments proposés, en allant dans le sens des repères de consommation du PNNS (eau *-fontaine à eau-*, fruits, pain, produits laitiers) et accompagner la suppression des distributeurs automatiques prévue dans la loi de santé publique.

Axe 3 Mise en place des actions pédagogiques sur le temps scolaire ou périscolaire (territoires pilotes uniquement)

Il s'agit de proposer dans une démarche globale d'éducation pour la santé des actions ciblées sur l'alimentation et l'activité physique.

Les partenaires du programme nutrition en Aquitaine

L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Aquitaine (URCAM) est le maître d'ouvrage de ce projet en partenariat avec :

le Rectorat de l'Académie de Bordeaux et les Inspections Académiques,

les Comités d'éducation pour la santé d'Aquitaine (CODES et CRAES),

l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED) Université Victor Segalen Bordeaux 2 et l'INSERM U 593,

la Ville de Bordeaux,

les Conseils Généraux d'Aquitaine,

le CHU de Bordeaux et les Centres Hospitaliers Généraux,

la Mutualité Française,

la Mutualité Fonction Publique,

la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales,

la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports,

l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Aquitaine,

le Groupement des Pédiatres de Gironde,

l'Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine (ORSA),

l'Association des Enseignants d'Education Physique et Sportive (AEEPS),

l'Association pour le Développement des Activités Physiques Adaptées (ADAPA).

Coordination régionale

Sous l'égide de l'URCAM d'Aquitaine, maître d'ouvrage, la coordination des différents volets de ce programme d'actions a été confiée au Dr Hélène Thibault, Pédiatre, intervenant à l'ISPED et au CHU- Hôpital des enfants- de Bordeaux.

Ce maître d'œuvre délégué s'appuie sur un comité de pilotage régional, associant les principaux partenaires régionaux. Installé le 26 novembre 2004, il a pour mission d'assurer la coordination générale du Programme et la cohérence des actions menées sur l'ensemble de la région Aquitaine.

Au cours de l'année 2005, différents groupes de travail thématiques ont élaboré *-dans le cadre de ce comité de pilotage régional-* les aspects opérationnels de l'action en matière de

dépistage, offre alimentaire, actions pédagogiques, communication et évaluation.

Coordination départementale

La mise en œuvre du programme s'appuie sur la mobilisation des partenaires dans chaque département, réunis au sein d'un comité de pilotage animé conjointement par une caisse d'Assurance Maladie et l'Inspection Académique ainsi que la ville de Bordeaux pour ce site pilote.

Un comité de pilotage « Nutrition, Prévention et Santé des enfants et des adolescents » a ainsi été installé dans chacun des départements depuis le mois de janvier 2005 afin d'assurer la mise en œuvre opérationnelle des actions.

Bordeaux, ville active du Programme National Nutrition Santé

Bordeaux a signé en novembre 2004, la charte « Ville active du PNNS » et s'est particulièrement engagée pour la nutrition des enfants, notamment par le biais d'actions en faveur de la qualité à la restauration scolaire et du programme d'actions élaboré par la Commission « Nutrition des enfants » de son Conseil Local de Santé. Afin de prévenir le développement du surpoids chez les enfants et les jeunes, la ville agit en amont à 3 niveaux, en partenariat avec tous les acteurs institutionnels et les professionnels de la santé :

1. le dépistage et le suivi des enfants obèses assuré par le service de santé scolaire municipal qui suit chaque année plus de 18 500 enfants bordelais.

2. les actions pédagogiques en faveur des enfants avec des enquêtes sur les habitudes en matière de consommation alimentaire, des ateliers pédagogiques, des formations pour les enseignants et les animateurs. Le jeu « *Tu manges quoi ?* » a notamment été créé et réalisé par le Conseil Local de santé pour les écoles, les centres de loisirs et les professionnels de la nutrition santé, qui souhaitent mener des actions pédagogiques sur ce thème.

3. l'offre alimentaire proposée en milieu scolaire et périscolaire

Une démarche globale de qualité est menée autour du repas, sa fonction éducative, l'apprentissage du goût, l'autonomie:

- assurant la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire, par la convention qui lie la ville à la cuisine centrale du Syndicat Intercommunal à Vocation Unique sur la composition, la qualité gustative, nutritionnelle et quantitative des repas,
- menant un travail pédagogique afin de supprimer les collations du matin et en dehors des repas en valorisant le petit-déjeuner et le goûter pour promouvoir la répartition des prises alimentaires sur 4 repas par jour,
- souhaitant privilégier un accès à l'eau en dehors des sanitaires et du restaurant scolaire avec des fontaines d'eau.

Communication

Afin d'accompagner au mieux l'action des partenaires, plusieurs outils ont été développés : **www.nutritionenfantquitaine.fr**

Créé afin de répondre au besoin de partage de l'information entre les acteurs, ce site est ouvert au grand public, qui peut y trouver information, outils et liens vers d'autres sites.

Son architecture interactive offre :

- Des outils pratiques dans le bandeau de navigation : courbe d'IMC, textes réglementaires, liens utiles...
- Une page d'accueil proposant un article d'ambiance sur la vie régionale du projet
- Un accès à l'actualité départementale complétée par l'échange de données (comptes-rendus, état d'avancement...) entre les acteurs des zones pilotes en zone sécurisée

Parallèlement, une lettre d'information, destinée aux partenaires et institutionnels, proposera un bilan trimestriel de l'avancée du projet.

Une plaquette de présentation du programme

A destination des institutions, ce document vise à donner un premier niveau de connaissance sur le programme en cours.

Une plaquette pédagogique « Pourquoi est-il préférable de supprimer la collation ? »

A destination des parents, ce document vise à diffuser une information sur les connaissances scientifiques et les recommandations concernant la collation du matin ainsi que sur l'importance du petit déjeuner.

Les recommandations

Un document concernant l'offre alimentaire en primaire a été diffusé par le Rectorat afin de sensibiliser et inciter les enseignants à mettre en place des actions conformes à ces recommandations, scientifiquement validées.

Relations presse

En dehors de la conférence de presse régionale de lancement du programme, des conférences de presse locales sont prévues afin de mettre en avant l'actualité des zones pilotes et ainsi faire vivre le programme.

2. « Personnes Agées » (groupe de travail coordonné par le Dr Pascale Bargerger-Gateau de l'ISPED)

Un bilan de l'existant a été dressé par l'ARAMSA dans le cadre du Plan Régional de l'Assurance Maladie (PRAM) piloté par l'URCAM en 2004. Un projet d'éducation nutritionnelle des aides à domicile des personnes âgées dépendantes a été lancé par la Direction Solidarité Gironde (Conseil Général de la Gironde) dans le cadre du programme de formation GISEMENT (Gironde Innovation Service Emploi Engagement) et mis en œuvre par l'ISPED. Outre son financement par l'Assurance Maladie dans le cadre du FNPEIS - Programme National Nutrition Santé (appel d'offre 2004), ce projet a également bénéficié d'un financement dans le cadre du projet Européen GISEMENT (Fonds Social Européen article 6 actions innovatrices). Devant le manque d'actions dirigées vers les personnes âgées vivant en institution, le programme est ciblé dans un premier temps vers des interventions de dépistage et de prise en charge de la dénutrition des personnes âgées vivant dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Ce projet comprend trois volets:

- état des lieux de la prévalence de la dénutrition dans les EHPAD d'Aquitaine et des pratiques des établissements (en 2005) ;
- définition et mise en place de recommandations et d'actions de formation concernant toutes les catégories de personnel des établissements (en 2006) ;
- évaluation de l'impact des recommandations.

3. Populations en situation de précarité

Dans le cadre de cette thématique, dans un premier temps le CTRNS Aquitaine a réalisé un état des lieux des actions déjà existantes.

Les deux grands objectifs du programme sont :

- la création de lien social à partir de la thématique alimentation.
- l'amélioration de l'équilibre nutritionnel

Une journée de formation régionale à laquelle ont assisté tous les acteurs de l'insertion et les pôles sociaux des DDASS, a eu lieu en 2004, sous l'impulsion de la DRASS Aquitaine.

La banque alimentaire de Bordeaux et de la Gironde, forte de la fédération de 132 associations, a largement démultiplié le programme ; une formation action des bénévoles y a

été mise en place (26 acteurs formés) ; Un "camion atelier cuisine mobile", financé dans le cadre du PNNS, se déplace auprès des associations d'accueil de publics en difficulté.

Les autres cibles privilégiées en Gironde sont les Foyers de Jeunes Travailleurs et l'Union Régionale des Foyers de Jeunes Travailleurs et les épiceries Solidaires

1. Action de formation des Aides Soignants du CHU de Bordeaux (Professeur Henri Gin, CLAN du CHU de Bordeaux)

Il s'agit d'un projet essentiellement soutenu par la Direction du CHU : 300 personnes ont déjà été formées et 400 le seront d'ici un an.

Cette formation action vise à l'amélioration des connaissances des aides-soignants par la mise en lien entre la théorie et la pratique, notamment en ce qui concerne le choix du contenu du plateau repas. Les résultats d'une première évaluation devraient pouvoir être diffusés rapidement. Le projet pourrait être étendu à d'autres établissements d'Aquitaine.

3. Auvergne

La déclinaison du PNNS en région Auvergne n'a pas fait l'objet d'une définition d'objectifs opérationnels propres à ce domaine d'intervention. Pour autant des actions, multiples et variées ont été développées, des moyens humains et financiers mobilisés.

La stratégie auvergnate a cherché à introduire de la cohérence entre programme national et priorités régionales de la manière suivante :

- désignation, comme demandé, d'un coordonnateur régional

- mise en place d'un cercle de réflexion, auquel a participé le coordinateur régional pour formuler des propositions dans le cadre de la contribution auvergnate à la réflexion sur la future loi de santé publique.

En partant d'un constat simple *-la région présente une surmortalité, évaluée à 700 morts de trop, surmortalité liée principalement aux maladies cardio-vasculaires, cancers, suicide, alcoolisation et accidents de la voie publique-* le cercle devait formuler les objectifs à atteindre pour épargner ces 700 vies.

Il est apparu que la problématique « nutrition » était transversale à plusieurs des causes de surmortalité et il a été décidé de privilégier une déclinaison du PNNS à partir de la thématique « maladies cardio-vasculaires ». Cette thématique permet en effet d'aborder la question de la nutrition tant en terme de prévention primaire (éducation pour la santé) que secondaire et tertiaire (éducation thérapeutique), la nutrition jouant un rôle majeur dans (hypertension, syndrome métabolique, surpoids et obésité par exemple)

- constitution d'un groupe de travail spécifique, présidé par le coordinateur régional pour préciser les actions à mettre en œuvre et en assurer le suivi. Ce groupe constitue, après élargissement de sa composition, le comité technique régional nutrition.

L'ensemble des propositions du groupe a été intégré à la première version du plan régional de santé publique (il est à noter que l'Auvergne avait devancé la disposition de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui fait obligation à toute région de se doter d'un tel plan). Ce plan version 1 comporte 5 axes :

- un axe « organisation » correspondant au schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS)

- 4 axes « santé » :

- 1- réduire la surmortalité avec ses 5 thématiques (maladies cardio-vasculaires, cancers, suicide, alcoolisation, accidents de la voie publique, dont deux faisaient l'objet d'un programme régional de santé ou PRS)
- 2- agir en faveur des populations les plus vulnérables (programme d'accès à la prévention et aux soins ou PRAPS, programme de lutte contre le VIH et le SIDA,, programme contre les violences intra-familiales)
- 3- programme régional de santé « autonomie» (personnes âgées, personnes handicapées)
- 4- programme santé environnementale

Au cours de la première période du PNNS, 62 actions ont été conduites :

- 20 étaient à destination de la population en situation de précarité ou intéressaient des établissements en zones dites difficiles (soit 32 %)
- 28 s'adressaient aux jeunes (soit 45 %)

Les actions ont été menées par des associations, les CODES, la DRASS, le Conseil Général, la Mutualité, les collectivités locales, la CPAM, le CH, des collèges et lycées, des réseaux,....

Un bilan a été fait au 1^{er} mai 2005 des actions réalisées

- 3 actions de formation (financement de 34 00 euros)
- 3 études (financement de 50 000 euros)
- 58 actions d'éducation pour la santé (financement de 350 000 euros)

4. Basse-Normandie

Le CTRN, créé en 2003 et coordonné par un pédiatre hospitalier a travaillé en trois sous-groupes « populationnels » : enfants-adolescents, personnes âgées, personnes démunies. Il a contribué au développement de plusieurs projets et à l'élaboration d'un plan régional de communication/information en matière de nutrition.

Il a notamment mené une enquête auprès des médecins généralistes concernant la prise en charge de l'ostéoporose chez les personnes âgées et une enquête auprès des établissements accueillant des personnes âgées. Il a animé un groupe d'échange de pratiques des associations s'occupant de la distribution alimentaire auprès des personnes démunies qui continue d'exister en lien avec le programme « Alimentation-Insertion ». Il a contribué à promouvoir de nouvelles prises en charge des enfants obèses et a établi des relations avec l'Institut Régional de la Qualité Agroalimentaire de Normandie

Le Plan Régional de santé publique a inclus des objectifs nutritionnels suivants :

- Inciter à la pratique sportive
- Sensibiliser à l'éducation nutritionnelle
- Favoriser les diagnostics précoces de l'obésité
- Développer des actions communautaires sur les causes qui incitent à la consommation d'alcool
- Former les professionnels de santé aux outils de dépistage précoce et à l'accompagnement (formations au repérage précoce d'intervention brève)
- Généraliser les actions d'éducation nutritionnelle à tous les âges de la vie et vis à vis des personnes souffrant de diabète ou de maladies cardio-vasculaires

5. Bourgogne

Compte tenu du contexte régional, le choix a été fait de traiter les problèmes nutritionnels selon une approche transversale, sans mettre en place de comité nutrition spécifique.

Plusieurs actions ont été menées en 2003 et 2004, dans le domaine des maladies cardiovasculaires, de l'allaitement maternel, de la nutrition des personnes âgées, d'éducation nutritionnelle en milieu scolaire.

Les 9 objectifs nutritionnels prioritaires du PNNS ont été inclus dans le Plan Régional de Santé Publique dans l'axe « Agir sur les déterminants comportementaux pouvant avoir une influence sur la santé de l'individu ».

6. Bretagne

Sans attendre la mise en place d'un comité technique chargé de décliner le PNNS, la Bretagne s'était mobilisée (Etat, assurance maladie, municipalités...) pour financer des actions sur cette thématique dès l'année 2000 en matière d'éducation pour la santé, pour, ensuite, diversifier ses actions du public vers les professionnels et les malades (éducation thérapeutique). L'instauration en 2003 du Comité Technique Régional Nutrition Santé (CTRNS), chargé de décliner le PNNS au niveau de la Bretagne, a amplifié cette dynamique. Le CTRNS a décidé que des groupes de travail déclinaient les axes stratégiques du PNNS dans les domaines de :

- l'observation,
- l'information, l'éducation,
- la prévention et la prise en charge dans le système de soins,
- la restauration collective,
- la recherche.

Ces groupes de travail ont élaboré des propositions d'actions qui ont fait l'objet d'une présentation et d'une validation lors du comité technique du 18 octobre 2004. Une partie de ces actions sont en cours de réalisation, voire de finalisation, notamment les propositions des groupes observation et information/éducation. D'autres, pour différentes raisons, soit qu'elles présentent des difficultés techniques de mise en œuvre, comme celles du groupe restauration collective sont encore en projet, ou soit qu'elles ne disposent pas de financement adapté au niveau régional ont dû être abandonnées comme celle du groupe recherche. Concernant les propositions du groupe prévention et prise en charge dans le système de soins, il existe des liens étroits à établir avec le SROS, notamment dans son volet enfants et adolescents, où la prise en compte de l'obésité infantile doit logiquement figurer. En tout état de cause, le travail de ces groupes et leurs propositions d'actions constituent le socle de la réflexion de la prise en compte du PNNS en Bretagne. Ces groupes de travail ont enfin permis à des acteurs d'origines diverses de confronter leurs expérience et créer par la même une réelle dynamique régionale.

Dans le cadre de l'appel à projet commun Etat - Assurance Maladie, des actions nombreuses et variées d'éducation pour la santé dans le domaine de la nutrition ont pu être

financées en particulier dans les établissements scolaires.

Plusieurs villes ont adhéré à la charte des villes actives PNNS et/ou développé des actions novatrices en santé communautaire au niveau de certains quartiers, voire dans des entreprises.

De façon concomitante, la région Bretagne s'est investie dans le Programme national Alimentation Insertion, en organisant dès fin 2003, une action de formation en direction de formateurs chargés à leur tour de former les bénévoles des associations au contact des bénéficiaires d'aide alimentaire. En lien avec le niveau national, cette action de formation s'est prolongée en 2004 et 2005 et doit s'intensifier encore en 2006.

7. Centre

En région Centre, l'objectif général du PNNS a été repris et décliné en objectifs spécifiques par le CTRN. Créé en 2003, ce comité est composé de soignants, de médecins hospitaliers, d'associations, d'institutionnels, de représentants du secteur sportif, de représentants de municipalités. Ils ont participé aux travaux du Plan Régional de Santé Publique, validé fin 2005, qui compte des objectifs nutritionnels déclinés en 5 fiches actions détaillées.

Actions conduites jusqu'en 2005 et publics cible

Concernant la prévention de l'obésité, des actions d'éducation nutritionnelle dans les écoles et de formations à l'éducation nutritionnelle pour des professionnels de diverses structures ont été menées de 2001 à 2005 dans le cadre du Programme Régional de Santé (PRS) diabète.

La dynamique impulsée par ce PRS en place depuis 2000 et reprise par le Comité régional nutrition s'est traduite par l'augmentation des projets présentés lors de l'appel à projets Etat-Assurance maladie, passant de 17 projets en 2002 à 39 projets en 2004. Ces projets couvrent les domaines de la prévention de l'obésité, des liens nutrition et précarité et de la promotion de l'activité physique.

La mise en place des CLAN a été particulièrement dynamique grâce à l'implication de professionnels hospitaliers dans la politique régionale et dans les instances nationales.

Des journées d'échanges ont été organisées au niveau régional, notamment en 2004 sur le thème de la nutrition dans les établissements de santé et médico-sociaux en collaboration avec l'ARH, et sur le thème « Nutrition et précarité » en 2005.

8. Corse

Des actions de nutrition ont été menées en 2003 et en 2004. Un CTRN a été mis en place en février 2005 et a retenu comme priorité nutritionnelle le problème de la surcharge pondérale des enfants.

Un Plan Régional Nutrition a été inclus dans le PRSP. Devant la problématique du diabète et l'importance du nombre de diabétiques en Corse, des actions spécifiques sont proposées dans le cadre du dépistage et pour une meilleure prise en charge, et cette thématique est incluse dans le Plan National Nutrition afin de développer les actions de prévention et d'éducation

thérapeutiques.

Cette région, compte-tenu de son isolement, a particulièrement apprécié les occasions d'échanges d'expériences avec les autres régions, comme lors du colloque PNNS de novembre 2004. Elle souhaite renforcer ces échanges et avoir un soutien méthodologique et stratégique en éducation à la santé.

9. Champagne-Ardennes

Le CTRN est cordonné par un médecin conseiller de la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et a mené grâce à cela plusieurs actions en lien avec le réseau jeunesse et sports.

Actions d'information et de sensibilisation

- Mise à disposition, dans la DRDJS et dans les DDJS, d'une documentation sur la thématique PNNS, avec le relais du réseau des associations d'éducation pour la santé, et à destination des encadrant des associations sportives ou d'éducation populaire et de jeunesse ou des organisateurs d'actions sur cette thématique.
- Organisation avec le Conseil régional et le Comité Régional Olympique et Sportif, du salon sport-santé-prévention « Ma santé, j'y tiens et je l'entretiens » lors de la foire de Chalons en champagne en septembre 2003. Animation de stand avec évaluations physiques, nutritionnelles et psychologiques et orientation vers les activités physiques adaptées aux goûts et aux capacités de la personne (30 000 visiteurs). Elaboration, production et diffusion de documents guides d'information et de conseils pour une bonne pratique des activités physiques et sportives (diffusion à 600 000 exemplaires dans le magazine de la région).
- Mise en place, avec Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES) et le Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Toxicomanies, d'un dispositif documentaire orienté vers la thématique PNNS (notamment pour les publics sédentaires ou porteurs de pathologies chroniques ou de handicaps).
- Réalisation en 2005, avec la DDASS, la CPAM de la Marne et un club cycliste marnais d'un stand sur la promotion de la santé par les APS, lors d'une course cycliste, avec l'appui des comités départementaux de la Fédération française EPGV et de la Fédération française EPMM (diffusion de questionnaires d'autoévaluation sur la condition physique, nutritionnelle et psychologique et sensibilisation à la thématique sur le stand et dans les 36 boulangeries du parcours. Remise de fonds documentaires – guide PNNS – auprès de ces boulangeries, en liaison avec la Fédération Départementale de la Boulangerie.
- Partenariat, avec le réseau CRES/Comité Départemental d'Education pour la Santé (CODES) pour l'élaboration d'un outil, sous forme de jeu éducatif, utilisable en milieu sportif, d'éducation populaire et de jeunesse ou scolaire et ayant pour thème l'évaluation (auto-évaluation et évaluation encadrée) physique, nutritionnelle et psychologique chez les jeunes (2 modules : 8 à 10 ans et 12 à 14 ans).

Actions de formation

- Mise en place d'un premier programme de formation continue des éducateurs médico-sportifs (éducateur sportif intervenant en milieu sanitaire, y compris psychiatrique) et venant notamment d'hôpitaux universitaire ou généraux (4^{ème} séance en mars 2006).
- Partenariat avec l' Unité de Formation et de Recherche-Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (UFR-STAPS) dans le cadre du Master 2 « préparateur physique »

pour la mise en place (depuis la rentrée 2005-2006) de contenus d'enseignements en rapports avec la prise en charge, par les APS, de patients porteurs de pathologies chroniques (jeunes : diabète, asthme, épilepsie, obésité ; adultes : diabète type 2, obésité pathologies cardiaques et facteurs de risque), de handicaps (insuffisance cardiaque ou respiratoire chronique, handicaps physiques, mentaux ou sensoriels) ou de publics particuliers (personnes âgées).

- Elaboration de contenus d'enseignements concernant ces mêmes sujets dans le cadre du Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport-Activité Physique pour Tous (BPJEPS-APT), du BPJEPS Loisirs Pour Tous (BPJEPS-LPT) et du Brevets d'Etat d'Educateur Sportif (BEES) des métiers de la forme, et mise en place des interventions correspondantes.

- Sensibilisation des cadres techniques régionaux pour la mise en place de contenus de formation sur ces thématiques dans le cadre de la formation initiale et continue des brevetés fédéraux.

- Travail avec un stagiaire de l'UFR-STAPS (filière management du sport : concepteurs de projets sportifs ou de loisirs) sur la reconnaissance du métier d'éducateur médico-sportif et sur un projet de référentiel métier (en lien avec la Délégation à l'Emploi et aux Formations du ministère).

- Promotion et développement de l'offre de pratique physique et sportive dans la région.

- Accompagnement du recensement (2005 et 2006) des clubs labellisés pour la prise en charge de personnes porteuses de pathologies chroniques (réalisé par le mouvement sportif : Comité Régional Olympique et Sportif CDOS et Comité Départemental CROS).

- Mise en place d'un atelier activités physiques et sportives, nutrition et gestion du stress pour des patients adressés par leur médecin traitant.

10. Franche-Comté

Fin 2002, à l'initiative de la DRASS, de l'URCAM et de l'ARH de Franche-Comté le programme régional a été développé en désignant un coordinateur technique régional nutrition santé (Dr Claude Michaud), et en créant un comité technique régional nutrition santé (CTRNS) composé de 15 personnalités susceptibles de mettre en œuvre dans la région des actions, des programmes ou des politiques dans le domaine de la nutrition, et en organisant un séminaire de lancement du PNNS et de réflexion sur les priorités 2003/2004/2005. Un séminaire «Pour la mise en place du PNNS en Franche-Comté» a eu lieu en avril 2003, avec comme objectif d'impliquer les acteurs locaux et déterminer pour les trois années à venir des priorités régionales pour chaque axe stratégique du PNNS. Trois axes ont été travaillés en sous-groupes lors du séminaire : informer / éduquer ; prévenir / dépister / prendre en charge; optimiser la restauration collective.

Trois ateliers reprenant ces axes ont été mis en place en juin 2003. Chacun de ces groupes a été chargé d'élaborer un projet concret intégrant deux modalités transversales souhaitées lors du séminaire : celle de « travailler ensemble par la mise en place de réseaux ou de coordination » et celle de « renforcer les compétences des acteurs par la mise en place de formations ». Ces groupes de travail restreints (environ 20 personnes par groupe) ont été pilotés par les animateurs des ateliers ayant officié lors du séminaire en appui avec le coordinateur technique régional. Une synthèse des 3 ateliers a abouti à la rédaction et la programmation du projet régional

L'ébauche de ce projet régional a été présentée au Comité régional des politiques de santé (CRPS) puis au CTRNS en septembre 2003, et enfin aux participants des 3 ateliers en décembre 2003.

Le programme a été élaboré durant l'année 2003. Il a nécessité l'organisation d'un séminaire,

de 20 réunions diverses et la mobilisation d'environ 100 acteurs dont 60 ont travaillé de façon régulière et soutenue.

Axes stratégiques

Parmi les six axes stratégiques cités au niveau national, trois ont été priorisés sur des critères relevant d'une part d'estimation des enjeux, et d'autre part de faisabilité au niveau régional :

1. informer, éduquer
2. dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels
3. impliquer la restauration collective

Publics prioritaires

Parmi les publics spécifiques cités dans l'axe 6 du PNNS, deux ont été retenus en priorité au niveau régional pour la période 2003-2005, notamment en tenant compte des résultats de la consultation régionale de santé de novembre 2002 (en ce qui concerne le premier public) :

1. les enfants et les adolescents
2. les personnes en situation de précarité.

Un 3ème public, les personnes âgées, a été retenu pour faire l'objet d'une attention particulière lors de la période 2004-2005.

Axe 1: Informer, Eduquer

Objectifs généraux

1. informer, éduquer les jeunes et les personnes en situation de précarité vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant ;
2. créer des environnements favorables permettant de renforcer ces choix au sein des lieux de vie ou de rencontre de ces publics (établissements scolaires, centres médico-sociaux, lieux d'hébergement)

Objectifs secondaires

1. optimiser les prestations d'information (documentation et communication) réalisées par les structures institutionnelles et associatives,
2. optimiser les prestations éducatives conduites par différents professionnels s'adressant, d'une part aux enfants et aux adolescents, et d'autre part, aux personnes en situation de précarité.

Axe 2: Dépister, Prendre en charge

Objectif général pour la Franche-Comté

Prévenir, dépister et prendre en charge les enfants et adolescents obèses

Objectifs secondaires pour la Franche-Comté

1. prévenir l'obésité infantile
2. améliorer le repérage des enfants et adolescents à risque d'être obèses
3. améliorer la prise en charge des enfants et adolescents obèses de la région

Pour atteindre les objectifs secondaires :

- diffuser les outils PNNS de repérage d'un risque d'obésité ou d'une obésité chez l'enfant et l'adolescent
- former les professionnels de santé :
au repérage de l'obésité (utilisation des outils PNNS) et à un début de prise en charge, à la prévention de l'obésité chez l'enfant de 0 à 6 ans
- mettre en place un réseau de prise en charge de l'obésité « REPOP Franche-Comté »
- coordonner et suivre le travail réalisé autour de l'axe 2

Axe 3 : Impliquer la restauration collective

Objectif général pour la Franche-Comté : optimiser la restauration collective (scolaire et hospitalière)

Objectifs secondaires pour la Franche-Comté

1. donner aux responsables de restaurants collectifs autogérés des moyens décisionnels communs, pour mieux travailler et négocier avec leurs fournisseurs
2. valoriser la restauration collective auto-gérée comme reflet d'une qualité de vie régionale

Pour atteindre les objectifs secondaires :

- élaborer, rédiger et diffuser un document de conseils pratiques pour l'achat des fruits et des légumes
- sensibiliser les responsables de restauration collective au PNNS aux bonnes pratiques en matière de fruits et légumes (achat, préparation, présentation, valorisation) et leur apporter une aide dans l'élaboration des menus
- sensibilisation des élus locaux et régionaux, décideurs en matière de restauration scolaire et hospitalière aux enjeux du maintien d'une restauration collective auto-gérée de qualité
- coordonner et suivre le travail réalisé autour de l'axe 3

Afin de concrétiser ce plan, de très nombreuses actions ont été mises en œuvre en 2003, 2004 et 2005.

L'évaluation (en termes de processus et de résultats) du programme régional et des actions constitutives de ce programme est prévue et sera faite par les services de l'Etat. Elle se déroulera en 2006 à l'issue de la mise en œuvre de ce programme. Elle pourra requérir l'aide des structures spécialisées dans ce type de travail (par exemple l'Observatoire régional de santé de Franche-Comté). Elle sera de type : action prévue / action réellement réalisée sur la base des sous-objectifs opérationnels du programme décrit ci-dessus.

Pour chaque action, une évaluation portera sur :

- la qualité de participation des premiers concernés appréciée par les intervenants, la satisfaction des premiers concernés par eux-mêmes.
- l'implication des partenaires et professionnels, les partenariats établis,
- la pertinence des moyens mis en œuvre et des outils utilisés,
- le respect du calendrier établi,
- le nombre de personnes concernées et leur assiduité si l'action se déroule en plusieurs temps.

11. Haute Normandie

Un comité technique régional nutrition santé (COTER nutrition santé) a été créé pour l'élaboration du programme régional le 7 mai 2002. Le coordonnateur régional est Professeur en Nutrition au CHU Rouen (Pr Pierre Déchelotte). Le programme est coordonné par la DRASS et copiloté par l'URCAM.

Afin de faciliter la coordination des différentes phases de la mise en place de ce programme par le COTER nutrition santé, un comité de pilotage (COFIL nutrition santé) a été mis en place. Composé de 10 membres, il rassemble les représentants du Comité régional des politiques de santé et les professionnels de santé publique et d'éducation pour la santé ;

A partir des différents indicateurs régionaux disponibles (OBEPI, NORMANUT, Enquête sur la dénutrition au CHU), des axes de travail ont été choisis :

- Prévention primaire de l'obésité,
- Dépistage, prise en charge du surpoids, de l'obésité de l'enfant,
- Dépistage, prise en charge du surpoids, de l'obésité et des troubles du comportement alimentaire de l'adulte,
- Dénutrition en institution.

• **Prévention primaire de l'obésité**

Un groupe de travail composé de 20 personnes a défini des objectifs opérationnels en vue du lancement d'un appel d'offre permettant l'élaboration d'actions sur la prévention primaire de l'obésité.

Afin de mieux définir les actions à mener en prévention primaire, des groupes d'âge ont été préalablement définis et pour chaque groupe d'âge ont été discutés des objectifs opérationnels. Pour tous les projets menés dans le cadre de l'Education nationale, l'inscription de la nutrition dans les projets d'établissements est un préalable indispensable à toute action de prévention. Les indicateurs de suivi ont été définis par les porteurs de projet en fonction des actions menées.

• **Dépistage et prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant**

Un groupe de travail composé de 23 personnes et piloté par un pédiatre endocrinologue a défini des actions en précisant les publics cibles, les acteurs, les objectifs et un calendrier autour de deux axes, « entre le dépistage et la prise en charge » et « la prise en charge des enfants en situation de surpoids et d'obésité ».

• **Dépistage et prise en charge de l'obésité, du surpoids et des troubles du comportement alimentaire de l'adulte**

Un groupe de travail pluridisciplinaire a proposé des actions en précisant les publics cibles, les acteurs, les objectifs et un calendrier.

• **Dénutrition en institution**

Un groupe de travail s'est mis en place afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge de la dénutrition des personnes en institution. Il s'est attaché dans un premier temps aux structures d'hébergements de personnes fragilisées par leur état de santé ou leur dépendance :

- Etablissements de santé publics
- Etablissements de santé privés
- Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes (EHPAD)

Il a rédigé un guide de dépistage et de prise en charge de la dénutrition et une plaquette de sensibilisation.

Sept actions ont été financées par l'Etat au titre de l'année 2003 et 5 par le FNPEIS.

12. Ile de France

Compte-tenu de sa large population et de la grande variété des acteurs institutionnels, professionnels et scientifiques, cette région a développé un très grand nombre d'actions en nutrition, dans toutes les thématiques du PNNS, financées par les appels à projet nationaux et régionaux.

Toutes ces initiatives n'ont cependant pas été fédérées entre elles car il n'y a pas eu de constitution d'un comité régional nutrition. En 2005 une concertation a été menée afin de créer un comité de nutrition courant 2006.

Dans le cadre de la préparation du PRSP, l'objectif de « Promouvoir l'activité physique et une « alimentation raisonnée » a été retenu, avec les propositions provisoires suivantes :

- Mettre en place un Observatoire Régional de la Santé Nutritionnelle
- Promouvoir l'activité physique à tous les âges de la vie
- Promouvoir une « alimentation raisonnée » en prenant appui sur la restauration en milieu scolaire
- Prévenir et prendre en charge précocement l'obésité infantile
- Développer la prévention et le dépistage de la dénutrition des personnes âgées

13. Languedoc-Roussillon

Dès 2001 la région s'est fixé l'objectif de «développer les comportements alimentaires respectueux de la santé et notamment, diminuer les risques d'obésité et ses conséquences sur la santé, en agissant de manière précoce et préventive sur les facteurs de risques, en particulier l'hygiène de vie, et en coordonnant les prises en charge des pathologies avérées », avec pour objectifs spécifiques de :

- Rassembler les connaissances sur ce problème de santé
- Encourager la prévention et l'éducation pour la santé en matière de comportements alimentaires et d'activité physique
- Coordonner les prises en charge des personnes en surpoids et des personnes obèses
- Promouvoir des actions et leur évaluation
- Prévoir des critères d'évaluation du travail du groupe sur les quatre objectifs précédents

Les réalisations

Une dynamique entre différents acteurs, essentiellement centrée sur la prévention et l'éducation pour la santé s'est développée. En 5 ans, 80 projets ont été financés pour un montant de 515 000 euro dans tous les départements de la région. Parmi ceux-ci, on citera la réalisation du guide « alimentation et santé des lycéens et des collégiens », la publication d'un « annuaire régional des ressources en alimentation », l'extension régionale du Baromètre santé nutrition 2002, le lancement d'un projet régional de veille alimentaire et nutritionnelle (annexe 2).

Le contexte actuel

Le Languedoc-Roussillon a élaboré en 2005 son programme régional de santé publique (PRSP). Le groupe de pilotage du PRS « alimentation-nutrition » a souhaité être force de proposition selon les priorités et les objectifs suivants.

Objectifs « alimentation – nutrition – activité physique »

- Promouvoir l'activité physique

Développer la culture de l'activité physique au sein de la population, des professionnels et des décideurs

Individualiser la prise en charge de l'activité physique

Développer des environnements favorables à la pratique de l'activité physique

- Rendre compréhensibles et utiles les informations pour les consommateurs

Développer une concertation entre les professionnels de la production et de la transformation, les consommateurs et les professionnels de la santé autour de l'étiquetage

Développer les actions de sensibilisation au déchiffrement des informations auprès des consommateurs

Aider les transformateurs (TPE/PME régionales) à mieux communiquer sur leurs produits

- Adapter les recommandations nutritionnelles aux réalités économiques des ménages

Rendre économiquement accessible les produits recommandés

Valoriser les produits agricoles et industriels respectant la qualité nutritionnelle et environnementale

Favoriser la commercialisation des produits locaux (circuit court)

En complément des objectifs nutritionnels et de toutes les actions qui en découlent, un axe « professionnels » et un axe « décideurs » ont été définis :

Axe « professionnels »

Développer une culture partagée des professionnels sur les problématiques de nutrition, alimentation et activité physique

Mettre en place un réseau entre tous les acteurs en relation avec la nutrition, l'alimentation et l'activité physique

Développer des actions de qualité

Axe « décideurs »

Harmoniser et coordonner les politiques ayant un impact dans le domaine de l'alimentation, nutrition et activité physique.

Se donner les moyens de mettre la politique régionale en place

Améliorer la connaissance des problèmes et des ressources en matière d'alimentation, nutrition et activité physique

14. Limousin

Un CTRN a été mis en place dans le Limousin.

- En 2002 une journée sur l'ostéoporose a été organisée à Limoges (200 personnes), ainsi que des ateliers d'information (médecins endocrinologue et rhumatologue), un atelier nutrition et un atelier activité physique gymnastique (Fédération française EPGV, Fédération française de la randonnée pédestre et Fédération française de la Retraite Sportive).

- En 2003 mise en place à Limoges de deux cours hebdomadaire d'activités physiques pour les femmes traitées pour un cancer du sein et en surcharge pondérale (Fédération française EPGV). Ce groupe est également accueilli dans des cours de cuisine organisées dans un lycée hôtelier (travail sur le thème des perturbations du goût provoquées par la chimiothérapie). En 2005, ces cours ont intéressé 50 personnes. A Brive, un cours hebdomadaire a été mis en place.

- En 2005 le programme "Obésité de l'adulte" par la FF EPGV concernant des patients suivis en endocrinologie (CHU de Limoges) a été lancé. L'éducation nutritionnelle est faite par les diététiciens du CHU.

Chaque année lors des informations données auprès des scolaires et des clubs sportifs, il y a toujours un chapitre "alimentation du sportif" (alternative du dopage et hygiène de vie).

Lors de manifestations du type « Parcours du Cœur », « Week-end du sport en famille », les diététiciennes du CHU animent un stand de jeu sur le thème de l'alimentation et répondent aux demandes individuelles (1 000 à 1 500 personnes).

15. Lorraine

En 2002-2003 a été réalisé un état des lieux des acteurs, formations, structures et actions menées pendant la période 2000-2002 soit avant la déclinaison régionale du PNNS qui n'a débuté en pratique qu'à partir de 2002 en Lorraine. En 2003, un groupe technique régional s'est structuré pour favoriser la mobilisation des partenaires et la mutualisation des outils et expériences autour d'une thématique prioritaire pour les années 2004-2005: « Obésité de l'enfant et de l'adolescent ». La diversité des membres de ce groupe technique a permis de connaître les dynamiques existantes, de favoriser ou de renforcer les actions sur des axes variés. Cependant la mobilisation des professionnels agroalimentaires et des associations de consommateurs n'a pu être développée.

Les actions développées sur la Lorraine dans le cadre de ce partenariat sont présentées selon les axes déterminés par le PNNS.

Axe 1 : Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins

- Mise en place de Maisons du diabète et de la nutrition: Nancy et Épinal (financement « réseau » par l'Assurance Maladie)
- Valorisation des outils nationaux de dépistage et de suivi de l'obésité de l'enfant en médecine de ville, hôpital, PMI, santé scolaire
- Fonctionnement du premier CLAN lorrain sur le CHU de Nancy

Axe 2 : Mettre en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population

- Création d'un outil de recueil d'indicateur de statut nutritionnel chez les enfants (IMC)

Les résultats d'une expérimentation menée en 2005 sur 5800 enfants sont présentés dans une publication à usage interne

Mise au point d'outils d'enquêtes sur l'alimentation et l'activité physique aux différents âges (enfants, adultes, personnes âgées) dans le cadre du programme Boire, Manger, Bouger ('BMB)

Axe 3 : Informer et orienter les consommateurs, éduquer les jeunes, créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisants

Axe 4 : Engager des mesures et des actions de santé publique complémentaires vers des groupes de populations

Ces aspects ont été particulièrement concernés par les financements nationaux PNNS (2002-2003) puis régionaux (2004-2005). Les actions ont privilégié des approches par territoires : pays, ville, quartier et/ou par populations incluses ou non dans des projets plus vastes de « dimension » régionale.

Le Programme Régional de l'Assurance Maladie (PRAM) Nutrition

Les caisses d'Assurance maladie et l'URCAM ont développé sur la Lorraine un PRAM

orienté Nutrition depuis 2003 assurant une complémentarité des actions financées par l'Etat pour renforcer les aspects soins et prévention.

Le Programme Académique Nutrition

Il associe depuis 2001, le CRES de Lorraine et les services de santé scolaire des quatre départements et les Médecin et Infirmier conseillers techniques auprès du Recteur.

Il concerne 23 établissements scolaires.

Des outils spécifiques ont été développés : malles en CD Rom avec livret enseignants et enfants, livrets parents, livrets professionnels, documents et pédagogie.

Un Colloque régional a eu lieu Octobre 2005

Des formations continues aux quelles ont participé la DRASS

La mise en place d'un portail santé lycéens.

Le projet : Fontaines à eaux pour les enfants

Ce projet se développe dans deux directions complémentaires pour prendre en compte l'enfant tout au long de ses activités en :

- favorisant l'implantation de fontaines à eaux dans le cadre du Programme Académique Nutrition au niveau des collèges.
- sensibilisant à la consommation d'eau dès le plus jeune âge par un programme de mise en place dans les écoles primaires de l'agglomération nancéenne (CUGN)
- étendant l'implantation au lycées (programme à développer avec le CR)

Les huit projets régionaux 2004

- Meurthe et Moselle : Action de quartier relayé en Ecole primaire (précarité)
 - Meuse : Ateliers cuisine au Centre Socioculturel Montmédy (précarité)
- Appui à des innovations complémentaires au Programme Académique (2 Collèges)
- Moselle : Action de développement d'ateliers et d'activités physiques sur un quartier ZEP (précarité)
 - Vosges : Partenariat CODES et Ville d'Épinal pour mettre en place un environnement favorable activités physiques et ateliers pédagogiques sur les aliments
- Développement d'un multipartenariat sur le pays de la Bresse pour associer tous les acteurs nutrition sur des actions communes
- Région : Programme Académique (Phase 2)

Les 15 projets régionaux 2005

- Meurthe et Moselle : Action sur les habitudes alimentaires en Ecole primaire avec le CODES
- Meuse : Action sur un quartier (précarité)
- Meuse : Ateliers cuisine et accompagnement familial CCAS Commercy
- Meuse : Centre social de Montmédy poursuite du projet ateliers précarité
- Meuse : Appui à des innovations complémentaires au Programme Académique sur 4 Collèges
- Moselle : CPAM et mutuelle (2) Environnement favorable
- Moselle : et Projet de pays
- Moselle : Centre social (1): Environnement favorable
- Moselle : Associations (3): Quartier, lutte MCV, précarité

Les actions spécifiques vers le public des personnes âgées

Ce programme a été développé à partir de 2002 par le CRES Lorraine en collaboration avec la DDASS 54 et les établissements accueillant les personnes âgées. Il concerne 8 établissements.

Les actions spécifiques vers les populations précaires

Quarante six actions comportant un volet nutritionnel ont été menées en 2004 vers ses populations par les différents acteurs régionaux.

Le programme Nutrition-précarité de la ville de Nancy

Nancy vient d'adhérer à la charte des villes santé du PNNS et elle est une ville santé de l'OMS. A ce titre, elle structure des projets spécifiques pour la période 2006-2008 en faveur en autres des populations en précarité.

Axe 5 : Améliorer les connaissances territoriales (IMC, Alimentation, Activités Physiques.

Projet « IMC Lorraine » en collaboration DRASS/Santé scolaire pour le recueil au cours de l'année scolaire 2005-2006 de tous les IMC des enfants vus à l'examen de 6ans

Axe 6 : Favoriser une politique nutritionnelle concertée des partenaires : Services de l'État, CG, CR, mairies, professionnels de santé, organismes de protection sociale, associations etc

Cet objectif est développé à travers l'ensemble des projets

Réunions mensuelles du groupe technique qui associe la plupart de ces partenaires .

Groupe de projets du PRSP

Inclusion de la nutrition dans les volets des SROS Pédiatrie, Diabète et Médecine en collaboration avec l'ARH.

Projet national CNAM/CR avec le partenariat de l'Ecole de Santé Publique de la Faculté de Médecine de Nancy, des CRES, DRASS et URCAM

Axe 7 : Renforcer la communication entre les acteurs et l'utilisation d'outils communs

Publication de plaquettes (un en 2003 et un prévu pour le bilan des actions en 2006)

Organisation de journées d'échanges régionales (en 2003, 2004 et prévue en 2006) avec présentation d'outils et d'actions

Valorisation des outils validés dans les appels à projet

Création en Lorraine d'une Formation Universitaire « Nutrition et santé publique » pilotée par l'Ecole de Santé Publique de la Faculté de Médecine de Nancy et le CNAM, avec CRES, DRASS et URCAM

Participation aux formations initiales et continues spécifiques : Faculté du sport, Formation en santé publique, formation continue des professionnels de santé scolaire etc....

16. Midi-Pyrénées

La DRASS Midi-Pyrénées réunit régulièrement depuis 2003 le CTRN.

Actions conduites et publics cibles

- Le médecin conseiller est intervenu lors d'un congrès organisé par la DRASS dans le cadre de la conférence régionale de santé réunissant 200 personnes à Montauban en 2004 sur le thème de l'intérêt des activités physiques pour la santé.

- Une journée sport et santé est organisée tous les ans en juin depuis 2004 avec le soutien de la ville de Toulouse, d'acteurs associatifs, de la DRASS et de la DRDJS.

- Le médecin conseiller est intervenu lors d'un programme de prévention de l'obésité

« bouger c'est la santé », sur les activités physiques, organisé par la CPAM du département de Haute-Garonne (31) à Muret en mai 2005.

- La Rencontre Régionale du Sport « Sport et Santé » organisée par la DRDJS et le conseil Régional en 2004 a été l'occasion d'évoquer le PNNS avec comme intervenant le Pr. Rivière.

- Participation et suivi d'un projet innovant de réseau de santé de promotion des APS pour la santé des sédentaires et des porteurs de pathologies chroniques appelé « Efformip ». La DRDJS accompagne la mise en œuvre de ce réseau de santé (ce réseau a été financé en 2004 au plan national par le PNNS. En 2005, il continu à agir grâce au soutien du Conseil Régional et de la DRDJS).

Ce réseau se mettra au service des autres réseaux de santé de la région pour les aider sur la prise en charge de leurs patients par les APS.

- EPODE : suivi du projet de la ville de St-Jean dans le département de Haute-Garonne, participation à leurs organisations.

- Participation à l'établissement du PRSP dont l'objectif numéro un est « Promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique régulière ».

- Le médecin conseiller est membre du conseil d'administration du Réseau de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPOP) et, à ce titre, participe activement au suivi des actions du réseau.

- Accompagnement d'expérience de club sportif ou d'offices municipaux des sports investis dans la prise en charge de publics de jeunes obèses, à l'exemple de la ville d'ALBI dans le Tarn.

- Un stand créé par le médecin conseiller de la DRDJS sur le « Délit de très grande sédentarité » a été élaboré en commun avec la Société Midi-Pyrénées de Médecine du Sport, financé par le Contrat de Plan Etat Région (CPER) depuis 2003. Le stand a été exposé à de nombreuses occasions, il est animé par une spécialiste de la prévention-santé.

Enfin entre septembre 2004 et octobre 2005, la DRDJS a participé à 11 manifestations dans le cadre de la Société Midi-Pyrénées de Médecine du Sport.

Projets 2006 :

- Préparation de la 3^{ème} journée Sport et Santé en 2006 à Toulouse

- Finalisation d'une brochure sur l'activité physique après 55 ans avec le réseau de santé Efformip et la CRAM Midi-Pyrénées

- Les 3^{ème} assises régionales de médecine du sport de Midi-Pyrénées en octobre 2006 traiteront de « sport et santé ».

17. Nord Pas-de-Calais

Dans la région Nord-Pas de Calais, la déclinaison du PNNS s'est inscrit dans la continuité d'une organisation pré-existante des programmes régionaux de santé publique dans laquelle la composante alimentation était fortement prise en compte grâce à la Coordination régionale alimentation.

Dans cette région les programmes régionaux de santé (PRS) ont été approuvés par la conférence régionale de santé de 1999 et mis en œuvre dès 2000 par le biais, notamment, d'un appel à projet régional annuel, dans le cadre du contrat de plan Etat – Région. Plusieurs programmes régionaux abordent la promotion de comportements alimentaires favorables à la santé : santé cardio-vasculaire, santé des enfants et des jeunes, mais aussi lutte contre le

cancer, programme régional d'accès au soins et conduites de consommation à risque.

Un groupe de travail « inter PRS - Alimentation » a donc été constitué, en 2000, afin de permettre aux groupes de suivi de ces différents programmes de produire des avis cohérents sur les projets présentés. Il s'est rapidement transformé en une Coordination régionale alimentation dont les travaux ont porté sur :

- l'analyse des dossiers déposés dans l'appel à projet régional et l'avis au Comité régional de politiques de santé. Depuis 2000 plus de 600 projets ont été déposés et près de 400 ont été financés dans le domaine de « l'alimentation » (hors « activité physique » et « facteurs de risque cardio-vasculaire »). Au cours des trois dernières années, 2003, 2004 et 2005, le budget cumulé consacré aux financements de ces projets, indépendamment du financement des actions de formations, s'élève à 1 673 251 euros.
- l'analyse des dossiers déposés dans l'appel à projet national et l'avis au Comité national du PNNS. En ce qui concerne les appels à projets nationaux 2002, 2003, 2004, 24 projets ont été déposés, 10 retenus et le budget cumulé consacré au financement de ces projets s'élève à 231 550 euros.
- la réorganisation du PRS cardio-vasculaire, à l'issue de son évaluation externe, en ce qui concerne la partie « alimentation ».
- la programmation annuelle des actions de formation et d'animation des acteurs de terrain en matière d'alimentation.
- l'analyse des extensions régionales d'enquêtes nationales (Baromètre nutrition santé et Enquête décennale santé INSEE).
- la contribution à l'élaboration du tableau de bord régional pour la partie « alimentation et sédentarité ».
- le bilan de l'activité des établissements hospitaliers en matière de nutrition, en lien avec la faculté de médecine.
- la contribution à l'élaboration du volet médecine du SROS III.
- l'évaluation d'actions d'éducation nutritionnelle en milieu scolaire en vue de la préparation du Plan régional de santé publique.
- la vigilance quant aux orientations des différents programmes nationaux, régionaux et territoriaux abordant l'alimentation en vue du maintien de la cohérence dans les objectifs et les principes d'actions.

Les points jugés positifs apportés par le PNNS 2001 – 2005

- La publication du PNNS est venue conforter et légitimer les options (objectifs et stratégies) arrêtées en région Nord – Pas de Calais dans le champ de l'alimentation, de l'activité physique et des facteurs de risque cardio-vasculaire.

- La constitution du comité technique régional du PNNS a été l'occasion de la transformation du groupe « inter PRS alimentation » en Coordination régionale alimentation (CORALI) plus largement ouverte. Le PNNS a facilité l'engagement de certains partenaires dans ce groupe.

- Dans le contexte de l'élaboration du SROS III, la CORALI avait souhaité engager une réflexion en matière de prise en compte de la nutrition à l'hôpital. Elle a analysé les données régionales de l'enquête nationale réalisée auprès des Comités de liaison alimentation nutrition (CLAN), puis rédigé une contribution à l'élaboration du volet médecine du SROS III.

Le fait que la nutrition soit à la fois une priorité forte régionale et nationale a facilité son intégration dans le SROS III, bien qu'il ne s'agisse pas d'un volet réglementaire : l'Agence régionale de l'hospitalisation du Nord – Pas de Calais (ARH) a réparti les objectifs proposés par la CORALI dans les volets « Prise en charge des personnes âgées », « Prise en charge des enfants et des adolescents » et « Médecine - diabétologie ».

Au delà de l'intégration d'objectifs « nutrition » dans le SROS III, il apparaît important de

noter que les différents groupes de travail ont eu connaissance d'un même document de base, assurant à la fois la cohérence et la continuité dans les objectifs présentés.

- Par ailleurs, l'intégration des objectifs de nutrition dans le SROS III contribue à développer les actions d'éducation du patient dans les réseaux de santé car l'appel à projet « réseaux » s'inscrit de plus en plus dans les priorités de santé, nationales et régionales.

- Les différents guides édités par l'INPES dans le cadre du PNNS ont permis de conforter le discours scientifique : en effet, les premiers constats réalisés dans la région étaient le manque d'homogénéité dans les savoirs des acteurs de terrain et des connaissances parcellaires, voire erronées.

- La CORALI a entrepris des actions de sensibilisation et de formation, à destination de ces publics, qui ont parfois profondément ébranlés les acteurs dans leurs représentations « alimentaires ». La parution des différents guides « grand public » a permis de confirmer le contenu des formations et de les poursuivre sur une base considérablement stabilisée par les campagnes nationales.

Les difficultés rencontrées

Des difficultés ont été rencontrées du fait de la difficile articulation entre les niveaux national et régional : l'absence de prise en compte nationale de l'existant régional dans le Nord – Pas de Calais n'a pas permis de potentialiser les moyens nationaux et régionaux. En effet, il existait un fort engagement des institutions régionales (Etat, Assurance maladie, Conseil régional et généraux, URMEF, associations...) autour d'une programmation régionale de santé validée par tous, concrétisée dans le contrat de plan Etat – Région 2000-2006. Dans le cadre d'une programmation régionale clairement identifiée par les partenaires et par les acteurs de terrain, cette absence de concertation a généré, au niveau régional, une charge de travail importante, consacrée à la recherche de la cohérence afin de maintenir la lisibilité des différentes programmations.

L'analyse par la CORALI met en évidence la nécessité de promouvoir une articulation entre les programmations nationale et régionale, qui tienne compte de l'existant régional afin que la programmation nationale soit un véritable appui pour les politiques régionales de santé qui se sont mises en place ou qui se mettront en place dans le Plan régional de santé publique. Nécessiter de favoriser la complémentarité dans la mise en œuvre des programmations, les objectifs nationaux et régionaux n'étant pas différents mais les stratégies pouvant varier.

18. Pays de la Loire

Un Groupe scientifique technique de pilotage a été mis en place par la DRASS des Pays de la Loire. Il réunit régulièrement des acteurs de plusieurs administrations (DRASS, DRDJS, Rectorat...), les praticiens hospitaliers et libéraux de la région.

Actions conduites et publics cible

- Forum régional alimentation et santé le 6 décembre 2003 à Angers
- Forum régional « L'enfant et l'ado, Alimentation et activité physique, Echanges de pratiques » le 3 décembre 2004 à Nantes.
- Deux conférences organisées en 2005 sur la thème : " Education à l'alimentation dans les établissements scolaires : pourquoi cela doit nous préoccuper?"
- Formation sur la nutrition des personnes âgées en Maine et Loire (Formation aux aidants pour l'alimentation des personnes âgées), en Loire-Atlantique (formation action des

- personnels d'institution) et en Vendée.
- Conférence de presse en septembre 2005 (rentrée scolaire) par le Professeur KREMPF

En mars 2004, sous l'impulsion du médecin conseiller, une consultation de « prescription des APS » a été mise en place au sein du CHU de Nantes, dans le service d'endocrinologie, pour les patients obèses. Cette consultation est conduite par un docteur en physiologie de l'UFR-STAPS de Nantes. Les patients obèses (en hôpital de jour ou de semaine) bénéficient des conseils d'un kinésithérapeute puis un bilan des dépenses caloriques est effectué. Les patients sont orientés vers des activités physiques, puis sportives, en fonction de leurs goûts et de leur budget. Un suivi est réalisé sur plusieurs mois. Un groupe de parole, bihebdomadaire, est animé par une enseignante chercheuse en psychologie de l'UFR-STAPS de Nantes (travail sur l'estime de soi).

19. Picardie

Le « Comité Picardie Nutrition » piloté par la DRASS comporte quatre groupes de travail :

- 1- Obésité de l'enfant,
- 2- Nutrition des personnes vieillissantes,
- 3- Nutrition à l'hôpital,
- 4- Formations en nutrition.

Actions conduites et publics-cible

Actions envers les seniors

- Les journées santé des retraités : depuis 2000, en partenariat avec le comité régional de la Fédération française EPMM et des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) de grandes villes de la région, journées d'actions trimestrielles avec des groupes de seniors.
- APS au pôle de prévention et d'éducation du patient : mise à disposition par la DRDJS d'un éducateur sportif qualifié en activités physiques adaptées qui anime un atelier de remobilisation des personnes cardiaques ou à risque.
- Annuaire des associations sportives proposant des activités spécifiques pour les seniors, réalisé au niveau d'Amiens métropole, il doit être étendu au niveau du département.
- Soutien aux « Ateliers équilibre » de la CPAM en partenariat avec le comité de la Fédération française EPGV (600 personnes par an).
- Les actions de formation en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) : cours sur la prévention de la dépendance par les APS chez les seniors.
- Les formations Brevets d'État d'éducateur sportif (BEES), brevet d'état spécifique métiers de la forme (BEMF), BEES Activités Physiques pour Tous (APT).

Actions envers les plus jeunes

- Instructions départementales : Un chapitre sur l'hygiène de vie, l'alimentation et l'activité physique a été ajouté aux instructions départementales diffusées dans tous les centres de loisirs sans hébergement (CLSH) et les Centres de Vacances et de Loisirs (CVL) du département.
- Projet « Atout cœur » : Projet porté par la ligue de Judo rendant cette pratique accessible gratuitement pour les collégiens de la région en surpoids.
- Projet Union Nationale du Sport Scolaire (UNSS) : Projet récent sur l'initiative d'un professeur d'EPS d'un lycée d'Amiens responsable de sections sportives scolaires, qui souhaite proposer un soutien diététique et sportif (trois fois 1h30 par semaine en plus du sport

scolaire) pendant les trois années de lycée aux enfants volontaires, en prévention primaire ou secondaire de l'obésité.

Actions tous publics

- Campagne d'information (création d'affiches et de plaquettes).
- Appels à projet, soutien logistique et financier aux projets (natation, Union Française des Oeuvres Laïques d'Education Physique –UFOLEP-, foyers de jeunes travailleurs...).
- Conférences grand public (Plan Local de Solidarité -PLS, Sport en famille) « Bouger, c'est la santé ».
- Centre documentaire (diffusion de brochures INPES), documents disponibles sur présentoir à l'accueil de la DRDJS.

20. Poitou-Charentes

A partir des objectifs nutritionnels définis dans le cadre du PNNS, des priorités régionales ont été établies en fonction des données épidémiologiques et de la situation nutritionnelle en Poitou-Charentes.

Trois populations prioritaires ont donc été retenues :

- Les personnes âgées :
- Les enfants et adolescents :
- Les personnes en situation de précarité

Parmi les 6 axes stratégiques définis par le PNNS 4 ont été retenus pour la région :

- **Axe 1** : Informer, éduquer et orienter les consommateurs à travers la vulgarisation d'un logo de communication, la diffusion de guides alimentaires et l'éducation et l'orientation des enfants et adolescents vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisants.
- **Axe 2** : Prévenir, dépister, prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins à travers l'accès à la consultation de nutrition et la prise en charge nutritionnelle à l'hôpital (CLAN)
- **Axe 4** : Mettre en place un système de surveillance de la consommation alimentaire et de la situation nutritionnelle de la population.
- **Axe 6** : Engager des mesures et des actions de santé publique destinées à des groupes spécifiques. Compte tenu du choix des publics prioritaires, cet axe a été retenu.

4 groupes de travail ont été ainsi créés:

- Information, Communication auprès du public Poitou-Charentais
- Etablissements de santé CLAN
- Restauration collective avec des groupes au niveau de chaque département
- Surveillance, observation des effets du programme sur la région

Le bilan du travail effectué par les différents groupes a permis de mettre en place des comités de pilotage pour chaque action présentée dans le Plan d'action régional.

Le groupe régional restauration collective aurait souhaité mettre en place une distribution du « vitapoche » (aliment de rue) auprès des personnes les plus démunies. Il n'a pas été possible de rencontrer les acteurs de terrain concernés pour mener à bien ce projet.

En 2003, 40 audits concernant la prise en charge alimentaire dans les EHPAD ont été réalisés. Une formation a été réalisée durant l'année 2004 sur l'adaptation de l'offre alimentaire aux

besoins des personnes âgées dans les 40 EHPAD ayant bénéficié de l'audit. Le groupe a jugé bon d'attendre les résultats de cette action avant d'entreprendre d'autres actions dans ce secteur.

16 actions ont été définies et programmées pour 2004 et 2005 avec des objectifs opérationnels, un descriptif de l'action et des bénéficiaires de l'action.

Par décision en date du 20 septembre 2004, la commission permanente éducation du conseil régional de Poitou-Charente, a décidé de rendre systématique l'obligation de mettre en place, dans le cadre d'opérations de construction, de restructuration, et de réhabilitation, des fontaines à eau raccordées au réseau à hauteur et dans la limite d'un équipement pour 200 lycéens et apprentis présents. La région a décidé d'intervenir par subvention d'investissement auprès des établissements qui présenteront un projet d'installation de tels équipements et selon un montant forfaitaire maximum de 1000 euros par fontaine. Un crédit de 190000 euros a été affecté pour la réalisation de cette opération.

21. *Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)*

En PACA, 38 projets (notamment sur les thèmes éducation nutritionnelle à l'école, activité physique, nutrition et précarité) ont été menés dans le cadre du PNNS, dont 5 au niveau régional et 33 au niveau départemental.

Dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique 2005/2009 (PRSP) un Groupe technique régional nutrition a été créé par le directeur régional de l'action sanitaire et sociale PACA et par le directeur de l'URCAM-PACA.

Dans ce cadre, le Groupe technique régional nutrition PACA a choisi deux sous-objectifs stratégiques :

- Prévenir le surpoids et l'obésité dans la population générale et plus particulièrement chez les enfants, les adolescents, les jeunes adultes et les populations précaires.
- Pour bien vieillir, promouvoir dès l'âge de 55 ans et notamment chez les personnes en situation de précarité et/ou isolées, une alimentation équilibrée et une activité physique afin d'anticiper à temps son vieillissement.

Actions conduites et publics-cible

Les orientations menées autour du PNSS en région PACA sont représentées par trois types d'actions :

- Une recherche/action mise en place dans le service de médecine du sport du CHU de Marseille concerne actuellement 40 dossiers de patients obèses ou en surpoids. Les patients subissent une évaluation nutritionnelle et physiologique puis une prescription d'activité physique adaptée à leur handicap est mise en place avec un suivi trimestriel. Cette étude montre que chez ces patients adultes, la reprise d'une activité physique est plus facile à organiser, et donc efficace, chez ceux qui ont eu une éducation sportive dans leur enfance ou leur adolescence que pour ceux qui n'ont pratiquement jamais fait d'activité physique.
- Un programme de prévention et d'éducation à la santé par la nutrition et l'activité physique a été élaboré par l'UFR-STAPS de Nice Sophia-Antipolis en partenariat avec le Centre médico-sportif associatif de Nice. Pour la mise en place de ce programme, la DRDJS PACA et le médecin conseiller ont été largement écoutés par les différents responsables du projet. Ce programme présenté récemment à l'INPES n'a pas reçu l'accord pour une demande de subvention dans le cadre d'un appel d'offre à projet au niveau national.

- Un projet est mis en place avec le soutien du Conseil Général des Bouches-du-Rhône (CG13) sur les centres médico-sportifs des Bouches du Rhône (4 centres). Ce projet est soutenu par la DRDJS, par la direction de la PMI et la direction de la jeunesse et des sports du CG13. Il s'agit de repérer les jeunes sportifs ayant des troubles du comportement alimentaire et de les orienter vers des consultations de diététique mises en place dans les 4 centres médico-sportifs conventionnés pour accueillir ces publics dans le département.

22. Rhône-Alpes

Trois priorités régionales ont été choisies parmi les objectifs du PNNS

- Education nutritionnelle et restauration collective en milieu scolaire
- Promotion de l'allaitement maternel
- Alimentation auprès des publics en difficultés socio-économiques

Plusieurs projets ont été soutenus dans le cadre de l'appel à projets national du PNNS : 5 projets en 2002, 5 projets en 2003, 6 projets en 2004.

D'autres projets ont pu être financés sur des crédits régionaux de prévention ou promotion de la santé. En 2002 et 2003, 34 projets ont été identifiés comme ayant bénéficié de subvention de la DRASS ou dans le cadre de l'appel à projets national. Ce bilan n'est pas exhaustif : des projets relatifs ont pu être financés dans le cadre de l'appel à projets Santé des Jeunes : ils n'ont pas été comptabilisés pour ces deux années.

En 2004 un bilan un peu plus exhaustif a pu être établi, et comprenant également les projets financés dans le cadre de l'appel à projets Santé des jeunes (cofinancement Etat et Conseil Régional). 53 projets ont été dénombrés (nouveaux ou reconduction)

- 6 dans le cadre de l'appel à projets national, d'envergure régionale (2) ou départementale (4)
- 7 d'envergure régionale (financements régionaux)
- 41 d'envergure départementale (financements régionaux).

Que ce soit en 2002, 2003 ou 2004, la plupart de ces projets ont bénéficié de crédits prévention de l'assurance –maladie dans le cadre du FNPEIS.

Manifestations publiques – Colloques

Une Journée régionale « Allaitement Maternel » a eu lieu le 27 septembre 2003 à Lyon et a connu une forte participation. La suivante a eu lieu en novembre 2005 à St Chamond (42)

Un colloque « Prise de poids et Obésité chez l'enfant, agir ensemble » a eu lieu le 5 mai 2004 et a connu un vif succès. (actes disponibles sur le site du CRAES www.craes-crips.org, rubrique publications puis année 2004)

Une journée régionale sur les initiatives locales menées en restauration collective scolaire a eu lieu le 10 janvier 2005 (actes bientôt disponible sur www.craes-crips.org)

Un colloque « Etre Ado avec des kilos en trop » est prévu le 10 mai 2005.

• **Groupe Restauration collective en milieu scolaire**

Une enquête relative à l'application de la Circulaire de 2001 sur la restauration en milieu scolaire a été réalisée. A la suite de ce travail, pour répondre aux demandes de communes de petite taille et en difficulté face aux problèmes de restauration collective sera mis en place un aide spécialisée temporaire (6 mois) par téléphone.

Une journée régionale sur les initiatives locales menées en restauration collective scolaire a eu lieu le 10 janvier 2005

Dans les propositions ultérieures formulées par le groupe figurent la mise en place de modules de formations pour les différents intervenants en milieu scolaire

- **Groupe Promotion de l'Allaitement Maternel (AM)**

Le constat du groupe de travail faisait état des difficultés à promouvoir l'Allaitement Maternel (AM) en France et proposait des pistes d'action :

Avoir une meilleure connaissance des taux et durée d'AM dans la région

Favoriser l'AM dans les populations défavorisées ;

Développer la formation des professionnel(le)s de maternités.

S'intéresser au rapport « qualité-prix » des formations actuellement dispensées, notamment au personnel de maternité.

Impliquer les sages femmes libérales dans le soutien à l'AM.

Former les personnes relais qui manquent à l'extérieur de l'hôpital

Favoriser un soutien par l'entourage proche des mères.

Donner leur place aux associations de promotion à l'allaitement :

Favoriser l'allaitement dans la durée

Donner à l'allaitement maternel sa place dans la société et dans la transmission des savoirs vis à vis des jeunes générations (place dans les savoirs transmis à l'école):

Etablir une coordination régionale autour de l'allaitement

Une enquête régionale sur les durées des allaitements et les facteurs qui influencent cette durée de façon négative ou positive est en cours. Elle est réalisée avec la participation des maternités, des services de PMI des départements et du Centre Ressource Allaitement maternel, avec l'appui méthodologique du service Statistiques de la DRASS et du CAREPS. Elle consiste à suivre une cohorte de femmes qui allaitent, pendant un an. Elle sera terminée au mois de mai 2005

Une Journée régionale de l'Allaitement Maternel a eu lieu le 27 septembre 2003 à Lyon et a connu une forte participation. La suivante a eu lieu en novembre 2005 à St Chamond (42)

Un bulletin régional d'information, « Allait'Info », est diffusé à l'ensemble des maternités et acteurs de promotion de l'AM. Trois numéros sont parus.

Une action régionale concertée pour la promotion de l'AM dans la durée est initiée depuis l'automne, avec les Services de PMI volontaires notamment . Le programme s'adressera aux structures d'accueil de jeunes enfants et aux assistantes maternelles afin de favoriser l'accueil des enfants allaités, ainsi qu'au personnel des institutions (services des Conseils Généraux, services de l'Etat et de l'Assurance Maladie et établissements hospitaliers volontaires) pour que les mères reprenant leur travail et souhaitant concilier allaitement et vie professionnelle puissent le faire ; un autre volet concernera à titre expérimental des entreprises.

Il est prévu de prendre des contacts avec les 4 réseaux périnataux existants afin que l'AM y soit bien pris en compte.

Rhône Alpes est une région relativement active en promotion de l'AM ; il existe au moins deux association de soutien aux mères dans 7 départements de la région, et une seule, mais très active, dans le 8è .

Plusieurs autres actions relatives à l'AM ont été financées dans la région, et notamment la mise en place d'un Centre Ressource documentaire sur l'Allaitement maternel à Lyon, avec des antennes en Savoie et dans la Loire.

- **Groupe Alimentation et Précarité**

Un certain nombre de mesures ont été impulsées par le niveau national dans le cadre du « Programme alimentation et insertion » :

- formations pour les bénévoles et salariés des structures d'aide alimentaire,
- diffusion d'outils tels que Guides « Tous à table », affiches, calendriers proposant des recettes de saison à un prix modique ; ou encore aliment « Vitapoche ».

Un correspondant Alimentation et insertion a été désigné dans chaque DDASS.

Une Journée régionale a eu lieu au mois de juin 2003 (« Alimentation, la qualité pour tous »), organisée par le Centre Technique Régional de la Consommation (CRTC) et le CRAES, grâce à des financements du Conseil Régional et la DRAF.

Après une concertation avec des épiceries solidaires, des banques alimentaires, des restos du cœur et autres associations participant à l'aide alimentaire, et avec l'appui logistique du CTRC, il est proposé :

d'organiser des formations sur l'équilibre nutritionnel, et une sensibilisation à l'influence du marketing et de la publicité, pour les bénévoles et salariés de ces structures . Deux sessions sont prévues en fin de cette année

de favoriser l'approvisionnement en fruits et légumes (frais ou en conserves ou surgelés) des structures d'aide.

de favoriser la diffusion d'outils qui permettent d'aborder le thème de l'alimentation avec ces publics en difficulté (ex : Guide Equimenu de l'association Entraids, actuellement en cours de réactualisation et réédition).

23. *Programme Antilles Guyane*

La prévalence de surpoids et d'obésité en Antilles Guyane est particulièrement élevée. Depuis la rentrée scolaire 2005-2006, un programme est développé, dans un cadre partenarial, par le comité guadeloupéen d'éducation pour la santé, avec l'appui des Directions régionales du développement sanitaire des trois régions Guadeloupe, Martinique, Guyane. L'objectif du programme, d'une durée de trois ans et soutenu par des crédits du niveau national, est de réduire de 10% la prévalence de surpoids chez les enfants scolarisés dans des écoles maternelles, élémentaires et des collèges de municipalités choisies dans chacune des trois régions. Les objectifs opérationnels concernent la réduction de 20% de la consommation de produits sucrés, l'augmentation de la consommation d'eau et de l'activité physique. Le projet est engagé avec le choix des municipalités et des écoles, le recrutement de coordinateur dans chaque région, la formation des personnels, la clarification, avec l'ensemble des partenaires d'un calendrier et des actions à développer.

24. *La Réunion*

Des actions visant à la réduction du surpoids et de l'obésité ont été développées dans le cadre des appels à projet du PNNS 2003 et 2004. Les projets « RENUIT » (Réduction du surpoids par l'alimentation équilibrée et l'activité physique régulière et modérée) et « Atelier d'écriture - Théâtre Forum » (Aide aux changements dans le comportement alimentaire et l'activité physique par les ateliers d'écriture et le théâtre forum) ont été mis en place

A La Réunion, la prévalence élevée de surpoids et d'obésité survient sur un fond de fréquence élevée de chômage. Depuis 2003, un projet expérimental est mené dans la ville de Saint Louis, auprès de populations défavorisées. Après identification des adultes obèses et en surpoids, un ensemble d'activités pratiques et concrètes leur sont proposées avec une grande régularité, dans le but d'améliorer les consommations alimentaires dans le sens des

recommandations du PNNS (séances petit déjeuner, ateliers cuisine, groupes de parole...) et de proposer une activité physique régulière (salles en accès libre, sorties VTT, groupes de marche, randonnées ateliers basket...). En complément, des ateliers d'écriture sont proposés aux habitants, débouchant sur du théâtre où les personnes racontent leurs perceptions. Un réel engouement de la population est noté avec participation des voisins des personnes ciblées. Les résultats quantitatifs en termes d'IMC, de tour de taille...seront connus prochainement. La DRASS a décidé de financer une intervention de même nature sur la ville de Saint André. Une telle stratégie, axée sur les adultes, vise, en plus des bénéfices attendus sur les personnes directement ciblées formule comme hypothèse que cela facilitera la dynamique familiale et l'amélioration des connaissances qui auront aussi des effets positifs chez les enfants de ces personnes.

D'autre part une des hypothèses fortes est que l'apprentissage par la pratique dans un environnement "porteur" (une "communauté" où de bouche à oreille circulent les infos, où se créent des modèles d'attitude, etc...) est efficace pour les changements de comportement.

ANNEXE 3 :

Bilan des actions loco-régionales menées dans le cadre des appels d'offre du PNNS

Titre des projets d'action de terrain financés par le PNNS et présentés le 4 novembre 2004 au colloque " PNNS : de la politique nationale aux actions de terrain : dynamique et cohérence »".

● Alsace

- Elaboration d'un programme nutrition santé en Alsace (DRASS/DDASS 67/DDASS 68 et la Mutualité Française d'Alsace)
- ICAPS : Intervention auprès des Collégiens centrée sur l'Activité Physique et la Sédentarité (Groupe d'études en nutrition, Faculté de médecine de Strasbourg)

● Auvergne

- « La Santé par Cœur », journées de prévention des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires à l'attention des jeunes et du grand public (association « La santé par cœur »)
- Consultation diététique externe (CHU Clermont-Ferrand, Service diététique)
- Effets de l'activité physique sur la prévention de l'obésité infantile (6-10 ans) (CHU de Clermont-Ferrand)

● Bretagne

- Approche Personnalisée Entreprise Programme Nutrition Santé en Bretagne (ADRIA Développement)
- « Histoires au fil du Lait » (Familles actives au centre social)
- SANTAL (SANTé ALimentaire) (PSA Peugeot Citroën, site de Rennes)
- Projet expérimental Nutrition Santé sur le quartier de Cleunay 35 (CODES et DDASS – DAS 35 – CHU – Inspection Académique – CPAM – SCHS – DRDJS – MCE Contrat ville – Réseau diabète 35).
- Manger Bien, Manger Sain (MAIRIE DE LORIENT - Service Communal d'Hygiène et de Santé, Secteur Promotion Santé)
- Défi Santé Voile (Association Défi Santé Voile)
- Programme Nutrition Santé Brest (Service de Santé Publique de la Ville de Brest)
- Mise en place du Comité de Liaison Alimentation nutrition (Comité de Liaison Alimentation-Nutrition (C.L.A.N.)
- Dépistage et lutte contre la dénutrition chez la personne âgée (Maison de retraite C.H.F. Landerneau)
- « Epicure : le plaisir de manger équilibré » (Association Domicile Action Trégor)

● Centre

- Evaluation clinique de l'état nutritionnel au CHRU de Tours : Démarche et évaluation des pratiques (Comité de Liaison Alimentation-Nutrition, CHRU, Tours)

● Champagne-Ardenne

- Amélioration de la prestation hôtelière auprès de l'utilisateur et du résident. (CH Romilly Sur Seine en collaboration avec les Hôpitaux de Nogent sur Seine et de Sézanne)
- « Nourrir, c'est soigner » (Centre Hospitalier de Charleville Mézières)

● Corse

- De l'éducation nutritionnelle des enfants scolarisés en Corse (Comité Départemental d'éducation pour la Santé de Corse du Sud)

- « Alimentation bien équilibrée et culturelle dans le quartier » (Mutualité Française de la Corse du Sud)

● Franche-Comté

-« Les collations et goûters à l'école : mise en commun des pratiques » (Comité Départemental d'Education pour la santé de Haute-Saône (CODES 70) 70000 VESOUL)

- Améliorer l'état de santé des personnes handicapées, en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition (CODES 70)

- « Alimentation et précarité » (Comité Départemental d'Education pour la santé de Haute-Saône (CODES 70)

● Haute-Normandie

- Etude-action sur les questions de nutrition à l'école, auprès des prestataires de restauration scolaire, des professionnels de l'éducation, des parents et des enfants dans et hors ZEP (Comité régional d'éducation pour la santé de Haute-Normandie)

- A l'école de la nutrition (Conseil général de l'Eure – Délégation sociale - Service Enfance – Famille / Protection maternelle)

● Ile de France

- La conserve appertisée et la nutrition (UPPIA – Collective de la conserve)

- « Croquez la vie, mangez des fruits » (Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris)

- Promouvoir une politique nutritionnelle dans les établissements scolaires (Conseil général et Inspection académique du Val de Marne)

- Aménagement de la collation en école maternelle (PMI du Conseil général des Hauts-de-Seine)

- Poursuite de l'allaitement des enfants accueillis en crèche (Mairie de Paris – Direction des Familles et de la Petite Enfance)

- Dépister et prendre en charge les enfants de classe de 5e en surpoids ou obèses (Conseil général, Inspection académique du Val de Marne)

- Réalisation d'un agenda scolaire sur le thème de la nutrition. (Caisse Maladie Régionale des Commerçants et Industriels d'Ile-de-France (CMR IDF) et la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France (CRAMIF).

- Santé et nutrition (CPAM 92)

- CD-ROM nutrition « Viens faire le tour de ton assiette » (Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris)

- Aspects éducatifs de la prise en charge de l'obésité pédiatrique à l'Hôpital Necker Enfants-Malades à Paris (Hôpital Necker Enfants Malades, Groupe Obésité et CFTDE)

- Modification du comportement alimentaire, vers une augmentation de la consommation en protéines, des patients hospitalisés pour des pathologies cancéreuses. (CLAN et Service de Restauration de l'Institut Gustave Roussy)

- Prise en charge et Prévention de l'obésité pédiatrique en Ile de France. (Réseau pour la Prise en charge et la Prévention de l'Obésité en Pédiatrie en Ile de France « REPOP IdeF »).

- Prévention de l'obésité dans les écoles maternelles à Paris. (Réseau pour la Prise en charge et la Prévention de l'Obésité en Pédiatrie en Ile de France « REPOP IdeF », et la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé « DASES » ; Mairie de Paris)

- Dépistage de l'obésité chez l'enfant âgé de 3ans et demi à 4 ans et demi (Centre d'Examens de Santé de l'Enfant de la CPAM de Paris)

« Alimentation, santé, insertion et démarche interculturelle » (Comité des Yvelines d'Education pour la Santé)

- CHARTE Alimentaire (Secrétariat permanent de lutte contre les exclusions animé par le CCAS de Versailles)
- Un aliment de rue pour la prévention des carences nutritionnelles des personnes sans-abri (Nutriset)
- Promotion de l'équilibre alimentaire dans des familles démunies : diffusion des messages du « Guide Alimentaire Pour Tous » et conception de colis adaptés (Secours populaire)
- Dépistage, évaluation et prise en charge des troubles nutritionnels chez le sujet âgé vivant à domicile. (Hôpital Gériatrique et Médico-Social de Plaisir Grignon (78) – Hôpital de Jour Polyvalent, Unité Vivaldi)

● Languedoc Roussillon

- La collation du matin en question : Actions de prévention de l'obésité à l'école maternelle (Conseil Général de l'Hérault Mission PMI, Inspection Académique de l'Hérault, Espace de prévention Epidaure CRLC, Mairie de Montpellier Service Restauration scolaire)

● Limousin

- Etat nutritionnel de 3222 patients consultant en Médecine Générale en région Limousin : résultats d'une étude ponctuelle et de suivi dans le cadre du PNNS (Observatoire Régional de Santé du Limousin)
- Structuration d'une action d'évaluation nutritionnelle et de prise en charge de la dénutrition dans les services d'Oncologie et de Radiothérapie d'un CHU (CLAN du CHU de Limoges)

● Lorraine

- Formule Nutrition Santé (CRES Lorraine – CODES 54 – CODES 55 – CODES 57 – CODES 88)
- « L'éveil au mieux être et au bien vivre ; L'obésité chez les jeunes de notre vallée » (Maison des Loisirs et culture)
- Prévention routière en faveur des piétons (CCAS de la Ville de Nancy)
- Prévention précoce de l'obésité en moyenne et grande section de maternelle : élaboration d'un livret pédagogique, en Moselle-Est (Groupe équilibre, CODES 57, PMI Saint-Avold, Service de la promotion de la santé en faveur des élèves, ORS Lorraine).
- Programme académique nutrition en Lorraine (Rectorat Lorraine)
- Un outil de collecte lorrain des IMC chez les enfants scolarisés (DRASS de Lorraine)
- Atelier nutrition activité physique en maison de retraite (CRES Lorraine)
- « Santé des seniors » (Association Carrefour Santé)

● Midi-Pyrénées

- « Cours de cuisine Santé » (Association Culture et Gastronomie)
- Mobilisation des professeurs d'éducation physique et sportive (EPS) pour la prévention et la prise en charge de l'obésité des enfants et des adolescents au sein même de l'école et dans le cadre du RéPOP Toulouse (Unité d'endocrinologie, Hôpital des enfants, Toulouse)
- Une borne de conseils nutritionnels dans les cantines scolaires : description de l'étude NutriAdvice. (Hôpitaux de Toulouse)
- Formation d'intervenants relais en milieu scolaire et social (Centre Hospitalier d'Albi)
- Action de prévention de l'obésité infantile en milieu scolaire dans le département des Hautes-Pyrénées, à titre expérimental (Caisse Primaire d'Assurance Maladie 65)
- Prévention de l'obésité infantile en milieu scolaire dans la région Midi-Pyrénées. (URCAM et 7 CPAM de Midi-Pyrénées)
- Mise en place du réseau ville hôpital de prévention et prise en charge de l'obésité pédiatrique sur la région Midi-Pyrénées (RéPOP Toulouse)

- Incidences d'un programme d'activités physiques et sportives adaptées sur la santé et la qualité de vie de personnes en situation de handicap mental sévère vivant en institution (Ligue Sport Adapté Midi-Pyrénées, Toulouse)

● Pays de la Loire

- Comité de Liaison Alimentation Nutrition Départemental (CLAND) (Communauté des établissements hospitaliers de la Sarthe avec l'aide des organismes de tutelle : DASS, ARH des pays de Loire)

- « Mieux manger pour bien vieillir » (Institut Départemental d'Analyses et de Conseil (IDAC)

● Picardie

- Premiers résultats d'une nouvelle politique de lutte contre la malnutrition protéino-énergétique (MPE) (CH de Bertinot Juel)

● Poitou-Charentes

- « Mieux manger pour mieux vivre » (Centre Social Culturel et Sportif du Confolentais)

- Action proposée par le puzzle sur l'alimentation et l'hygiène (Service Hébergement du CCAS de la Ville de COGNAC)

● Provence - Alpes - Côtes d'Azur

- Valorisation, sur l'axe nutrition/santé, des produits méditerranéens élaborés dans le sud de la France (CRITT Agro-alimentaire PACA, TRIAL)

- Carqueiranne Nutrition Santé (Caisse des Ecoles de la Ville de Carqueiranne)

- Formation des personnes en charge de la distribution de l'aide alimentaire. (CoDES 04 – 05 – 13 – 83).

- « Nutrition et lien social » (Réseau Santé Précarité 83)

- Education nutritionnelle auprès des résidents du FJT Gap (Association Bâtir –FJT)

- Traditions culinaires méditerranéennes et Santé (Espace Santé Jeunes de Salon de Provence)

- Apprentissages alimentaires des hommes en situation précaire (Logivar Saint Louis)

● Rhône-Alpes

- Etat des lieux de l'application en Rhône-Alpes des recommandations nutritionnelles de la circulaire du 25 juin 2001 relative à la restauration scolaire (écoles élémentaires et collèges) (Observatoire Régional de Santé, Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé – Centre Régional d'Information et de Prévention Sida)

- « Plaisir alimentaire et santé » (Conseil général de Haute Savoie)

- « D'un bon pas pour un bon poids » (Mairie de Saint-Etienne - Direction Santé Publique)

- Centre de ressources documentaires pour l'allaitement maternel (Association Information Pour l'Allaitement)

- « Equilibre » : résultats d'un programme d'éducation thérapeutique des enfants et adolescents obèses. (La Maisonnée », Centre Médical Pédiatrique UGECAM)

- « Bien vieillir, préservez votre équilibre santé » (Mairie de Valence, Direction des Affaires Sociales et Santé Publique)

- Equilibre-Santé Senior à Valence (Centre Départemental de Prévention Pour Réussir son Vieillessement)

● La Réunion

- Endiguement de l'épidémie d'obésité infantile sévissant, actuellement, sur l'île de la Réunion. (Association de Gestion du Réseau d'EdUcation Nutritionnelle Infantile du sud-Réunion)

- RÉNUT : réduction du surpoids par l'alimentation équilibrée et l'activité physique régulière à la Réunion (RÉDIA (Association RÉunion DIAbète))

● National

- Campagne de lutte contre l'obésité (UFC-Que Choisir)

- Plus de Plaisir moins de sel, c'est l'un des engagements nutritionnels (FLEURY MICHON)

- Etude intervention pour la promotion de l'EQUilibre NUTritionnel (EQUINUT) (Association Fleurbaix-Laventie Ville Santé)

- Publicité alimentaire, enfants et parents : Sensibilisation des enfants et des parents à l'influence des publicités alimentaires sur leur comportement (UFCS)

- EPODE (Ensemble, prévenons l'obésité des enfants) (Association Fleurbaix-Laventie Ville Santé)

- Etude-action de promotion de l'Activité Physique (ETAP) (Association Fleurbaix-Laventie Ville Santé)

En 2002, 2003 et 2004, des appels nationaux à projets PNNS ont été lancés par la DGS pour sélectionner des études- actions menées dans le cadre des objectifs, orientations stratégiques d'intervention et principes du PNNS. Ils ont été sélectionnés en deux temps au niveau régional par les comités techniques puis par une commission nationale. Trois conditions étaient indispensables : l'objectif d'évolution de comportement devait être clair, une intervention construite devait être prévue ainsi qu'une évaluation du processus et du résultat. Par ailleurs, des projets n'étaient pas retenus s'ils concernaient la sécurité des aliments ou un mode de culture agricole particulier, s'ils ne concernaient que des évolutions de savoirs ou d'attitudes, si le public ciblé était restreint ou encore si pour la consommation alimentaire, un référentiel différent du guide alimentaire pour tous était utilisé. La durée maximale des projets était fixée à vingt quatre mois. Après sélection, quarante et un projets ont été retenus en 2002, quarante six en 2003 et soixante cinq en 2004. En 2005, un recensement du bilan ou de l'évaluation des projets financés par les appels d'offre a été fait. Les projets, ayant une durée maximale de vingt quatre mois, ceux financés en 2002 et 2003 étaient théoriquement terminés et avaient donc du faire l'objet d'une évaluation.

- Les organismes en charge des projets

- ✓ En 2002 les organismes principaux ont été majoritairement des partenaires de santé, des associations et des CODES/CORES. Les principaux promoteurs étaient ensuite les collectivités territoriales suivies à un moindre degré des acteurs économiques. Les organismes de recherche et services de l'Etat ont été en revanche très rarement promoteurs de projets.

Concernant les partenaires associés, les partenaires de santé étaient majoritairement représentés. Ils sont suivis ensuite par les collectivités territoriales, les associations et les services de l'Etat. Les CODES/CORES et acteurs économiques sont également présents. Quelques projets ont pour partenaires associés des organismes de recherche. Trois projets cependant n'ont pas de partenaires secondaires.

- ✓ En 2003, contrairement à 2002, les promoteurs des projets sont majoritairement des associations. Les CODES/CORES et collectivités territoriales sont ensuite retrouvés mais de façon moins importante, suivis des services de l'Etat et des partenaires de santé. Comme en 2002, les acteurs économiques et les organismes de recherche ne sont pas ou très rarement promoteurs de projets.

Concernant les partenaires associés, similairement à 2002, ce sont souvent des partenaires de santé. Les associations interviennent ensuite presque autant en 2002 qu'en 2003. En revanche, davantage de services de l'Etat et surtout d'organismes de recherche sont représentés en 2003 par rapport à 2002. Comme en 2002, des projets (quatre) n'ont pas de partenaires secondaires.

En conclusion, l'hétérogénéité des partenaires des projets mise en évidence confirme la plurisectorialité du PNNS. Les promoteurs majoritairement retrouvés sont les partenaires de santé, les CODES/CORES (surtout en 2002) et les associations (surtout en 2003). Pour les partenaires secondaires, les partenaires de santé sont très souvent associés aux projets en 2002 comme en 2003, ainsi que les associations. En 2003, davantage de services de l'Etat et d'organismes de recherche participent aux projets qu'en 2002.

- Les objectifs du PNNS en fonction des populations

➤ En 2002

Les projets concernaient majoritairement les 3-11 ans. Pour cette population, tous les objectifs

étaient ciblés : en particulier la lutte contre le surpoids et l'obésité et à un moindre degré l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes.

Beaucoup de projets concernaient l'ensemble de la population de façon générale et ciblaient tous les objectifs.

Les personnes défavorisées représentent ensuite la population concentrant le plus de projets : tous les objectifs sont également ciblés avec un accent mis sur l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes, la diminution des lipides pour lutter contre les problèmes de surpoids ou d'obésité.

Les femmes enceintes ou allaitantes viennent ensuite ; l'objectif les concernant est la promotion de l'allaitement ; ce dernier concerne donc parallèlement les 0-3 ans.

Les 12-18 ans sont également concernés par les projets en particulier pour la lutte contre le surpoids et l'obésité et l'augmentation de l'activité physique.

D'autres projets touchent les adultes hommes et femmes dans le but d'améliorer l'équilibre nutritionnel et ciblent donc tous les objectifs.

A noter :

- peu de projets touchent directement les personnes obèses ou en surpoids, les personnes âgées, les professionnels du secteur sanitaire ou de l'éducation et les gestionnaires de restauration collective.
- Aucun projet ne touche les personnes hospitalisées, les personnes immigrées, les personnes handicapées.
- Il y a des objectifs qui sont très peu ciblés, voire pas du tout comme les allergies, l'alcool, la consommation de fer, folates, la dénutrition/déficiences vitaminique, les troubles du comportement alimentaire, la diminution de la consommation des lipides et l'augmentation de celle des glucides complexes.

Ce sont donc majoritairement les objectifs spécifiques du PNNS qui sont les moins ciblés.

Au contraire, ceux majoritairement ciblés sont dans l'ordre ceux qui concernent tous les objectifs, la lutte contre le surpoids et l'obésité, la promotion de l'allaitement maternel et l'augmentation de la consommation de fruits et légumes. Ensuite, viennent l'augmentation de l'activité physique et l'augmentation de la consommation de calcium.

➤ *En 2003*

Comme pour 2002, les 3-11 ans sont les plus ciblés avec pour objectifs majeurs la lutte contre le surpoids et l'obésité, une meilleure alimentation de façon globale, donc tous les objectifs et enfin l'augmentation de l'activité physique.

Les 12-18 ans sont également très concernés par les projets avec les mêmes objectifs prioritaires que ceux des 3-11 ans. Les personnes les encadrant c'est à dire les professionnels du secteur de l'éducation le sont également.

Les personnes défavorisées sont aussi la cible de nombreux projets pour un meilleur équilibre nutritionnel de façon générale. Les professionnels du secteur social s'occupant de ces personnes sont également concernés.

D'autres projets ciblent plus généralement les adultes hommes et femmes et concernent tous les objectifs.

En comparaison avec 2002 :

- un seul projet touche les femmes enceintes ou allaitantes et les 0-3 ans ciblés pour l'allaitement maternel.
- Peu de projets ciblent les personnes âgées ou en surpoids et obèses
- En revanche, très peu de projets touchent le public au sens large et parallèlement, il y a de nouvelles populations qui apparaissent : les personnes immigrées, les personnes hospitalisées, et les personnes handicapées qui sont en effet l'objet d'un ou de deux

projets.

En ce qui concerne les objectifs : c'est généralement un meilleur équilibre nutritionnel donc tous les objectifs qui sont ciblés.

Comme pour 2002, la lutte contre le surpoids et l'obésité est une cible majeure. Ensuite, viennent l'augmentation de la consommation de calcium, l'augmentation de la consommation de fruits et légumes et l'augmentation de l'activité physique.

Similairement à 2002, certains objectifs sont très peu ciblés, voire pas du tout comme la dénutrition, les troubles du comportement alimentaire, les allergies, l'alcool...

En conclusion, en 2002, comme en 2003, des objectifs généraux du PNNS sont le plus souvent ciblés. Ce sont généralement tous les objectifs du programme qui sont visés, pour l'ensemble des publics. La lutte contre le surpoids et l'obésité, et la promotion de l'activité physique sont des objectifs très présents chez les 3-11 ans et les 12-18 ans. L'augmentation de la consommation des fruits et légumes est un objectif qui est retrouvé dans la plupart des populations. Enfin, les femmes enceintes sont surtout visées pour l'allaitement maternel en 2002.

- Les lieux d'intervention selon les populations ciblées

◆ En 2002 :

Les actions se déroulent surtout dans les établissements scolaires, ce qui est en adéquation avec les populations les plus ciblées constituées par les 3-11 ans et les 12-18 ans.

L'intervention se fait également beaucoup dans les milieux de vie et concerne alors d'abord le grand public, puis les adultes hommes et femmes, les 3-11 ans ou les professionnels du secteur sanitaire.

Les établissements de soins sont le troisième lieu d'intervention particulièrement pour les femmes enceintes ou allaitantes, et lorsqu'il s'agit des professionnels du secteur sanitaire.

Un certain nombre d'actions se déroulent par ailleurs dans les établissements sociaux lorsque les personnes défavorisées sont ciblées ainsi que les professionnels du secteur social les encadrant.

En revanche, il n'y a qu'un seul projet qui s'est fait dans le milieu professionnel.

◆ En 2003 :

Comme pour 2002, la majorité des actions se déroulent dans les établissements scolaires pour les 3-11 ans, les 12-18 ans et les professionnels de l'éducation.

Les milieux de vie sont des lieux d'intervention très prisés pour les différentes populations, mais comparativement à 2002, beaucoup plus d'actions se font dans les établissements sociaux ou médico-sociaux, là encore pour les personnes défavorisées et les professionnels du secteur social.

Les établissements de soins arrivent ensuite et comme pour 2002, un seul projet se fait dans le milieu du travail (il s'agit en fait de la suite du projet de 2002).

En conclusion, le nombre de projets se déroulant dans les cinq lieux d'intervention définis en fonction des populations dont une partie a été regroupée dans « autres ».

En 2002 et 2003, pour les 3-11 ans et les 12-18 ans, les actions se déroulent majoritairement dans les établissements scolaires. Pour les personnes défavorisées, elles ont principalement lieu dans les établissements sociaux. Les milieux de vie sont également des lieux d'intervention très prisés pour l'ensemble des populations.

✓ *Les stratégies*

- Pour les 3-11 ans

Elles ne sont pas toujours les mêmes et diffèrent en fonction des lieux d'intervention.

Pour les projets se faisant dans les établissements scolaires, la plupart ont pour objectif de mettre en place chez ces enfants une éducation nutritionnelle pour qu'ils acquièrent des habitudes alimentaires favorables à leur santé. Certains visent également à leur faire développer un regard critique sur la publicité alimentaire. Des projets peuvent par ailleurs agir à la fois sur l'offre et la demande notamment lorsqu'il s'agit de sensibiliser les enfants sur l'importance du petit déjeuner. Tous ces projets impliquent les enseignants, les infirmières scolaires...mais aussi parfois les parents.

Concernant les projets se faisant dans les milieux de vie, seule la moitié ont un rapport d'évaluation disponible. Les objectifs sont les mêmes que ceux précédemment décrits mais avec cette fois une participation plus importante des familles. Deux visent plus spécifiquement la mise en place d'actions collectives d'éducation pour la santé en direction d'enfants concernés par un surpoids ou une obésité et de leur famille.

Seulement deux projets se déroulent dans les établissements sociaux : l'un d'eux concerne la prise en charge adaptée des enfants obèses de milieu précaire par une démarche éducative orientée vers les mères et une initiation des enfants à l'activité physique. L'autre consiste à former des infirmières scolaires en milieu scolaire et social qui pourront sensibiliser les enfants.

Parmi les deux actions en établissements de soins, une vise à sensibiliser les femmes enceintes pour qu'elles aient une alimentation équilibrée (lutte contre les carences, promotion de l'allaitement maternel...) et les enfants des écoles maternelles (pour limiter le développement d'allergies alimentaires...). L'autre vise à prévenir l'obésité et le risque carieux chez l'enfant dans un établissement hospitalier d'odontologie et de santé buccale en collaboration avec un service de diététique.

Pour ces projets, les indicateurs utilisés pour l'évaluation sont des questionnaires alimentaires, des questionnaires de satisfaction, des mesures anthropométriques.

Données quantitatives sur les rapports d'évaluation des projets concernant les 3-11 ans.

Sur trente projets totaux, vingt ont fourni un rapport d'évaluation ou des données sur leur état d'avancement. Pour douze projets, l'évaluation est complète : elle mesure les objectifs de départ et porte sur une modification des comportements. Neuf peuvent être définis comme positifs dans la mesure où les indicateurs utilisés pour l'évaluation évoluent dans le sens initialement voulu.

- Pour les 12-18 ans

Pour cette population, les stratégies diffèrent aussi selon les lieux d'intervention.

Les projets se faisant dans les établissements scolaires : la plupart ont pour but d'informer et d'orienter les adolescents vers des choix alimentaires plus judicieux pour un état nutritionnel satisfaisant. Ces actions peuvent concerner l'amélioration de la qualité du service de restauration et donc agir sur l'offre. Il y a par ailleurs de nombreux intervenants : professionnels du secteur de l'éducation, parents...L'évaluation se fait généralement grâce à des questionnaires alimentaires. Il y a des actions qui visent plus spécifiquement la lutte contre l'obésité en promouvant la consommation de fruits et de légumes ou encore l'activité physique. Un projet a pour objectif de sensibiliser les enfants et les parents à l'influence publicitaire sur leur alimentation, à développer leur regard critique sur la publicité et à leur apporter des notions sur la nutrition. L'évaluation a été faite chez les enfants et les parents. Dans les établissements scolaires, certains projets ciblent le petit déjeuner, la mise en valeur de son importance et les groupes d'aliments devant le composer. Ces projets agissent à la fois sur l'offre et la demande. Ils impliquent les enseignants et aussi les parents (l'évaluation se

fait grâce à des questionnaires alimentaires destinés aux enfants pour vérifier qu'ils peuvent expliquer la composition d'un bon petit déjeuner et des questionnaires de satisfaction aux parents pour voir si leurs enfants ont apprécié la prise de repas). L'inconvénient est que ces actions sont brèves car le petit déjeuner est offert ponctuellement. Dans les milieux de vie (pour lesquels peu de rapports sont disponibles : un seulement est complet sur les cinq), il s'agit généralement de prévenir l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, et l'action porte à la fois sur l'offre et la demande. Pour l'un des projets, il s'agit de mettre en place des actions collectives d'éducation pour la santé (en direction des parents d'enfants concernés par un surpoids par exemple) ou de sensibiliser des professionnels locaux pour renforcer l'efficacité et la complémentarité entre différents intervenants.

Un projet se déroule à la fois à l'école et dans un établissement social. Il consiste à former des intervenants relais en milieu scolaire et social pour diminuer l'incidence du surpoids et de l'obésité.

Sur vingt projets, douze disposent d'une évaluation ou d'informations sur leur état d'avancement. Pour huit d'entre eux, l'évaluation a bien porté sur une modification du comportement avec une évolution dans le sens des objectifs PNNS initialement fixés.

- Pour les personnes défavorisées

Dans cette catégorie de population aussi, les stratégies diffèrent en fonction des lieux d'intervention.

Concernant les projets se déroulant dans les établissements sociaux, l'action vise dans un premier temps à former les bénévoles et les relais professionnels à l'éducation alimentaire pour des groupes de populations en grande précarité, par des diététiciennes. Dans un second temps, l'objectif est de donner aux bénéficiaires des notions sur l'équilibre alimentaire et de réajuster les choix alimentaires sous forme de paniers alimentaires et de libre service. Ces actions se font généralement à travers la mise en place d'ateliers pratiques ou pendant le temps de distribution des colis. L'action porte donc à la fois sur l'offre et la demande.

Parmi les projets se déroulant dans les milieux de vie, deux ciblent plus précisément les enfants : l'un pour les sensibiliser ainsi que leur famille à la nécessité d'une alimentation équilibrée et d'une bonne hygiène de vie en leur donnant des repères, l'autre concerne la prise en charge adaptée des enfants obèses de milieu précaire par une démarche éducative orientée vers les mères et une initiation des enfants à l'activité physique. L'action ne porte que sur la demande. Les deux autres projets se faisant dans les milieux de vie ont pour objectifs d'améliorer l'état de santé par une modification du comportement alimentaire. Ils visent à évaluer l'impact de l'accompagnement réalisé au sein des structures par les intervenants pour renforcer les savoirs culinaires propices, promouvoir la consommation des fruits, des légumes et des laitages et inciter à une évolution des comportements alimentaires.

Dans les projets dans les établissements scolaires, le but est de faire acquérir à des enfants des connaissances à la fois théoriques et pratiques tout en faisant participer leurs parents au programme. L'atteinte de ces objectifs passe par de l'éducation nutritionnelle en classe avec les enseignants et par l'organisation de conférences ouvertes au public.

Un projet se déroule dans un établissement de soins en direction de patients obèses. Il vise à faire diminuer la sédentarité et les apports lipidiques et à modifier le comportement familial à terme, par le biais des professionnels de santé.

Les indicateurs généralement utilisés pour l'évaluation sont des questionnaires alimentaires avant et après l'intervention pour mesurer l'évolution des comportements.

Analyse des projets pour les objectifs les plus fréquemment ciblés

Les objectifs les plus fréquemment ciblés concernent : l'augmentation de la consommation des fruits et légumes, la lutte contre le surpoids et l'obésité et l'augmentation de l'activité physique.

a) L'augmentation de la consommation des fruits et légumes

Au total, vingt et un projets évoquent cet objectif (spécifiquement ou pas) sur les quatre vingt sept. Pour dix sept d'entre eux, des rapports d'évaluation ou des informations sur l'état d'avancement sont disponibles. L'évaluation de sept d'entre eux portant sur une modification des comportements alimentaires donne des résultats encourageants. Parmi eux, cinq seront décrits, les deux premiers concernant uniquement l'augmentation de la consommation des fruits et des légumes.

« Distribution de fruits dans les écoles »

Ce projet concernait deux lycées de la région parisienne : l'étude explorait la possibilité de vendre des fruits et certains légumes frais via un distributeur automatique à des adolescents. Il n'y a pas eu de sensibilisation ou d'éducation nutritionnelle, l'action porte donc exclusivement sur l'offre. Diverses mesures de la qualité des fruits au sein de l'appareil ont été réalisées dans un premier temps afin de dresser un bilan des produits aptes à ce nouveau mode de distribution (en tenant compte des contraintes de maturité et de rotation rapide). L'évaluation s'est faite à travers des questionnaires de satisfaction, la durée de vie moyenne des fruits dans les distributeurs et le niveau des achats par lycéen pour les différents fruits. Cette étude montre à la fois l'intérêt de ce mode de distribution pour les lycéens, il montre aussi les difficultés de ravitaillement liées à la spécificité propre des fruits ou légumes. Parmi ces fruits, les pommes (produit phare), les poires et le raisin semblent très adaptés. Les clémentines, bananes, fraises, devront bénéficier d'un soin plus particulier. Les impératifs de lavage des produits diminuent aussi fortement leur durée de vie dans le distributeur, surtout lorsque le séchage n'est pas parfait. Enfin, le coût de la matière première, d'une part, et du ravitaillement régulier, d'autre part, génèrent des coûts de revient élevés, souvent peu compatibles avec les budgets des lycéens. Un soutien financier est nécessaire pour développer cette initiative et inciter les jeunes à consommer des fruits sous cette forme de vente.

« Les fruits et légumes en milieu scolaire »

Ce projet visait à augmenter de 20% par an, sur deux ans, la consommation de fruits et légumes au restaurant scolaire. Tout d'abord, les causes de la désaffection des jeunes vis à vis des fruits et légumes scolaire ont été identifiées grâce à des entretiens avec des groupes d'élèves. Puis, l'offre des fruits et des légumes a été améliorée qualitativement et quantitativement avec les professionnels de la restauration et leur consommation a été encouragée avec l'aide des enseignants. Dix sept lycées et collèges sont concernés, soit huit mille demi-pensionnaires. La méthodologie définit trois niveaux pour la cohérence et le suivi des actions: un groupe projet- action dans chaque établissement, un groupe technique académique (avec un médecin scolaire, des infirmières scolaires...) et un groupe de pilotage académique. Pour l'évaluation, des indicateurs portent sur l'offre (poids moyen des fruits et légumes sortis par repas et le nombre moyen de parts de fruits et légumes sur un plateau) et sur la consommation réelle avec le nombre de parts de fruits et légumes réellement consommés en observant les restes sur les plateaux. Cette évaluation a été faite en trois temps : mars 2003, mars 2004 et mars 2005. Les résultats obtenus lors des deux premières années montrent une augmentation des sorties de fruits et légumes en grammes par repas,

ainsi qu'une forte augmentation du nombre de parts sur le plateau et du nombre moyen de parts consommés.

Les conditions de la réussite sont d'une part un décloisonnement interdisciplinaire et intercatégoriel, c'est à dire un partenariat multiple avec des enseignants, des professionnels de la restauration... et d'autre part une non augmentation des coûts.

« L'équilibre alimentaire point par point aux restaurants du Cœur du Cher »

Le projet qui a duré de septembre 2003 à mai 2004 concernait les bénéficiaires de six centres de restaurants du Cœur. Les objectifs sont triples : favoriser l'échange et l'information sur le thème de l'équilibre alimentaire pendant le temps de distribution des colis alimentaires grâce à une diététicienne et un espace documentation, former les bénévoles à la notion d'équilibre alimentaire et développer des actions éducatives autour de l'équilibre alimentaire dans le contexte économique et social des bénéficiaires. Dans un premier temps, une enquête sur le comportement alimentaire et les connaissances des bénéficiaires sur la nutrition dans les six centres a été faite via un questionnaire. Elle montre que les prises alimentaires des différentes catégories d'aliments sont très en deçà des recommandations diététiques, avec une déstructuration de rythmes alimentaires et des traditions culinaires parfois éloignées des recommandations diététiques. En fin de campagne, un questionnaire identique au premier a été rempli pour voir l'impact de l'action. Une évaluation exhaustive a été réalisée par l'ORS (Observatoire Régional de la Santé). Concernant l'évaluation de l'action de la diététicienne, tous les bénéficiaires n'ont pas repéré sa présence et certains n'ont pas compris quel était son rôle mais pour ceux l'ayant rencontrée, ils sont généralement satisfaits des conseils qu'elle leur a apportés. Ils sont 89% à souhaiter qu'elle revienne l'an prochain. Par ailleurs, il a été souligné la rapidité avec laquelle certains bénéficiaires ont changé leurs comportements alimentaires en augmentant de 37% leur consommation de légumes et de 23% celle des fruits. En outre, il a été montré que les messages simples, clairs, accompagnés de propositions concrètes et de conseils personnalisés étaient plus efficaces que les interventions « plus théoriques ». Il est intéressant de noter que les enfants sont très sensibles aux conseils diététiques et très motivés pour les appliquer. Ils peuvent ainsi être un intermédiaire pour atteindre toute la famille. Les points forts à souligner sont les conseils personnalisés avec la diététicienne, la conciliation du plaisir et de l'alimentation, la création du lien car les bénéficiaires souffrent souvent d'isolement et de solitude. Par ailleurs, ce projet d'une durée de neuf mois reste court. La diététicienne a donc rencontré quelques bénévoles afin de préparer des actions et de les impliquer pour qu'ils deviennent porteurs du projet. Des propositions ont été émises pour aider les bénéficiaires comme l'élaboration de recettes simples utilisant les denrées distribuées, des codes couleurs dans les rayons pour les différents aliments...

« Comment augmenter la consommation de fruits, légumes et laitage dans une épicerie solidaire »

Ce projet s'est déroulé dans une épicerie solidaire qui est un foyer expérimental où sont proposés des produits alimentaires, d'hygiène et d'entretien et un lieu d'insertion professionnel. Les objectifs opérationnels sont de faire connaître les attitudes liées à la consommation de fruits, légumes et de laitage ; renforcer les savoirs culinaires propices et inciter à une évolution des comportements alimentaires. L'action passe entre autres par la réalisation d'ateliers collectifs pédagogiques, la création d'un lieu de consultation de magazines, la mise en avant des fruits et des légumes et la diffusion de documents d'information et affichages informatifs. Parmi les personnes mobilisées, il y a une conseillère en économie sociale et familiale, des bénévoles et des interventions ponctuelles de praticiens. L'évaluation se fait à travers des questionnaires traduisant les attitudes et les connaissances des personnes, des feuilles de présence des utilisateurs dans les ateliers, des statistiques à

partir de l'analyse informatique des tickets de caisse et des comparaisons de consommation entre les bénéficiaires qui ont participé aux activités et les autres utilisateurs. La structure reçoit environ trois cent quatre vingt quatre ménages dans l'année (soit 1131 personnes) et l'action montre bien que les familles accueillies restent prêtes à réfléchir et adapter leurs comportements pour une meilleure santé.

« Formation d'intervenants relais en milieu scolaire et social »

Ce projet d'une durée de douze mois, ne ciblait pas que la consommation de fruits et de légumes mais l'évoque dans ses objectifs opérationnels. Le public visé concerne tout d'abord les intervenants relais (infirmières scolaires, infirmières, médecins éducateurs de foyers médico-sociaux, conseillères en économie sociale et familiale des centres sociaux de la CAF (caisse d'allocations familiales), des centres d'aide aux jeunes majeurs et aux jeunes mères), et ensuite les populations vers lesquelles vont s'exercer leurs actions c'est à dire les enfants et adolescents du Tarn (milieu scolaire, foyer de l'enfance) et les adultes (centre d'action sanitaire et social). La formation vise à donner des compétences en nutrition et en pédagogie aux intervenants relais, et est assurée par les médecins spécialistes en nutrition et les diététiciennes du CHG (centre hospitalier général) d'Albi, en partenariat avec le CODES. Les objectifs de la formation étaient d'acquérir des connaissances sur l'obésité, l'équilibre alimentaire et de savoir élaborer des outils pédagogiques. L'action se fait donc ici de façon indirecte sur les jeunes. L'évaluation a porté sur le nombre de jeunes ayant bénéficié de l'action de prévention et le nombre d'intervenants relais formés. Différents outils pédagogiques ont été utilisés comme des boîtes de fiches photographiques d'aliments. La quasi-totalité des infirmières scolaires ont pu être formées. A l'issue de cette formation, tous les participants ont reçu un classeur illustré de son contenu. Les infirmières ont reçu secondairement une boîte de fiches d'aliments. Au début de chaque action de prévention, l'intervenant relais formé faisait remplir un questionnaire à l'enfant ou à l'adulte jeune. Six mois plus tard, le même lui était remis pour évaluer l'impact de l'action de prévention. Les points positifs de cette action sont que la collaboration avec les infirmières scolaires ayant été excellente, elle va certainement se poursuivre et qu'il y a eu la création d'une nouvelle organisation partenariale avec notamment la CPAM et le CODES.

« Bienfaits des fruits et légumes aux journées d'octobre de Mulhouse »

Ce projet s'est déroulé au parc des expositions de Mulhouse. Il concernait le grand public et cible en particulier les plus de 60 ans ou les personnes confrontées au problème de l'obésité chez l'enfant. Le but est de les inciter pendant neuf jours à augmenter leur consommation de fruits et légumes en les informant de leurs bienfaits sur la santé et en leur apportant des repères précis. Il s'agit également de promouvoir la consommation de boissons sans alcool.

Divers moyens ont été utilisés pour faire connaître l'action : la presse ou la radio locale, la télévision régionale ou encore l'affichage. Près de quatre mille personnes ont été touchées. Cent cinquante trois d'entre elles se sont engagées pour le test sur l'équilibre alimentaire et il y a eu 89% de réussite à 1 mois suite à cet engagement. Afin de poursuivre cette démarche, il est prévu un appel téléphonique des personnes s'étant engagées pour le test alimentaire durant 1 mois, et qui souhaitent à nouveau être contactées dans trois mois. De plus, une enquête sur les habitudes alimentaires d'environ six cent personnes de passage aux journées d'octobre a été réalisée, elle est actuellement en cours d'exploitation. Dans le bilan sont mentionnées les difficultés rencontrées pour intéresser le grand public aux thèmes des conférences, ainsi que le grand travail de préparation et de manutention (montage stand, achat des denrées...) que demande ce type d'action.

« Sensibilisation- éducation -accompagnement à la connaissance et à la consommation des fruits et légumes »

Ce projet avait pour objectifs de former les relais professionnels et bénévoles de cinq associations volontaires participantes. L'action a porté sur l'éducation alimentaire (qui passe par l'augmentation de la consommation des fruits et légumes) de groupes de population en grande précarité identifiées parmi les personnes et les familles qu'elles prennent en charge et l'accompagnement sur le terrain des relais formés pour la mise en place de l'éducation (accompagnement) alimentaire : nutritionniste, diététicienne... Le but étant d'améliorer la connaissance et la consommation de fruits et légumes de saisons. Mais de nombreuses difficultés ont été rencontrées : tout d'abord, le calendrier initial a changé ce qui a retardé la distribution alimentaire ainsi que la mise en place des actions au sein de chaque association. Le report des séances a surtout gêné les bénévoles tandis que les salariés n'ont pas été embarrassés car la formation s'organisait sur leur temps de travail. Ensuite, la difficulté a concerné la mobilisation des bénéficiaires pour cette action.

«Carqueiranne nutrition santé »

Ce projet pour lequel le bilan des deux premières années est disponible a été financé par la DGS en 2002 et 2003. L'objectif était de mettre en place une éducation nutritionnelle chez des enfants de deux écoles maternelles et deux écoles primaires, partagée avec les parents. Ces actions à la fois théoriques et pratiques se déroulent à l'école avec différents partenaires. Différentes actions étaient prévues comme la mise en place de panneaux informatifs destinés à la nutrition devant chacune des écoles ; la formation des animateurs en salle à manger ou encore l'organisation de conférences grand public, ouvertes à tous, lors des semaines thématiques. L'objectif final était de mettre en place des outils réalistes (peu coûteux, utilisables par tous) de façon à proposer ce modèle aux communes qui souhaiteraient mettre en place une éducation nutritionnelle déjà rodée par leur expérience. Des commissions de menu ont été organisées. L'objectif d'un menu commenté par mois et affiché à partir de Juin 2002 et de deux menus commentés et affichés par mois à partir de juin 2003 a été atteint. Depuis mars 2004, les menus commentés sont distribués aux élèves de maternelle fréquentant la cantine scolaire, à l'intention de leurs parents, ce qui renforce l'intérêt du menu commenté comme un outil d'éducation à la santé partagé avec les familles. Différentes conférences ont par ailleurs été prononcées lors des semaines thématiques comme la place des fruits et légumes dans l'alimentation en 2002 ou plus récemment les céréales et légumineuses. Des actions sont également réalisées dans et en dehors du département pour expliquer le PNNS et les actions entreprises. Concernant la communication, deux articles expliquant le programme Carqueiranne nutrition santé sont parus dans le bulletin municipal et la presse régionale se fait régulièrement l'écho des actions réalisées. Il reste désormais à attendre la fin du programme et l'évaluation pour voir s'il y a eu une modification du comportement chez les enfants et leur famille.

« Education nutritionnelle auprès des résidents du foyer des jeunes travailleurs de Gap »

Ce projet s'adressait aux jeunes et au personnel d'une association. Pour les résidents du foyer, l'objectif était de leur faire acquérir des techniques culinaires simples et facilement reproductibles ou encore de mettre en évidence les effets de l'alimentation sur l'organisme. Deux soirées d'information sur le PNNS ont été organisées ainsi qu'une rencontre avec la nutritionniste et cinq commissions menu ont permis de rassembler des groupes de discussion autour d'un repas du self avec la nutritionniste et les animateurs socio-éducatifs. Les demandes et suggestions de chacun ont ainsi été prises en compte : par exemple, la distribution d'un jus d'orange le matin a été mise en place, mais surtout, on a augmenté la fréquence des légumes le soir (celle-ci n'a pas été quantifiée). De plus, des activités sport ont permis à certains résidents de découvrir le sport, et de redonner le goût de l'activité physique à d'autres qui en avaient perdu l'habitude. Concernant le personnel de l'association, une

équipe associative et un nutritionniste ont réalisé des actions de prévention et de sensibilisation auprès des animateurs. Par ailleurs, le personnel de cuisine a également été sensibilisé. L'évaluation repose sur des quizz remplis par les jeunes à chaque commission menu, mais les données collectées n'ont pas encore été analysées.

Conclusion : L'analyse de ces quelques projets (pour lesquels des données sont disponibles en termes d'évaluation) montre que lorsque le public visé est constitué par les enfants et que l'action a lieu dans l'école, une des modalités d'intervention consiste à impliquer les professionnels de la restauration scolaire pour améliorer quantitativement et qualitativement l'offre et à promouvoir leur consommation avec l'aide des enseignants. Il est de plus avantageux que les enfants puissent participer avec le cuisinier à l'élaboration de menus après en avoir discuté en classe avec les enseignants. Concernant les distributeurs de fruits, l'idée est approuvée par les lycéens, mais les coûts sont importants, et nécessite l'implication d'autres acteurs (entreprises commerciales...). Cette démarche doit cependant mener à une réflexion d'autant qu'il est prévu à la rentrée prochaine la suppression des distributeurs traditionnels. Lorsque le public ciblé correspond aux personnes défavorisées dans des établissements sociaux, l'implication des bénévoles est indispensable pour expliquer lors de la distribution des colis alimentaires par exemple, l'importance des fruits et des légumes dans l'alimentation. Par ailleurs, l'action est plus avantageuse lorsqu'une diététicienne peut donner des conseils individualisés. Les projets se déroulant dans les forums ou des parcs d'exposition quant à eux peuvent permettre de sensibiliser un certain nombre de personnes, mais ces actions sont trop brèves et généralement, il n'y a pas de suivi des participants et de notions sur d'éventuelles modifications du comportement.

b) La lutte contre le surpoids et l'obésité

Trente trois projets retenus visaient à lutter contre le surpoids et l'obésité sur les quatre vingt sept. Parmi ceux-ci, vingt deux ont fait parvenir un rapport d'évaluation ou des résumés rendant compte de leur état d'avancement. Dix projets ont des résultats particulièrement encourageants et leur évaluation a montré une modification des comportements dans le sens attendu, parmi lesquels quatre apparaissent particulièrement intéressants.

« Etude- action : activité physique et obésité chez le jeune enfant »

L'objectif de ce projet sur 3 ans était de prévenir la surcharge pondérale et l'obésité chez les jeunes enfants scolarisés dans les écoles primaires de Clermont Ferrand via la mise en place d'activités physiques supplémentaires (APS) et d'une éducation nutritionnelle. Au total, vingt établissements ont participé à l'étude : treize avec APS (soit 328 enfants) et sept témoins (soit 167 enfants). Dans les établissements avec APS : deux groupes sont constitués : G1 et G2. Le groupe G1 rassemble des enfants dépistés comme présentant un rebond d'adiposité précoce ou une obésité, tandis que le groupe G2 correspond à des enfants non sportifs et non obèses. Dans ces établissements, onze à douze semaines d'APS ont été proposées et les élèves y participent en moyenne deux fois par semaine. Dans les établissements témoins, les groupes G3 et G4 sont constitués. Le groupe G3 (comme le G1) regroupe des enfants dépistés avec un surpoids ou une obésité, et le groupe G4 (comme le G2) regroupe des enfants non sportifs et non obèses. Enfin, le groupe G5 correspond aux enfants sportifs, et est composé d'élèves provenant à parité des deux types d'établissements. Par la suite, les effets des APS et des vacances scolaires (au cours desquelles les APS n'ont pas lieu) sur la composition corporelle et les activités physiques des enfants ont été déterminés grâce à des tests d'aptitude physique, la mesure du poids, de la taille...Des enquêtes diététiques ont également été menées. Entre

janvier et juin 2004, chez les enfants obèses à risques les APS ont permis une modification du poids plus importante comparativement aux établissements témoins avec une stabilisation de l'IMC et du pourcentage de masse grasse, et une amélioration des aptitudes physiques. Cette étude révèle d'une part qu'1 à 2h d'éducation physique et sportive par semaine dans les établissements n'étaient pas suffisantes pour des bienfaits sur la santé des enfants. D'autre part, la période des vacances scolaires a des effets néfastes sur la composition corporelle de tous les élèves. L'avantage de cette action est qu'il y a un bon suivi des enfants pendant ces trois années. Il y a par ailleurs une bonne organisation avec un protocole expérimental qui est bien détaillé pour une année type, comprenant le calendrier des évaluations.

« Etre bien avec les autres »

Ce projet avait pour objectifs d'offrir aux enfants obèses de milieu précaire une prise en charge adaptée par une démarche éducative orientée vers les mères et une initiation des enfants à l'activité physique. Les bénéficiaires sont des enfants obèses définis par un IMC supérieur au 97^e percentile sur les courbes de croissance, âgés de 5 à 11 ans. Deux stratégies ont été développées pour ce projet, des séances d'information nutritionnelle pour les mamans et des séances d'activités multisports pour les enfants. Des séances d'information nutritionnelle ont lieu lors d'ateliers organisés en cinq séances (trois obligatoires et deux facultatives) avec à chaque fois différents thèmes comme les emballages, publicités alimentaires. Pour les enfants, tous les samedis, 3h d'initiation au sport étaient proposées avec différentes activités ludiques : judo ; escalade ; bowling...de telle sorte à ce que sur les six mois, chaque enfant en ait pratiqué cinq. L'évaluation a été réalisée au début et à la fin de l'action au moyen de questionnaires pour les parents et les enfants et d'évaluation des performances physiques de l'enfant. Les résultats montrent une diminution de 2h53 en moyenne du temps passé devant la télévision le week end entre le début et la fin de l'intervention. Parallèlement, ces enfants sont 2,5 fois plus nombreux à pratiquer la marche. Pour l'instant, ces changements de comportement ne se traduisent pas en termes de poids car le délai est trop court (six mois). Les avantages sont que ce projet a renforcé une dynamique dans le quartier où il a été mis en place et qu'il a été apprécié par les enfants car les éducateurs ne recherchaient pas des performances. Cependant, il n'y a pas eu de séances pendant les vacances scolaires.

« Comment s'alimenter et bouger pendant la classe de découverte »

Ce projet s'est fait pendant la classe de découverte. Il concernait cinq classes de deux écoles en 2002-2003 (soit 123 enfants) et deux nouvelles écoles en 2003-2004 pour une durée d'un peu moins d'une semaine. Les objectifs étaient que les enfants prennent conscience de leur propre rythme alimentaire, qu'ils connaissent les familles d'aliments, l'importance des nutriments, qu'ils puissent construire un apport alimentaire équilibré et prendre conscience de la nécessité d'une hygiène de vie, en particulier sur le plan de l'activité physique. Concernant le déroulement du projet : sur le plan nutritionnel, des travaux ont été réalisés en ateliers pour apporter des connaissances sur les groupes alimentaires... Par ailleurs, il y a eu des activités complémentaires travaillées en classes pour reconnaître un menu équilibré par exemple. Sur le plan des activités sportives lors du séjour, des tournois ont été organisés et des activités sportives diverses comme la randonnée, la spéléologie ou l'escalade étaient proposées. Concernant l'évaluation, des questionnaires de prise alimentaire avant/après la semaine ont été remplis par les parents et les enseignants pour rechercher un changement de comportement alimentaire. L'analyse des quatre vingt douze questionnaires remplis révèle que 49% des enfants consomment davantage de fruits, qu'ils sont 82% à consommer plus de légumes et 80% à consommer davantage de produits laitiers. Une discussion sur le vécu pour avoir leur

impression a eu lieu avec les enfants. En prolongement de l'action, des journées d'activités sportives trimestrielles sont prévues.

De nombreux autres projets sont encore en cours de réalisation. Parmi ceux-ci, 4 ont une évaluation à mi-parcours montrant des résultats encourageants ou sont d'une grande originalité :

« Prévention primaire de l'obésité de l'enfant en milieu scolaire »

Ce projet se déroule sur deux sites : Ouistreham et Caen. Dans le premier site, trois écoles sont concernées. L'objectif général est de contribuer à l'acquisition par l'enfant d'habitudes alimentaires favorables à la santé. Les objectifs opérationnels sont d'augmenter la consommation des fruits et des légumes proposés aux enfants des écoles, de favoriser la citoyenneté de l'enfant à partir des aspects touchant à l'alimentation et d'améliorer l'espace sonore du restaurant à l'école maternelle. Le personnel de cuisine a donc également été sensibilisé. Les résultats montrent une modification nette de la composition des menus entre l'année scolaire 2002/2003 et la suivante avec une augmentation de la fréquence de légumes seuls en accompagnement du plat principal. Le personnel par ailleurs ne parle plus de goûter mais de temps de dégustation et de découverte des fruits et des légumes. Un aspect intéressant à souligner est l'intégration d'un programme pour la promotion de légumes verts dans deux écoles avec les enseignants et les personnels de la restauration...Le responsable environnement a également participé à l'action puisqu'il a mis à disposition des enseignants le jardin pédagogique pour pratiquer le jardinage. Les élèves ont ainsi pu cultiver des légumes et élaborer des recettes qui ont pu être intégrées au menu du self. Pour l'évaluation, il est prévu de suivre une cohorte d'enfants pesés et mesurés en grande section de maternelle, de déterminer leur IMC et d'effectuer de nouvelles mesures lors de leur entrée en sixième qui sera comparée à un échantillon témoin.

Dans le deuxième site, une école, l'objectif est de favoriser l'équilibre alimentaire de l'enfant, en particulier en utilisant l'éveil sensoriel et en développant l'autonomie et une attitude active de l'enfant. Quatre séances d'animation ont eu lieu dans huit classes portant notamment sur l'émergence des représentations sur la publicité, l'analyse des ingrédients réellement présents dans les produits...Des débats, par exemple sur l'interdiction du grignotage ont été organisés, et les goûters d'anniversaire ont été mensualisés pour limiter la consommation des sucreries. Il y a également des rencontres avec les parents le samedi matin où différents sujets sont abordés comme la gestion des produits sucrés ou la consommation des fruits et des légumes. De nouvelles orientations ont été prises comme celle de développer une commission menu pour travailler avec les enfants sur une semaine de menus qui seront intégrés dans le plan alimentaire.

Ces activités devraient être transférées dans le cadre du plan régional de prévention primaire des facteurs de risque de cancer.

« Projet expérimental nutrition- santé sur un site contrat de ville de Rennes »

Ce projet a pour objectif général de développer une dynamique nutrition- santé sur un site expérimental du département et de créer une synergie entre toutes les actions. L'action vise à sensibiliser les enfants à l'équilibre alimentaire et plus globalement aux rythmes et à l'hygiène de vie en mettant en place des actions collectives d'éducation pour la santé en direction de parents d'enfants concernés par un problème de surpoids ou en encore en sensibilisant les professionnels locaux au problème de l'obésité chez l'enfant. Concernant les stratégies, il s'agit pour le public de faire des animations de groupe ou des ateliers culinaires, et pour les professionnels, de former les animateurs, d'élaborer des supports d'information et d'organiser

des conférences. Malgré des résultats encourageants, des points faibles sont à relever : la difficulté à mobiliser les professionnels libéraux du quartier (cette absence est source de frustration pour certaines personnes qui expliquent que sans ce suivi médical, certaines actions initiées auprès des jeunes du quartier ne peuvent perdurer) et la dimension du quartier qui n'est pas totalement représentée. En effet, les actions sont ciblées sur le centre de Cleunay où sont regroupées de nombreuses structures partenaires : le public touché est donc souvent le même constitué par les adhérents des structures et les habitants du centre de Cleunay.

«Impact sur la santé d'un conseil diététique individualisé et quotidien dans une population d'adolescents de 10 à 15 ans »

Ce projet s'appuie sur un protocole de recherche clinique visant à comparer l'équilibre nutritionnel de collégiens qui sont divisés en deux groupes : un groupe témoin et un groupe intervention recevant des conseils nutritionnels quotidiens à la cantine grâce à une borne qui croise d'une part des informations sur leurs besoins nutritionnels recueillies en médecine scolaire et d'autre part les menus du jour du self pour leur proposer un repas équilibré personnalisé. Mais des difficultés ont été rencontrées : six collèges avaient été recrutées initialement en 2002 pour participer au programme répartis en trois collèges « intervention » et trois collèges témoins. Il s'avère que deux des collèges « intervention » n'ont pas réussi à intégrer l'utilisation de la borne de conseils nutritionnels à l'organisation de la cantine scolaire. Ces deux collèges sont sortis de l'étude et deux des collèges témoins sont devenus des collèges d'intervention. Les deux autres collèges poursuivent l'étude sans modification, respectivement collège intervention et collège témoins. Concernant l'évaluation, la dernière phase comporte la mesure du poids et de la taille, le recueil des ingestats au restaurant scolaire sur 4 jours et le recueil des carnets alimentaires sur 3 jours remplis par les collégiens. Les données n'ont pas encore été toutes collectées.

«Diététique et odontologie : prévenir l'obésité et le risque carieux chez l'enfant »

Il s'agit d'un programme de prévention mené par un département hospitalier d'odontologie et de santé buccale et un service de diététique qui vise principalement à améliorer l'hygiène alimentaire et bucco-dentaire pour éviter les caries et l'obésité chez les enfants et les adolescents. Le public visé est constitué par des enfants de 3 à 15 ans. Pour évaluer l'efficacité du programme de prévention, une enquête a été réalisée. Deux populations sont comparées : une témoin (composée de 32 enfants pris au hasard lors de leur première consultation) n'ayant pas bénéficié du programme et une dite suivie composée d'un plus faible effectif (20 enfants) vue en consultation par le dentiste et la diététicienne. Ce programme a duré de septembre 2003 à septembre 2005. Les résultats montrent qu'un plus grand nombre d'enfants dans la population suivie ont une meilleure hygiène bucco-dentaire (amélioration de 28,1%) et alimentaire (amélioration de 44,9%) que les enfants non suivis. Ils sont également moins nombreux à être sédentaires (diminution de 21,3%) et moins à risques de devenir obèses que les enfants témoins. Les avantages de ce projet sont que les deux consultations se déroulent au même endroit et de façon successive. Il en est de même pour les visites de contrôle. Cette intervention hors cadre scolaire permet d'impliquer les parents accompagnant l'enfant lors des consultations hospitalières, par ailleurs, il est reproductible dans tous les établissements où cohabitent un service d'odontologie pédiatrique et de diététique. De plus, le message alimentaire étant donné par des professionnels, il a un impact plus important que lorsqu'il est donné par des dentistes.

Conclusion : Les projets ciblant la lutte contre le surpoids ou l'obésité touchent énormément les enfants dans les établissements scolaires avec pour objectif général qu'ils acquièrent des

habitudes alimentaires favorables à leur santé. L'implication des professionnels de la restauration scolaire est par ailleurs nécessaire pour qu'ils complètent et permettent aux enfants d'appliquer les recommandations vues en classe avec les enseignants. Il est de plus intéressant d'organiser avec eux en classe des débats sur la limitation du grignotage par exemple et de proposer des mesures comme la mensualisation des goûters d'anniversaire pour diminuer leur fréquence. Des démarches entreprises peuvent par ailleurs servir d'exemple car elles sont originales comme le conseil diététique individualisé avec la borne nutri-advice, mais des difficultés sont à résoudre comme parvenir à intégrer cette borne de conseils nutritionnels à l'organisation de la cantine scolaire. De plus, une telle action nécessite évidemment des coûts plus importants. Une action impliquant à la fois un service d'odontologie pédiatrique et de diététique peut également servir de modèle à cause du lien entre la consommation de produits sucrés (à l'origine des caries) et l'obésité.

c) L'augmentation de l'activité physique

Dix neuf projets visaient à lutter contre la sédentarité et à promouvoir l'activité physique. Seize d'entre eux ont un rapport d'évaluation ou un résumé montrant l'état d'avancement du projet. Six projets mettent en évidence dans leur évaluation une modification des comportements :

« Prévention de la surcharge pondérale dans une population d'enfants »

Cette étude – action de dix sept mois avait pour objectif de prévenir le développement de la surcharge pondérale d'enfants à partir d'une action d'éducation nutritionnelle couplée à une action visant à réduire leur temps passé devant un écran. L'augmentation de l'activité physique ne figurait donc pas comme l'unique objectif. Dix écoles désignées par tirage au sort et regroupant deux cent cinquante trois enfants de 3-4 ans ont été concernées par l'étude. Ils sont répartis en deux groupes : un groupe « témoin » représenté par cent trente enfants (cinq écoles) et un groupe « action » de cent vingt trois enfants (cinq écoles). Les objectifs sont d'améliorer l'équilibre alimentaire des enfants « actions » à travers la participation de l'ensemble de la communauté éducative (parents, enseignants...), d'inciter à diminuer le temps passé devant la télévision, de développer les connaissances des aliments et l'approche du goût chez l'enfant, de former le personnel de la restauration aux besoins nutritionnels de l'enfant et d'engager la réflexion sur la collation avec les enseignants. Pour les enfants, les actions sont basées sur les recommandations des guides PNNS avec des séances dont les principaux thèmes sont les produits céréaliers, les fruits et légumes et les légumes secs. Pour les actions auprès des parents, une rencontre avec la diététicienne du CODES était proposée au cours de laquelle ils pouvaient faire part des difficultés rencontrées avec leur enfant comme le dégoût des légumes...Concernant le personnel de la restauration scolaire, les cuisiniers ont été sensibilisés pendant trois jours à la conception de menus adaptés aux enfants. L'évaluation montre qu'il n'y a pas de différence de prévalence du surpoids et de l'obésité avant et après l'intervention chez les sujets « cas » et « témoins » (les évaluateurs l'expliquent par le fait que la durée de l'action est trop courte). Une petite diminution du grignotage, surtout le matin chez les sujets qui ont été soumis à l'action est en revanche observée, ainsi qu'une augmentation de la consommation de fruits, légumes et pain. L'action n'a par ailleurs pas d'impacts sur le temps passé devant un écran mais a favorisé l'activité physique : le temps de promenade a en effet augmenté de vingt minutes entre le début et la fin de l'intervention pour les écoles « actions », ce qui n'est pas le cas des établissements « témoins ». L'analyse de cette étude qui montre pour l'instant une modification des comportements dans le bon sens, doit être poursuivie pour évaluer l'incidence sur l'évolution de la corpulence.

« Intérêt d'une intervention centrée sur les collèves visant à promouvoir l'activité physique et à lutter contre la sédentarité »

Ce projet a été financé en 2002 et 2003. Il s'agit d'une étude de prévention primaire sous forme d'essai d'intervention randomisé. L'intervention est conçue pour à la fois changer les attitudes et motivations vis à vis de l'activité physique par des débats et à l'accès à de nouvelles activités attrayantes, à favoriser un support social pour les parents, les enseignants et les éducateurs sportifs et à fournir des conditions environnementales qui favorisent l'activité physique à l'école et en dehors de celle-ci pendant les loisirs et dans la vie quotidienne (permanences, inter- cours...).

La population cible est représentée par des élèves de sixième du Bas-Rhin (954 élèves) regroupant quatre collèves « témoins » et quatre collèves « actions » dans lesquels sont proposés une dizaine d'activités physiques différentes par semaine. Le suivi et l'action se poursuivent pendant quatre ans. Des questionnaires sur l'activité physique sont réalisés tous les ans, un bilan médical (anthropométrie, pression artérielle...) a été réalisé avant l'intervention et sera répété deux ans et quatre ans après le début de celle-ci. L'évaluation à mi-parcours a montré, entre autres, que la proportion de collégiens présentant un excès de poids a été réduite de 21% dans les collèves « actions » en comparaison avec les collèves « témoins », où elle a continué à augmenter, passant de 24% à 28%. De plus, les élèves des collèves « action » étaient plus nombreux à déclarer leur intention de pratiquer une activité physique dans les mois à venir et à manifester de la confiance en leur capacité à pratiquer de l'activité physique. Ces paramètres étant habituellement considérés comme de bons prédicateurs de changement de comportement à plus long terme.

Les points positifs de ce projet sont que l'action repose sur un partenariat multiple dans et en dehors des écoles : équipes administratives et pédagogiques des collèves, conseil général, associations sportives... Par ailleurs, l'aspect « plaisir » a été mis en avant avec l'absence de compétition.

« Incidences d'un programme d'activités physiques et sportives adaptés sur la santé et qualité de vie de personnes en situation de handicap mental sévère »

Le but de cette étude – action était en effet d'évaluer les incidences (sur la santé : plan moteur, biologie, et sur la qualité de vie », d'un programme d'activités physiques et sportives adaptées, pour des personnes en situation de handicap mental sévère vivant en institution (maison d'accueil spécialisé, structure psychiatrique...). Cent trois personnes handicapées de vingt et un établissements ont participé à ce programme qui comprend deux séances de marche et d'une séance d'activités motrices hebdomadaires durant six à dix mois et ont été comparés à quatre vingt neuf personnes « témoins » de ces établissements. Les évaluations ont été effectuées avant le début du programme, et après trois, six et dix mois sur la population ayant suivi le programme et sur des groupes témoins. Les premiers résultats montrent une meilleure adaptation à l'effort, des progrès dans l'équilibration, une amélioration de l'adresse et une baisse de taux de cholestérol chez les personnes ayant suivi le programme. Les résultats obtenus sur l'évolution des données de qualité de vie, appréciés à partir d'un questionnaire et d'un graphe dimensionnel, indiquent une amélioration.

« Etude action de promotion de l'activité physique »

Ce projet d'une durée de vingt mois vise à mettre en place à l'échelon de deux villes, un programme d'incitation à l'activité physique dans la vie quotidienne. Il vise à augmenter la proportion d'adultes (hommes et femmes de 18 à 65 ans ne présentant aucune contre indication médicale) pratiquant au moins trente minutes par jour d'activité physique intense modérée, type marche rapide. Il y a deux modalités d'intervention : la première consiste en la remise de conseils généraux sur l'activité physique et d'envoi régulier d'information sur les

ressources locales (les sujets seront recontactés, par téléphone ou contact direct pour les plus défavorisés). La seconde vise à mettre en place des conseils personnalisés, adaptés au changement de comportement des sujets vis à vis de l'activité physique tel qu'évalué par un questionnaire de motivation de référence, avec un suivi plus soutenu et régulier. Les conseils seront délivrés par le personnel d'un centre d'appel municipal mis en place dans le cadre du projet, avec du personnel formé par les responsables scientifiques de l'étude. Les sujets ont été recontactés par le centre d'appel tous les mois pendant le premier trimestre, puis tous les trois mois pendant un an. L'évaluation finale était prévue à la fin de l'année 2005 et le critère principal sera la proportion de sujets au-dessus du seuil recommandé d'activité physique à dix huit mois d'après les données du questionnaire d'activité physique.

« *Alimentation et activité physique en milieu professionnel* » (SANTAL)

Ce projet, financé en 2002 et 2003, concerne des salariés d'une entreprise. Le but est de permettre aux salariés d'avoir accès à des conseils nutritionnels individuels (médecins du travail et diététicienne) et collectifs (campagnes de communication) en cohérence avec les recommandations du PNNS, de faire bénéficier aux salariés une offre de restauration élargie et adaptée et de faire évoluer leurs habitudes de consommation alimentaire. Neuf cent salariés ont bénéficié d'un bilan nutritionnel avec des conseils personnalisés depuis 2002 et cent ont bénéficié d'un coaching par une diététicienne mi-2004. Le coaching permet aux salariés le désirant d'être suivis individuellement et régulièrement par la diététicienne en fonction de leurs habitudes alimentaires, de leur personnalité... Les résultats montrent qu'il y a une augmentation de la consommation des produits promus dans le cadre des campagnes : pour les légumes, il y a une augmentation de 9% suite à la campagne sur les légumes de janvier à février 2004 et pour les poissons, une augmentation de 11% faisant suite à la campagne sur les poissons de mars à mai 2004. Les sandwiches Santal, préparés par le personnel de cuisine préalablement sensibilisé, représentent par ailleurs 10% de la consommation des sandwiches. Les objectifs pour 2004 sont que 200 salariés soient pris en charge par la diététicienne.

Les 88 salariés suivis régulièrement en 2004 par la diététicienne ont, très majoritairement (84 %), perdu du poids. L'impact des actions générales d'information et d'éducation nécessitera davantage de recul pour être évalué. D'ores et déjà, les enquêtes de satisfaction et de mesure des taux de consommation de produits proposés par la restauration d'entreprise montrent l'adhésion des salariés et l'augmentation du choix de certains produits (légumes, poissons).

Au-delà de ses résultats propres, un intérêt majeur de Santal est de montrer que l'entreprise, lieu encore peu investi dans la thématique nutrition, peut constituer un lieu privilégié de sensibilisation des salariés et d'action dans la durée, si sont respectées certaines conditions (engagement de la direction, du service médical et de ses partenaires, cadrage rigoureux, complémentarité des actions, évaluation prévue...).

« *Action départementale d'éducation nutritionnelle en direction des personnes âgées de 12 clubs des aînés ruraux* »

Ce projet ne cible pas spécifiquement l'activité physique, mais concerne une population rarement ciblée. L'objectif général est d'améliorer les connaissances sur l'équilibre alimentaire et sur les besoins de la personne âgée, de réduire l'incidence de certaines maladies associées à l'âge et de proposer des choix favorables à la santé. L'équipe du projet comprend une diététicienne. Cinq séances d'information ont eu lieu sous la forme d'ateliers thématiques programmés selon les besoins exprimés des personnes lors des séances précédentes à l'aide de divers supports pédagogiques (brochures, supports visuels...). Sur les trente cinq clubs initialement contactés, quatorze ont bénéficié d'au moins une séance, dix d'au moins quatre et neuf de cinq séances, soit un total de cinquante trois séances. Concernant la participation, deux cent quinze personnes au minimum ont suivi au moins une séance, mais seulement 50%

de l'effectif initial a suivi l'information jusqu'à la fin des séances. L'évaluation a été faite à partir d'un questionnaire sur les habitudes alimentaires distribué lors de la première et de la dernière séance en partenariat avec le pôle gériatrique du centre hospitalier. Les résultats montrent une augmentation de la consommation de produits laitiers, de viandes, poissons, œufs et de fruits et légumes. Il n'y a pas de modifications notables pour la consommation de féculents. Par ailleurs, il y a une augmentation du temps passé à préparer le repas et à le consommer et une légère augmentation de la fréquence de l'exercice physique mais pas de sa durée.

L'avantage de ce programme est qu'au travers des séances, une dynamique positive sur l'alimentation a été recréée. Il y a cependant des points faibles à noter. Ainsi, l'adhésion préalable d'un club repose presque exclusivement, la plupart du temps, sur l'intérêt que porte le président du club et manque de structures adaptées aux personnes âgées pour encourager l'activité physique.

Conclusion : Lorsque les enfants sont ciblés pour l'augmentation de l'activité physique, les meilleures stratégies consistent à mettre en place des activités physiques supplémentaires (comme le montrent de nombreux projets), mais également une éducation nutritionnelle lorsqu'elle est possible. En effet, un projet montre que les heures de sport obligatoires qui sont proposées dans les collèges par exemple ne sont pas suffisantes pour des bienfaits sur la santé des enfants. Les activités supplémentaires proposées peuvent avoir lieu le samedi par exemple et pendant les vacances scolaires. Il est également intéressant lorsque cela est possible de faire participer les parents, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants déjà concernés par un problème de surpoids, en les invitant à des séances d'information nutritionnelle. Il est nécessaire de faire participer les professeurs d'éducation physique et sportive, les éducateurs et de privilégier le plaisir à la recherche de performances. Il est, en outre, important de leur donner confiance en leur capacité à pratiquer l'activité physique.

Au total

Pour les 3-11 ans et les 12-18 ans, les actions se font majoritairement dans les établissements scolaires. Elles impliquent généralement à la fois, les enseignants, la médecine scolaire, les parents et le personnel de la restauration scolaire. Les actions montrant une évolution des comportements dans le sens voulu agissent donc à la fois sur la demande par une sensibilisation à l'équilibre alimentaire et l'offre. De plus, pour lutter contre le surpoids et l'obésité, les meilleures stratégies consistent à proposer des activités physiques supplémentaires pendant, et mieux encore en dehors de l'année scolaire en privilégiant toujours le plaisir à la compétition.

Pour les personnes défavorisées, dont les actions se déroulent principalement dans les établissements sociaux, les meilleures stratégies impliquent la formation des bénévoles à l'éducation alimentaire par des diététiciennes. De plus, le réajustement des choix alimentaires sous forme de paniers alimentaires et de libre service et des conseils personnalisés sont avantageux.

De façon générale, les difficultés rencontrées par les promoteurs des projets peuvent être liées à des moyens humains (au nombre de bénévoles par exemple), matériels (disponibilité de locaux) ou financiers. La brièveté de l'action peut également expliquer l'échec de certains projets. En outre, le problème peut être dû à la nature même du public ciblé : les personnes défavorisées sont généralement confrontées à beaucoup de difficultés (logement, solitude...), et ne se sentent pas concernées par l'équilibre alimentaire. L'influence des bénévoles et de la diététicienne, et leur motivation sont alors indispensables pour tenter de les sensibiliser.

Annexe 4 :

**Liste des programmes du réseau de prévention
et de promotion de la santé de la mutualité
française par année**

- Année 2001

intitulé du programme	union régionale départementale
« Vive le p'tit déj »	Martinique
RSS : Logements Sociaux « Atelier Nutrition-Santé »	région Midi-Pyrénées
Programme réseau Ville Santé OMS Programme A table	UD 66- Pyrénées orientales – région Languedoc Roussillon
« Bien manger pour pas cher »	UD 974-la Réunion
« Sourire Demain »	UD 974- la Réunion
La Nutrition dans le Tarn-et-Garonne	UD 82-Tarn-et-Garonne région Midi Pyrénées

- Année 2002

intitulé du programme	union régionale départementale
Bien se nourrir : un atout pour la santé	41-Loir et Cher-région Centre
Diabète (action pluriannuelle)	58- Nièvre- région Bourgogne
La nutrition en Tarn et Garonne	82- Tarn-et-Garonne-région Midi Pyrénées
Projet « ateliers cuisine »	83- Var- région PACA
Prévention et dépistage du diabète de type 2	84- Vaucluse- région PACA
Cuisine pédagogique et rencontres thématiques au Fjt Varlin	87- Haute-vienne- région Limousin
Alimentation au Cantou de Condat-sur-Vienne	87- Haute-vienne- région Limousin
Hygiène alimentaire	89- Yonne-région Bourgogne
Prévention du diabète : « bien manger pour pas cher »	Réunion-974
Alimentation des jeunes : « sourire demain »	974- la Réunion.
Vive le p'tit déj	972- la Martinique
Prévention diabète	89-Yonne-région Bourgogne
Prévention du diabète en entreprise	89-Yonne-région Bourgogne
Prévention des maladies cardio-vasculaires en Moselle	57-Moselle-région Lorraine

- Année 2003

intitulé du programme	union régionale départementale
Alimentation – développement d'un programme de lutte contre l'obésité	UR Bretagne
Valorisation de l'activité régionale de promotion de la santé, dans le cadre de l'organisation du congrès de la mutualité française à Toulouse en juin 2003 campagne d'éducation nutritionnelle en milieu scolaire, toujours dans ce même contexte	UR Midi-Pyrénées
Nutrition santé	03-Allier-région Auvergne
Ateliers nutrition	12- Aveyron-région Midi-Pyrénées
Le réseau médical Avie santé – formation des membres du réseau 2003	19- Corrèze- Région Limousin
Alimentation : mise en place d'ateliers d'éducation nutritionnelle auprès de publics spécifiques	29- Finistère-Bretagne

Nutrition santé : prévention de l'obésité chez l'enfant – actions en faveur des collègues attitudes et pratiques	31- Haute-Garonne- région Midi- Pyrénées (3 fiches)
Programme d'éducation nutritionnelle et de prévention du diabète de type 2 et de l'obésité	34- Hérault-région Languedoc Roussillon
Projet nutrition santé	41- Loir-et-Cher- Région Centre
Précarité, alimentation et cancers	43- Haute-Loire-région Auvergne
« Bien se nourrir, un atout pour la santé » programme d'actions à l'attention des agents de la poste et de France Télécom	57- Moselle- Région Lorraine
Programme nutrition santé	66- Pyrénées Orientales- région Languedoc Roussillon
La nutrition en Tarn-et-Garonne	82- Tarn-et-Garonne Région Midi Pyrénées
Apprentissage alimentaire des hommes en situation de précarité : projet PNNS	83 – Var-Région PACA
Vive le p'tit déj	972-Martinique
Alimentation des jeunes : « sourire demain »	974- La Réunion
« Bien manger pour prévenir son capital santé »	46-Lot-Région Midi Pyrénées
L'équilibre alimentaire au sein d'une épicerie sociale (fiche lutte contre les inégalités)	37- Indre-et-Loire-Région Centre
L'équilibre alimentaire au sein d'une épicerie sociale (fiche lutte contre les inégalités)	37- Indre-et-Loire-Région Centre
Diabète programme pluriannuel 2002-2004 (2 ^{ème} année du programme)	58-Nièvre- Bourgogne
Prévention et dépistage du diabète de type 2	84-Vaucluse-PACA
Prévention du diabète	89-Yonne-Bourgogne
Prévention du diabète et éducation nutritionnelle du diabétique	974-La Réunion
Alimentation : programme de prévention et d'éducation du patient	56-Mobihan-Région Bretagne

- Année 2004

intitulé du programme	union départementale ou régionale
La nutrition des populations dites précaires	UR Auvergne
Nutrition – alimentation- diabète	UR Bourgogne
Alimentation	UR Bretagne
Nutrition santé	UR Ile de France
Nutrition : la santé dans son assiette	UR Alsace
« Mal être et dépendances »	UR Languedoc-Roussillon
Education du patient	34-Hérault-région Midi-Pyrénées
Nutrition	UR Midi-Pyrénées
Alimentation-nutrition	65-Hautes-Pyrénées-région Midi- Pyrénées
Alimentation nutrition	82-Tarn-et-Garonne

Atelier nutrition pour les personnes âgées	31-Haute Garonne
Alimentation nutrition	31-Haute Garonne
Programme régional nutrition Education nutritionnelle dans les écoles	46-Lot
Nutrition des personnes âgées Programme nutrition alimentation et santé	12 Aveyron
Ateliers nutrition bien manger au quotidien programme nutrition alimentation et santé	12 Aveyron
Alimentation des enfants Programme nutrition alimentation et santé	12 Aveyron
Nutrition : forum nutrition, sport et santé, bien vieillir	Ur Poitou-Charentes
Action/forum nutrition PRN	17 Charente maritime
Nutrition santé – étude action	UR Haute Normandie
Action nutrition auprès des élèves du second degré	76 Seine Maritime
Etude action nutrition a l'école	27 Eure
Eude action nutrition a l'école	76 Seine maritime
Prévention et dépistage du diabète de type II	22 Côtes d'Armor
Projet alimentation dans un collège	22 Côtes d'Armor
Ensemble au Val vert	43 Haute Loire
Apprentissages alimentaires des hommes en situation de précarité PNNS	83 Var
Prévention du diabète de type 2 : atelier nutrition	84 Vaucluse
Diabète	58 Nièvre
Conférence sur l'alimentation des seniors	58 Nièvre
Nutrition santé	03 Allier
Rallye santé	63 Puy de dôme
Santé communautaire	22 Côtes d'Armor
Actions locales et mutuelles	04 Alpes de Haute Provence
Action avec les mutuelles	06 Alpes maritimes
Conseil en méthodologie des mutuelles	13 Bouches du Rhône
Nutrition (plusieurs actions)	Ur Centre
Programme Nutrition Santé	45 Loiret
Actions en lien avec les mutuelles et/ou les réalisations sanitaires et sociales Nutrition des personnes âgées	37 Indre et Loire
Alimentation et bien-être	972 Martinique

Annexe 5:

**Extrait du Rapport de l'Office Parlementaire
d'Evaluation des Politiques de Santé du Sénat
(Rapport d'information n°8 (2005-2006) de
M. Gérard DÉRIOT)**

**fait au nom de l'Office d'évaluation des politiques de santé,
déposé le 5 octobre 2005**

**Obésité : Bilan et évaluation des programmes de
prévention et de prise en charge**

Extrait du Rapport de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé du Sénat (Rapport d'information n° 8 (2005-2006) de M. Gérard DÉRIOT, fait au nom de l'Office d'évaluation des politiques de santé, déposé le 5 octobre 2005)

Obésité : Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge **Chapitre n°6**

PROGRAMMES ET ACTIONS DE PRÉVENTION EN FRANCE

La question du bilan-évaluation des stratégies, programmes et actions de prévention de l'obésité renvoie essentiellement à l'évaluation du Programme national nutrition santé (PNNS), dont le champ est plus large, et nécessite d'indiquer certaines limites : une évaluation du PNNS est prévue en 2006, délai plus compatible avec le temps nécessaire à la collecte de données de l'enquête INCA2-ENNS menée par l'Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen) de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) et les travaux de synthèse de la Direction générale de la santé (DGS) en 2005. L'évaluation de la loi de santé publique de 2004 doit être effectuée en 2008. Une remise en perspective plus globale, et plus pertinente compte tenu de l'importance du facteur temps sur les thématiques nutrition-obésité, pourra alors être réalisée. Néanmoins, certains enseignements peuvent déjà être tirés de la mise en oeuvre du PNNS. La présentation ci-dessous est donc plutôt un éclairage, un bilan d'étape.

Nutrition et prévention de l'obésité, priorité de santé publique depuis 2001

La prévention par la nutrition fait l'objet d'une politique volontariste de santé publique depuis le lancement, en janvier 2001, par le ministère de la santé, du PNNS, programme comprenant des actions de prévention et de prise en charge avec des objectifs à atteindre et un calendrier précis. L'objectif général du programme est d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Les objectifs prioritaires du PNNS participent à la lutte contre l'obésité (augmentation de la consommation de fruits et légumes, augmentation de l'activité physique...).

L'objectif n°8 vise directement la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité de 20 % chez les adultes et l'interruption de l'augmentation, particulièrement élevée au cours des dernières années, de la prévalence de l'obésité chez les enfants.

La décision française peut être estimée relativement tardive, par rapport au cri d'alarme lancé par l'OMS lors de la conférence internationale sur la nutrition en décembre 1992 à Rome. Plusieurs raisons expliquent ce délai à agir.

Dans un contexte marqué plutôt par le souci d'éliminer les « carences nutritionnelles », la faiblesse du système national d'alerte et de surveillance sanitaire, le caractère incomplet des connaissances, le sentiment de protection offert par notre art culinaire et le « *french paradox* » ont occulté l'épidémie d'obésité. De surcroît, la nutrition, discipline mal implantée et peu reconnue dans le système de soins, dépasse largement, de par ses enjeux, les compétences du seul ministère chargé de la santé. Sur un thème peu mobilisateur dans la population, la mise en oeuvre d'une politique de prévention pouvait enfin soulever de nombreuses questions, notamment éthiques et méthodologiques.

Avancées significatives

Quatre ans après le lancement du PNNS, cette thématique de l'obésité encore peu partagée en 2001 hors des cercles d'experts est devenue un sujet majeur de société et de débats. La légitimité d'une politique publique relative à la nutrition et à l'obésité ne pose plus question.

Le PNNS a très certainement beaucoup contribué à cette évolution, sans que cette contribution puisse être précisément mesurée. Depuis son lancement, des avancées substantielles sont constatées dans la déclinaison des stratégies, programmes et actions, tant au niveau national que local.

Cadrage national

Le cadrage national a été donné par un ensemble de lois, de réglementations et de lignes directrices assorties de financements et d'opérations de mobilisation.

Loi, réglementation et lignes directrices

Le comité de pilotage permanent, interministériel, du PNNS constitue une instance essentielle assurant le lancement des actions, le cadrage, le suivi, et, si nécessaire, l'alerte des pouvoirs publics. La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique a confirmé au plan législatif la pertinence du PNNS. Les objectifs du PNNS sont très largement repris dans le rapport annexé à la loi fixant 100 objectifs de santé publique pour la période 2004-2008. L'objectif n°5 concerne la réduction de la prévalence de l'obésité chez les adultes et il comprend une mesure quantifiée des résultats (passer d'une population adulte en surpoids ou obèse de 42 % en 2003 à 33 % en 2008). L'objectif n°12 maintient l'ambition d'interrompre la croissance du surpoids et de l'obésité chez les enfants.

La cohérence de la politique publique est assurée, le PNNS 2001-2005 est, *de facto*, légitimé et prolongé jusqu'en 2008 ; les impératifs essentiels de continuité dans l'action et de durée sont pris en compte.

En outre, la loi de santé publique innove en posant, pour la première fois, un cadre limitatif à certains aspects de l'offre alimentaire : obligation d'une information sanitaire pour les messages publicitaires et la promotion des boissons sucrées et des produits alimentaires manufacturés (article 29), interdiction des distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants accessibles aux élèves à compter du 1^{er} septembre 2005 (article 30). Il s'agit d'une avancée considérable dans la stratégie de lutte contre l'obésité : la pluralité des facteurs concourant à l'épidémie nécessite en effet des réponses sur tous les axes, y compris ceux dont les enjeux dépassent le seul champ sanitaire. Le dépôt, en avril 2005, d'une proposition de loi n°2191 « Agir contre l'obésité » à l'Assemblée nationale, confirme la prise de conscience au plus haut niveau des enjeux de santé publique.

La période 2001-2004 a été marquée par une importante activité réglementaire avec plusieurs circulaires du ministère de la santé, par exemple sur l'alimentation et la nutrition dans les établissements de santé, l'inscription de la thématique nutrition dans les programmes d'actions prioritaires pour les populations sensibles, l'arrêté du 27 avril 2004 sur les conditions d'utilisation à titre expérimental de la marque « PNNS » ou « logo ». Au ministère de l'Éducation nationale, plusieurs circulaires sur cette thématique jusqu'alors peu explorée (hors les aspects sécurité sanitaire) ont été diffusées durant cette période, par exemple sur la composition des repas servis en restauration scolaire (2001), sur la collation matinale (2004) servie à l'école. Cette activité réglementaire s'est elle-même appuyée sur les travaux d'instances reconnues : recommandations de la Société française de pédiatrie (2003), avis de l'Afssa (2004), de l'Anaes (2002), du CNA (2004), expertise Inserm (2000), résolutions et propositions des instances européennes...

Aspects budgétaires

Le PNNS a bénéficié à partir de 2001 de financements du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS de la Cnamts) au travers de l'Institut national pour l'éducation à la santé (Inpes) et, à partir de 2002, de dotations inscrites au budget de l'État dont une partie est déconcentrée aux Directions régionales des affaires sanitaires et

sociales (Drass). Le tableau 6.I est une évaluation des dépenses réalisées de 2001 à 2004 par ces trois institutions sur les lignes budgétaires identifiées « Prévention par la nutrition ».

Tableau 6.I : Dépenses en millions d'euros pour la prévention nutritionnelle

	2001	2002	2003	2004
Ministère de la Santé		2,6	2,7	3,3
FNPEIS	5,0	4,0	6,0	4,6
CFES-INPES	4,5	3,7	4,3	8,2
Total	9,5	10,3	13,0	16,1

La question des dépenses suscite plusieurs remarques : l'effort financier initial du ministère de la santé a été important comparativement aux autres programmes de santé publique (hors plan cancer). Pour les trois budgets globalisés, sur la période 2001-2004, la croissance continue des dépenses est certaine, notamment en 2004.

Les dépenses réalisées sur l'ensemble du territoire pour la prévention par la nutrition sont beaucoup plus importantes que celles retracées par les budgets des trois institutions supra. On peut citer les efforts financiers d'autres secteurs :

- les financements d'actions et dépenses de personnels d'autres ministères et organismes (recherche, éducation nationale, agriculture, Inserm, Afssa, Inra...) ;
- les financements des collectivités territoriales, qui peuvent être substantiels. Ainsi, en 2002, la Drass du Nord-Pas-de-Calais, région très engagée sur la thématique, estimait que pour 1 euro dépensé par l'État, la dépense totale était de 4 euros, grâce à l'engagement des autres partenaires locaux ;
- plusieurs dispositifs mis en place par l'État consacrent une part, non identifiée, de leurs crédits à des actions de prévention par la nutrition : par exemple, le plan cancer, les programmes régionaux de santé, les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps)...
- le secteur hospitalier, le secteur libéral et les réseaux de soins.

Au sein des différents financements consacrés à la prévention par la nutrition, les dépenses effectuées spécifiquement pour la prévention de l'obésité ne sont pas individualisées, si tant est qu'elles puissent l'être.

Au total, deux constats peuvent cependant être formulés :

- malgré un engagement de l'État qui reste constant sur la période 2001-2004, la croissance globale des dépenses en faveur de la prévention par la nutrition est certaine ;
- les dépenses publiques ont un effet de levier suscitant la mobilisation financière des autres partenaires.

Communication, éducation, information du public et des professionnels

Les crédits budgétaires nationaux ont notamment permis de mener deux types d'actions complémentaires, d'une part auprès de la population, d'autre part auprès des professionnels. L'ensemble des partenaires engagés dans le PNNS y ont contribué, selon leurs compétences.

Outre les campagnes d'information nationale (consommation de fruits et légumes), plusieurs guides sur la nutrition, certains généraux (« la santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous ») ou plus ciblés (parents d'enfants et d'adolescents, adolescents, activité physique...), ont été élaborés et ont bénéficié d'une large diffusion. Chaque guide d'information est accompagné d'une version spécifiquement destinée aux professionnels de santé. Les professionnels de santé et du secteur social ont été également destinataires d'outils

adaptés à leurs pratiques (par exemple, disque de calcul de l'indice de masse corporelle, modules de formation, collection de fascicules « les synthèses du PNNS »). Tous les outils développés et diffusés ont été élaborés selon des méthodologies rigoureuses, élaborées par des institutions et des experts scientifiques reconnus, ce qui constitue une force du PNNS.

Le site Internet du PNNS a été créé par le ministère de la santé et constitue un lieu de synthèse des actions engagées et de mutualisation potentielle des expériences. Le site de l'Inpes propose aux acteurs concernés des références et des outils pratiques. Le site Eduscol de l'éducation nationale s'adresse principalement aux professionnels de la restauration scolaire.

La demande croissante émanant des élus a conduit à l'élaboration d'outils adaptés pour les acteurs municipaux (guide à l'usage des élus et techniciens municipaux), d'engagements spécifiques (charte « villes actives du PNNS », en lien avec l'association des maires de France), de soutien aux échanges intercommunaux notamment par le biais du réseau français des villes santé de l'OMS, de subventions à divers projets nutrition menés sous l'égide de municipalités tandis que des projets précis étaient également développés par des acteurs privés avec quelques villes (programme « Ensemble, prévenons l'obésité des enfants », Epoque).

Travaux de fond

Au niveau national ont été également engagés, avec des acteurs multiples - acteurs économiques, consommateurs, collectivités territoriales, associations, autres ministères - de nombreux travaux de réflexion, préalables à des actions peu médiatiques mais aussi variées que la refonte des manuels scolaires sur les aspects nutritionnels, la mise en place du logo, la mobilisation des sociétés savantes... Parallèlement, l'Usen a poursuivi la mise en place d'un système national de surveillance épidémiologique. On peut signaler également le recensement des principales études et enquêtes réalisées en France au cours des 5 dernières années et collectant les données dans le domaine de la nutrition (Usen, InVS, Cnamts...).

Mobilisation des acteurs locaux

La mobilisation des acteurs locaux s'exprime à travers les déclinaisons régionales du PNNS, la définition de priorités, l'élaboration d'outils et de partage d'expériences.

Déclinaisons régionales du PNNS

La circulaire de la DGS relative à la mise en oeuvre du PNNS date du 9 janvier 2002. Pour l'avenir, la loi de santé publique doit conduire à la prise en compte de la nutrition par les plans régionaux de santé publique.

À compter de janvier 2002, les Drass ont pu s'investir concrètement, en nommant un coordinateur régional (médecin hospitalier, directeur de comité départemental d'éducation à la santé ou Codes, médecin inspecteur de santé publique ou Misp...) et en constituant leur comité technique régional nutrition-santé. Ces comités ont le plus souvent, dans les quatre régions sous revue (Franche-Comté, Haute-Normandie, Lorraine, Poitou-Charentes), constitué des groupes de travail thématiques (par exemple, prévention universelle, information-communication auprès du public, dépistage et prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, restauration collective, établissements de santé-comité de liaison alimentation-nutrition ou Clan...).

Etat des lieux et priorités

Le premier travail du comité technique régional nutrition-santé a été de procéder à un état des lieux, selon les préconisations de la circulaire DGS. Cet état des lieux a pris des formes variées, selon les ressources locales disponibles (équipes et travaux de l'Observatoire régional de santé, du Centre hospitalier universitaire...) et les centres d'intérêt des membres du comité :

synthèse des références régionales en matière de mesure de la prévalence du surpoids et de l'obésité, recensement des actions financées, des acteurs impliqués, des publics cibles, recensement de l'offre de soins en nutrition, de l'offre de formation, constitution d'un répertoire des acteurs et des ressources... L'objectif d'une meilleure connaissance de la situation existante a conduit certains comités à diligenter des enquêtes, parfois lourdes, par exemple pour mieux appréhender la situation dans l'ensemble des établissements scolaires de la région, le comportement alimentaire des collégiens et lycéens, la dénutrition à l'hôpital ou encore la mise en place des comités de liaison alimentation-nutrition (Clan) à l'hôpital.

Les recensements des actions financées auxquels certaines régions ont procédé montrent, sur une période brève (2001 à 2003), l'émergence de dynamiques régionales, avec l'implication d'acteurs multiples (Education nationale, villes, associations, Assurance-maladie...), la multiplication du nombre d'actions, généralement de proximité, et la priorité accordée à certains publics, le milieu scolaire (enfants-élèves) et des populations cibles du PNNS (personnes en situation de précarité, femmes enceintes...). Ces recensements constituent un indicateur important du rôle d'impulsion du PNNS, ce rôle étant illustré notamment par les appels d'offre organisés à partir de 2002, au niveau national d'abord puis au niveau local.

Les travaux préliminaires des comités ont nécessité du temps mais se sont avérés indispensables pour leur permettre d'arrêter et d'argumenter leurs priorités, nécessairement sélectives vu l'ampleur du champ. Les déclinaisons régionales ont ainsi été prêtes courant et fin 2003, voire début 2004.

Compte tenu des contenus variés des états des lieux, les priorités des quatre régions sont diverses. Néanmoins, des constantes peuvent être relevées : les axes du PNNS n°1 (informer, éduquer, orienter), n°2 (prévenir, dépister, prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins) et n°6 (engager des mesures et des actions de santé publique destinées à des groupes spécifiques) sont présents dans les priorités régionales. L'axe n°3 (favoriser l'implication des consommateurs et des professionnels de la filière agro-alimentaire) n'est que faiblement mis en oeuvre, la mobilisation des professionnels n'étant pas toujours évidente. L'axe n°4 (mettre en place un système de surveillance de la consommation alimentaire et de la situation nutritionnelle de la population) est complexe à mettre en oeuvre et semble plutôt considéré comme relevant du niveau national. Quant à l'axe n°5 (développer la recherche en nutrition humaine), il revient presque exclusivement au niveau national, sauf lorsque des ressources locales compétentes et motivées (organismes de recherche, CHU) sont disponibles.

Méthode et outils

Sur le plan méthodologique, certains comités se sont montrés très rigoureux dans la définition de leurs actions concernant les points suivants : objectif, état des lieux, descriptif de l'action, bénéficiaires, calendrier et échéancier, mise en oeuvre et suivi, indicateurs d'évaluation, budget, valorisation-communication, perspectives.

Les travaux effectués par les comités régionaux, d'abord pour dresser l'état des lieux puis pour décliner de façon opérationnelle leurs priorités, les ont conduit à mettre en place des outils. Par exemple, à la suite de son enquête sur l'alimentation en milieu scolaire, un comité a diffusé à tous les établissements ayant participé ainsi qu'aux élus, outre les résultats de l'enquête, une fiche sur les distributions alimentaires (organisation de la restauration, environnement du repas, choix des boissons, distribution d'aliments hors repas) en milieu scolaire. Une autre région, après une enquête sur la dénutrition en institution, a rédigé un guide de dépistage et de prévention pour les établissements de santé et d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ailleurs, ont été mis au point un protocole de suivi pour les enfants dépistés, un guide pour les établissements pour personnes âgées et un outil pédagogique...

Enfin, un dernier aspect positif dans la mise en place des déclinaisons régionales est la démarche adoptée par les Drass et les coordinateurs. Elle se caractérise par une méthode participative de mobilisation des acteurs régionaux autour du PNNS, la transparence, le temps pris pour construire et permettre l'appropriation, le souci de réalisme dans les choix et de continuité dans le temps.

Partage d'expériences

Plusieurs initiatives au niveau national ont permis de sensibiliser ou de réunir les acteurs locaux, comme les journées de sensibilisation destinées aux décideurs locaux organisées à partir de mai 2002 et le colloque PNNS de novembre 2004. Ce dernier a été particulièrement riche, permettant de présenter des actions exemplaires.

Actions innovantes

En 2002, la DGS a mis en place une procédure nationale d'appel à projets. En 2003, la déconcentration de 70 % des crédits a offert des possibilités d'actions au niveau local, les Drass filtrant dorénavant les projets candidats au niveau national. À partir de 2005, tous les fonds (Etat, Caisse nationale d'assurance maladie, Cnam/FNPEIS) étant régionalisés, les projets nutrition sont sélectionnés par un comité régional mixte État-Assurance maladie qui préfigure le futur « Groupement régional de santé publique » (GRSP). Le nombre de projets financés au niveau national est respectivement de 41, 45 et 65 pour les années 2002, 2003, 2004. Quant au nombre de candidatures, il a doublé ou triplé.

Fleurbaix Laventie Ville Santé

Certains projets innovants et anciens bénéficient d'une forte notoriété : c'est le cas notamment du premier programme lancé en France en 1992, « Fleurbaix Laventie Ville Santé » (deux communes voisines de 6 000 habitants du Pas-de-Calais). Ce programme se distingue par sa durée, son souci de la proximité, son encadrement scientifique et méthodologique, son approche globale et son ampleur, mobilisant à la fois la population (parents et enfants) et l'ensemble des acteurs de proximité susceptibles de jouer un rôle (enseignants, médecins des communes, élus...). Les résultats du programme sont déclinés sur de nombreux axes faisant l'objet de recherches ; un des résultats remarquables est, sur 10 ans, l'arrêt de l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants des deux communes alors que cette prévalence était dans le même temps multipliée par près de 2 et 3 respectivement pour les jeunes garçons et filles de la région Nord-Pas-de-Calais.

D'autres projets bénéficient d'un moindre écho ; leur caractère novateur, l'existence d'une véritable évaluation et de résultats méritent d'en citer quelques-uns pour illustrer les dynamiques locales.

Projet Santal : santé - alimentation et activité physique en milieu professionnel

Le programme Santal, développé par le site PSA Peugeot Citroën de Rennes est la seule action réalisée par une entreprise privée à avoir bénéficié d'une subvention de l'État au titre du PNNS. Le projet est piloté par le service médical de l'entreprise et bénéficie du concours du prestataire de restauration du site et de la première mutuelle souscrite par les salariés.

Le programme présente plusieurs caractéristiques :

- il s'inscrit dans une démarche globale sur le site, plus ancienne, de prévention et d'éducation à la santé (alcool, psychotropes, grippe, migraine...)
- une étude médicale interne a montré que les salariés n'étaient pas épargnés par les phénomènes de surpoids et d'obésité, et explique la prise de conscience et le choix de la thématique ;
- il est unique par son échelle en France, s'adressant aux 10 000 salariés du site et il bénéficie d'un engagement dans la durée (démarrage en 2002) ;

· il décline plusieurs types d'actions complémentaires et affiche des résultats encourageants. Santal vise d'abord à offrir aux salariés la possibilité d'effectuer des bilans nutritionnels pour bénéficier de conseils personnalisés : visite médicale par le médecin de l'entreprise puis orientation vers une diététicienne, et, si nécessaire, « *coaching* » et suivi adaptés à l'évaluation du risque et de l'urgence de la prise en charge.

Parallèlement à l'accompagnement personnalisé, l'ensemble des personnels et de leurs familles est sensibilisé à l'importance de l'équilibre nutritionnel (diffusion de plaquettes d'information, campagnes thématiques sur certaines classes d'aliments dont le PNNS constate l'insuffisante consommation en France, adéquation entre les campagnes d'information, la signalétique et l'offre alimentaire sur place, élargissement de l'offre en eau se substituant aux sodas...). Les personnels de la restauration (87 personnes) du site ont été formés, pour pouvoir mieux conseiller les salariés à l'équilibre nutritionnel. Enfin, des actions de sensibilisation et de facilitation de la pratique d'une activité sportive ont été menées.

En termes de résultats, les 88 salariés suivis régulièrement en 2004 par la diététicienne ont, très majoritairement (84 %), perdu du poids. L'impact des actions générales d'information et d'éducation nécessitera davantage de recul pour être évalué. D'ores et déjà, les enquêtes de satisfaction et de mesure des taux de consommation de produits proposés par la restauration d'entreprise montrent l'adhésion des salariés et l'augmentation du choix de certains produits (légumes, poissons).

Au-delà de ses résultats propres, un intérêt majeur de Santal est de montrer que l'entreprise, lieu encore peu investi dans la thématique nutrition, peut constituer un lieu privilégié de sensibilisation des salariés et d'action dans la durée, si sont respectées certaines conditions (engagement de la direction, du service médical et de ses partenaires, cadrage rigoureux, complémentarité des actions, évaluation prévue...).

Projet du Val-de-Marne

Le projet Val-de-Marne, antérieur au PNNS, a pour origine une étude sur le lien éventuel entre la fréquentation de la restauration scolaire et la situation de précarité financière des familles. Le constat, inattendu, fut celui d'un niveau d'obésité important chez les jeunes de 10 à 18 ans et de liens, déjà observés, entre surpoids et précarité. Le Conseil général, initiateur et pilote, a engagé, avec les professionnels de la santé, de l'éducation et du sport et leurs institutions, deux programmes de prévention primaire, l'un visant à « faire des adolescents des consommateurs avertis », l'autre, mené dans le même temps et en cohérence, à améliorer la politique nutritionnelle dans les établissements (collèges). Le programme est complété par un volet de dépistage et de prise en charge des enfants obèses, qui est présenté brièvement ci-dessous.

« Prévention obésité 94 » est un programme qui s'adresse aux jeunes déjà en surpoids, dépistés dans l'ensemble des classes de 5^e du département depuis 2002 (2 261 élèves). Les données de départ après dépistage en 5^e sont de 22 % de jeunes ayant un poids excessif (17 % en surpoids et 7 % obèses). Les données sont d'autant plus élevées que les jeunes sont scolarisés en zone d'éducation prioritaire.

En 2003, le programme s'est enrichi d'une prise en charge collective, hors collège, sous la forme d'ateliers pratiques relevant de l'éducation thérapeutique, accessibles aux jeunes collégiens dépistés comme aux jeunes patients des médecins traitants.

Les objectifs de prise en charge s'articulent autour de deux idées centrales :

- permettre à un enfant en surpoids de retrouver des repères nutritionnels et des activités physiques, ce qui implique une démarche éducative et l'adhésion de l'enfant ;
- repérer et traiter les comorbidités associées, ce qui suppose une demande de soins de la part de l'enfant et une réponse médicale adaptée.

Les effets des ateliers pratiques, hors collège, la prise en charge thérapeutique et éducative des jeunes en surpoids sont en cours d'évaluation. D'ores et déjà, ils semblent répondre

particulièrement aux problèmes de l'obésité dans les familles dont l'environnement est difficile et à la souffrance psychologique des jeunes en surpoids.

Les principaux résultats obtenus dans les collèges concernés peuvent être résumés de la façon suivante :

- peu de jeunes refusent la proposition d'aide (8 %) ; la majorité (78 %) des jeunes ayant accepté la proposition de prise en charge ont construit un programme de changement ;
- à l'issue d'un suivi de six mois au collège, il apparaît que changer son alimentation a été plus facile que réduire sa sédentarité ;
- le recours au médecin traitant est faible (35 %) mais lié à des souffrances avérées ;
- 8 jeunes sur 10 se sont sentis motivés et/ou aidés par le programme. En fin d'année, si 5 % des jeunes initialement en surpoids ont franchi le seuil de l'obésité, 19 % n'ont plus de surpoids et 30 % des jeunes initialement obèses ont ramené leur corpulence à un simple surpoids.

Outre son échelle qui est le département, l'approche générale du Val-de-Marne se caractérise par une prise en charge, d'abord éducative et, quand les besoins le nécessitent, médicale, la mobilisation de réseaux paramédicaux et éducatifs et la prise en compte des aspects individuels (l'adolescent, ses parents) et collectifs (les pairs).

Icaps

Icaps (intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité), est une étude de prévention primaire initiée en 2002 dans le Bas-Rhin (Université Louis Pasteur, Strasbourg). Elle présente plusieurs spécificités, en raison d'une forte articulation entre les aspects recherche, santé publique et action éducative :

- elle part du constat que l'alimentation, dont le rôle est incontestable, n'est pas le seul déterminant de l'état de santé et du poids, et que l'activité physique joue également un rôle, néanmoins mal évalué. Dès lors, l'objectif d'Icaps est d'établir la relation causale la plus simple possible, en se concentrant sur ce seul déterminant ;
- Icaps fait le choix d'un groupe « témoin » : les 1 000 collégiens de 6^e concernés par l'étude sont répartis en 2 groupes. Ceux du groupe « témoin », soit la moitié, conservent leur rythme d'activité physique habituel. Pour ceux du groupe « action », une stratégie ciblant différents niveaux d'intervention est développée afin de modifier les connaissances, les représentations et les comportements en fournissant les conditions de pratique d'activité physique, grâce à un large partenariat avec les collectivités territoriales et le milieu éducatif.

Les premiers résultats, à 2 ans, montrent que les élèves ont augmenté leur activité physique de loisirs (87 % *versus* 62 % dans le groupe témoin), leur activité physique quotidienne (41 % *versus* 34 %), ont diminué leur comportement sédentaire (*versus* une augmentation de cette habitude pour le groupe « témoin »). Enfin, la proportion de collégiens présentant un excès de poids a été réduite de 21 % alors qu'elle continuait à croître dans le groupe « témoin », passant de 24 % à 28 %. L'effet favorable d'Icaps sur le poids s'accompagne d'une amélioration des facteurs de risque cardiovasculaire.

Allaitement maternel

Une autre action à mentionner, car cette thématique est encore peu explorée, est la promotion de l'allaitement maternel, lancée par le département du Rhône en 1996, en s'appuyant notamment sur les centres de protection maternelle et infantile (PMI) et le réseau ville-hôpital. Les premiers résultats montrent une augmentation de l'initiation des femmes à l'allaitement maternel (de 52,7 % en 1995 à 70 % en 2002).

Synthèse et perspectives

Ces quelques actions, emblématiques et exemplaires, ne peuvent cependant rendre compte de la réalité et de la portée des stratégies, programmes et actions. Le PNNS - et ses développements - a joué incontestablement un rôle important d'impulsion. Il a contribué à la

prise de conscience par la société du problème de santé publique que représente l'obésité. Il a permis de dépasser la question du « pourquoi agir ». En revanche, l'analyse de ses points faibles montre qu'il faut aujourd'hui adapter et faire évoluer les réponses, et s'attaquer à la question complexe du « comment faire ».

Sujets de préoccupations

Malgré les réserves méthodologiques signalées supra, un bilan-évaluation partiel des stratégies, programmes et actions menés en France peut être effectué à différents niveaux.

ObEpi : des constats alarmants

L'enquête épidémiologique ObEpi de 2003 ne saurait constituer une référence pour l'évaluation des objectifs relatifs à l'obésité dans la politique nutrition-santé, qui démarrerait à peine alors, mais ses résultats alarmants sont rappelés pour montrer l'urgence à agir.

ObEpi 2003 constate la poursuite de l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes : en 2003, 11,3 % des Français sont obèses (contre 8,2 % en 1997 et 9,6 % en 2000) et 30,3 % sont en surpoids. Le nombre de personnes présentant une obésité massive ou morbide double (de 0,3 % en 1997 à 0,6 %). La progression du surpoids et de l'obésité n'épargne aucune tranche d'âge, aucune catégorie socio-professionnelle, aucune région et aucune zone.

Les projections indiquent que si la même tendance persiste, la prévalence de l'obésité atteindra 15 % en 2010 et 20 % en 2020. La France aura alors rejoint la prévalence enregistrée aux États-Unis en 1990.

En dehors de l'enquête ObEpi, toutes les études localisées concernant les enfants montrent aussi une augmentation de la prévalence. Compte tenu de la situation relative aux adultes, l'effet « boule de neige » est à redouter, l'obésité des parents constituant un facteur de risque supplémentaire pour les enfants.

Faible lisibilité globale des actions locales

Si des actions exemplaires peuvent être mises en exergue, elles sont peu représentatives de l'ensemble des actions développées sur le terrain. La revue des programmes régionaux du PNNS dans quatre régions et des projets d'actions locales financés dans le cadre des appels d'offre nationaux montrent en effet certaines faiblesses récurrentes. L'évaluation des déclinaisons régionales ne peut se faire, pour les raisons explicitées, au regard des résultats (adéquation et/ou écarts par rapport aux objectifs de diminution de la prévalence). Elle porte donc sur l'élaboration des politiques régionales et leur déclinaison en actions.

Insuffisance du cadrage méthodologique et de la mutualisation

Cette insuffisance est patente à plusieurs niveaux. Elle peut d'abord être relevée pour l'état des lieux effectué par chaque région, préalable au choix des priorités. Le contenu de cet état des lieux ayant été laissé assez largement à l'appréciation locale par la circulaire de mise en oeuvre du PNNS, la variété des méthodes et constats en est la résultante logique. Cette variété se retrouve au niveau du choix des priorités.

Quand les régions ont choisi d'investir dans la recherche de références, en s'appuyant sur les ressources locales (observatoires régionaux de santé, centres hospitaliers universitaires...), pour disposer d'éléments pour l'évaluation future de leurs actions, ces références ne se sont pas toujours révélées exploitables pour des comparaisons avec la France ou les autres régions ou conformes aux « normes ». Si le souci des régions de disposer de références est légitime et est de nature à les motiver, la question de leur investissement en la matière doit être posée, compte tenu à la fois de l'existence d'enquêtes nationales pouvant fournir des données

régionales homogènes (comme ObEpi) et de l'utilisation la plus efficace de ressources non extensibles (moyens humains, statistiques...).

La même remarque peut s'appliquer au développement d'outils locaux. Les problématiques des actions étant le plus souvent partagées (comment développer tel type d'action, pour tel public, dans tel contexte...), un équilibre reste à trouver entre la multiplication actuelle des adaptations aux « spécificités » locales, la nécessaire appropriation par les acteurs de leurs instruments, et le souci d'une certaine efficacité et de moindre déperdition d'énergie.

Fragilité des dispositifs locaux peu institutionnalisés

L'impulsion puis la mise en oeuvre au niveau local sont le plus souvent fondées sur le volontariat et l'implication de quelques personnes motivées, ce qui rend les dispositifs fragiles et à la merci des mutations et autres vicissitudes. Cette fragilité est accrue par l'engagement très inégal des institutions en tant que telles (collectivité locale, Éducation nationale...), puisque là encore, ce sont généralement quelques personnes qui portent une institution (un maire, un recteur, un inspecteur d'académie, un directeur d'établissement...). Les cartographies établies par certaines Drass montrent bien le niveau très inégal d'engagements et d'actions selon les zones.

Emiettement des actions : une politique de santé publique ?

L'hétérogénéité de la couverture du territoire mise en évidence par la cartographie pose la question du sens d'une politique de santé qui couvre une part infime de la population. Hormis les actions nationales de communication du ministère chargé de la santé et de l'Inpes, destinées à l'ensemble de la population, la somme des publics concernés par des actions de proximité de prévention montrerait probablement un impact faible, voire dérisoire, sans rapport avec le niveau de prévalence du surpoids et de l'obésité.

S'agissant du dépistage de l'obésité et de la prise en charge éducative et médicale, le nombre de réseaux de soins reste très limité (4 en fonctionnement et 3 projets en cours) et sans aucune commune mesure avec les besoins de prise en charge. Ces réseaux connaissent souvent d'importantes difficultés de mise en place : financement, mobilisation aléatoire des médecins libéraux...

Ces constats posent des questions de stratégie globale, de généralisation des actions les plus efficaces et de la participation de vecteurs institutionnels.

Faiblesse de l'évaluation

La faiblesse de l'évaluation est relevée à plusieurs niveaux. L'absence de centralisation des actions locales au niveau régional puis national ne permet pas d'avoir une vision exhaustive des ressources publiques consacrées à la prévention par la nutrition et, partant, constitue un handicap pour procéder à une évaluation globale de la politique. La visibilité sur les crédits consacrés aux actions nutrition et, *a fortiori*, aux actions de prévention de l'obésité, fait totalement défaut, faute de lieu de remontée et de synthèse des données financières. Le service concerné à la DGS n'a objectivement pas les moyens de s'y consacrer.

L'absence d'évaluation rigoureuse de la plupart des actions constitue un handicap pour avancer sur la question du « comment faire bien ». Les projets d'actions financés ne présentent pas toujours la fiche devant développer les méthodes de l'évaluation. Quand cette fiche est remplie, elle renseigne majoritairement sur les activités menées, en quantité (nombre de personnes touchées, ayant suivi telle formation, nombre d'heures, de repas...), s'apparentant plutôt à un bilan ou à un rapport d'activité. Si ces indicateurs sont une information, ils ne permettent cependant de tirer aucune conclusion quant à l'adéquation des actions aux problèmes rencontrés. Certaines évaluations décrivent essentiellement les processus : comment les dispositifs, les actions ont-ils été mis en place, quels obstacles ont été rencontrés,

surmontés. Les informations sont généralement recueillies auprès des acteurs/professionnels. Ce type d'évaluation est utile car il permet d'améliorer et de faire évoluer les pratiques. Encore faut-il évaluer également si les objectifs ont été atteints, pour donner sens aux processus. Un autre type d'évaluation parfois proposée porte sur l'évolution des connaissances des personnes, la satisfaction des publics. Mais satisfaction et connaissance, certes nécessaires, ne sont cependant pas prédictifs d'une évolution des comportements. Encore trop peu d'actions s'engagent dans l'évaluation des modifications de comportement et dans les indicateurs médicaux (évolution de l'IMC par exemple) quand il apparaît que l'objectif réel est la réduction de l'obésité et du surpoids.

L'hétérogénéité des approches évaluatives, l'absence de référentiels et la réinvention par chaque équipe de sa méthode constituent des faiblesses importantes des actions locales, renvoyant en partie à une insuffisante définition des objectifs. Dans un contexte de moyens limités alloués à la recherche sur la thématique nutrition, des évaluations d'actions locales au cadrage renforcé et des « recherche-actions », pourraient constituer, sinon un substitut, du moins un complément utile. Enfin, l'existence d'évaluations solides serait un atout majeur pour les financeurs afin d'orienter l'allocation des ressources.

Engagements forts non tenus

Malgré les avancées significatives relevées, la mise en oeuvre du PNNS s'est traduite par des retards parfois substantiels (au niveau des campagnes de communication, de diffusion des brochures, de mise en place du logo...) par rapport au calendrier prévisionnel, ambitieux. Les aspects administratifs (interministérialité...) et budgétaires (gels de crédits, complexité des cofinancements...) n'y sont pas étrangers. L'évaluation du PNNS au niveau national ne peut, pas plus qu'au niveau régional, porter sur l'atteinte des objectifs ; elle est concentrée sur la mise en oeuvre de certains axes stratégiques (l'axe 4, relatif au développement de la surveillance épidémiologique et l'axe 5, relatif au développement de la recherche, sont traités par ailleurs).

L'axe 1, « Informer, éduquer, orienter » est celui qui a fait l'objet du plus fort investissement tant au niveau national (actions de communication) que locales (actions). Cette priorité est justifiée par son caractère « fondateur » par rapport aux actions à mener en aval. Sous réserve des lacunes et faiblesses relevées supra qui s'appliquent largement à cet axe, coeur des programmes déclinés localement, l'écart à l'axe théorique initial est vraisemblablement le plus faible.

Il en est de même en partie pour l'axe 6, « Engager des mesures et des actions destinées à des groupes spécifiques ». Les programmes régionaux, les actions locales financées au niveau national ont généralement privilégié cet axe, - pouvant être aussi développé dans les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins -, retenant comme publics d'une part les jeunes (parfois avec leurs familles), d'autre part certaines populations fragiles (différentes situations de précarité). L'hétérogénéité des publics visés est cependant de règle et l'émiettement des actions ne permet pas d'avoir une stratégie homogène et complète sur l'ensemble du territoire.

Le bilan de l'axe 2, « Prévenir, dépister, prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins », peut faire état de quelques avancées : celles-ci concernent essentiellement des outils et des recommandations pour aider les professionnels de santé dans leur pratique clinique. Mais des engagements programmés essentiels n'ont pas été exécutés : le rapport Krempf sur les fonctions et métiers de la nutrition afin d'adapter les formations et les prises en charge aux enjeux actuels n'a eu aucune suite ; le PNNS n'a donc guère eu d'incidences sur la formation des médecins, des personnels paramédicaux et des acteurs sociaux ; la facilitation de l'accès à la consultation de nutrition et de diététique à l'hôpital et dans les réseaux de soins n'est pratiquement pas réalisée, les créations de postes annoncées pour 2001-2005 ayant été

dérisoires (50/800 pour les diététiciens et 3/50 pour les professeurs hospitaliers, ces 3 postes étant dans les réseaux de soins dont le très faible développement a été signalé). Un des constats, outre l'impossibilité de prendre en charge des patients, est la démobilisation des CLAN et du milieu hospitalier. Ainsi se pérennise, dans un lieu qui présente l'atout d'être fortement structuré et susceptible de susciter des synergies, le système de la bonne volonté.

L'axe 3, « Favoriser l'implication des consommateurs et des professionnels de la filière agro-alimentaire », a fait l'objet, au plan local, d'initiatives éparses et ponctuelles et, au plan national, de quelques actions auprès des professionnels (par exemple, l'action concernant le sel auprès des artisans boulangers). Mais la question de l'offre alimentaire, et la communication sur cette offre, reste la question pendante majeure, que le logo PNNS, fondé sur le volontariat du secteur agro-alimentaire, ne peut seul résoudre.

En conclusion, les enjeux de la lutte contre l'obésité suggèrent deux pistes. La première porte sur la mise en oeuvre effective des dispositifs prévus et la correction des points faibles signalés, en privilégiant la continuité dans les objectifs du PNNS qui restent pertinents, confortés par la loi de santé publique : reprise des engagements non tenus, notamment en termes de création de postes et de reconnaissance des professionnels engagés dans la nutrition, recadrage méthodologique rendu d'autant plus nécessaire par la régionalisation, mutualisation et valorisation des actions évaluées efficaces. Quant à la systématisation souhaitable d'une politique de prévention par la nutrition et de lutte contre l'obésité, elle suppose un pilotage stratégique fondé sur une volonté politique durable. Celle-ci est d'autant plus nécessaire que la seconde piste concerne l'offre alimentaire et la communication sur cette offre. Si la loi de santé publique a en partie recadré cet aspect, il reste d'une part à en faire appliquer la lettre et l'esprit, d'autre part à approfondir fortement cet axe. Devant la multiplication des messages et l'importance des moyens mis en oeuvre par le secteur agro-alimentaire, la mise en place de dispositifs garantissant au consommateur la qualité et la véracité de l'information nutritionnelle, par des moyens appropriés (juridiques, de contrôle...), est un chantier majeur à la hauteur des enjeux, comme le montre, *a contrario*, « l'exemple » américain qui, malgré de nombreux programmes de prévention, s'est toujours privé de cet instrument complémentaire de l'éducation du citoyen.

Néanmoins, l'obésité ne doit pas devenir le problème exclusif de santé publique, compte tenu de deux risques. Le premier est d'occulter la partie, majoritaire, de la population non en surpoids, non obèse, sur laquelle pèse aussi des risques nutritionnels (cancer, maladies cardiovasculaires, ostéoporose...) et qui peut se sentir non concernée si la relation entre l'alimentation et la santé se réduit à ses aspects visibles. L'autre risque est d'aggraver la stigmatisation des personnes obèses, ce qui serait éthiquement contestable et contre-productif.

BIBLIOGRAPHIE

AFSSA (AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS). Obésité de l'enfant : impact de la publicité télévisée. 7 juillet 2004

ANAES (AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ). Prise en charge de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent. Recommandations pour la pratique clinique. 2003

CNA (CONSEIL NATIONAL DE L'ALIMENTATION). Avis sur la restauration scolaire révisant les avis antérieurs du CNA. 2004

INSERM (INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE). Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant. Éditions Inserm, 2000

MEN (MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE). Restauration scolaire. Bulletin officiel spécial N°9 du 28 juin 2001

RESUME DES PROPOSITIONS D' ACTIONS ET DE MESURES POUR LE PNNS2 (2006-2008)

(pour le détail voir chapitre 4, page 145 à 186)

Plan d'Actions « Prévention nutritionnelle globale : offrir à tous les conditions d'une alimentation plus favorable à la santé. Rendre réellement réalisables les repères de consommation du PNNS »

N°	ACTION	MESURE	Partenaire institutionnel impliqué dans la maîtrise d'œuvre de la mesure	Partenaire engagé dans la Charte d'Engagement signée avec le(s) Ministère(s) pour la mise en œuvre de la mesure
Actions pour la population générale				
1.	Abaisser le prix des fruits et légumes (4.1.1.1.1)	Baisse TVA pour les fruits et légumes (FL) Baisse charge sociale pour les producteurs Réduction des coûts Engagement des acteurs (baisse des prix, promotion)	Ministère(s) concerné(s) Ministère(s) concerné(s) Ministère(s) concerné(s)	Interprofession FL / Distributeurs
2.	Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des fruits et légumes (4.1.1.1.2)	Ticket restaurant pour achats fruits et légumes (FL) Distributeurs automatiques de fruits et légumes Améliorer la distribution de proximité (marchés du soir, 4 saisons,...) Affichage des prix des fruits et légumes à l'unité Taille des rayons fruits et légumes dans les GMS et signalétique Animation fruits et légumes dans les commerces de proximité Corbeilles de fruits et légumes dans les entreprises. Chèques FL Diminuer les prix FL en restauration collective (modulation patronale) Valoriser les fruits et légumes en restauration commerciale	Ministère(s) concerné(s) Ministère(s) concerné(s)	Collectivités territoriales/ Entreprises Villes Grands distributeurs Commerçants Entreprises Entreprises/ Restauration collective Restaurateurs
3.	Démontrer la facilité et le plaisir de consommer des fruits et légumes et valoriser l'image des fruits et légumes (4.1.1.1.3)	Campagnes de communication institutionnelles Formats cours TV Caractère Intérêt général pour les publicités FL Exonération achat d'espace pour communication INPES Communication actions pédagogiques régionales (PRSP) Valoriser expertise des cuisiniers de légumes	NPES NPES Ministère(s) concerné(s) Ministère(s) concerné(s)	Collectivités locales et territoriales Syndicats professionnels
4.	Améliorer la qualité gustative des fruits et légumes (4.1.1.1.4)	En restauration scolaire et collective. Clause de qualité FL dans les marchés Soutenir l'innovation	Ministère(s) concerné(s) Ministère(s) concerné(s)	Collectivités locales et territoriales
5.	Développer la consommation des pains fabriqués avec de la farine type 80 (4.1.1.2.1)	Baisse TVA sur farine type 80 Campagnes communication institutionnelles INPES Caractère intérêt général pour les publicités pains farine 80 Engagement des acteurs (promotion) Inclure pain farine 80 dans cahier des charges restauration collective et mise a disposition en restauration commerciale	Ministère(s) concerné(s) INPES Ministère(s) concerné(s) Ministère(s) concerné(s)	Filières meuniers / boulangers Restauration collective Restauration commerciale

6.	Améliorer les qualités nutritionnelles du pain courant (4.1.1.2.2.)	Utilisation obligatoire de farine au moins type 65 et réduction de sel	Ministère(s) concerné(s)	
7.	Limiter la consommation des aliments à faible densité nutritionnelle, riche en sucre simple ajoutés et/ou en graisses et/ou en sel (4.1.1.3)	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction progressive et adaptée de la teneur en sucres simples et/ou graisses saturées et/ou sel d'un maximum de produits alimentaires transformés - interdiction publicité télévisuelle destinée aux enfants pour tous produits alimentaires - limiter les opérations de promotion des aliments sucrés, gras et/ou salés - soutien à la réduction de la teneur en sel du pain (< 18g de sel/kg de farine pour tous les pains dans les 2 ans) - campagnes institutionnelles sur l'intérêt de limiter la consommation des produits sucrés et gras 	Ministère(s) concerné(s) Ministère(s) concerné(s) Ministère(s) concerné(s) INPES	industries alimentaires/grands distributeurs Industries alimentaires/ distributeurs Boulangers/Meuniers
8.	Rendre plus facilement atteignable et pratique la consommation d'eau (4.1.1.4)	<ul style="list-style-type: none"> - Fontaines d'eau dans tous lieux publics et lieux de passages - Fontaines d'eau dans les entreprises privés - Fontaines d'eau dans les établissements de restauration rapide 		Collectivités locales et territoriales Entreprises Restauration rapide
9.	Fournir aux consommateurs une information positive sur les aliments dont la consommation doit être promue (4.1.1.5.)	<ul style="list-style-type: none"> - création d'un logo « clé plaisir-nutrition PNNS» - amélioration de la lisibilité de l'étiquetage nutritionnel 	Ministère(s) concerné(s) Ministère(s) concerné(s)	
10	Promouvoir l'activité physique dans la vie quotidienne et au travail et la pratique sportive accessible pour tous (4.1.1.6.)	<ul style="list-style-type: none"> - Campagnes de communication institutionnelles - aménager la ville : promotion et facilitation des modes de transport actif (marche, vélo, roller, pédibus,...) - signalétique incitative dans les villes, gares, métros, station de bus universités, grands magasins,... - soutien aux associations assurant la promotion d'activités physiques de plein air de non compétitives et/ou adapté aux enfants présentant un surpoids - multiplier terrains de sport intégrés (skate board, roller, trotinettes, basket de rue, mini football, danse), notamment en zones défavorisées, avec prêts de matériel -élargir horaires salles de sport municipales et prix entrée adaptés - faciliter installation salles de sport de proximité (subventions ou défiscalisation des installations sportives) - Contrats éducatifs locaux (CEL) et projets territoriaux jeunesse (PTJ) autour des collèges (partenariat avec associations sportives) 	INPES Ministère(s) concerné(s)	Villes Villes Collectivités locales et territoriales Collectivités locales et territoriales Collectivités locales et territoriales Collectivités locales et territoriales

		professionnel sportif pour encadrer des activités physiques et sportives pendant les heures de permanence et pendant les récréations,		
13	Développer des actions pédagogiques dans le champ de la nutrition (4.1.2.3.)	<ul style="list-style-type: none"> - introduire un cours sur les groupes d'aliments et les repères de consommation du PNNS: une heure par an en CE2 et en 5^{ème}, - introduire de l'enseignement ménager et consommériste dans les différentes disciplines (enseignement civique, biologie,...). - utiliser le temps de restauration collective pour développer des activités ludiques pédagogiques sur la nutrition, - interdire les marques alimentaires ou de jeux vidéos à l'école sur les menus, affiches, dépliants, matériel scolaire ou sportif et réserver réglementairement la possibilité de diffuser des outils pédagogiques sur la nutrition aux seuls bénéficiaires du logo PNNS. 	Ministère(s) concerné(s) Ministère(s) concerné(s) Ministère(s) concerné(s) Ministère(s) concerné(s)	
14	Renforcer l'action des professionnels de santé scolaire (4.1.2.4)	renforcer le dépistage et les actions de prévention par les services de médecine scolaire : visite annuelle de dépistage de l'obésité ou du risque d'obésité et articulation avec les réseaux de prise en charge de l'obésité	Ministère(s) concerné(s)	

Actions spécifiques destinées aux populations défavorisées

15	Agir directement pour permettre une réelle augmentation de la consommation de fruits et légumes et une alimentation plus favorable par les populations économiquement défavorisés (4.1.3.1.)	<ul style="list-style-type: none"> - instaurer pour les personnes défavorisées économiquement (titulaires de la CMU ou allocataires aux minimas sociaux), des coupons exclusifs (et non échangeables) de fruits et légumes frais (2 coupons de 5 € par mois, soit 10 € devant permettre un apport de l'ordre de 150 à 200 g de fruits et légumes frais par jour), dont la gestion serait confiée aux Caisses d'Allocations Familiales, et permettant l'achat de tout type de fruits et légumes dans les lieux de vente. Des actions d'information/éducation - réaliser des affiches des repères de consommation du PNNS et autres outils de communication adaptées aux différentes cultures et pour des personnes ayant des difficultés de lecture 	Ministère(s) concerné(s) (mesure financée par le Fond National de Promotion de la Nutrition) INPES	
16	Agir au niveau des structures d'aide alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter la distribution des fruits et légumes (frais, en conserves ou surgelés, nature ou préparés) et de poissons en conserves dans les structures d'aide alimentaire <ul style="list-style-type: none"> . par l'approvisionnement en fruits et légumes frais des associations caritatives (via la récupération des produits faisant l'objet d'un retrait) ; . par le développement de partenariats avec les producteurs et distributeurs de fruits et légumes ; . par la fabrication dans des ateliers aidés de soupe de légumes destinées exclusivement au circuit des banques alimentaires ; 	Ministère(s) concerné(s)	Collectivité locales et territoriales Acteurs économiques Associations

		<ul style="list-style-type: none"> . par la mise à disposition par des entreprises non alimentaires locales de moyens logistiques (camions, chauffeurs...) permettant les distributions, - Aider les associations d'aide alimentaire à avoir accès à des capacités de stockage de froid négatif ou positif - Réaliser un outil facile d'utilisation permettant de quantifier la qualité nutritionnelle des paniers alimentaires confectionnés sur les sites à partir des aliments disponibles, - Réaliser un module de formation portant sur les recommandations du PNNS, les conséquences de la précarité, les objectifs nutritionnels d'une aide alimentaire permettant à chaque Association d'assurer la formation de ses bénévoles - Réaliser un document simple énonçant les recommandations du PNNS, destiné à être remis aux bénéficiaires de l'aide alimentaire et permettant de nouer un dialogue entre celui qui distribue l'aide alimentaire et celui qui la reçoit. - fournir aux structures d'aide alimentaire, l'aliment « de rue » enrichi « Vitapoche », à destination exclusive des personnes sans domicile fixe 	<p>INPES</p> <p>INPES</p> <p>INPES</p> <p>Ministères concerné(s) (Fond national de promotion de la nutrition).</p>	Collectivité locales et territoriales
--	--	---	--	---------------------------------------

Actions spécifiques

17	Promouvoir l'allaitement maternel (4.1.4)	<ul style="list-style-type: none"> - informer les femmes et les familles afin de promouvoir efficacement l'allaitement maternel comme meilleur mode d'alimentation du nourrisson, notamment au cours de la consultation du quatrième mois de grossesse qui se met en place à partir de 2006. - assurer la diffusion des outils créés ou soutenus en lien avec les CRTN et les Commissions régionales de la naissance. - concevoir un document court, s'appuyant sur les guides nutrition, à fournir aux femmes durant les consultations prénatales - développer la sensibilisation des professionnels de la naissance sur le sujet et faciliter leur formation. - garantir strictement le respect des mesures réglementaires concernant la commercialisation des substituts du lait maternel - mettre en place une consultation de soutien à l'allaitement maternel durant le premier mois de vie - soutien à la Coordination française pour l'allaitement maternel, afin de développer, à niveau national et en lien avec les régions des actions de soutien à l'allaitement maternel. 	<p>Ministère(s) concerné(s)</p> <p>INPES</p> <p>Ministère(s) concerné(s)</p> <p>Ministère(s) concerné(s)</p> <p>Ministère(s) concerné(s)</p>	<p>Collectivités régionales</p> <p>Association de soutien à l'allaitement maternel</p>
-----------	---	--	--	--

Mesures générales

	<p>locales et la complémentarité entre niveau national, régional et local (4.1.6)</p>	<p>chargé de mission plein temps, un comité scientifique régional et un poste de diététicien. Les experts du Comité Scientifique apporteront leur soutien aux différents projets régionaux et relayer l'information vers les médias locaux. Les chargés de mission régionaux auront pour mission, en lien avec le correspondant de la DRASS, d'assurer la mise en œuvre de toutes les mesures du plan qui nécessitent une dynamique de terrain Les diététiciens relais du PNNS auront pour mission de favoriser la mise en œuvre des actions nutritionnelles dans les institutions où la restauration relève de compétence des collectivités locales (établissements scolaires, pour personnes âgées, et pour personnes handicapées).</p>	de la nutrition)	
20	<p>Former, ou mieux former les professionnels de santé, de l'éducation et du social (4.1.7)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Introduire dans les cursus des médecins, dentistes, pharmaciens, infirmières et aide-soignantes, une formation intégrant les notions de groupes d'aliments et repères de consommation du PNNS et des informations sur le dépistage et la prise en charge de l'obésité et de la dénutrition, - Introduire dans les cursus des enseignants (notamment EPS et sciences et vie de la terre), travailleurs sociaux, conseillère en éducation familiale et sociale, des notions de base de sur les groupes d'aliments et les repères de consommation du PNNS. - Favoriser la formation continue en nutrition pour tous les professionnels de santé, les bénévoles des associations d'aide alimentaire. - Réformer le cursus des diététiciens: faire avancer le projet de réforme de la formation selon un projet de cursus universitaire, niveau Licence pour mieux répondre aux exigences évolutives du terrain et du métier et niveau Master pour les domaines de l'enseignement, expertise, et recherche. - étendre les formations nutrition aux encadrants d'activités de loisirs (préparation BAFA) et aux moniteurs de sport. 	<p><i>Ce point sera couvert par les propositions spécifiques du rapport, en cours de rédaction par le Pr Ambroise Martin.</i></p>	

Plan d'Actions pour améliorer la prise en charge de l'obésité infantile et adulte

21	Renforcer le dépistage précoce de l'obésité infantile	Les actions de dépistage lancées dans le cadre du PNNS, notamment chez l'enfant, seront poursuivies dans le cadre du PNNS2. L'utilisation des outils de dépistage mis au point dans le PNNS sera systématique lors de toute visite en PMI, médecine scolaire (moyenne et grande section de maternelle, CP, CE2, CM2, classes de 6 ^e et de 5 ^e), et des visites chez le pédiatre et le généraliste.
22	Mettre en place, au niveau de chaque région, des Réseaux de prise en charge de l'obésité : les REPOB	<p>Ces réseaux assureront :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'information du public et des professionnels de santé sur l'accès aux soins et aux ressources locales (structures médicales équipées, ressources sportives ou d'activité physique, associations concernées,...), - la formation des professionnels à la prévention, au dépistage et à la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile et adulte de l'ensemble des professionnels de santé de leur région : médecins traitants, pédiatres, médecins et infirmières de PMI, puéricultrices, médecins et infirmières de l'éducation nationale, endocrinologues,..., - la mise en œuvre des recommandations de l'HAS, et les recommandations des brochures PNNS diffusées avec les courbes d'IMC ainsi que les directives de la DHOS, - la sensibilisation des autres acteurs locaux : pharmaciens, infirmières libérales, sages-femmes, - la circulation de l'information et la concertation entre tous les professionnels concernés (dossier médical partagé), - la cohérence entre actions médicales et actions communautaires et associatives. <p>Chaque réseau aura la charge de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un système d'information sur l'accès au soin : mettre à la disposition du public, des professionnels de santé, des associations,..., une information sur les ressources régionales pour le traitement de l'obésité et de ses complications. - Mettre à la disposition des partenaires du réseau les moyens d'une aide à la prise en charge : consultations diététiques, psychologiques, visant à améliorer la pratique de l'activité physique, aide sociale, structures d'éducation thérapeutique. - Développer des programmes de formation et de sensibilisation des professionnels ; promouvoir au sein des organismes de FMC les outils de formation du PNNS ; s'appuyer sur les réseaux régionaux ; sensibiliser les autres acteurs locaux : pharmaciens, infirmières libérales, sages-femmes... - Mettre en place des ressources d'équipements, d'expertise et de formation. Des centres de référence assureront l'accueil et le suivi des obésités syndromiques. Ils contribuent à la formation des membres du Réseau. Ces Centres assureront une approche interdisciplinaire et seront engagés avec les REPOB dans des missions de prévention, d'enseignement et de formation ainsi que de recherche. Ils devront être dotés des personnels et équipements adaptés à la prise en charge de l'obésité morbide. <p>-Mobiliser les acteurs locaux (Médecins, DRASS, URCAM, ARH, Associations, sociétés médicales etc.).</p>
23	Actions au niveau national pour la prise en charge de l'obésité	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une coordination nationale des réseaux en charge de lancer l'appel d'offre à la création des réseaux, de leur accréditation, de l'évaluation de la qualité et de l'efficacité des réseaux. - Développement d'un outil pour la prise en charge de l'obésité chez l'enfant et chez l'adulte (confié à l'HAS) ainsi que des outils d'éducation du patient pour le médecin traitant, (développés par l'INPES) - Développement d'un outil pour le conseil nutritionnel chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte obèse (HAS et INPES). - Définir des coefficients multiplicateurs pour certains actes de consultation ou technique dans les réseaux. - Soutenir des expériences d'éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité à partir d'un appel à projets national ; les intégrer dans le système de soins et le tissu associatif local.

		<ul style="list-style-type: none"> - Recenser les équipements nécessaires pour l'accueil, l'exploration des patients obèses dans le système de soin - Animer les réseaux professionnels, développer l'éducation thérapeutique, assurer la prise en charge des obésités graves et syndromiques ainsi que les troubles du comportement alimentaire, développer les liens avec les associations. - Soutenir la recherche clinique - Lutter contre la stigmatisation de l'obésité et éviter des comportements de restriction : concevoir et diffuser, notamment en direction des media et des publicitaires, une information sur les questions soulevées par la stigmatisation des obèses (en collaboration avec les associations d'obèses). Chartes d'engagement avec les médias afin de ne pas valoriser un idéal minceur et de ne pas conseiller des régimes trop restrictifs ou sans fondement scientifique ou inciter à des comportements alimentaires déséquilibrés ou générateurs de restriction pouvant induire des troubles du comportement alimentaire. Insertion dans la charte d'éthique du BVP d'une mention relative à la non valorisation de « l'idéal minceur ». Charte avec les publicitaires pour l'emploi de mannequins de corpulence n'évoquant pas la maigreur, ou réglementation si besoin Interdiction dans les télé-achats ou autre système de promotion grand public de la vente de produits alimentaires de régime ou de compléments alimentaires ou de vêtements spéciaux ou d'appareils de gymnastique passive suggérant une efficacité sur le contrôle du poids. Intégration de représentants des Associations d'obèses dans les structures de réflexion sur la communication nutritionnelle, le dépistage et la prise en charge de l'obésité.
--	--	---

Améliorer la prise en charge transversale de la dénutrition ou de son risque, notamment chez le sujet âgé (en ville et dans les établissements de santé et médico-sociaux)

24	Agir au niveau de la ville	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place, en ville, des systèmes d'alerte s'appuyant sur les services sociaux (Conseils généraux, CCAS, CLIC), les services de soins à domicile, les infirmières libérales, les aides ménagères, les porteurs de repas à domicile, pour repérer les sujets à risque de dénutrition et les adresser au médecin traitant. - Mettre en place dans le cadre de la consultation de prévention destiné aux seniors, une évaluation de l'état nutritionnel (apports alimentaires, statut nutritionnel,...). - Intégrer systématiquement au sein de tous les réseaux de soins (gériatrie, diabète, oncologie, handicap...), la dimension nutritionnelle avec le recrutement de diététiciennes. - Diffuser les outils PNNS de communication, d'information et d'éducation nutritionnelle aux personnes âgées et aux aidants, notamment à travers les Centre Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC).
25	Agir au niveau des établissements médico-sociaux	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place, des formations sur la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition, dans établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec le médecin coordonnateur pour les personnels de santé et les aidants. - Proposer des outils pour la formation sur la nutrition et l'alimentation de la personne âgée du personnel chargé de la cuisine et de la restauration dans les EHPAD
26	Agir au niveau des établissement de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer des objectifs liés à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition dans les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins de troisième génération (SROS3) et dans les Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM) entre les ARH et les Etablissements des soins, en lien avec les objectifs nutritionnels du Plan Régional de Santé Publique. - Généraliser les CLAN dans les hôpitaux (à rendre obligatoire sur le mode des CLIN) Chaque établissement de santé devra installer un CLAN d'ici fin 2008 (une mutualisation sera assurée pour les petits établissements) et se donner les moyens de les faire fonctionner - Mettre en place, dans le projet d'établissement, des unités transversales de nutrition (UTN en charge de la dénutrition, des troubles du comportement alimentaire, ...) avec un contrat d'objectif. - Mieux valoriser les séjours hospitaliers, les consultations, les actes en relation avec la nutrition (TAA et MIGAC). Valoriser le codage pour les hôpitaux et les services (secteur public et secteur privé).... - Mettre en place, des formations sur la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition, à l'hôpital et dans les autres établissements de santé pour les personnels de santé - Mettre à disposition, en accès libre, un kit pédagogique sur le dépistage de la dénutrition, de son risque et de sa prise en charge dans l'ensemble des établissements de santé, en lien avec des actions systématiques de dépistage de la dénutrition à l'entrée des patients dans les établissements. Rendre obligatoire ces actions dans le cadre de l'accréditation.

Se donner les moyens de faire fonctionner le PNNS de façon pérenne pour atteindre les objectifs fixés en 2008 et mettre en place une réelle politique nutritionnelle de santé publique pour l'avenir

<p>1.</p> <p>Créer un Fond National de la Promotion de la Nutrition (FNP) qui permettra de financer préférentiellement des actions d'intérêt nutritionnel visant les populations défavorisées</p>	<p>Le fond alimenté par une cotisation annuelle obligatoire des industries agro-alimentaires, des grands distributeurs, des sociétés de restauration collective, des interprofessions et des sociétés d'édition de consoles et de jeux vidéos devrait servir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à 90 % à financer les subventions pour les chèques fruits et légumes distribuées gratuitement aux populations défavorisées • à 3 % à financer des opérations supplémentaires de communications de l'INPES (qui viendront s'ajouter à celles déjà prévues et financées sur le budget propre de l'INPES) • à 2 % à financer des actions de terrain • à 2 % à financer les dispositifs relais au niveau de chaque région • à 1 % à financer l'Observatoire économique de l'offre et de la qualité nutritionnelle des aliments (OEQN) • à 1 % à financer les opérations de soutien à la consommation des pains type farine 80 • à 1 % à financer des programmes de recherche en Nutrition de Santé Publique, via l'agence Nationale de la Recherche (ANR), dans le cadre d'un appel d'offre spécifique dans le Programme National de recherche en Alimentation et Nutrition Humaine. <p>Les sociétés agro-alimentaires et de restauration collective et les distributeurs concernés pourraient être exonérées partiellement (50 à 75 %) et temporairement de cette cotisation s'ils signent une charte d'engagement avec le PNNS et atteignent (en partie ou totalement) les objectifs fixés dans un délai pouvant aller jusqu'à 3 ans, voire 5 ans.</p>
<p>2.</p> <p>Signer des chartes d'engagement entre le PNNS et les différents acteurs concernés</p>	<p>- Il sera proposé aux acteurs économiques de signer des chartes d'engagement nutritionnel avec le Ministère de la santé en tant que coordonnateur du PNNS. Il s'agira d'un engagement volontaire et significatif, de l'entreprise signataire, sur un principe d'amélioration générale de l'offre (produits ou service). Les objectifs de l'engagement seront chiffrés et négociés société par société, structure par structure, dans le cadre d'un comité ad hoc nommé par le ministre de la santé, après consultation des ministres chargés de l'agriculture et de la consommation. Les chartes porteront exclusivement sur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'offre alimentaire de la société: optimisation de la qualité nutritionnelle du maximum des aliments courants qu'elle vend ou produit (réduction de la teneur en sucres simples et/ou graisses saturées et/ou sel, et renforcement des glucides complexes), • la communication : engagement à limiter la promotion des aliments à faible valeur nutritionnelle, en média et hors média... • la taille des portions, • l'engagement à ne pas faire de promotion tendant à augmenter la quantité d'aliments, dont la valeur nutritionnelle n'aurait pas été optimisée, et vendus sous forme de « gratuit » ou équivalents, • la qualité des aliments, • la qualité du service, • l'amélioration de l'environnement alimentaire (en magasin ou restauration collective ou commerciale type self ou restauration rapide). <p>Les actions sur l'offre alimentaire devront pouvoir induire des effets massifs sur les segments de produits standards (premiers prix, bas ou milieu de gamme pour les marques), et donc ne pas se « limiter » à l'amélioration de la qualité nutritionnelle de produits positionnés sur des segments de haut de gamme. Les niveaux d'engagement seront adaptés et personnalisés en fonction du portefeuille de produits ou de services des sociétés (il n'y aura pas d'exigence systématique de modification des produits, mais un principe d'une amélioration significative à respecter).</p> <p>- Les entreprises qui souhaitent mettre en place, pour leurs salariés, des actions allant dans le sens des objectifs du PNNS pourront, sur une base volontaire, signer une Charte d'engagement avec le Ministre de la santé en tant que coordonnateur du PNNS et afficher le titre d'Entreprise Active du PNNS.</p> <p>Les entreprises actives du PNNS s'engageront à agir à différents niveaux qui pourront porter, par exemple, sur l'information des salariés et notamment par</p>

	<p>une communication active reprenant les outils du PNNS (affiches, diffusion des kits et guides du PNNS par la médecine du travail, signalétique adaptée pour favoriser l'activité physique au sein de l'entreprise), sur l'offre alimentaire (restauration collective avec modulation de la part patronale en fonction des aliments, installation de distributeurs de fruits et légumes et de fontaines d'eau, mise à disposition de corbeilles de fruits, offre de chèques fruits et légumes pour les salariés, ...) et sur l'activité physique (signalétique, lieux adaptés au sein de l'entreprise, chèque pour les salariés donnant accès aux salles de sport,...), la prise en charge des problèmes nutritionnels par la médecine du travail,...</p> <p>Le Programme National Nutrition Santé fournira, au niveau régional ou national le cadre, les outils et les conseils utiles à la mise en œuvre des actions.</p> <p>- Sur le modèle des Villes actives du PNNS, il sera proposé aux départements et aux régions de signer avec le Ministère de la Santé en tant que coordinateur du PNNS, des chartes d'engagement leur permettant de devenir des départements ou des régions actives du PNNS. Les engagements porteront sur tout type d'action allant dans le sens des objectifs du PNNS et s'appuyant sur les référentiels du PNNS : actions visant la population générale ou des groupes à risque (enfants, sujets âgés, sujets en situation de précarité,...) ; formation des professionnels des collectivités territoriales, des agents municipaux,... ; soutien aux associations,...</p>
<p>3. Renforcer les moyens des agences sanitaires pour leurs actions dans le domaine de la Nutrition</p>	<p>Un soutien aux agences concernées (INPES, AFSSA, InVS) devra permettre un réel développement de la promotion de l'éducation nutritionnelle de masse et ciblées (tant au niveau national que local), un renforcement de l'expertise scientifique collective et la mise en place d'un système de surveillance nutritionnel performant et continu.</p>
<p>4. Obtenir un engagement fort de l'assurance maladie</p>	<p>Cet engagement devra permettre de soutenir des initiatives locales et nationales dans le domaine de la promotion nutritionnelle allant dans le sens des objectifs du PNNS et, dans le cadre du développement de l'éducation thérapeutique, de favoriser le fonctionnement des réseaux de prise en charge de l'obésité, par le remboursement des actes médicaux spécifiques (première consultation de longue durée pour les sujets inclus dans les réseaux, voire à terme des actes des diététiciens et psychologues).</p>
<p>5. Impliquer plus largement dans les actions du PNNS les consommateurs et les associations d'obèses</p>	<p>Intégrer les représentants des associations de consommateurs et d'obèses dans les processus de décision, dans l'élaboration des outils de communication et dans les actions loco-régionales. Mobiliser ces associations pour une meilleure implication dans le développement des mesures du PNNS2.</p>
<p>6. Se donner les moyens d'une évaluation nationale du PNNS et d'une aide à l'évaluation des actions loco-régionales</p>	<p>- Créer un Observatoire économique de l'offre et de la qualité nutritionnelle de l'alimentation (OEQN) en charge de la surveillance de l'évolution des produits alimentaires mis sur le marché. Il collectera des informations sur l'évolution de l'offre alimentaire et les teneurs nutritionnelles des aliments mis à la disposition des consommateurs, notamment en sucres simples ajoutés, en lipides saturés et en sel.</p> <p>Cet observatoire publiera des indices permettant de rendre visible les efforts réalisés par les opérateurs privés au niveau de l'offre et permettra de mesurer les résultats enregistrés dans le cadre des chartes d'engagement nutritionnels. L'observatoire publiera régulièrement ses indices pour les secteurs clés, décomposés par segments de marchés (premiers prix, milieu et haut de gamme, marques distributeurs, hard discount...), et par entreprises.</p> <p>Le financement de l'OEQN sera assuré par le Fond National de la Promotion de la Nutrition.</p> <p>- Concernant la surveillance du PNNS, des moyens financiers et humains devront être dégagés pour permettre d'assurer la répétition dans le temps des enquêtes nationales de surveillance nutritionnelle évaluant le PNNS ; la mise à jour annuelle des données disponibles sur l'évolution des apports alimentaires et de l'état nutritionnel de la population française ; d'assurer une surveillance régulière des aliments en ce qui concerne l'évaluation des teneurs en sel, sucres simples ajoutés et graisses saturées ; d'assurer une surveillance de l'évolution de la perception des aliments et des connaissances sur l'alimentation et la nutrition dans le cadre des Baromètres Santé Nutrition ; de mettre en place un « Dispositif National de Coordination des Enquêtes</p>

	<p>Nutrition/Sécurité Alimentaire » associant l'InVS, l'AFFSA et l'INPES; de créer au sein de l'USEN (InVS/CNAM/Paris 13), une structure en charge de développer, avec l'INPES, des références pour l'évaluation des actions de terrain et d'apporter un appui aux équipes développant des programmes au niveau loco-régional pour la réalisation d'évaluation.</p> <p>- Une évaluation externe de l'efficacité des mesures mises en place sera réalisée afin de pouvoir, à l'issue de cette deuxième phase du PNNS, réorienter les mesures en fonction de leur efficacité observée.</p>
<p>7. Soutenir activement la recherche</p>	<p>Un soutien fort devra être apporté pour le développement de la recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le domaine de l'évaluation des stratégies d'intervention nutritionnelle (en milieu scolaire, entreprise, collectivités locales,...), - dans la compréhension des freins au changement des comportements alimentaires, - dans la compréhension des mécanismes de régulation de prix des aliments, - dans le champ de la recherche clinique et épidémiologique sur les relations, alimentation et santé et notamment dans les domaines de l'obésité (de l'enfant et de l'adulte) et de la dénutrition.
<p>8. Obtenir une implication plus forte et articulée des différents Ministère(s) concerné(s)</p>	<p>Mettre en place une bonne articulation entre une gestion technique (en charge de définir et recommander les actions pertinentes) et la décision politique (en charge de l'orientation, de la détermination des priorités, de la décision d'application). En ce sens, il apparaît souhaitable de proposer la mise en place de deux organes reliés :</p> <p>- Le Comité de Pilotage du PNNS Il remplacera l'actuel Comité Stratégique du PNNS et directement missionné par le Ministre de la Santé pour assurer la conduite du PNNS (le président du Comité rend compte au Ministre à l'issue de chaque comité par une note synthétique les principales orientations retenues). Ce comité sera chargé de donner un avis sur les orientations, le calendrier et les actions à développer en cohérence avec les objectifs, les principes du PNNS. Il coordonnera et évaluera sa mise en œuvre. Il assurera l'information et la concertation entre ses différents membres. Il sera une force de proposition et de dialogue. Il assurera, la cohérence des mesures mises en œuvre et des outils et productions développés dans le cadre du PNNS. Il définira les conditions de validation et validera les outils institutionnels du PNNS. Ce Comité conservera la même composition que l'ancien Comité Stratégique.</p> <p>- Le Comité interministériel pour la politique nutritionnelle française Il sera en charge des orientations et décisions politiques visant à la mise en œuvre de la politique nutritionnelle française. Il mobilisera les ressources des différentes politiques publiques susceptibles d'exercer une influence favorable en matière nutritionnelle (politique agricole, recherche, éducation, politique de la ville, etc.). Il donnera ainsi les grandes orientations, déterminera des priorités annuelles d'action, décidera de l'allocation des moyens en faveur de la politique nutritionnelle. Ce Comité interministériel qui comprend les neuf Ministres concernés et le président du Comité de pilotage se réunira au minimum une fois par an. Le Comité interministériel sera doté d'un secrétariat général qui assurera la liaison permanente entre les neuf départements ministériels d'une part, et avec le Comité de pilotage d'autre part. Il préparera la tenue de chaque réunion du Comité interministériel.</p> <p>Dans chaque ministère concerné, l'administration désignera une cellule chargée de la mise en œuvre des actions relevant de sa compétence, dont le positionnement hiérarchique permettra une réactivité garante de résultats rapides. La Direction générale de la santé, en charge de la coordination globale de la mise en œuvre des orientations, mettra en place une unité avec des compétences techniques, juridiques et organisationnelles.</p>