Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Inspection générale
des affaires sociales
RM2010-057P

Conseil général de l'alimentation,
de l'agriculture et des espaces ruraux
N°2016

Evaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010

RAPPORT TOME I

Établi par

Danièle JOURDAIN MENNINGER Gilles LECOQ Jérôme GUEDJ

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Pierre BOUTET Jean-Baptiste DANEL Gérard MATHIEU

Membres du Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux

- Avril 2010 -

Synthèse

Le programme national nutrition santé (PNNS) est un programme de santé publique qui propose une politique nutritionnelle à travers le double prisme de la tradition culturelle française d'une alimentation qui rime avec plaisir et patrimoine gastronomique, et de la santé et du bien être au regard des risques de survenue de certaines maladies, comme certains cancers, le diabète et l'obésité compte tenu des déséquilibres nutritionnels, liés à la fois à des excès dans l'alimentation, et à un environnement marqué par une augmentation des comportements sédentaires et au manque d'activité physique.

Le PNNS s'inscrit dans un système de représentation qui va de la sphère privée à la sphère publique, mettant en jeu l'histoire individuelle et le mode de vie de chacun, avec une très grande diversité des comportements alimentaires observés dans un contexte où les valeurs culturelles, l'environnement économique et social pèsent sur les politiques publiques.

Si le PNNS, au terme de ses deux programmes, s'appuie sur un consensus sur la définition des repères nutritionnels, dont il a permis de diffuser les références, il lui a été difficile de définir avec succès une politique nutritionnelle généraliste, qui tienne compte par ailleurs des différentes populations cibles en fonction de leur âge (les jeunes, les personnes âgées), ou de leur niveau socio-économique (les populations en situation de pauvreté ou de précarité).

Les différentes parties prenantes que sont les acteurs institutionnels, administrations, collectivités territoriales, les acteurs économiques (producteurs du monde agricole, industrie agro-alimentaire, restauration collective) ou les partenaires associatifs et aussi les sociologues et chercheurs, souscrivent dans l'ensemble au constat que la nutrition s'impose comme un enjeu de santé publique, mais restent partagées sur la part qui revient à chaque déterminant. Pour certains, la régulation des comportements alimentaires collectifs doit être privilégiée, alors que pour d'autres la responsabilité de chacun dans son mode de vie est primordiale. Chacun s'accorde néanmoins à reconnaître l'influence des facteurs d'environnement que sont la politique d'aménagement urbain comme la politique de transport, les équipements sportifs, mais aussi l'organisation de la restauration scolaire, la qualité nutritionnelle des aliments, ou leur prix.

Le PNNS ne peut arbitrer à lui seul les différentes manières de penser qui sous-tendent cette prise de conscience collective, qui se manifestent parfois dans des tensions, voire des litiges entre les différentes parties prenantes, essentiellement à propos des modalités de gouvernance de ce programme coordonné par le ministère de la santé et par les choix de stratégie de communication.

La mission, au terme de son travail d'enquête, constate que le PNNS a rempli de manière plutôt satisfaisante les objectifs qui lui ont été assignés en termes de promotion des bons comportements alimentaires, avec les moyens humains et financiers qui ont été les siens. Il demeure un exemple et constitue une référence pour de nombreux pays étrangers. **Sa pérennité mérite d'être assurée car il constitue une démarche utile et indispensable au succès de toute politique nutritionnelle.**

Cependant, la mission estime que sa reconduction en l'état n'est pas souhaitable compte tenu des difficultés qu'elle a identifiées dans l'articulation entre ses fonctions de cadre de référence et ses responsabilités de conduite opérationnelle, mais aussi dans son dispositif de gouvernance et dans l'articulation entre ce programme et les autres plans, programmes et politiques sectorielles.

1. UN PROGRAMME AMBITIEUX, MAIS UNE GOUVERNANCE ET UNE ORGANISATION QUI NE SONT PAS A LA HAUTEUR DES ENJEUX

Coordonné par le ministère de la santé, le PNNS est un programme multiforme, multi partenarial, essentiellement incitatif et coopératif. Au terme du PNNS1, prenant acte que le cadre référentiel consistant à agir sur la nutrition comme un des déterminants pour le maintien de l'état de santé de la population était partagé, mais que l'avancement pratique avait pris du retard, le PNNS2, tout en conservant les mêmes objectifs nutritionnels prioritaires figurant pour partie dans la loi du 9 août 2004, s'est doté d'une nouvelle gouvernance. Il s'est fixé pour but de mettre en œuvre quatre plans d'action, en évoquant de manière uniforme les problématiques les unes par rapport aux autres. Il comporte en outre de très nombreuses actions dans un programme dont la lecture est confuse et le descriptif désordonné, ce qui rend quelque peu difficile la compréhension de ses axes de développement. De plus, la mission a été gênée dans son travail d'enquête par l'absence d'essai de définition d'indicateurs susceptibles d'aider à l'évaluation du programme, ainsi que par une rédaction évolutive du programme depuis 2006.

La gouvernance du programme est restée au niveau de l'incitation alors même qu'il était prévu la création d'un comité interministériel de la politique nutritionnelle, avec un niveau de représentation ministériel, qui n'a jamais été créé. Elle repose sur trois piliers, le comité de pilotage, créé en 2007, dont le Président est le principal concepteur du PNNS, et la direction générale de la santé, (DGS) qui en assure le secrétariat et l'essentiel du financement, et le Conseil national de santé publique, (CNSP), devant lequel le comité de pilotage rapporte et présente ses tableaux de bord. Le CNSP ne constitue cependant pas l'instance permettant d'avoir une influence réelle, en raison notamment de la représentativité insuffisante des membres effectivement présents.

Instance nombreuse, le comité de pilotage est principalement **un lieu d'échanges et de concertation** et ne dispose d'aucun pouvoir formel sur les stratégies et actions mises en œuvre par les différentes parties prenantes qui y sont représentées. Ce positionnement a vraisemblablement contribué à alimenter la prise de conscience globale des objectifs généraux du PNNS, et lui a permis d'être à l'initiative de la création de groupes de travail permettant de dégager des pistes d'action sur la nutrition ou de faire évoluer le cadre conceptuel du PNNS. Mais il n'a pas été en mesure de faire mieux prendre en compte les grandes préoccupations de santé publique du domaine de la nutrition : que ce soit l'obésité, en particulier chez les populations pauvres et/ou précaires, ou la dénutrition, notamment des personnes âgées, ou d'élargir ses modes d'action à la prévention de la sédentarité ou à la promotion de l'activité physique. En l'absence d'une véritable structure interministérielle susceptible de disposer d'un pouvoir d'impulsion et de décision, et avec une fonction support très réduite, le PNNS ne pouvait aller au-delà de ce qu'il était, au plan national comme dans ses déclinaisons territoriales, c'est-à-dire **un champ d'expérimentation sanitaire et sociale dans un cadre de référence globalement partagé.**

Disposant d'un budget affiché de **19 millions d'euros**, dont la moitié est utilisée pour des actions de communication, il a néanmoins pu jouer un rôle de levier financier avec ses partenaires, les collectivités locales, les associations, l'assurance maladie, les organismes de protection sociale complémentaire ou les partenaires industriels, pour un montant d'environ 10 à 12 millions d'euros.

La déclinaison territoriale du PNNS reflète un foisonnement d'initiatives, qui soit s'inscrivent directement dans son champ, soit se réfèrent de près ou de loin aux mêmes objectifs sans le citer explicitement. Mais le message est passé, et si le terme nutrition reste encore mal compris pour sa partie activité physique, le concept « manger mieux - bouger plus » est désormais connu. L'ensemble de ces actions constitue un formidable laboratoire d'expérimentation en vraie grandeur, même si la démarche incitative des appels à projets, largement utilisée, peut laisser des territoires sans projets ou des populations orphelines. Cependant, la quasi inexistence des évaluations, et surtout le faible nombre de personnes touchées par ces actions conduisent à un faible impact collectif, au moins apparent. De plus, la synergie entre le PNNS et les plans de santé publique reste

encore mal assurée, notamment sur l'aide alimentaire et la prévention de la dénutrition des personnes âgées.

Le succès relatif du volet « communication » du PNNS auprès de la population générale montre à la fois la notoriété de ce programme (mais inégale selon les catégories socioprofessionnelles), et sa crédibilité, puisqu'il permet de remplacer des connaissances approximatives ou erronées par des savoirs justes et scientifiquement fondés. L'INPES, pilote de ce volet communication, permet d'y apporter la légitimité d'une « approche santé », alors que son leadership sur le sujet est parfois contesté.

Si « manger – bouger » ou « 5 fruits et légumes par jour » ou « moins gras moins salé moins sucré » sont devenus des repères connus, ils ne sont pas forcément appropriés par ceux à qui ils sont destinés. Compte tenu des représentations socioculturelles et des finalités propres dont certains acteurs partie prenantes du PNNS sont porteurs (acteurs de santé et acteurs économiques) des désaccords sous jacents persistent quant aux modalités sinon sur les objectifs. Il n'est donc pas surprenant que la récente campagne de communication sur ce repère « moins gras moins salé moins sucré » ait cristallisé les tensions, le comité de pilotage n'étant pas le lieu adapté à leur résolution.

La communication en direction des professionnels de santé, de la communauté enseignante, des travailleurs sociaux, et des services déconcentrés des ministères a renforcé l'appropriation de la démarche, alors que la déclinaison du PNNS dans la formation initiale ou dans la formation continue avance à petit pas, en dépit de nombreux rapports rédigés sur le sujet.

2. ET DES AVANCEES ENCORE INSUFFISANTES AU REGARD DES ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE

Le PNNS2 ne s'attache pas à promouvoir plus particulièrement une problématique plutôt qu'une autre. **C'est notamment le cas de la prévention et de la prise en charge de l'obésité**, alors que la préface de ce programme rédigé par le ministre de la santé et des solidarités l'élève à la hauteur des enjeux non seulement de santé publique, mais des enjeux de société.

Certaines actions, comme l'élaboration de bonnes pratiques pour le traitement chirurgical de l'obésité morbide, ont connu un avancement globalement satisfaisant et en conformité avec leur échéancier. En revanche, l'absence de systématisation du repérage du surpoids et de l'obésité en consultations d'enfants, et le retard dans la mise en place de réseaux de prise en charge des enfants ou des adultes obèses ainsi que, dans une moindre mesure, le report d'élaboration de bonnes pratiques de prise en charge multidisciplinaire de l'obésité n'ont pas présenté de réels progrès ce qui constitue un handicap sérieux à la qualité de la prise en charge. Le faible avancement d'actions pourtant importantes en matière de santé publique trouve pour une grande partie son explication dans l'investissement réduit du comité de pilotage sur le chantier de l'obésité.

La mission a pris connaissance des études nutritionnelles les plus récentes et au vu de ces études est amenée à conclure que - les limites d'une évaluation fondée sur ces études étant posées-les objectifs nutritionnels du PNNS ont été inégalement atteints. Concernant l'obésité la réduction de 20% de la prévalence du surpoids et de l'obésité n'est pas obtenue bien qu'il soit constaté chez les adultes une relative stabilité du surpoids. En revanche chez les enfants il y a une stabilité de la prévalence du surpoids et de l'obésité. La question qui reste la plus préoccupante, tant chez les adultes que chez les enfants, est celle des personnes de milieux socio-économiques défavorisés chez lesquelles l'épidémie d'obésité continue de progresser : ce constat fait émettre de fortes réserves sur le caractère adapté et le niveau d'intensité des actions engagées par le PNNS, même si les fondements du PNNS restent solides en termes de santé publique.

Le PNNS 2 a défini l'activité physique comme un de ses neufs objectifs nutritionnels prioritaires, mais l'examen des documents du programme et des actions sur le terrain ne permet pas de

confirmer la prise en considération de cet objectif. L'extension des compétences du Ministère de la santé au sport n'a pas sensiblement renforcé la synergie depuis 2007 entre la santé et le sport. La conception du programme aurait dû mieux distinguer les priorités entre les actions d'information et d'éducation et les stratégies plus globales sur l'environnement et le cadre de vie, alors que les effets bénéfiques de l'activité physique comme déterminant de santé et facteur de protection contre le développement de certaines pathologies (cancer, maladies chroniques, diabète) ont été largement démontrés par les études internationales et les programmes de l'OMS.

Les études portant sur les pratiques d'activité physique et la réalité de la sédentarité montrent que pour influencer les comportements, il faut agir sur de nombreux facteurs, individuels et collectifs. La mission a souhaité rappeler que l'éducation physique et sportive dans le cadre de l'enseignement scolaire était là également pour mettre en œuvre les référentiels du PNNS en direction des jeunes et qu'il était regrettable de ne pas faire suffisamment appel à ces professionnels pour diffuser dans le milieu scolaire les préconisations du PNNS. Quant à l'activité physique adaptée, elle est encore peu développée, sauf exception, alors qu'elle joue un rôle majeur dans l'accompagnement des personnes concernées.

C'est néanmoins un des acquis de l'approche PNNS, qui a essayé de promouvoir des stratégies d'intervention ciblées en fonction des caractéristiques socioculturelles des bénéficiaires potentiels, mais qui n'a pas intégré pour la promotion de l'activité physique, les conditions et les moyens qui permettraient de diffuser cette pratique dans toutes les couches de la population.

C'est par le biais de la prévention et du dépistage de la dénutrition à l'hôpital que le PNNS aborde très largement la question de la dénutrition des personnes âgées. Le taux de personnes âgées dénutries atteint près de 30% en établissements d'hébergement, et jusqu'à 60% pour les personnes âgées hospitalisées. Sujet peu connu tant du grand public que des professionnels de santé et des accompagnants des personnes âgées, il n'en demeure pas moins un véritable enjeu de santé publique. Sa prise en compte spécifique chez le sujet âgé, bien qu'identifiée, n'a pas donné lieu à une action résolue, particulièrement pour les personnes âgées vivant à leur domicile, pourtant les plus nombreuses. La prise en charge une fois l'état dénutri avéré en est rendue plus difficile.

A cet égard, le PNNS a probablement constitué à partir des années 2000 un levier à la prise de conscience des enjeux de la dénutrition à l'hôpital. Très vite, une politique spécifique, principalement réglementaire, s'est développée (création et généralisation des CLAN, restauration hospitalière…).

En revanche, là où le PNNS aurait pu et du jouer pleinement son rôle d'impulsion, d'incitation, les résultats sont demeurés limités, **faute d'identification d'objectifs et de pilotes précis, et plus largement de portage administratif fort au sein du comité de pilotage du PNNS**. Ce constat de faible mobilisation s'applique à la situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées et plus encore au domicile. La PNNS a sur ces deux sujets trop peu sollicité les acteurs concernés. **Là aussi, des initiatives ponctuelles, nées d'opportunités locales, ont pu se développer, mais sont demeurées limitées.**

Le PNNS1 a su développer une politique de communication nutritionnelle efficace en s'adressant à la demande, grâce à la définition de repères nutritionnels et une communication efficiente vers les consommateurs. Le PNNS2, sans abandonner le premier versant, s'est fixé comme objectif de faire évoluer l'offre alimentaire (produits bruts, productions industrielles, distributeurs, restauration collective,…).

Cependant, sa traduction en termes d'actions s'est révélé décevante car certaines actions listées n'étaient pas à la hauteur de l'enjeu ou étaient conditionnées par des étapes préalables incompatibles avec la durée du programme. D'autre part, de nombreuses actions affichées PNNS2 sont en fait réalisées dans le cadre d'autres programmes et simplement revêtues de la « bannière PNNS », comme cadre référentiel reconnu.

Le PNNS2 a été facteur déclenchant, favorisant ou amplificateur de quatre actions importantes, le développement de la recherche sur l'alimentation et la nutrition humaine, l'observatoire de la qualité de l'alimentation, le développement de l'aide alimentaire et les actions pour les populations défavorisées, ainsi que les chartes d'engagements volontaires des acteurs économiques. **Elles connaissent des résultats inégaux.** Les deux premières sont des réussites qu'il faut consolider. En ce qui concerne les actions en direction des personnes défavorisées et /ou précaires, la distinction n'est plus de mise, la mission ayant pu constater dans le cadre de ses déplacements que le recours à l'aide alimentaire était autant le fait des populations pauvres que précaires, et qu'avec la crise, la distinction n'était plus que sémantique, et les questions de dénutrition restent posées pour certaines catégories de populations en difficulté.

L'aide alimentaire s'améliore par une meilleure coordination entre les intervenants au niveau du terrain, même si, dans un contexte administratif par ailleurs en plein bouleversement, les services déconcentrés ont pu connaître des difficultés. L'accompagnement de cette aide alimentaire, par les actions d'éducation nutritionnelle notamment, n'a pas eu le développement qui, compte tenu des enjeux soulignés supra, aurait pu être largement plus développé.

Le rôle du PNNS pour inciter les acteurs économiques à améliorer la qualité nutritionnelle de leurs offres s'appuie sur le principe de l'exemplarité et ce, dans le cadre à la fois de la loi de santé publique de 2004, et de la politique de l'alimentation du ministère de l'agriculture. Cependant, peu de chartes ont été signées, en grande majorité avec des grandes entreprises de l'agroalimentaire, ce qui conduit à s'interroger, non sur l'objectif consistant à faire évoluer globalement la qualité nutritionnelle des aliments proposés aux consommateurs à domicile ou en restauration collective, et à rendre possible le développement de l'activité physique sur le lieu de travail, mais sur la méthode utilisée dans la mise en oeuvre de ce concept de charte, qui devrait être améliorée afin de permettre l'aboutissement des démarches collectives d'industriels ou de services (restauration collective par exemple).

3. DES RECOMMANDATIONS AUTOUR DE DEUX SCENARII

A la fin de ses travaux d'enquête, compte tenu du bilan qui peut être fait du PNNS, la mission a souhaité inscrire la question de l'avenir du PNNS et l'explorer sous la forme de deux scénarii alternatifs. C'est en fonction de ces deux scenarii qu'elle a organisé ses recommandations.

Ces scénarii se distinguent essentiellement par deux façons différentes de concevoir l'association et l'articulation des fonctions de cadre de référence et de conduite opérationnelle de programmes (ou volets) sectoriels.

Le premier scénario fait du PNNS le cadre de références unique et obligatoire des politiques publiques dès lors qu'elles comprennent des actions ou des objectifs relevant de la politique nutritionnelle, et lui confie un rôle de coordination et d'harmonisation sans responsabilité directe de conduite opérationnelle.

Le deuxième scénario maintient le PNNS dans sa fonction de cadre de référence dans le domaine nutritionnel, et le recentre sur quelques axes prioritaires d'action dument identifiés et des fonctions opérationnelles qu'il confie, en nombre limité, à des chefs de file désignés qui lui rendent compte directement.

Quel que soit le scénario retenu, la mission s'est attachée dans le cadre de son enquête, à faire des recommandations, de portée inégale en ce qui concerne leur ampleur, sur les documents stratégiques, les plans d'action, leur conception et à partir de ce qu'elle a constaté dans leur mise en œuvre.

La mission a donc organisé la présentation de ses recommandations avec des recommandations de portée générale en fonction de la thématique concernée, certaines d'entre elles étant communes aux deux scenarii proposés, d'autres rattachées à l'un ou l'autre de ces deux scenarii.

Elles portent sur la conception même du programme et sur sa gouvernance, sur la synergie entre les plans et les politiques sectorielles concernées par les objectifs de la politique nutritionnelle, sur le fonctionnement du comité de pilotage. Un certain nombre de préconisations visent à l'amélioration des méthodes d'évaluation, notamment en prévoyant l'identification précise d'indicateurs, à renforcer l'accessibilité des outils de communication et la coordination des études et recherches, et à mieux identifier les ressources et moyens du programme.

La mission a également dressé la liste de recommandations relatives aux thématiques du PNNS, qui concernent l'obésité, la dénutrition des personnes âgées, l'activité physique et la lutte contre la sédentarité, ainsi que l'offre alimentaire. Une série de préconisations s'adresse plus directement aux personnes défavorisées, pauvres ou précaires.

En conclusion, la mission s'est attachée à rester dans le cadre d'une enquête sur le PNNS, avec ses réussites, ses échecs et ses manques. Elle n'a pas ré-ouvert les deux dossiers relevant de politiques plus contraignantes avec le sujet de la taxe nutritionnelle, sujet récemment traité, ou la réglementation de la publicité. C'est aussi la limite du PNNS, qui reste un programme essentiellement incitatif.

Sommaire

SYNTHESE **3**

PREAMBULE METHODOLOGIQUE **11**

INTRODUCTION **14**

1. UN PROGRAMME ORIGINAL ET AMBITIEUX DOTE D'UN LARGE PERIMETRE ET DE NOMBREUX OBJECTIFS. 16

1.1. Un PNNS2, orienté vers l'action mais avec manque de mise en perspective de ses larges domaines d'intervention *16*

1.2. En toile de fond d'un programme consensuel quant à ses objectifs, des paradigmes multiples relevant de paramètres socioculturels *21*

1.3. Le PNNS, une démarche originale au plan mondial, saluée par les instances internationales compétentes *23*

2. UN DISPOSITIF ET DES CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT QUI NE SONT PAS A LA MESURE DES AMBITIONS DU PNNS 27

2.1. Un comité de pilotage sans pouvoirs ni moyens laissant le PNNS reposer sur la DGS *27*

2.2. La déclinaison territoriale du PNNS, une démarche dynamique mais limitée *36*

2.3. Des moyens financiers et humains limités et mal connus *42*

2.4. La communication, un instrument essentiel de la déclinaison du PNNS *45*

2.5. La formation des professionnels, un chantier encore trop peu développé *52*

2.6. Le PNNS et les plans de santé publique, des synergies en devenir *57*

2.7. Des efforts de recherche et d'expertise en matière nutritionnelle encouragés par le PNNS68

3. DES AVANCEES ENCORE INSUFFISANTES SUR LES PRINCIPAUX OBJECTIFS AU REGARD DES ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE 70

3.1. La question de l'obésité, encore en attente de réponses concrètes *70*

3.2. La lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique, une place marginale dans le PNNS *87*

3.3. La lutte contre la dénutrition des personnes âgées : une mise en œuvre encore insuffisante *101*

3.4. Des actions sur l'offre alimentaire, inscrites dans le PNNS mais trop limitées *113*

3.5. La prise en compte des personnes défavorisées, une priorité assez théorique *125*

4. RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES 128

4.1. Tableau synoptique des recommandations *128*

4.2. Propositions de scenarii pour la suite *136*

LETTRES DE MISSION **141**

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES **145**

ANNEXE : SITUATION NUTRITIONNELLE DE LA POPULATION FRANÇAISE **155**

SIGLES UTILISES 177

Préambule méthodologique

Il a été prévu dès la mise en place du programme national nutrition santé 2006-2010 dit aussi PNNS2 de mettre en œuvre initialement en 2010 une évaluation externe. Le ministre de la santé et des sports a demandé le 24 juin 2009 à l'IGAS de réaliser cette évaluation en fixant dans sa lettre de commande plusieurs priorités (cf. en annexe), en orientant l'attention de la mission sur quelques aspects particuliers.

Des thèmes à approfondir :

- La dénutrition des personnes âgées,
- La nutrition des personnes en situation de précarité économique,
- La cohérence de la communication des acteurs qui abordent le thème de la nutrition,
- La mobilisation des collectivités territoriales autour du problème de l'obésité …)

Et des problématiques à explorer comme notamment :

- Examiner les synergies possibles entre différents plans et programmes de santé publique (Plan cancer, PNSE, …)
- Analyser les méthodes de fonctionnement du pilotage national du PNNS, de la coordination interministérielle et du pilotage au niveau des services déconcentrés
- Evaluer les méthodes de fonctionnement des structures qui émanent en particulier du comité de pilotage du PNNNS et le comité de validation des chartes d'engagement volontaire de progrès nutritionnel
- Ou identifier les leviers et les freins au déploiement au niveau local des actions du PNNS

Le ministre de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche a par lettre du 20 août 2009, invité le CGAAER à prêter son concours à cette mission d'évaluation du PNNS en exprimant quelques attentes précises notamment sur :

- L'analyse des actions relatives à l'offre alimentaire dans le cadre du PNNS, les questions relatives à la mobilisation des industriels ainsi qu'aux outils de surveillance mis en place
- L'analyse des chartes d'engagement de l'amélioration de la qualité nutritionnelle notamment vis-à-vis du jeu concurrentiel des entreprises.
- L'analyse des actions en faveur des plus démunis qui sont particulièrement touchés par l'obésité
- Les moyens mis en œuvre par le MAAP dans le cadre du PNNS et plus généralement la transparence et la répartition des financements au sein du PNNS2
- L'analyse de l'impact réel sur les comportements de la population des actions conduites par le PNNS.

D'un commun accord entre les deux ministères, les deux missions ont conjugué leurs démarches en constituant une mission conjointe d'évaluation qui a pu engager ses travaux sous cette forme à partir de la fin du mois de septembre 2009. Les délais initiaux ont été revus en conséquence et cette mission s'est vue proposer un terme à ses travaux pour la fin du mois de mars 2010. La mission conjointe est composée de trois missionnaires de l'IGAS et de trois missionnaires du CGAAER.

Il importe de mentionner quelques conditions particulières qui ont influencé les conditions de déroulement des travaux de la mission :

1) Une évaluation de politique publique au sens formel du terme repose sur une démarche méthodologique qui suppose la mise en place de conditions qui n'ont pas ici été toutes réunies, notamment la constitution d'un comité de pilotage de l'évaluation associant les principaux acteurs

et responsables du programme évalué, dont l'initiative revient aux seuls commanditaires d'une telle étude.
Les missionnaires ont donc considéré qu'il leur appartenait de conduire cette évaluation au regard des objectifs fixés par les lettres de mission et de conduire leurs investigations, leurs entretiens et leurs réflexions afin d'éclairer les ministres sur les questions relevant des préoccupations exprimées dans leurs lettres de mission.

2) Un contexte particulier caractérisé notamment par :

- L'existence de plusieurs rapports, publiés ou non, et concernant directement ou non le PNNS depuis 2003
- La mise en place, par décision présidentielle en date du 2 octobre 2009 d'une commission de prévention de l'obésité (qui n'ignorait pas l'existence de notre mission « le second PNNS est actuellement en cours d'évaluation… »)
- L'émergence depuis l'été 2009 d'un ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche ; la mise en place par ce dernier en 2009 de programmes régionaux de l'offre alimentaire (PROA) s'inscrivant significativement dans le champ du PNNS ; l'élaboration fin 2009 - début 2010 d'un projet de loi de modernisation agricole éclairant les objectifs politiques de ce ministère dans le champ de l'alimentation, nutrition comprise,
- des études sur la définition d'une politique nationale de l'alimentation dont les missionnaires ont eu à connaître à travers divers entretiens.
- La réorganisation des services de l'Etat en application de la RGPP qui impacte significativement les périmètres de compétence des services régionaux et départementaux et soulève de multiples questions quant à l'avenir de la gouvernance locale du programme et aux relations avec les collectivités territoriales.
- Un rapport d'activité du comité de pilotage du PNNS établi en novembre 2009 pour le Comité National de Santé Publique (CNSP) qui tient lieu de comité interministériel de la politique nutritionnelle française qui fait un bilan très complet du niveau de réalisation et d'avancement du PNNS 2006-2010.

Cette évaluation correspond à une phase d'évaluation finale du programme qui devrait permettre d'apprécier le niveau de réalisation de ses actions et objectifs de mise en œuvre, d'identifier les difficultés rencontrées dans sa réalisation, de formuler quelques recommandations susceptibles d'améliorer un nouveau programme (s'il en était décidé). En aucun cas il ne peut s'agir d'une évaluation ex-post qui devrait être seule à même, quelques années après le PNNS 2 d'en apprécier les effets ou impacts sur les populations. Pour ces raisons et d'autres qui seront présentées dans le corps du rapport –notamment au chapitre traitant des outils d'évaluation épidémiologique et d'enquête auprès des populations- la mission reconnaît n'être pas en mesure d'« évaluer les impacts **réels** sur les comportements de la population des actions conduites par le PNNS » comme demandé dans la lettre de mission signée du ministre de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche.

Il convient toutefois de souligner que les missionnaires, chaque fois que cela a été possible au regard des informations disponibles, se sont efforcés d'observer et d'apprécier quels étaient les effets du premier programme (PNNS1 2001-2005) au regard des informations disponibles.

La mission conjointe a donc fait appel à plusieurs modalités d'enquête pour conduire ses travaux :

1) Des entretiens avec les très nombreuses parties prenantes et notamment les principaux acteurs du PNNS et de sa gouvernance (directions générales, cabinets ministériels, responsables et membres du comité de pilotage, établissements publics …[1])
   Mais aussi des entretiens avec des représentants de sociétés savantes, des spécialistes, des responsables de services déconcentrés de l'Etat et d'associations engagées dans le PNNS (liste des personnes et organismes rencontrés en annexe)

[1] Cf. annexe : liste des personnes rencontrées.

2) Des déplacements dans quelques régions[2] afin de rencontrer les acteurs locaux de la déclinaison territoriale du PNNS.
3) Un déplacement à Bruxelles auprès de responsables de la direction générale de l'agriculture et du développement rural (DGAGRI) et de la direction générale de la santé et de la protection des consommateurs (DGSANCO) afin de mieux cerner la politique et le cadre des actions communautaires en matière d'alimentation, de nutrition et de santé.
4) La participation à un comité de pilotage du PNNS et à une réunion du CNSP.
5) La mise en œuvre d'une enquête spécifique auprès des directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS) et des directions régionales de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF) afin de mieux évaluer les modalités de la déclinaison du PNNS dans toutes les régions françaises.(sous l'intitulé « Enquête DRASS-DRAAF » dans le rapport).
6) La consultation d'une surabondante documentation constituée non seulement des documents internes au pilotage du PNNS (compte rendu de Comité de pilotage, tableaux de bords, rapports d'activités..), des rapports déjà demandés par tel ou tel ministre sur les problématiques nutritionnels, la documentation européenne et de l'organisation mondiale de la santé (OMS), les documents d'activité des très nombreux organismes concernés, les travaux des sociétés savantes sur ces questions, les productions des associations dans le très vaste champ éducatif, sanitaire et social de l'alimentation, des soins et de l'activité physique…pour n'évoquer que quelques uns des domaines abordés pour lesquels la mission s'est vu communiqués de nombreux documents sur support papier mais surtout électronique.

L'évaluation conduite n'a pas porté sur une analyse exhaustive de chacune des actions conduites dans le cadre du PNNS2 telles qu'elles sont identifiées et listées dans le rapport présenté devant le CNSP sur l'activité du comité de pilotage (« deuxième bilan annuel du PNNS 2006-2010 » - novembre 2009), mais s'y est référé pour illustrer ou étayer plusieurs de ses observations.

Enfin la mission a choisi de porter son regard sur quelques thématiques particulières considérées comme autant de priorités objectives de santé publique, qu'elle a croisées avec une approche plus transversale de ce programme, notamment sur les facteurs clefs de sa gouvernance. Ce choix l'a conduit à aborder certaines questions à plusieurs reprises dans des parties différentes du rapport, sans qu'il s'agisse pour autant de redondances gratuites puisque l'angle d'analyse en est chaque fois différent.

[2] Ile de France (Seine St Denis), Aquitaine, Champagne-Ardenne, Nord-Pas de Calais et deux visioconférences avec le Languedoc-Roussillon et la Martinique.

Introduction

Un contexte de création du PNNS1 domine par le souci des pouvoirs publics de favoriser un bon état de sante de la population en influant sur l'un de ses principaux déterminants, la nutrition

C'est à partir du constat, ancien et solidement établi, d'une relation entre la survenue de diverses maladies (maladies cardio-vasculaires, certains cancers, obésité, diabète) et l'existence de déséquilibres nutritionnels chez les personnes malades, que les pouvoirs publics demandent courant 1999 une étude de la situation au HCSP (Haut comité de santé publique) : un rapport, « Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France », est remis par cette instance mi 2000.

Sur cette base le Premier ministre annonce fin 2000 le lancement en janvier 2001 d'un PNNS 2001-2005 sous la coordination du ministère chargé de la santé et en lien avec les ministères chargés de l'agriculture, de l'éducation nationale, de la recherche, de la jeunesse et des sports, de la consommation.

Ce programme, daté de janvier 2001, comprend[3] neuf objectifs nutritionnels prioritaires (ex : augmenter la consommation de fruits et légumes, réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes, augmenter l'activité physique journalière…), neuf objectifs spécifiques qui ont une approche populationnelle (ex : personnes âgées, personnes en situation de précarité, femmes enceintes…), des principes généraux[4] et six axes stratégiques : informer et orienter les consommateurs ainsi qu'éduquer les jeunes, prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels, impliquer l'agro-industrie et la restauration collective ainsi que les consommateurs, mettre en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle, développer la recherche en nutrition humaine, engager des mesures et actions de santé publique destinées à des groupes spécifiques de population.

Au terme de programme il est décidé de faire réaliser un bilan[5] et d'élaborer des propositions d'évolution pour un PNNS 2 : cette tâche est confiée au Pr. Serge HERCBERG qui a présidé le comité de pilotage du PNNS 1. Selon le Pr. Serge HERCBERG « 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 »[6] : la mission partage cette opinion et il est indiscutable que la connaissance, via en particulier les actions de communication de l'INPES, des vertus d'une nutrition équilibrée et de l'importance d'observer les recommandations officielles en la matière s'est largement diffusée à travers les différentes couches de la société à l'exception, dans une certaine mesure, des populations précaires ou défavorisées.

En revanche le Pr. Serge HERCBERG estime dans son rapport de janvier 2006 que le PNNS 1 a connu un « …retard…dans l'avancement pratique du programme ». C'est également ce que pointe la Cour des comptes qui dresse un constat - notamment sur la formation, la prévention, le dépistage et la prise en charge, les systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle - de faible exécution des mesures prévues.

---

[3] Se reporter pour plus de précisions à l'annexe sur la situation nutritionnelle de la population française

[4] le choix alimentaire individuel est un acte libre, le PNNS prend en compte la triple dimension biologique, symbolique et sociale de l'acte alimentaire. Le PNNS prend en compte tant la composante apports nutritionnels que la composante dépenses, en particulier la dépense énergétique liée à l'activité physique ; le comportement alimentaire global doit être éclairé par une information scientifiquement valide, compréhensible et indépendante…

[5] La Cour de comptes a réalisé une très intéressante enquête en 2007 sur le PNNS 1 portant sur les objectifs, indicateurs et réalisations de ce programme ainsi que sur le dispositif de pilotage et le financement el les contrôles internes.

[6] Rapport du Pr Serge HERCBERG de janvier 2006 « Eléments de bilan du PNNS 2001-2005 et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS 2 2006-2008 »

Les propositions du Pr. Serge HERCBERG pour le PNNS 2 constituent, sont regroupées en trois plans d'action, (comprenant un total de 26 actions concrètes) :

- réaliser une prévention nutritionnelle globale en offrant à tous les conditions d'une alimentation et d'une activité physique favorable à la santé,
- prendre en charge l'obésité de l'enfant et de l'adulte,
- améliorer la prise en charge transversale de la dénutrition ou de son risque, notamment chez le sujet âgé,

Le deuxième programme national nutrition santé 2006-2010 en découle.

Le PNNS2, qui vise à prolonger le PNNS1 a travers ses objectifs, se veut promoteur d'une nouvelle gouvernance au profit d'un développement des mesures consacrées à certains axes nutritionnels

Le PNNS2 conserve les mêmes neuf objectifs nutritionnels prioritaires, élargit à dix les objectifs spécifiques[7], énonce dix principes généraux qui sont une reprise pour l'essentiel de ceux du PNNS 1.[8]

Ce nouveau programme comprend quatre plans d'actions : plan d'action n° 1 : prévention nutritionnelle (promouvoir des repères de consommation ; agir sur l'offre alimentaire), plan d'action n° 2 : dépistage et prise en charge des troubles nutritionnels (dépistage et prise en charge de l'obésité infantile, adolescente et adulte ; prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition), plan d'action n° 3 : mesures concernant des populations spécifiques (nutrition aux différents âges de la vie ; cibler les actions sur les populations défavorisées ; améliorer l'aide alimentaire apportée aux personnes en situation de précarité), plan d'action n° 4 : mesures particulières (promotion des actions locales ; renforcer l'effort de recherche et d'expertise ; l'image du corps).

A la lecture de ces plans d'action du PNNS2 apparaissent clairement les domaines qui sont reconnus comme prioritaires : repères de consommation, obésité et surpoids, dénutrition, ciblage des populations défavorisées, offre alimentaire, mobilisation des acteurs. Une place particulière est réservée dans la préface à la signature du ministre chargé de la santé à la question de l'obésité et du surpoids qui est élevée au rang de « véritable enjeu de société » (voir infra).

Il sera abordé en détail plus loin le contenu de la nouvelle gouvernance qui se caractérise sur le papier au niveau national par la création d'un comité interministériel de la politique nutritionnelle française censée se réunir chaque année à l'égide du ministre chargé de la santé et au niveau régional par la constitution d'un comité régional de pilotage du PNNS présidé par le DRASS.

[7] Il est en effet ajouté la réduction de la fréquence de la déficience en iode en tant que nouvel objectif spécifique

[8] Parmi les nouveaux principes figurent le bannissement de toute forme de stigmatisation des personnes, la non diffusion de messages d'interdiction de consommation d'un quelconque aliment (sauf si prévue par la réglementation), le fait de privilégier les mesures incitatives, la mise en œuvre des actions majeures du PNNS dans le cadre d'un dialogue entre partenaires présents au comité de pilotage

1. UN PROGRAMME ORIGINAL ET AMBITIEUX DOTE D'UN LARGE PERIMETRE ET DE NOMBREUX OBJECTIFS.

1.1. Un PNNS2, orienté vers l'action mais avec manque de mise en perspective de ses larges domaines d'intervention

1.1.1. Une valorisation indistincte des thématiques

1.1.1.1. Un programme univoque dans le traitement de ses composantes

Il est rappelé que le programme de 2006 présente neuf objectifs nutritionnels prioritaires, dix objectifs spécifiques, dix principes, un « suivi, évaluation et surveillance de la santé nutritionnelle » comportant objectifs et actions nouvelles, quatre plans d'actions, dix fiches décomposées en vingt trois chapitres[9] composés eux mêmes d'objectifs, actions/mesures, calendrier.

Un tableau de bord est tenu en règle une fois par an par la direction générale de la santé (DGS) sur l'état d'avancement du programme avec identification du niveau d'atteinte pour chacune des 104 actions qu'il est prévu de mettre en œuvre entre 2006 et 2010. Pour chaque action il est précisé dans ce tableau de bord le numéro de l'action l'intitulé de l'action, la référence au texte du PNNS 2, le pilote institutionnel, le référent technique, les conditions de mise en œuvre, l'état de réalisation, le niveau d'atteinte de l'action.

Il est regrettable qu'à la lecture du programme ne transparaisse aucune tentative, sinon de hiérarchisation, du moins de définition d'un ordre de priorité, ou a minima de mise en valeur, de certaines problématiques par rapport à d'autres. Cette absence se ressent tout particulièrement pour certains sujets tels que celui du dépistage et de la prise en charge de l'obésité infantile et adulte ou encore celui sur l'activité physique et sportive.

1.1.1.2. Une évocation limitée du chantier obésité

Un bon exemple de ce nivellement des thématiques est la place réservée au chantier obésité.

Le PNNS 2 comporte différents plans d'action dont le plan d'action 2 intitulé « dépistage et prise en charge des troubles nutritionnels ». Ce plan d'action est composé de deux fiches : « dépistage et prise en charge de l'obésité infantile, adolescente et adulte » d'une part, « prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition » d'autre part.

La préface du deuxième programme à la signature du ministre de la santé de l'époque mentionne la question de l'obésité et du surpoids comme particulièrement préoccupante, notamment du fait de l'accroissement de pathologies « …comme le diabète gras, les maladies cardiovasculaires ou certains cancers. La nutrition s'impose dès lors comme un enjeu majeur de santé publique…». C'est donc bien, pour le politique, par le canal de l'obésité et de ses complications que la nutrition devient « enjeu majeur ».

Or ce sujet n'apparaît qu'à la page 25 du programme au sein d'un plan d'action consacré aux troubles nutritionnels et est positionné à rang égal avec la question de la dénutrition. Sans minimiser ce dernier sujet il est permis de s'interroger, compte tenu de leurs importances respectives, si le sujet de la dénutrition doit être traité de manière semblable à celui de l'obésité.

[9] Ce terme (pas plus que celui de sous-thème ou de sous-sous-thème) n'est utilisé dans les documents rédactionnels : il s'agit pour la mission mais a été choisi par la mission pour évoquer distinguer des parties

Cette mise à même niveau se traduit dans le tableau de bord[10] par 8 actions (soit moins de 10% du nombre total d'actions) tant pour le surpoids et l'obésité que pour la dénutrition. Il est bien évidemment admissible d'opposer à ce constat que l'obésité et le surpoids ne sont pas traités uniquement dans le seul plan d'action qui les concernent directement et que des actions prévues dans d'autres parties du programme concourent à la prévention de ces questions (le plan d'action 1 qui porte sur la prévention nutritionnelle contient à l'évidence des actions qui participent à la diminution des risques d'obésité), de même qu'il est acceptable d'entendre qu'un programme n'est pas mesurable à la seule aune du nombre d'actions qui sont de nature et d'importance très variables les unes par rapport aux autres.

Le rapport sur l'activité du comité de pilotage du PNNS d'avril 2008 définit 13 chantiers à mettre en œuvre en 2008-2009 : ce sont des chantiers non encore débutés ou nécessitant une accélération de leur mise en œuvre. Il en est ainsi du chantier N°9 « Prise en charge de l'obésité » qui couvre des actions déjà existantes 47 à 54. Un certain nombre de fiches spécifiques sont également annexées qui détaillent les conditions de réalisation de certaines actions et leur état d'avancement : les actions 47, 49, 51, 52 et 53 en bénéficient pour le chantier obésité.

Ce rapport d'avril 2008 fait état des actions pour lesquelles « on peut considérer qu'il y a eu des avancées » et de celles pour lesquelles « on peut considérer que les avancées doivent être confirmées ou approfondies » : l'obésité fait partie de cette dernière catégorie compte tenu que les actions qui relèvent de ce sujet « sont encore dans les phases préliminaires ».

Si l'obésité est bien selon la préface sus citée, non plus seulement une question de santé publique, mais « un enjeu de société » cet enjeu mériterait une meilleure valorisation, ne serait ce que pour afficher sans conteste cette priorité gouvernementale. On peut se demander si ne traiter le sujet de l'obésité que comme un des deux « troubles nutritionnels» relevant du PNNS (à côté de la dénutrition) et fondre à l'intérieur d'un vaste plan de santé publique nutritionnel une question qui nécessiterait un portage politique indépendant et spécifique est la meilleure manière de mobiliser les professionnels et de sensibiliser le grand public.

Force est de constater, même si les résultats ne peuvent être qu'obtenus sur le moyen long terme, que le PNNS 2 a montré ses limites dans le domaine du contrôle de la prévalence de l'obésité et alors même que les ambitions du PNNS 2 dépassaient celles du PNNS 1, qui n'avait pour objet que de s'intéresser au seul sujet de « la prévention, du dépistage, de la prise en charge des troubles nutritionnels dans le système de soins ».

1.1.2. Une lecture peu aisée dans son contenu rédactionnel et sans intégration des principes de son évaluation

1.1.2.1. Une rédaction perfectible

Outre un sentiment pour le lecteur d'un foisonnement d'actions ou mesures, le découpage pour lequel il a été opté - même s'il est compréhensible que ce découpage puisse s'accompagner d'une certaine variabilité selon le sujet abordé - aurait bénéficié de l'adoption d'une segmentation type[11] susceptible de rendre la lecture plus facile.

[10] Version du 20 mai 2009 (voir sur le site du Ministère de la Santé et des Sports). Dans sa version du 30 novembre 2009 le nombre d'actions présentes dans le tableau de bord passe à 12 à la suite du découpage de certaines de ces actions.

[11] C'est ainsi que le plan d'action 1 possède deux fiches dont l'une (Education et prévention : promouvoir des repères de consommations) comporte deux chapitres dont l'un (Promouvoir les 9 repères de consommation du PNNS) est lui-même scindé en plusieurs sous-chapitres et sous-sous-chapitres tandis que l'une des fiches (Renforcer l'effort de recherche et d'expertise) du plan d'action 4 ne fait l'objet d'aucune décomposition : la segmentation est de rang 3 dans le premier cas et de rang 0 dans le deuxième.

La lecture comparative des divers documents relatifs à ce programme (programme, rapports, fiches, tableaux de bord) n'est pas facilitée par un caractère confus de la rédaction au fil du temps.

Si l'on reprend le cas du chantier obésité pour environ une vingtaine d'actions recensées dans la fiche sur l'obésité du document de 2006 seules 8 actions sont listées dans le tableau de bord d'avril 2008 sans qu'il y ait donc superposition exacte entre le texte de 2006 et le tableau de bord tenu par la DGS. C'est ainsi que l'action 47 se réfère à la page 26 du document de 2006 sans qu'une action de coordination générale ait pu être clairement identifiée par la mission à la lecture de cette page. A contrario l'action 48 ne constitue qu'une des cinq actions/mesures du chapitre « Renforcer le repérage précoce et assurer la prise en charge » de la fiche « Dépistage et prise en charge de l'obésité infantile, adolescente et adulte ».

Le rapport sur l'activité du comité de pilotage de novembre 2009 fait un point sur l'état d'avancement des 13 chantiers sus cités, notamment le chantier « prise en charge de l'obésité », et propose 14 chantiers à mettre en œuvre en 2010 qui sont pour la plupart une reprise des chantiers antérieurs (tel est le cas pour la prise en charge de l'obésité).

Le document du 30 novembre 2009 reprend dans le domaine de l'obésité les mêmes actions mais avec un découpage sur le tableau de bord de l'action 49 en 49 a Développer des outils et 49 b Action de formation pour les professionnels des établissements de soins ainsi que de l'action 50 en 50 a et 50 b reprenant le même intitulé que l'action 50 mais avec des conditions de mise en œuvre différentes. Ce même document adopte le même choix que celui d'avril 2008 avec rédaction de fiches spécifiques sur des actions du PNNS 2 : une fiche est ainsi écrite pour les actions 49a, 49b, 50a et 50b, 52, 53 et 54.

Au total le suivi d'un seul chantier comme celui de l'obésité est rendu quelque peu délicat à la lecture des documents sus cités.

Sur l'aspect rédactionnel du PNNS 2 il est à noter que ce document n'intègre aucun sommaire complet permettant une vision globale de l'ensemble du découpage du programme pas plus qu'il ne fait figurer en fin de document ou en annexe aucun récapitulatif de l'ensemble des actions qu'il est prévu de mettre en œuvre (ce document existe en revanche dans le tableau de bord tenu par la DGS).

Il existe de plus un risque de mauvaise interprétation par le lecteur de ce qui constitue les objectifs du PNNS : en effet s'il n'y a pas d'ambiguïté concernant les neuf objectifs nutritionnels prioritaires et les dix objectifs spécifiques il peut être considéré que, si ceux ci représentent le socle des objectifs poursuivis, s'ajoutent, à ces objectifs, ceux[12] qui accompagnent les différentes actions/mesures inscrites dans le programme. Il s'avère - après interrogation des services rédacteurs du programme sur ce point - que doivent être compris en tant qu'objectifs du PNNS les seuls neuf objectifs nutritionnels prioritaires.

Si tel est le cas cela écarte en tant qu'objectifs à part entière d'une part les objectifs spécifiques qui sont au service de l'atteinte des objectifs prioritaires et d'autre part les objectifs qu'il est possible de caractériser d'opérationnels dans la mesure où ils figurent dans les plans d'action et correspondent aux actions qui doivent être menées. Par voie de conséquence sont également écartés les indicateurs qu'il aurait été envisageable de déterminer au regard de chacun des ces types d'objectifs.

[12] Le terme d'objectifs est utilisé très régulièrement à l'occasion de la description des différentes actions/mesures que le programme se propose de mettre en œuvre

1.1.2.2. L'inexistence d'indicateurs de performance

Enfin il n'y a pas, dans le but de pouvoir asseoir quantitativement et/ou qualitativement l'évaluation du programme, de systématisation d'une définition d'indicateurs, si possible d'indicateurs d'impact ou de performance, sinon de suivi ou de réalisation.

Certes il pouvait ne pas être possible pour chaque objectif choisi ou pour toute action décidée de fixer l'indicateur correspondant. Par ailleurs le tableau de bord tenu par la DGS fournit des éléments de suivi de réalisation qui peuvent pour partie d'entre eux être considérés comme des indicateurs de réalisation des actions. Enfin il est recevable d'entendre que l'évaluation procède souvent de la prise en considération de multiples facteurs dont seule la conjonction soit en capacité d'influer sur l'obtention d'un résultat.

Mais, à l'image de ce qui a été fait pour la loi de santé publique de 2004, il n'aurait pour autant pas été superflu de tenter d'inscrire au regard de chacune des nombreuses actions développées pour atteindre les objectifs du PNNS l'indicateur ou les indicateurs pertinents, ou, à tout le moins, de prévoir dans le programme les bases théoriques et pratiques à partir desquelles son évaluation devrait être effectuée.
La mise en place d'une mesure de la performance dans le PNNS 2, évoquée dans l'observation faite par la Cour des comptes dans son rapport d'enquête[13] menée sur le premier PNNS, ne s'est pas réalisée.

Recommandation n°1 : prévoir - parallèlement à une clarification rédactionnelle du prochain programme et à son recentrage sur un nombre réduit d'objectifs et d'actions en découlant - l'identification précise d'indicateurs de réalisation et si possible de performance

1.1.3. Une procédure de validation de l'actualisation annuelle du programme peu convaincante qui s'accompagne d'une traduction rédactionnelle rendant délicat le suivi d'exécution

1.1.3.1. Des rôles insuffisamment différenciés entre le comité de pilotage du PNNS et le CNSP

L'actualisation[14] annuelle du programme s'effectue après présentation devant le Comité national de santé publique[15] (CNSP) du bilan de l'année passée et des perspectives d'évolution du programme.

Il est possible de noter que concernant la gouvernance du programme le dispositif originel de gouvernance qui reposait au niveau national sur un comité de pilotage du PNNS et un « comité

[13] Rapport sur le premier PNNS comportant les observations définitives délibérées par la Cour des comptes le 14 mars 2007. Selon ce rapport l'absence de mise en place à l'origine d'outils adaptés à une mesure de la performance a constitué un handicap irréversible pour le PNNS 1 : cet handicap devait pouvoir être levé dans le PNNS 2 à en croire les indications fournies début 2007 par le ministère à la Cour des comptes

[14] Les fondements de cette actualisation semblent reposer, non sur le décret du 13 avril 2007 relatif au comité de pilotage du PNNS 2006 2010 qui prévoit un « rapport sur l'activité du comité de pilotage et un bilan annuel du programme national nutrition santé 2006 2010 », mais sur la réglementation en vigueur applicable au CNSP (art R1413-32 du CSP) : le rapport annuel d'activité remis par le CNSP au ministre chargé de la santé « peut comporter toutes propositions de nature à renforcer les programmes et actions du Gouvernement en matière de prévention et de sécurité sanitaire »

[15] Le CNSP créé par la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique a pour but en matière de prévention de coordonner l'action des différents départements ministériels et de contribuer à l'élaboration de la politique à mener. Le décret n°2005-1202 du 22 septembre 2005 précise que le CNSP est présidé par le ministre chargé de la santé ou en cas d'absence ou d'empêchement par le directeur général de la santé. Il comprend notamment les directeurs d'administration centrale des ministères chargés de la santé, l'assurance maladie, l'emploi, l'intérieur, l'agriculture, les finances, la défense, la justice, l'écologie.

interministériel de la politique nutritionnelle française[16] » a fait long feu par l'absence de création dudit comité. A un échelon politique interministériel a été substitué un échelon administratif interministériel le CNSP, sous présidence de la DGS, qui ne possède plus de rôle décisionnaire en matière d'orientations stratégiques son rôle se réduisant à la validation des orientations stratégiques qui lui sont proposées.

Lors de l'examen par le CNSP du 14 décembre, auquel a assisté la mission, du bilan et des orientations 2010 du second PNNS il a été constaté un débat quasi inexistant, le CNSP semblant plutôt jouer le rôle d'une simple instance d'enregistrement. Le processus de validation par le CNSP des orientations stratégiques du comité de pilotage du PNNS est en grande partie vidé de sens. Certains des membres du comité de pilotage ont fait état de leur insatisfaction qu'une telle organisation n'autorise pas la possibilité réelle d'élever- en cas de difficulté - le débat devant une instance supérieure dotée véritablement d'une autorité décisionnaire.

1.1.3.2. Une compréhension des axes de développement du PNNS réduite par un descriptif confus des actions les déclinant

Le document PNNS 2 disponible sur l'intranet du ministère ou sur internet (site mangerbouger.fr) est celui de septembre 2006 : il n'y a pas d'actualisation annuelle accessible alors même que ce document évolue année après année après passage devant le CNSP (premier rapport en avril 2008, deuxième rapport en novembre 2009).

Cette actualisation amène à rendre quelque peu complexe le suivi de ce programme :
Le rapport sur l'activité du comité de pilotage du PNNS d'avril 2008[17] ne comporte pas dans sa partie « propositions » de nouveaux « chantiers », hormis la qualité gustative des aliments, mais décline, chantier par chantier, les « stratégies spécifiques à mettre en œuvre » qui, de fait, correspondent en l'identification d'actions dont il n'est souvent pas facile de reconnaître leur éventuelle nouveauté par rapport au programme initial de 2006.

Le rapport sur l'activité du comité de pilotage du PNNS de novembre 2009[18] définit de « nouveaux chantiers », qui en réalité ne constituent que des chantiers déjà prévus mais non encore ou insuffisamment engagés, recense au sein de ces chantiers des actions avec le même flou relatif sur le caractère novateur ou non desdites actions et inscrit sur le tableau de bord des « actions supplémentaires non initialement programmées » (actions 105 à 117).

Le PNNS, au fil du temps, présente donc des évolutions qui, sans vouloir en contester les fondements, ne sont pas aisés à cerner sans effort, compte tenu notamment de l'absence dans le document de septembre 2006 de récapitulation et de totalisation des actions programmées.

Au total l'existence dans les deux rapports annuels d'une certaine confusion dans le descriptif de l'ensemble des actions qu'il est proposé, au titre de 2008-2009 puis de 2010, au CNSP de mener au regard du programme de 2006 ne fournit pas au lecteur des bases solides d'appréciation des axes de développement du programme.

---

[16] Ce comité devait être une instance décisionnaire fixant les orientations stratégiques du gouvernement en matière nutritionnelle. Il était prévu qu'il associe outre le ministre chargé de la santé les ministres et délégations interministérielles concernés.(voir ci-dessous point 2.2.3.)

[17] Le rapport d'avril 2008 indique qu'aux 102 actions à mettre en place entre 2006 et 2010 prévues dans « la feuille de route du PNNS » il faut ajouter 18 actions supplémentaires, dont 12 sont déjà réalisées et 6 en cours, qui sont ajoutées au tableau de bord annexé à ce rapport

[18] Dans le rapport de novembre 2009 (deuxième bilan annuel du PNNS 2006-2010) il est mentionné page 7 « 92 actions à mettre en place entre 2007 et 2010 », page 11 ce sont « 104 actions à mettre en place entre 2006 et 2010 », page 12 à ces 104 actions il convient d'ajouter « 13 actions supplémentaires mises en œuvre entre septembre 2006 et mars 2008 » sachant que « les 104 types d'action inscrites au tableau de bord » correspondent à « 140 actions individuelles ».

1.2. En toile de fond d'un programme consensuel quant à ses objectifs, des paradigmes multiples relevant de paramètres socioculturels

1.2.1. Les paradigmes, et leurs influences sur les stratégies des acteurs

Si les repères nutritionnels font à présent consensus, ce qui est un acquis fort du PNNS1, des divergences persistent en fonction des représentations dont les acteurs se réclament et qui fondent souvent implicitement leur stratégie et leur positionnement. Certains considèrent qu'un bon comportement alimentaire est avant tout un choix individuel et relève de la responsabilité de chacun. Dès lors que le citoyen est convenablement éclairé sur les dangers et les risques, il lui appartient d'adapter en conséquence ses habitudes de vie. Les autres accordent une influence prépondérante aux paramètres environnementaux et sociétaux dans le conditionnement des comportements et considèrent que les individus réagissent d'abord en fonction des « modèles » ou représentations de référence portés par la société et des stimuli (encourageants ou dissuasifs) véhiculés par l'environnement pris au sens large (aménagement des lieux publics, politique des transports, communication, publicité, modèles culturels...).

Le PNNS2 associe des actions qui intègrent de fait ces deux approches:

- des actions s'adressant à l'individu et le sensibilisant aux bons comportements alimentaires et d'activité physique, essentiellement à travers des actions de promotion et de communication sur les repères nutritionnels ;
- des actions susceptibles de modifier l'environnement dans un sens plus favorable à l'adoption de bons comportements : par exemple, des actions sur l'offre alimentaire pour améliorer la qualité nutritionnelle de certains aliments, des actions de formation à l'intention des professionnels de santé ou des personnes relais ou des actions d'incitation à des démarches collectives (ex : villes actives PNNS).

Le baromètre santé - nutrition 2008 de l'INPES (sorti en décembre 2009) témoigne d'une conciliation entre ces deux « écoles » en mettant en lumière les interactions entre les facteurs environnementaux et les stratégies individuelles. Il s'agit de la troisième édition de ce baromètre depuis 1996, qui permet d'observer les comportements alimentaires et les attitudes des Français et leur évolution. En complément des informations apportées aux deux enquêtes nationales des consommations alimentaires mises en place en 1999 et 2007 par l'AFSSA et celles apportées par l'Etude nationale nutrition -santé de 2006 réalisée par l'INVS, ce baromètre établi 7 ans après la mise en œuvre du PNNS, établit quelques corrélations entre ce programme et certains de ses premiers effets sur les comportements dans la mesure où certaines questions de l'enquête renvoie explicitement aux repères nutritionnels proposés par le PNNS.

Si les vertus de la consommation régulière de fruits et légumes semblent mieux connues de la plupart de nos concitoyens, et la consommation d'alcool paraître régresser (sauf chez les jeunes), ces repères ne semblent influencer qu'à la marge leurs comportements qui sont davantage influencés par la crise économique, ou les environnements géographiques et socioculturels dans lesquels ils évoluent. L'accessibilité de certaines denrées (poissons en régions côtières, par exemple), le niveau de vie (précarité) et de formation (niveau d'éducation scolaire ou universitaire), les habitudes alimentaires de l'entourage (effets « régionaux »), les objectifs personnels (plaisir, santé, forme..) influencent les choix individuels et permettent de différencier plusieurs groupes de « mangeurs » dont chacun ne réagira pas de la même manière, en fonction de l'ensemble des paramètres qui interagissent sur ses choix de consommation, à de mêmes stimuli comme par exemple les préconisations officielles du PNNS. D'autres études conduites sur des populations d'adolescents (étude observatoire Cniel des habitudes alimentaires OCHA…) montrent ainsi chez ces derniers, malgré une connaissance assez bonne des principaux repères nutritionnels et des « bons » comportements alimentaires, peu d'influence de ces références « conscientes » sur leurs consommations effectives qui sont davantage dictées par les références implicites ou les comportements de cette classe d'âge (risque, hédonisme, effets de groupe, imitation…).

<u>Recommandation n°2 :</u> prendre pleinement en considération cette multiplicité des cultures et des représentations dans les stratégies de communication et la mise en place d'actions afin de différencier les messages comme les actions en fonction des publics cibles quant bien même leurs fondements scientifiques seraient les mêmes.

1.2.2. Les principes généraux du PNNS ne permettent pas d'assurer une totale cohérence de cette politique.

Les travaux des sociologues de l'alimentation - d'ailleurs présents pour certains dans les instances du PNNS ou dans des institutions telles que le CNA qui contribuent à en alimenter les références - ont influencé le PNNS et il semble que notre pays fasse figure d'exception dans un contexte international où les nutritionnistes n'ont pas toujours intégré dans leurs analyses et leurs préconisations l'influence de ces facteurs socioculturels des comportements (cf. travaux de C.FISCHLER[19] et J.P.POULAIN[20]).

Nous retenons plus particulièrement les principes suivants :

- outre sa vocation biologique, l'acte alimentaire a une forte charge culturelle, sociale, affective ; c'est, en France, un moment de plaisir revendiqué. Le PNNS prend en compte la triple dimension biologique, symbolique et sociale de l'acte alimentaire ;
- aucun message émanant du PNNS ne saurait interdire ou bannir la consommation d'un quelconque aliment (si sa consommation n'est pas interdite par la réglementation) ;
- les stratégies, les actions et les messages du PNNS doivent être cohérents, sans contradiction, ni explicite ni par omission. Ils sont tous ordonnés en vue de réaliser les objectifs nutritionnels prioritaires retenus par ce programme.

Les principes portés par le PNNS prennent en compte la complexité de l'acte alimentaire mais portent aussi des logiques qui peuvent apparaître contradictoires (affirmer qu'aucun aliment n'est nocif en soi à partir du moment où il n'est pas interdit et mettre en garde dans le même temps contre une consommation excessive de certains de ceux qui sont « trop gras, trop salés ou trop sucrés »). Dès lors et en fonction des conflits d'intérêts[21], la recherche du consensus atteint parfois ses limites ; les campagnes de communication peuvent créer des tensions entre certains acteurs qui tout en adhérant aux objectifs et repères portés par le PNNS, s'insurgent lorsque telle ou telle campagne stigmatise ou discrimine, à l'encontre des principes généraux, certaines catégories d'aliments. Il apparaît que l'on touche là les difficultés des partenariats entre puissance publique et intérêts particuliers, comme les limites d'un programme essentiellement incitatif et reposant beaucoup sur les initiatives portées ou relayées par les associations mais aussi les opérateurs économiques.

<u>Recommandation n°3 :</u> corriger la formulation de l'un des principes généraux qui pourrait favoriser une interprétation par trop « binaire ». Par exemple inscrire explicitement que si certains aliments ne sont pas interdits et sont sources de plaisir, une consommation excessive peut toutefois présenter de réels risques pour la santé.

1.2.3. La place de l'alimentation dans la culture nationale française : un consensus fragile

L'alimentation tient une place originale et centrale dans la culture de notre pays. Le formidable patrimoine gastronomique et culturel dans ce domaine, la place particulière des terroirs dans nos références identitaires, la richesse et la diversité de notre offre alimentaire, la puissance de l'agro-

[19] L'Homnivore, Paris Odile Jacob, 1990 ; pensées magiques et alimentation aujourd'hui, 1996
[20] Sociologies de l'alimentation, PUF, Paris, 2002
[21] Peut être peut on trouver là un élément pour expliquer que les boissons alcoolisées ne sont pas dans le champ du PNNS ?

industrie nationale, les enjeux économiques qui y sont liés constituent un alliage particulier et fort dont aucune politique publique ne saurait faire abstraction.

Par ailleurs les préoccupations de santé publique appuyées par les enquêtes épidémiologiques et les rapports alarmants sur les déséquilibres des comptes sociaux qui pointent tous l'influence d'une alimentation déséquilibrée sur bon nombre de pathologies lourdes et dominantes dans nos populations ne peuvent être écartées.

Le PNNS a constitué la première tentative de concilier ces réalités et de conduire l'ensemble des parties prenantes, services publics, collectivités territoriales, entreprises, associations, acteurs professionnels et sociaux à œuvrer ensemble pour assurer une meilleure maîtrise collective de ces risques, en considérant les objectifs issus de ces deux types de considérations comme non contradictoires.

Pour autant la question se pose des limites d'une démarche essentiellement incitative et promotionnelle qui obtient certes des résultats mais peut rencontrer sur quelques points sensibles des conflits d'intérêts trop forts pour être surmontés par la seule bonne volonté des acteurs. Dès lors sur ces points d'autres approches devraient être mises à l'étude, complémentairement, comme par exemple la normalisation de certains produits ou la réglementation de certaines obligations professionnelles ; l'inscription dans le PNNS, proposition reprise dans le projet de loi de modernisation agricole, de l'édiction de règles nutritionnelles propres à la restauration scolaire en propose un exemple. **Il convient d'ailleurs de souligner à la lumière de cet exemple que ces mesures trouveraient d'ailleurs leur place dans les politiques sectorielles en rapport avec les objectifs du PNNS, ce dernier pouvant dès lors conserver sans inconvénient son caractère essentiellement incitatif.**

Quelques conséquences pourraient en être tirées par les concepteurs et animateurs des politiques nutritionnelles tant en ce qui concerne les actions à conduire que la communication à l'intention de la population. S'il est rationnel que les repères nutritionnels reposent sur des bases scientifiques identiques pour tous, en revanche les modalités de leur appropriation vont pouvoir être sensiblement différentes selon les groupes identifiés par les outils d'observation mentionnés. Se posera la question des stratégies et des choix d'action et de communication à mettre en œuvre en direction de ces populations et en priorité vers celles les moins susceptibles d'adopter spontanément des comportements alimentaires favorables à leur bonne santé.
La question se pose toutefois d'évaluer si les actions de communication, essentiellement portées par l'INPES pour ce qui concerne la communication publique et institutionnelle prennent également bien en compte cette diversité. Ce point est plus particulièrement développé dans le chapitre relatif à l'évaluation de la communication.

Recommandation n°4 : Articuler les programmes ou politiques sectorielles concernés par les objectifs du PNNS.

1.3. Le PNNS, une démarche originale au plan mondial, saluée par les instances internationales compétentes

Les problématiques associant l'alimentation, l'exercice physique et la santé ont été identifiées dans le monde comme des enjeux dans les sociétés modernes développées qui ne sont plus confrontées à la faim, mais au cortège des conséquences désastreuses de ce qu'en France on appelle familièrement la « malbouffe ».

Dans un rapport de 2004, intitulé « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé », l'OMS a rassemblé à la demande de plusieurs Etats membres, les préconisations en la matière. Cette stratégie « porte sur deux des principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles, une mauvaise alimentation et le manque d'exercice physique. Elle complète l'action menée depuis longtemps par l'OMS et au niveau des pays dans d'autres domaines en rapport avec

l'alimentation, notamment la dénutrition, les carences en micro nutriments ou encore l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ».

L'Europe, quant à elle, a également intégré les enjeux comme en témoigne les initiatives qu'elle a prises et qu'elle justifie ainsi

« Dans l'Europe d'aujourd'hui, six des sept principaux facteurs de risque de mort prématurée (pression sanguine, cholestérol, indice de masse corporelle, consommation insuffisante de fruits et légumes, manque d'activité physique, consommation excessive d'alcool) concernent la façon dont nous mangeons, buvons et nous dépensons (le seul qui figure en dehors étant le tabac). Un régime équilibré ainsi qu'une activité physique régulière, dans une vie où le tabac n'a pas sa place, sont des facteurs importants de promotion et de conservation d'une bonne santé. En plus, ce sont les personnes qui ont les revenus les plus faibles et le plus bas niveau d'éducation qui sont les plus touchées.

La surcharge pondérale et l'obésité progressent à un rythme alarmant en Europe. L'obésité constitue l'un des problèmes de santé publique les plus graves que connaît l'Europe parce qu'elle augmente de manière significative le risque de contracter de nombreuses maladies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type 2 et certains cancers. Actuellement, ces affections sont prépondérantes dans le tableau des maladies et la cause principale de mortalité en Europe et dans le monde. La progression de l'obésité chez les enfants est particulièrement inquiétante. C'est souvent durant les premières années de la vie que sont adoptés les modes de vie, y compris les régimes, habitudes alimentaires et niveaux d'activité ou d'inactivité physique. L'obésité de l'enfant conduit souvent à une obésité de l'adulte, de sorte que le meilleur moment pour s'attaquer au problème est le début de la vie.

Aujourd'hui, il n'est pas facile de maintenir un poids normal. Les environnements dans lesquels la population évolue sont très favorables à l'obésité. On trouve des denrées alimentaires hautement énergétiques en abondance mais elles sont souvent pauvres en valeur nutritive, alors que les besoins et opportunités de s'adonner à une activité physique, aussi bien au travail que durant les loisirs, s'amenuisent. D'année en année nous mangeons de plus en plus alors qu'en fait nous dépensons de moins en moins d'énergie et adoptons progressivement des modes de vie sédentaires.

La Commission européenne est consciente de la gravité du problème. L'alimentation, l'activité physique et l'obésité sont au premier rang des priorités des politiques de l'Union en matière de santé publique et figurent dans le programme d'action en matière de santé publique (2008-2013) ».

Elle a également mis en place un « groupe de haut niveau sur l'alimentation et l'activité physique », ainsi qu'une plateforme européenne dans ce domaine de façon à recenser, évaluer et promouvoir les meilleures démarches en la matière.

Elle a élaboré en mai 2007 un Livre blanc intitulé « Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité » qui s'ouvre ainsi : « L'objet du présent Livre blanc est de définir une approche européenne intégrée qui permette de réduire les problèmes de santé dus à la mauvaise nutrition, à la surcharge pondérale et à l'obésité. Le présent Livre blanc s'inspire d'initiatives récemment prises par la Commission, notamment la plate-forme européenne d'action pour la nutrition, l'activité physique et la santé, et le Livre vert intitulé «Promouvoir une alimentation saine et l'activité physique: une dimension européenne pour la prévention des surcharges pondérales, de l'obésité et des maladies chroniques».

Ces trois dernières décennies, la surcharge pondérale et l'obésité ont connu une hausse spectaculaire au sein de la population européenne, notamment parmi les enfants, chez lesquels la prévalence de la surcharge pondérale était estimée à 30% en 2006. Cela signifie que les mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'éducation physique s'aggravent à tous les niveaux de la

population européenne, avec l'augmentation à laquelle on peut s'attendre pour un certain nombre de maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires et l'hypertension, le diabète de type 2, les accidents vasculaires cérébraux, certains cancers, les troubles musculo-squelettiques et même toute une série de troubles mentaux. À long terme, c'est l'espérance de vie dans l'Union européenne et la qualité de vie de nombreux Européens qui s'en trouveront affectées.

À maintes reprises, le Conseil a lancé des appels à la Commission pour qu'elle entreprenne des actions dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique, qui tiennent compte des conclusions du Conseil sur l'obésité, la promotion de la santé cardiaque et le diabète. »

Le PNNS décline assez fidèlement les lignes directrices de ces stratégies et compte tenu des dates respectives d'élaboration de ces références internationales et du PNNS on peut s'interroger sur qui a influencé qui en la matière.

En effet, la mission a rencontré respectivement les plus hauts responsables de ces programmes au sein de l'OMS comme à la Commission européenne. Ces interlocuteurs ont déclaré suivre attentivement l'expérience française du PNNS et la considèrent dans ce contexte international comme innovante, originale et exemplaire :

- innovante à travers des instruments comme OQUALI qui devrait permettre de disposer d'une base de données de références sur les aliments qui seule est susceptible de suivre les évolutions de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire et d'observer si celle-ci réagit aux préconisations des programmes nutritionnels en termes de santé ;
- originale car il s'agit d'une politique qui regroupe et met en cohérence à la fois des thématiques diverses (obésité, dénutrition, exercice physique, offre alimentaire, aide aux personnes en situation de précarité), des acteurs publics et privés, le monde scientifique et le monde associatif ;
- et exemplaire car cette démarche est conduite sur la durée, à travers déjà deux programmes, ce qui devrait permettre d'en observer les effets et l'impact sur les comportements alimentaires.

La démarche française est donc suivie avec beaucoup d'intérêt un peu partout dans le monde, ce qui ne doit pas empêcher notre pays d'observer également ce qui, ici ou là, peut s'avérer comme une réponse intéressante à intégrer dans cette approche globale française.

Bien que les missionnaires n'aient pas eu l'opportunité d'analyser dans le cadre de leur mission les différents programmes conduits dans ces domaines de par le monde, au moins dans les pays de développement et de culture comparables, ils considèrent que ces témoignages de responsables internationaux méritent d'être retenus, pour porter un regard sur le PNNS et en souligner la force et la cohérence conceptuelle.

D'ailleurs les exemples cités dans le rapport annuel de l'igas de 2003 sur la prévention sanitaire le montrent aussi[22]. Ce rapport expose une comparaison de l'organisation de la prévention sanitaire dans trois pays : le Québec, la Finlande et le Royaume-Uni. Les auteures constatent que chacun des pays visités a choisi une méthode d'élaboration, de développement et de suivi des politiques de prévention assez similaire, avec une tendance croissante à l'adoption du concept de promotion de la santé. Dans le cadre d'objectifs nationaux, il apparaît également que la mise en œuvre des politiques de prévention sanitaire est essentiellement locale, décentralisée en Finlande, déconcentrée au Royaume-Uni et au Québec, ce qui facilite les actions de proximité et une approche associant le sanitaire et le social.

[22] JOURDAIN-MENNINGER, D. et LIGNOT-LELOUP, M. « Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire », in rapport annuel de l'Igas, 2006

Le Sénat a réalisé en 2005 une étude[23] comparée sur les dispositions législatives et réglementaires adoptées dans divers pays développés en matière d'obésité infantile (En Europe : Allemagne, Angleterre, Belgique, Danemark, Espagne, Italie, et hors Europe : Canada et Etats-Unis).

L'examen des règles étrangères montre que :

- les mesures normatives prises pour lutter contre l'obésité infantile sont peu nombreuses ...
- ... et sont essentiellement applicables dans les établissements scolaires.

Les mesures normatives prises pour lutter contre l'obésité enfantine sont peu nombreuses...

Tous les pays étudiés sont sensibilisés depuis plus ou moins longtemps à la nécessité de lutter contre l'obésité enfantine. Les uns ont adopté des mesures éparses, les autres des plans d'ensemble qui visent toutes les parties concernées : la communauté éducative, les entreprises de la restauration, de l'agroalimentaire et de la publicité, etc.

En règle générale, ces dispositifs, quelle que soit leur ampleur, ne comprennent que peu de mesures normatives.

Ainsi, le ministre de la santé espagnol a présenté le 10 février 2005 un plan national qui vise à modifier les habitudes alimentaires et à lutter contre la sédentarité, en particulier chez les enfants. Ce plan, qui a reçu l'appui de l'Organisation mondiale de la santé et devrait servir de modèle pour d'autres pays, ne contient aucune mesure normative, mais est constitué d'un ensemble de recommandations, d'accords avec les organisations représentant l'industrie alimentaire, la distribution et la publicité, ainsi que de mesures d'autorégulation.

De façon générale, dans les divers pays étudiés, les mesures applicables à l'industrie agroalimentaire ou à la publicité résultent de l'autodiscipline des professions concernées. Dans le cadre de chartes et de codes de bonne conduite, les industriels s'engagent par exemple à fournir des informations sur la qualité nutritionnelle des produits fabriqués pour les enfants ou à ne pas recourir à certains arguments pour faire la promotion des mêmes produits.

... et s'appliquent avant tout aux établissements scolaires

Pour lutter contre l'obésité enfantine, les pays étudiés ont retenu deux catégories de mesures normatives : les unes applicables dans les établissements scolaires, les autres fiscales.

En Angleterre et aux États-Unis, les repas servis dans les cantines scolaires doivent répondre à certaines normes nutritionnelles.

En Angleterre, depuis 2001, un règlement détermine les normes nutritionnelles applicables aux repas servis dans les cantines scolaires. Le règlement classe les aliments en cinq grandes catégories et prescrit la quantité ainsi que la fréquence selon lesquelles chacun d'eux doit être servi. De plus, des fonds ont été débloqués pour l'amélioration des repas servis dans les cantines : il est ainsi prévu d'affecter 0,50 livre (soit environ 0,70 €) par enfant et par jour dans les écoles primaires à partir de septembre 2005.

De même, aux États-Unis, où certaines écoles bénéficient de subventions pour servir aux enfants des familles défavorisées des déjeuners et des petits déjeuners gratuits ou à prix réduits, le code législatif fédéral dispose que l'octroi de fonds publics est réservé aux établissements qui servent des repas conformes aux règles du « guide nutritionnel des Américains ». Ce document, dont l'existence et la révision quinquennale sont prévues par le code législatif fédéral, est réalisé conjointement par les ministères de l'agriculture et de la santé. Il recommande notamment un régime alimentaire pauvre en corps gras saturés et en cholestérol, ainsi que des boissons et des

[23] Étude de législation comparée n° 147 - juin 2005 - La lutte contre l'obésité enfantine

aliments à faible apport en sucre. Le code législatif fédéral précise également la part des apports journaliers recommandés que les repas servis dans le cadre de ces programmes doit représenter.

Comme les écoliers américains ont la possibilité d'acheter des produits alimentaires dans divers points de vente situés dans l'enceinte de leur établissement (distributeurs automatiques, kiosques gérés par un concessionnaire ou une coopérative scolaire), le code législatif fédéral autorise le ministère de l'agriculture à réglementer la vente de ces produits, qui « entrent en concurrence » avec les repas subventionnés. Sur la base de cette disposition législative, le ministère de l'agriculture a édicté une réglementation qui interdit la vente de certains produits très caloriques au moment des repas dans les aires réservées à la restauration. Ces produits font l'objet d'une liste limitative, également établie par le ministère de l'agriculture. En pratique, les règles applicables, édictées par les États ou par les établissements scolaires, sont souvent plus strictes que la réglementation du ministère de l'agriculture. Ainsi, l'interdiction de la vente peut être étendue à d'autres produits que les seuls aliments très caloriques, la plage horaire d'interdiction peut être plus large, etc.

Par ailleurs, si tous les pays reconnaissent le rôle que l'école peut jouer dans la lutte contre l'obésité enfantine par la diffusion de quelques notions fondamentales de diététique, aucun n'a encore inclus cette matière dans le cursus de base des écoliers.

Le Canada et plusieurs États américains taxent certains produits alimentaires jugés néfastes pour les enfants

Au Canada, la plupart des aliments et des boissons échappent à la taxe sur la vente au détail, qui est une taxe à la valeur ajoutée. En revanche, certains de ces produits, comme les boissons gazeuses, les bonbons et les gâteaux secs, sont soumis à cette taxe.

De même, une vingtaine d'États américains appliquent une taxe spécifique sur les boissons sucrées, les bonbons, les chewing-gums, les chips, etc. Il faut cependant noter qu'une dizaine d'États ont supprimé ce type de taxe depuis le début des années 90.

Et le rapport conclut, en convergence avec les autres avis recueillis que :

- « L'analyse des règles en vigueur dans six pays européens ainsi qu'en Amérique du Nord montre que la France s'est dotée, grâce à la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, d'un dispositif normatif de lutte contre l'obésité enfantine équivalent à celui qui existe dans les pays anglo-saxons et plus développé que celui des autres pays d'Europe continentale ».

Sans doute à cet égard le PNNS est au plan français une remarquable démarche de mise en cohérence des politiques nutritionnelles, avec une ambition et une dimension très large dont il convient néanmoins de souligner certaines limites, notamment en ce qui concerne les volets « prise en charge » de populations cibles, en raison de financements publics sensiblement limités.

2. UN DISPOSITIF ET DES CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT QUI NE SONT PAS A LA MESURE DES AMBITIONS DU PNNS

2.1. Un comité de pilotage sans pouvoirs ni moyens laissant le PNNS reposer sur la DGS

Le pilotage national du PNNS repose sur une administration, la DGS du ministère de la santé, et une institution, le Comité de pilotage du PNNS, dont le secrétariat est assuré par le bureau de l'alimentation et de la nutrition de cette direction.

2.1.1. Le comité de pilotage, un lieu consacré au seul partage de l'information

2.1.1.1. Du comité stratégique interministériel au comité de pilotage du PNNS

Le comité de pilotage du PNNS2 a été créé « pour une durée de cinq ans » par le décret du Premier ministre du 13 avril 2007. Il ***« oriente la mise en œuvre des actions contribuant au développement de ce programme dans le cadre des orientations stratégiques définies par le comité national de santé publique (CNSP) ».*** A ce titre, il ***« assure la concertation et le dialogue entre les pouvoirs publics et les associations intervenant dans le domaine de la nutrition »***.

Il a pris la suite du comité stratégique du programme nutrition santé, qui avait été créé, lui aussi pour cinq ans, par un arrêté du ministre délégué à la santé, le 31 mai 2001, à l'occasion du PNNS1. Ce comité stratégique, dont le ministre chargé de la santé était formellement le président, et qui comprenait initialement 22 membres[24], était, lui, « ***chargé de donner un avis sur les orientations et actions à développer en cohérence avec les objectifs de PNNS, et de coordonner et d'évaluer la mise en œuvre de ce programme*** ». Dans les faits la fonction de comité interministériel de ce comité stratégique n'a jamais été assurée : il ne s'est semble-t-il réuni que trois fois. A partir de 2003, ses réunions se sont tenues sous la dénomination de comité de pilotage permanent, sous la présidence effective de son vice-président, qui n'est autre que l'actuel Président du comité de pilotage du PNNS2. Ce comité de pilotage du PNNS1, finalement officialisé par l'arrêté du 28 janvier 2005, et auquel est délégué « ***le pouvoir de formuler des avis*** » par l'arrêté modificatif du 18 octobre 2005, a assuré, au cours d'environ 50 réunions quasiment mensuelles, les fonctions qui sont aujourd'hui celles du comité de pilotage du PNNS2. Il n'a pas été trouvé trace d'avis formels adoptés par ce comité.

L'élaboration du PNNS2 s'est faite pratiquement en dehors de lui. Ses membres ont été tenus informés de sa préparation, au cours des réunions de fin 2005, à partir notamment du rapport d'évaluation du PNNS1 élaboré par leur président. Il leur avait été demandé de faire leurs propres propositions et de les transmettre au secrétariat du comité stratégique (c'est-à-dire à la DGS). Ce rapport a été présenté au ministre de la santé le 4 avril 2006. Il a alors fait l'objet de discussions interministérielles, en particulier avec le ministère de l'agriculture et le ministère chargé de la consommation, qui ont conduit à des arbitrages du Premier ministre[25] et à la rédaction définitive du PNNS2, publié et présenté le 6 septembre 2006 par le ministre de la santé et des solidarités, M. Xavier Bertrand. Or, bien que l'article L.1411-6 du code de la santé publique prévoie que « des programmes de santé, destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités, sont déterminés par arrêté du ministre et, le cas échéant, des ministres concernés », le PNNS2 n'a pas fait l'objet d'un arrêté. Il n'est pas repris non plus parmi les cinq plans stratégiques de santé publique figurant en annexe de la loi de santé publique du 9 août 2004, comme prévu désormais par l'article L.1411-2 du même code[26].

<u>Recommandation n°5 :</u> officialiser le PNNS de préférence dans le cadre de la prochaine loi de santé publique, sinon par un décret, ce qui lui donnera sa légitimité et permettra de préciser ses missions, ses partenaires, ses modes d'action et son pilotage.

[24] 8 nouveaux membres ont été ajoutés suite à un arrêté du 28 janvier 2005, portant le total à 30.
[25] Il n'a pas été possible de retrouver d'éventuels « bleus » retraçant ces arbitrages.
[26] Bien qu'il fût prévu par l'article L.1411-2 du code de la santé publique que « la loi définit tous les cinq ans » les objectifs de santé publique, la loi HPST du 21 juillet 2009 n'a pas actualisé ceux fixés par la loi de 2004. Une nouvelle loi de santé publique est annoncée pour 2010.

2.1.1.2. Une instance nombreuse, très majoritairement composée de représentants de l'administration et des établissements publics de l'Etat

Les seuls textes réglementaires qui font référence au PNNS2 sont donc le décret du 13 avril 2007 portant création du comité de pilotage, puis les arrêtés de nomination de ses membres. Initialement composé, outre son président et son vice-président nommés par le ministre chargé de la santé, de 46 membres (25 membres de droit, et 13 représentants des parties prenantes concernées et huit personnalités qualifiées nommés par le ministre chargé de la santé), il est désormais composé de 51 membres (25 membres de droit, 15 représentants des parties prenantes et 11 personnalités qualifiées), suite à un décret modificatif du 14 octobre 2008[27]. Les membres de droit sont tous sauf deux (le président du conseil national de l'alimentation - CNA - et le président de la fédération nationale de la mutualité française - FNMF) des représentants de l'Etat, d'établissements publics ou d'agences. Parmi les autres membres, seuls huit représentent les consommateurs ou les professionnels de la production ou de la distribution alimentaire, dont deux seulement les industries de l'agro-alimentaire.

Le décret du 14 octobre 2008 a renforcé la part relative de la composante « activité physique », parente pauvre du PNNS, en y nommant un représentant du comité national olympique sportif français (CNOSF) et un autre de la fédération de la gymnastique volontaire (FGV), et en nommant une personnalité qualifiée, en remplacement du Pr. Joël MENARD, le Pr. Jean-François TOUSSAINT, auteur d'un rapport sur l'activité physique[28]. Dans le même temps le nombre de personnes qualifiées a été augmenté de trois, dont il faut toutefois noter que deux d'entre elles n'ont pas assisté à une seule des 11 réunions qui ont eu lieu entre octobre 2008 et décembre 2009[29] (voir également ci-dessous point 2).

On doit constater une faible participation soutenue aux réunions du comité de pilotage[30] : au total, sur l'ensemble des 51 membres du comité, 23, soit 45%, n'ont participé qu'à moins de la moitié des réunions du comité, dont 14, soit 27%, à moins du quart des réunions, dont quatre à aucune réunion.

Ce faible taux de participation s'explique sans doute largement par les caractéristiques du fonctionnement et des pouvoirs du comité.

Il devra être pris en compte en cas de renouvellement du comité pour s'assurer que les membres nommés sont effectivement intéressés par le PNNS et impliqués dans le bon déroulement de celui-ci. A cet égard, peut-être faudra-il encore renforcer la composante « activités physiques », par exemple en lui confiant la vice-présidence, ce qui symboliserait au mieux les deux branches de la nutrition. Compte tenu par ailleurs du rôle important donné explicitement ou implicitement aux produits frais et à la composition des aliments, la présence de représentants des agriculteurs apparaît utile et intéressante.

---

[27] Voir textes en annexe.

[28] Pr TOUSSAINT, JF « Retrouver sa liberté de mouvement » rapport au ministre de la santé 2008

[29] En application de l'article 4 du décret du 13 avril 2007 créant le Comité de pilotage du PNNS, les membres s'étant abstenus pendant six mois de participer aux réunions peuvent être déclarés démissionnaires d'office et remplacés par le ministre chargé de la santé. Cette disposition mériterait d'être appliquée.

[30] Sur les 48 membres initiaux, y compris le président et la vice-présidente, et pour les 25 réunions qui se sont tenues de février 2007 à décembre 2009, seul le président, la DGS et la DGAL ont assisté à toutes les réunions. La vice-présidente n'a participé qu'à 11, soit moins de la moitié des réunions. Seuls deux personnalités qualifiées (sur 11), huit membres de droit (sur 25) et deux membres nommés (sur 15), soit moins du quart des membres, ont assisté à plus de 75 % des réunions. Six personnalités qualifiées sur huit ont participé à moins de 12 réunions (< 50 %), dont quatre à cinq ou moins, dont une à une seule réunion en deux ans et demi, et deux à aucune (voir ci-dessus) ! Du côté des 25 membres de droit, la DGCL n'a désigné aucun représentant, et la DGT n'a participé à aucune réunion. Alors que les populations défavorisées ou en situation de précarité sont particulièrement concernées par le PNNS, les directions concernées n'ont assisté respectivement qu'à quatre (pour la DGAS-Personnes âgées) et cinq (pour la DGAS-Populations défavorisées) réunions. L'INSERM et la CNAF n'ont participé qu'à six réunions (< 25 %). Parmi les 13 membres nommés initialement, deux (l'ARF et l'UFC Que Choisir ?) n'ont assisté qu'à trois réunions.

Recommandation n°6 : Equilibrer les représentations publiques, socioéconomiques et associatives en augmentant notamment la représentation de la composante « activités physiques », et introduire des représentants du monde agricole.

2.1.1.3. Une instance sans pouvoir de décision

Le comité de pilotage n'est pas une instance de décision : le programme a été arrêté en septembre 2006, après discussions interministérielles, et le comité de pilotage n'a ni vocation ni pouvoir pour en modifier les termes (voir à ce propos les interventions du président lors de plusieurs réunions, et en particulier lors de l'installation du comité le 8 février 2007[31]). Il peut engranger les bonnes idées, mais il devra attendre la prochaine loi de santé publique pour qu'elles puissent éventuellement être utilisées pour modifier les indicateurs ou les référentiels actuels[32]. Il n'est pas non plus une « chambre d'enregistrement », ainsi que l'a rappelé le président lors de la réunion de janvier 2008 à propos de la création de l'OQALI (Observatoire de la qualité des aliments par l'institut national de recherche agronomique (INRA) et l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) avec des crédits du ministère de l'agriculture). Il n'est pas non plus un comité d'experts (voir déclaration du président lors de la réunion du 23 octobre 2009, à propos d'indicateurs de troubles nutritionnels).

Contrairement au comité de pilotage du PNNS1, il n'est même plus formellement chargé d'émettre des avis, et l'évaluation a été retirée de ses compétences.

Cependant, son règlement intérieur prévoit qu'il puisse recourir au vote sur des « délibérations », en cas d'impossibilité de parvenir à un consensus. A notre connaissance cette procédure n'a jamais été utilisée : lors la seule occasion où elle aurait pu l'être, en mars 2009, à l'occasion de l'évocation par certains membres des réserves qu'ils formulaient sur certains aspects de la campagne audio visuelle de l'INPES prévue pour l'automne 2009 (voir ci-dessous point 3, campagne sur les produits gras, sucrés et salés), le Président du comité considéra que cette question était du seul ressort de l'INPES, et non du comité de pilotage du PNNS.

2.1.1.4. Mais une instance de concertation, d'information, de travail

En revanche, il est une instance de médiation, de transmission de l'information sur les stratégies et les actions pratiques mise en œuvre par les différentes parties prenantes : administrations, établissements publics, associations. Il peut proposer des modes d'organisation ou de mise en œuvre. Il est une sorte de garant de la cohérence du programme et de ses déclinaisons, même si ses pouvoirs de remontrance sont plus déclamatoires que réels. Il est surtout un lieu de partage d'informations sur le PNNS et autour, sur son déroulement et les initiatives de toutes natures qui l'environnent, un lieu de concertation (qui ne veut pas dire consensus) et de dialogue entre les pouvoirs publics (y compris les différents ministères) et les parties prenantes.

A ce titre il a été à l'initiative de la création de groupes de travail sur des thématiques qu'il a choisi en lien avec les préoccupations du PNNS, des parties prenantes et le suivi de son tableau de bord (ex. : groupes sur les glucides, les lipides et bientôt le sel dans les aliments, pilotés par la direction générale de l'alimentation (DGAL), groupe sur la communication sur les repères nutritionnels, piloté par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), sur l'allaitement maternel piloté par le Pr. Turck, sur l'image du corps piloté par le Pr. Poulain, …). Il peut demander des présentations sur les activités des différentes parties prenantes en relation avec les thématiques du PNNS : nutrition en milieu hospitalier, aide

[31] Le comité de pilotage « n'est pas une instance décisionnelle, ce rôle étant l'apanage des ministres aidés des administrations ».

[32] C'est ainsi par exemple que la demande du comité interprofessionnel du pruneau de voir ce produit inclus dans la liste des fruits et légumes dont la consommation peut être prise en compte au titre des « cinq fruits et légumes par jour » doit attendre (voir comité du 18 décembre 2009). Il en avait été de même à propos du maïs doux (voir comité du 19 septembre 2008).

alimentaire aux personnes défavorisées, distribution de denrées dans les écoles (« Fruits à la récré », lait).

Enfin, s'il ne peut pas modifier les termes du PNNS, il peut d'une certaine façon en modifier la traduction, c'est-à-dire les actions ou orientations de travail. Une fois par an, au moment du rapport annuel, il sollicite les parties prenantes pour lancer des actions nouvelles, au-delà de la poursuite des actions en cours. Il a ainsi pu servir de catalyseur aux programmes d'accessibilité des fruits et légumes, à la formation de personnels bénévoles des associations fournissant des aides alimentaires, au développement de l'éducation thérapeutique ; il promeut les « entreprises PNNS », l'utilisation de la farine 80 riche en fibres et sels minéraux, la réflexion sur la taille des portions, les bons d'achat de fruits et légumes, … Figurent ainsi au tableau de bord de novembre 2009 13 actions nouvelles non programmées initialement (voir ci-après point 3.4.1.) et annexe financière)

La lecture des comptes-rendus des 25 réunions du comité de pilotage depuis la réunion « inaugurale » du 8 février 2007 jusqu'en décembre 2009, montre que ce sont bien là les rôles essentiels de ce comité et son apport à la dynamique du PNNS. Au demeurant, tous les interlocuteurs rencontrés soulignent la contribution positive de ce comité à la prise de conscience par toutes les parties prenantes de l'importance de la nutrition, entendue comme alimentation et activité physique, comme élément de santé publique. Et tous reconnaissent la qualité de l'organisation de ses travaux et de son animation par son Président et le secrétariat assuré par la DGS : ordres du jour, documents présentés en séances, comptes-rendus, programmation des travaux.

2.1.2. Un pilotage assuré par la DGS

Le rôle de la DGS dans le pilotage du PNNS est prépondérant, ce qui est lié :

- à sa proximité avec le président du comité de pilotage du PNNS ;
- au fait qu'elle en assure le secrétariat ;
- à la gestion du programme et le suivi du tableau de bord

2.1.2.1. La présidence et le secrétariat du comité de pilotage

Conformément aux textes instituant le PNNS, la DGS assure le secrétariat du comité de pilotage du PNNS. A ce titre, elle prépare les ordres du jour et produit les comptes-rendus des réunions. La mission a relevé, à la lecture de ces comptes-rendus, qu'en l'absence de relevés de décisions formalisées, il n'est pas aisé d'apprécier le débouché conclusif des échanges qui se déroulent au sein du Comité de pilotage. Naturellement, il est fait mention des prises de positions divergentes, voire contradictoires, exprimées au sein du Comité de pilotage. Mais le non-dit semble parfois prévaloir quant à l'issue du débat, accréditant l'impression qu'*in fine* la DGS est libre des conséquences qu'elle entend en tirer. L'absence de réunions entre les seules administrations pour traiter et organiser le traitement des questions et dossiers mis à l'ordre du jour accentue cette impression (voir ci-dessous).

S'agissant de la présidence du comité de pilotage, elle n'est pas formellement assurée par la DGS. Toutefois, la très forte identification entre la DGS, le PNNS et le président du comité de pilotage procède de l'histoire même du PNNS : le professeur Hercberg fut le principal rédacteur du PNNS 1 en 2000 avec la DGS, l'auteur de l'évaluation du PNNS 2 en 2005, ainsi qu'un des principaux rédacteurs du PNNS 2 en 2006 toujours avec la DGS. Son implication personnelle, sa stature et ses compétences en matière de nutrition sont unanimement reconnues et il est évident que l'existence même d'un PNNS tient pour large part à son action. Sa proximité naturelle avec la DGS (la mission n'a pas eu connaissance de divergence entre eux sur tel ou tel sujet) a également contribué à nourrir le sentiment d'un comité de pilotage sous influence principale de la DGS. A un moment où le contenu même du PNNS et ses modalités de gouvernance sont susceptibles d'évoluer, il sera légitime de questionner son maintien comme président de ce comité, dans la mesure où les évolutions souhaitables commanderont un changement quantitatif et qualitatif du PNNS.

2.1.2.2. La gestion du programme

En matière de gestion courante du PNNS, la DGS dispose de deux instruments : un instrument d'incitation, plus que d'autorité, sous la forme des instructions adressées aux services déconcentrés du ministère de la santé, les directions régionales et les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS) ; et un instrument de contrôle sous la forme d'un tableau de bord.

C'est une circulaire de la DGS en date du 9 janvier 2002 (n° 2002/13), signée du ministre délégué à la santé, sous l'en-tête de la sous-direction pathologies et santé, qui a donné instructions aux DRASS-DDASS[33] pour la mise en œuvre du PNNS : mettre en place des structures régionales (comité technique régional nutrition-santé) et réaliser un état des lieux des acteurs, compétences et actions du champ de la nutrition ; décliner régionalement le PNNS vers les divers publics concernés ; mettre en place un système de suivi.

Cette circulaire n'a été ni actualisée ni réécrite depuis cette date, à la suite de l'évaluation conduite en 2005 et de la rédaction et du lancement du PNNS2 en 2006. Il est vrai que les neuf objectifs nutritionnels prioritaires et les neuf objectifs nutritionnels spécifiques du PNNS1, qui figurent en annexe de cette circulaire ont été repris dans le PNNS2. Mais il faut donc que les DRASS et DDASS se réfèrent au dossier nutrition du site internet du ministère de la santé pour savoir que l'objectif prioritaire n° 7 de réduction de la pression artérielle systolique chez les adultes est passé de 10 mm à 2-3 mm de mercure (division par 4), et qu'un dixième objectif nutritionnel spécifique, concernant la consommation moyenne de chlorure de sodium (< 8g/personne/jour), a été ajouté à la liste.

Le fait que toutes les régions n'aient pas vu la création d'un comité technique nutrition-santé, qui est connu depuis de précédents rapports (notamment celui de la cour des comptes de 2007), n'a pas provoqué de renouvellement d'instructions. La circulaire ne précise pas comment sera assuré par l'administration centrale le suivi des actions mises en place au niveau régional ou départemental. Elle donne des instructions-cadre très générales et sans priorités, laissant aux préfets et aux directeurs, au sein des dispositifs de planification de santé publique locaux[34], le soin de tenir « compte des spécificités régionales épidémiologiques ». Quant à l'utilisation des crédits déconcentrés qui seront mis à disposition, s'ils « doivent servir à financer au niveau régional des organismes et associations concourant à la réalisation des objectifs du PNNS, et, sur appel à projets, des actions pilotes ou exemplaires », il n'est pas dit à quels critères ces associations et actions doivent répondre.

Toutefois il faut souligner, ainsi qu'il est abondamment noté ailleurs dans ce rapport, que, dans l'ensemble, le management non directif assuré par le « bureau de la nutrition et de la sécurité alimentaire » (bureau 5A) de la DGS par l'intermédiaire de correspondants PNNS au niveau régional en général très motivés, et réunis annuellement, a permis le foisonnement d'initiatives et de propositions d'actions bénéficiant des financements via les appels à projets renouvelés tous les ans dans le cadre actuel des groupements régionaux de santé publique (GRSP).

2.1.2.3. Le tableau de bord

L'autre élément significatif de cette gestion par la DGS est le « Tableau de bord synthétique sur les actions prévues dans le cadre du PNNS2 – Conditions de réalisations et niveaux d'atteinte (à la date du …. » (voir en annexe le tableau de bord de novembre 2009). Il énumère 150 actions identifiées, regroupées par « stratégies », et indexées avec leur référence (c'est-à-dire la page) dans le texte du PNNS, le pilote (administration ou organisme membre du comité de pilotage), le référent technique (l'organisme chargé de l'exécution, ou participant à celle-ci, qui peut ne pas être membre du comité

[33] Dans son plan de diffusion, cette instruction ne vise pas explicitement les DSDS des départements d'outre-mer.

[34] Faute d'actualisation de la circulaire, il n'est pas fait mention de la création des GRSP en remplacement des comités régionaux des politiques de santé.

de pilotage), l'indicateur de mise en œuvre, l'indicateur de réalisation, et in fine le niveau d'atteinte de l'action sous forme d'un code[35].

C'est le bureau 5A qui tient à jour ce tableau à l'aide des éléments et comptes rendus qu'il collecte de façon continue auprès de ses interlocuteurs ou correspondants. Ce tableau de bord qui n'a pas été formellement présenté ni discuté par le comité de pilotage, mais qui n'a pas soulevé d'objections manifestes depuis sa création, est présenté officiellement en annexe du rapport annuel du président du comité de pilotage au CNSP. Son contenu mis à jour est présenté, discuté et éventuellement amendé lors des réunions du comité de pilotage consacrées à la préparation de ce rapport (en général deux réunions en novembre et décembre).

Sur les 150 actions référencées sur ce tableau de bord, la DGS est pilote ou co-pilote pour 65, la DHOS pour 17 et l'INPES pour 10. Le ministère de l'alimentation, principalement via la DGAL est pilote ou co-pilote pour 12, et la DGCCRF pour 9. C'est dire le très fort tropisme sanitaire des actions référencées.

2.1.3. L'absence d'une instance interministérielle en capacité d'assurer un véritable pilotage

2.1.3.1. Les opérations de communication révélatrices des tensions entre les logiques des acteurs

La communication représente l'essentiel de l'image et de la réalité du PNNS au niveau national, y compris en matière budgétaire (voir ci-dessous). L'essentiel des « actions » du PNNS est constitué par une multitude d'actions conduites par un grand nombre d'intervenants dans chaque région, département, ville, établissement scolaire ou de santé, club sportif ou association, … Par contre la communication sous toutes ses formes constitue la marque, l'image, la force du PNNS pour la société mais aussi pour les parties prenantes, et en particulier, pour les professionnels de l'alimentation. Ceux-ci sont représentés au comité de pilotage par les associations des industriels de la seconde transformation (association nationale des industries alimentaires - ANIA), des industriels des produits frais et de première transformation (SCC), de distributeurs (fédération du commerce et de la distribution - FCD[36]), et par la restauration collective. Soit quatre représentants sur 51, pour autant que les préoccupations de la restauration collective rejoignent celles des industriels et distributeurs.

La communication institutionnelle du PNNS, comme toute communication institutionnelle du ministère de la santé, est confiée par la loi à l'INPES. Le comité de pilotage du PNNS n'a pas de pouvoir sur l'INPES. Cependant, conscients du caractère spécifique de la communication, la DGS et l'INPES ont conçu un dispositif procédural permettant une participation du comité de pilotage à l'élaboration des programmes et documents de communication du PNNS mis en œuvre par l'INPES, sans toutefois remettre en cause l'indépendance de cet établissement public, sa responsabilité et, in fine, le pouvoir de décision final laissé au ministre de la santé.

Cette procédure a été discutée et validée lors du comité de pilotage du 22 mai 2007. Il est ainsi prévu que l'INPES présentera annuellement devant le comité de pilotage les éléments de sa stratégie de communication pour l'année à venir, qui feront l'objet d'une discussion, et d'un avis formel du comité (avec éventuellement communication de la position des minoritaires). Cet avis est porté à la connaissance du comité de pilotage DGS/INPES de l'INPES. L'INPES a ensuite la liberté et la responsabilité de la création. Il a été créé également par l'INPES un comité d'experts nutrition, composé de membres du comité de pilotage PNNS, chargé de donner son avis sur la création des campagnes publiques et de s'assurer de son adéquation aux principes du PNNS.

[35] F = fait ; EC = en cours ; NF = non fait ; MEP = mis en place de façon permanente pour la durée du PNNS
[36] Il faut noter que la FCD ne représente pas les chaînes « mutualistes » Leclerc et Intermarché.

Dans la réalité, la stratégie annuelle, et ses thématiques, n'a jamais fait l'objet de difficultés ni d'objections de la part de membres du comité de pilotage, y compris des industriels. Par contre, dans deux cas, des désaccords sont apparus au moment de l'écriture des « résumés » (« briefs ») de campagnes audio-visuelles, et plus encore au moment de la réalisation des maquettes de ces campagnes. Dans ces deux cas les représentants des industries agro-alimentaires tant au comité d'experts de l'INPES qu'au comité de pilotage du PNNS ont marqué leur refus des options retenues. Faute de parvenir à un accord avec l'INPES, ni de pouvoir faire prendre position au comité de pilotage qu'ils avaient informé de leur prise de position, ils ont estimé devoir en référer alors directement aux ministres, y compris au Premier ministre. In fine la décision finale donnant le feu vert à l'INPES a été prise par le ministre de la santé[37], ce qui est d'ailleurs conforme à la procédure de tutelle de l'INPES. Il faut ajouter que lors de la présentation de la dernière campagne télévisuelle en cause sur le thème des contenus en sel, sucres et graisses cachés dans les aliments (diffusée à l'automne 2009), les représentants des ministères de l'agriculture et de l'alimentation, de la consommation ainsi que ceux de l'AFSSA avaient également manifesté leurs réserves sur les risque de stigmatisation de certains aliments que cette campagne leur paraissait contenir, et, pour ce qui concerne le ministère de l'agriculture et de l'alimentation, les avaient confirmées par écrit.

2.1.3.2. Une instance interministérielle de pilotage nécessaire pour anticiper les problèmes et animer le programme

De tels évènements, au demeurant fort rares[38], traduisent la méfiance qui existe entre les deux principaux acteurs du PNNS : la DGS et l'INPES d'un côté, le secteur de l'alimentation, y compris le ministère en charge de l'alimentation[39], de l'autre. Toute la logique et la vocation du PNNS est justement de les faire converger vers un objectif d'ores et déjà largement partagé : mettre l'alimentation au service du bien-être et de la santé de la population. Il est donc particulièrement dommage que cette méfiance perdure.

Ils mettent également en évidence deux caractéristiques du comité de pilotage :

- sa composition, mêlant l'administration dans la variété de ses ministères et de ses directions, des établissements publics plus ou moins sous tutelle de ces mêmes administrations, des personnalités qualifiées à divers titres (experts scientifiques, ou associatifs), des représentants de collectivités et des parties prenantes, dont l'assemblage empêche qu'il puisse avoir un quelconque rôle d'arbitrage, les points de vue devant déboucher, par construction, sur du consensus ;
- son pilotage par la seule DGS, qui laisse les autres ministères, celui de l'offre alimentaire (le ministère de l'alimentation) et celui de la réglementation alimentaire (DGCCRF), mais aussi ceux de l'éducation nationale et, jusqu'à récemment, celui des sports, face à leurs seuls intérêts et responsabilités.

L'absence d'enceinte strictement administrative, qui aurait pour vertu notable de permettre de cogérer ce type de difficultés entre représentants des administrations de tutelle des uns et des autres, plutôt qu'en présence des autres parties prenantes, est donc particulièrement regrettable.

Le président du comité de pilotage avait informé le comité, lors de sa réunion inaugurale du 8 février 2007, que les ordres du jour du comité seraient préparés de concert entre le président et les administrations membres du comité lors d'une concertation préalable, en vue d'anticiper les difficultés éventuelles. Ce « pré-comité » ne s'est réuni que deux ou trois fois depuis 2007.

---

[37] Après accord formel du Service d'information du Gouvernement (SIG) rattaché au Premier ministre, qui doit donner un avis conforme à toute campagne d'information publique de l'Etat.

[38] A la connaissance de la mission, des désaccords non résolus sur des campagnes télévisuelles ont été constatés deux fois depuis la mise en œuvre du PNNS : en 2006 à l'occasion d'une campagne sur les produits sucrés, et en 2009 à l'occasion de la campagne sur les aliments trop gras, trop sucrés, trop salés.

[39] Ministère de l'agriculture et de la pêche en 2006, aujourd'hui ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche depuis le 23 juin 2009.

Il semble donc nécessaire que le dispositif de « pré-comité » réservé aux administrations (et qui est d'ailleurs courant dans le fonctionnement de nombreux organismes ou instances où l'Etat est représenté par plusieurs ministères qui ont à adopter et à défendre des positions communes face à des représentants de parties prenantes) puisse être effectivement mis en place, au moins à raison d'une réunion trimestrielle, et plus fréquemment à la demande des administrations concernées. Il permettrait aux administrations de prendre effectivement position sur des questions pouvant ou risquant d'être considérées comme problématiques et de traiter les éventuels désaccords avant qu'ils ne soient récupérés par d'autres parties prenantes.

Plus largement, il contribuerait à développer une véritable animation interministérielle du PNNS, dont il faut rappeler que dans sa configuration actuelle, s'il est un programme national de santé publique du ministère chargé de la santé, il met en jeu un ensemble de moyens et de dispositifs qui dépendent d'autres ministères, de collectivités locales et d'associations qui ne sont pas toutes dans le champ d'action de ce ministère.

Parallèlement, lors de la présentation du PNNS2 par le ministre de la santé en 2006, il avait été souligné que celui-ci ferait l'objet d'une gouvernance renouvelée, manifestée notamment par la mise en place d'un comité interministériel de l'alimentation, qui se réunirait annuellement. Ce comité interministériel semble ne s'être réuni que deux ou trois fois pour le PNNS1. Pour le PNNS2, il a été remplacé par le CNSP devant lequel est présenté annuellement le programme annuel du PNNS, qui fait ainsi l'objet d'une validation formelle. Si le CNSP est une instance effectivement composée uniquement de représentants des différents ministères, il ne constitue en aucun cas un comité interministériel consacré à la nutrition[40], ni d'ailleurs une instance stratégique d'un programme tel que le PNNS. Il n'a pu en particulier remédier aux insuffisances, constatées ci-après en troisième partie, en matière de lutte contre l'obésité, de développement de l'activité physique et de lutte contre la sédentarité, de prise en compte de la dénutrition des personnes en situation précaire ou défavorisées.

Un véritable comité interministériel nutrition-santé devrait donc être créé, dont le rôle de validation de la stratégie de mise en œuvre annuelle de l'ensemble des orientations du programme PNNS devra être réaffirmé, après le vote annoncé du projet de loi de modernisation agricole, dont l'un des principaux volets contient la définition des objectifs et moyens d'une politique de l'alimentation traduite dans un programme national de l'alimentation (PNA) dont le ministère de l'alimentation sera le chef de file. Il faudra faire en sorte que ces deux programmes se coordonnent et se renforcent mutuellement en se référant l'un à l'autre pour les objectifs et les actions dont ils auront à connaître, mais dont l'autre sera l'animateur ou le responsable.

Il s'agit de renforcer le caractère interministériel du PNNS. L'expérience acquise depuis le lancement du PNNS1 n'a fait que confirmer l'intuition initiale : modifier les comportements alimentaires tout en respectant les principes de plaisir et de liberté est un travail de longue haleine qui doit mobiliser tous les acteurs concernés et tenir compte de toutes leurs préoccupations : santé publique, mais aussi sécurité sanitaire, offre alimentaire, production et distribution, apparence, disponibilité. Comme dans le cas des autres plans de santé publique, par exemple le plan santé environnement ou le plan santé au travail, la gouvernance du PNNS doit assumer le fait que l'Etat est et apparaît pluriel et que donner au PNNS un caractère interministériel ne peut que renforcer sa force d'impact et de persuasion.

[40] La mission a pu participer à la réunion du CNSP consacrée à la présentation et à la discussion du rapport d'activité 2009 et du programme 2010 du PNNS, qui a eu lieu le 14 décembre 2009. Au cours de la même réunion était également présenté le Plan Cancer pour 2009-2014. A cette réunion, présidée par la directrice générale adjointe de la santé, les différents ministères étaient représentés au niveau des sous-directions ou des bureaux concernés, c'est-à-dire en général par leurs représentants au comité de pilotage du PNNS. On ne peut donc qualifier le CNSP, lors de cette réunion, comme un comité interministériel stratégique.

Recommandation n°7 :

- **mettre en œuvre et réunir systématiquement un « pré-comité » de pilotage interministériel, sous la présidence de la DGS, réservé aux seules administrations membres du comité de pilotage (DGS, DGCS, DS, DGAL, DGCCRF, DESCO), chargé de préparer les réunions et de traiter à son niveau les éventuels risques de désaccords. Ce pré-comité devra également jouer un rôle d'animateur pour s'assurer du bon déroulement du programme ;**

- **créer un véritable comité interministériel nutrition-santé, réuni au niveau des ministres ou, au moins des directeurs généraux, chargé d'approuver annuellement le rapport d'activités et de lancer les actions pour la période à venir.**

2.2. La déclinaison territoriale du PNNS, une démarche dynamique mais limitée

Le PNNS entend développer de nouveaux axes de politique nutritionnelle.

La multiplication des actions locales

- les actions locales initiées par les maires, les conseils généraux, régionaux, les associations ou les entreprises seront particulièrement promues et soutenues. Les moyens des DRASS et des URCAM pour soutenir les actions locales seront doublés et portés à 8M€ dès 2007 afin d'aider les acteurs locaux à mettre en place des actions innovantes ;
- des chartes d'engagement seront proposées aux acteurs locaux actifs dans le domaine de la nutrition. Ces chartes écrites par un groupe de travail début 2007 visent : les maires, par le biais de chartes de villes actives rénovées prévoyant une attention à la cantine scolaire, mais aussi à l'activité physique (par exemple ramassage scolaire des enfants vulnérables et activités adaptées le mercredi, incitation à la marche en ville…), les conseils généraux pour leurs compétences sociales envers les personnes âgées et l'enfance et les conseils régionaux pour leurs compétences sur les lycées et la formation professionnelle ainsi que les entreprises qui peuvent conduire des actions en faveur de leurs salariés, au travers de la restauration, de la promotion de l'activité physique et des actions de sensibilisation.

Source : PNNS2

C'est notamment à travers cette déclinaison territoriale que le PNNS sort de sa dimension de stricte référence des politiques nutritionnelles pour entrer dans le champ opérationnel de mise en œuvre des actions concrètes au service de ses objectifs.

Cette « déclinaison » territoriale suit des logiques distinctes et complémentaires :

- une déclinaison via les dispositifs institutionnels tels que les Programmes régionaux de santé publique (PRSP) ou les programmes régionaux d'offre alimentaire (PROA) et l'assurance maladie
- une déclinaison portée par les collectivités territoriales via des dispositifs de type « villes actives PNNS »
- parallèlement la mission a identifié des initiatives portée par des acteurs locaux institutionnels ou associatifs, inspirées par les repères nutritionnels du PNNS mais qui se développent hors du PNNS sensu stricto.

2.2.1. Un besoin de clarification de la gouvernance locale

2.2.1.1. Un cadre institutionnel porteur de dynamique collective : le PRSP et le GRSP

Le PNNS a retenu dans ses principes généraux « la mise en œuvre des actions majeures du PNNS s'effectue dans le cadre d'un dialogue avec les partenaires du programme présents dans son comité de pilotage, et au niveau régional dans le cadre défini par le plan régional de santé publique ».

Localement c'est le GRSP, animé par le DRASS, qui administre le PRSP. Une majorité de régions[41] reprend la nutrition dans ses objectifs prioritaires, sous des dénominations variées mais se référant toujours explicitement au PNNS. En son sein, un comité technique régional nutrition a parfois été constitué pour en assurer plus spécifiquement l'animation.

Parallèlement et très récemment (janvier 2009), le nouveau ministre de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche a demandé aux nouveaux services régionaux de ce ministère, les DRAAF de mettre en place un PROA, intégrant dans ses objectifs le volet « offre alimentaire » du PNNS.

2.2.1.2. Les plans d'action régionaux pour une politique de l'offre alimentaire sûre, diversifiée et durable

Le ministère de l'agriculture et de la pêche a en septembre 2008 défini dans un document sa stratégie en matière de développement des actions de ses services dans le champ de l'alimentation sous la forme d'un « Plan d'action pour une politique de l'offre alimentaire sûre, diversifiée et durable » (cf. point 3.4.1.2.).

Sa déclinaison territoriale Le PROA a été quelquefois perçu comme une déclinaison pertinente du volet « offre alimentaire » du PNNS, mais le plus souvent comme une démarche « concurrente » voire parfois contradictoire (quant aux messages portés) par beaucoup de DRASS, indisposé de plus par la mise en place des CROA dont la composition reprenait bien souvent une bonne partie des acteurs présents dans les comités de nutrition régionaux ou les groupes de travail spécifiques mis en place par le GRSP pour le pilotage des actions relavant du PNNS.

Par une circulaire en date du 15 mars 2010[42], le ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche a précisé les « orientations nationales en vue de la mise en œuvre des plans d'action régionaux pour une politique de l'offre alimentaire sûre, diversifiée et durable pour l'année 2010 ». La mission a noté que cette circulaire prévoit d'associer les agences régionales de santé (ARS) à la gouvernance locale des PROA comme membre des comités régionaux pour l'alimentation (CRALIM) qui seront mis en place.

Recommandation n°8 : S'assurer d'une articulation cohérente entre PNNS et PNA. Clarifier l'orientation des missions, des thématiques, des messages et des actions entre les deux ministères sur l'offre alimentaire.

2.2.1.3. Des modalités de gestion, de suivi et d'évaluation du volet « nutrition » des PRSP largement perfectibles

La mission s'est particulièrement intéressée aux modalités de cette déclinaison territoriale de la politique nutritionnelle à travers ses enquêtes auprès de cinq régions et la mise en place d'une

[41] 16 sur 19 régions qui ont répondu au questionnaire
[42] Circulaire du 15 mars 2010 du ministère de l'alimentation de l'agriculture et de la pêche.

enquête par questionnaire auprès de l'ensemble des DRASS (structures territoriales encore en place en décembre 2009 lors de son lancement) et des DRAAF[43].

Les principaux enseignements retirés de cette enquête viennent en appui des constats développés dans ce rapport.

Le fait que beaucoup de DRASS aient éprouvé des difficultés à répondre à certaines questions mêmes simples de cette enquête (par exemple des questions par OUI ou NON qui n'appelaient pas de démarche de recherche ou de collecte de données) est par lui-même révélateur du manque de supports d'informations permettant aux acteurs locaux d'accéder rapidement et simplement à quelques informations de base sur les actions mises en œuvre dans le cadre des PRSP et relevant du champ du PNNS.

Dans les régions où la coordination et le travail collectif étaient déjà bien installés et organisés les correspondants appelés à répondre à l'enquête ont eu moins de difficultés à rassembler les données demandées.

Par ailleurs le caractère sans doute trop analytique de l'enquête a placé certains cadres dans une relative perplexité dans la mesure où beaucoup d'actions mises en œuvre au plan local visent simultanément plusieurs objectifs associés et qu'il n'était dès lors pas simple de les « éclater » entre les questions posées. Toutefois les résultats témoignent à la fois de la richesse des initiatives et de la diversité des priorités et des thèmes que reflètent les actions mises en œuvre d'une région à l'autre, quand bien même toutes s'inscrivent dans le périmètre (très large) du PNNS.

Le choix de décliner le PNNS à travers des appels à projet amplifie sans doute encore cette diversité en laissant certes une large place aux initiatives locales mais en limitant les capacités à concentrer les efforts sur quelques priorités fortes sur l'ensemble du territoire national.

2.2.1.4. Intérêts et limites de la démarche des appels à projets

Les GRSP ont financé 1314 actions dans le domaine de la nutrition pour l'année 2008, dont 618 correspondaient à des actions reconduites.

Les appels à projets sont très attendus des opérateurs qui trouvent là à la fois les financements indispensables, mais aussi une forme de légitimation et de renforcement de la crédibilité de leurs projets, à tel point que, dans quelques cas (assez rares au demeurant), certains porteurs ne demandent qu'une « labellisation » de leur projet par le GRSP.

Ce succès ne doit pas dissimuler toutefois quelques points plus préoccupants :

- la vocation des appels d'offre est de susciter des initiatives qui devraient ensuite, une fois concrétisées, se poursuivre par leurs propres moyens au-delà de la période où elles bénéficient de ce financement public. Tous les responsables constatent que malheureusement cet objectif est rarement atteint et que les projets n'arrivent à persister que par un maintien de ces financements. D'où la forte proportion d'actions reconduites observée ;
- l'évaluation de la « performance » des projets eux-mêmes n'est pas toujours réalisée ; les GRSP apprécient semblent-il celles des projets qu'ils reconduisent. Toutefois cette évaluation n'est pas toujours objectivée ;
- les « bons » projets dans les différentes régions n'ont pas les moyens, sauf exception (EPODE) à s'étendre à l'ensemble du territoire, en raison de leur faible visibilité en dehors ; il est sans doute possible de nuancer cela pour ceux qui bénéficient d'un portail internet. Toutefois l'absence de dispositif d'évaluation comme d'un véritable réseau des

[43] Les résultats d'exploitation de ce questionnaire sont accessibles sur demande (mais trop volumineux pour être tous présentés en annexe).

porteurs de projets relevant du PNNS, ne facilitent pas cette circulation de l'information et l'extension des meilleures initiatives. Le PNNS a prévu une extension des projets ICAPS et EFFORMIP sous différentes formes sans que la question des moyens nécessaires à cette extension ait été véritablement traitée.

La succession des opérations d'appels d'offre permet certes l'expression de nombreux projets dont certains peuvent se révéler innovants. Pour autant cette dynamique de laboratoire des expérimentations sociales présente quelques inconvénients : pérennité des démarches au terme des financements publics, évaluation de l'intérêt et de l'impact des projets, mise en commun des retours d'expérience... La mise en réseau de ces projets et leur évaluation demeurent timides et aucun dispositif de suivi n'est vraiment structuré pour s'assurer du devenir des meilleures actions, ni leur extension à d'autres territoires que ceux où ils ont vu le jour.

Recommandation n°9 :

- **Mettre en place une évaluation des principales actions aux différents niveaux de leur mise en place (nationale ou territoriale).**
- **Assurer la diffusion des résultats par tous moyens de communication pertinents.**
- **Favoriser la pérennité et soutenir la généralisation des expériences reconnues comme les plus performantes en termes d'efficacité et d'impact.**

2.2.1.5. Pratiques, limites et perspectives de la gouvernance territoriale

Les comités régionaux nutrition santé n'ont pas toujours été mis en place, toutefois dans une majorité de régions les GRSP ont identifié un ou plusieurs volets dans le PRSP qui reprend les principaux objectifs (alimentation et activités physiques) du PNNS.
On retrouve également des préoccupations du PNNS dans d'autres plans (Bien vieillir, Cancer...) sans qu'elles soient pour autant recensées explicitement comme actions de mise en œuvre du PNNS.

Classiquement sont associées au pilotage au sein du GRSP, d'autres directions de l'Etat, principalement le rectorat, jeunesse et sport, moins fréquemment et plus récemment (un peu moins de la moitié des cas) les DRAAF.

La montée en puissance des volets issus du PNNS2 commence à peine. De fait dans une majorité des cas les premiers projets réellement présentés ou financés au titre des objectifs de ce programme n'ont véritablement été mis en place qu'en 2008 ou 2009 dans les PRSP. Selon les animateurs du PRSP, même dans les régions dans lesquelles existait, antérieurement à la mise en place des GRSP, une pratique de coopération entre services de l'Etat, collectivités territoriales et associations, et a fortiori des comités régionaux nutrition santé comme par exemple en Languedoc-Roussillon, le processus de concertation pour conduire à l'émergence de véritables réseaux et à une mise en commun organisée des initiatives est très progressif. Il exige des phases « d'apprivoisement » des nouveaux acteurs impliqués assez longues et laborieuses. Il convient donc de ne pas mésestimer ni le phénomène de « traînée » d'un programme sur l'autre (la « digestion des objectifs du PNNS1 se poursuit bien après la fin « institutionnelle » de ce programme) ni l'appropriation des objectifs du PNNS2 qui exige un délai avant la mise en place d'actions de terrain issues ou inspirées de ce programme.

Ainsi au moment où la mission a conduit son évaluation elle n'a pu qu'observer une montée en puissance sans que les structures en charge au plan régional ne soient encore en mesure d'en recenser complètement les effets : multiplicité des réseaux (GRSP, assurance maladie, collectivités territoriales, associations), absence des instruments indispensables pour réaliser des recensements exhaustifs et a fortiori pour en apprécier l'impact.

Les services régionaux de l'alimentation ont été mis en place au 1er janvier 2009, dans le contexte de la RGPP et se sont vu confier immédiatement la mise en œuvre d'un programme régional de l'offre alimentaire par le MAAP. Les animateurs du PROA n'ont pas toujours perçu clairement cette initiative comme une déclinaison spécifique du PNNS dans leur champ de compétences et posent la question de la cohérence de ce programme avec l'ensemble des politiques transversales de l'Etat (développement durable, santé, éducation, développement rural, économie...) qu'il recoupe plus ou moins explicitement.

Néanmoins dans quelques régions la collaboration entre DRAAF et DRASS autour des objectifs du PNNS se développe dans de très bonnes conditions souvent en corrélation avec les rapports réguliers et antérieurs entre les cadres responsables.

Dans ce cas les dispositifs sont développés de façon à être complémentaires (et à apporter pour ce qui est des PROA de la « valeur ajoutée ») et non concurrents, en élargissant à la fois le cercle des acteurs socioprofessionnels ou associatifs et le capital de compétences et d'expériences mis au service des réseaux. (ex : Languedoc-Roussillon, Nord - Pas-de-Calais).

En revanche dans les régions dans lesquelles ne préexistaient pas de relations régulières entre DRASS et DRAAF, l'apparition de champs croisés de compétences provoque, sans réelle surprise, une première réaction de défiance (phase d'apprivoisement réciproque) qui demandera encore un peu plus de temps avant d'être surmontée et de voir apparaître des formes actives de collaboration et ce d'autant que ces relations doivent s'installer dans un paysage administratif profondément bouleversé par la RGPP.

2.2.2. Un effet levier du PNNS sur ses partenaires

Les collectivités territoriales (conseils régionaux, conseils généraux, municipalités) développent des stratégies propres, coordonnées ou non avec le GRSP, en se réclamant (villes ou départements PNNS) ou non du PNNS.

Les organismes d'assurance maladie mettent également en œuvre des programmes qui déclinent de fait les objectifs nutritionnels du PNNS.
On constate que le PNNS plus qu'un dispositif organisationnel, décliné pour partie à travers les services régionaux de l'Etat, est de plus en plus un « concept » qui inspirent de fait les différents acteurs dans les domaines sanitaires et sociaux et au-delà dans les politiques sectorielles ou territoriales relevant de la responsabilité de ces acteurs institutionnels.

Les associations qui regroupent ou s'adressent aux populations cibles du PNNS (enfants, jeunes, adultes en difficultés, populations précaires, personnes âgées...) maillent encore plus finement les territoires et combinent l'ensemble des ressources ainsi disponibles pour conduire et financer leurs projets.

Cette démultiplication traduit bien l'existence d'un effet « levier » qui accroît l'impact du PNNS bien au-delà des ressources mobilisables sur le budget de l'Etat.

Les repères nutritionnels ne font plus débat et on peut considérer qu'ils sont intégrés par tous les acteurs qui ont des raisons de se mobiliser autour de ces objectifs. Lorsque des obstacles ou des freins sont identifiés ils tiennent plus à des litiges quant à la gouvernance des projets ou à la prise en compte par les décideurs politiques des attentes (croissantes) des populations dans ces domaines. Ce qui remonte des territoires c'est le témoignage de l'émergence parmi la population, y compris parmi les personnes en situation de précarité, des préoccupations de santé en lien avec l'alimentation. L'existence et la force de ces attentes ont été d'ailleurs prises en compte dans la très grande majorité des PRSP où le volet nutrition s'est à présent imposé parmi les priorités de santé publique dans une grande majorité des régions.

2.2.3. Un besoin d'adaptation du PNNS aux problématiques spécifiques des DOM

La mission a conduit des investigations limitées sur le territoire des DOM (à travers une visioconférence avec divers acteurs locaux du PRSP à la Martinique et des entretiens avec les correspondants PNNS de la Guyane et de la Réunion lors de la journée organisée autour du questionnaire). Elle a pu ainsi identifier :

- un besoin d'adapter les références du PNNS au contexte culturel et géographique de ces territoires notamment en matière de représentation des aliments –fruits et légumes- en particulier, afin de mettre en valeur les ressources locales et les produits familiers pour les populations concernées ;
- nécessité d'assurer une prévention du surpoids important des jeunes accouchées en s'appuyant sur l'école de sages femmes de la Martinique compétente pour la Caraïbe française ;
- besoins particuliers en matière de gouvernance territoriale et d'articulation des programmes afin de prendre en compte les spécificités organisationnelles de l'Etat ;
- faible développement et structuration des filières agroalimentaires locales (hors secteur des boissons) limitant la mise en place de véritables partenariats avec l'agro-industrie ;
- spécificité des questions de dénutrition en Guyane

Recommandation n°10 : déterminer un axe spécifique sur l'outre-mer dans le prochain PNNS

2.2.4. Un impact limité des actions territoriales PNNS sur les populations

Cette question peut être appréciée sous ses deux dimensions qualitative et quantitative.

En termes qualitatif, les actions engagées sont très généralement bien perçues car elles répondent généralement à une appréciation préalable des attentes de ces populations. La reconduction de bon nombre d'entre elles semble démontrer que cet intérêt ne faiblit pas et que la demande demeure forte. Toutefois la démarche d'appel à projet a quelques faiblesses notamment en laissant des « poches » territoriales orphelines de projets et par voie de conséquence, les populations dans ces territoires justement « fragiles » ne bénéficient alors pas des actions soutenues par les PRSP.

En termes quantitatifs l'appréciation est plus délicate. Pour chacune des actions sont connues généralement les populations cibles et le nombre de personnes concernées. Ces informations rendent compte généralement de l'effectif modeste des personnes effectivement concernées, surtout lorsqu'il s'agit d'action de prise en charge. Il n'existe pas d'indicateur permettant de comptabiliser toutes actions confondues, le nombre de personnes impliquées à un titre ou un autre sur l'ensemble d'une région par des actions inspirées du PNNS. La question adressée aux responsables en DRASS rend compte d'une estimation globale de quelques milliers à plus de 100 000 pour les régions les plus peuplées. Ce résultat n'est pas négligeable bien qu'il agrège des actions très différentes d'éducation nutritionnelle, de campagnes de sensibilisation ou d'actions de prise en charge.

Rapportées toutefois à la population globale des territoires l'impact demeure faible au regard des populations potentiellement concernées par ces actions (de l'ordre de 5 à 10% dans le meilleur des cas).

Ainsi en dépit du remarquable « effet de levier » opéré par la dynamique des PRSP, le programme ne semble pas atteindre aujourd'hui encore une dimension critique suffisante pour influencer à coup sûr les comportements notamment alimentaires et sédentaires, particulièrement parmi les populations cibles du PNNS.

Il est dès lors légitime de se poser la question de la capacité de ces programmes, quel que soit d'ailleurs l'intérêt de leur contenu, d'influencer de manière profonde et durable les comportements alimentaires ? Le PNNS peut-il aller au-delà du remarquable laboratoire d'expérimentation sociale

qu'il a constitué dans les diverses dimensions de son large périmètre ? On doit lui reconnaître des acquis indiscutables et sérieux :

- stabilisation et consensus autour des repères nutritionnels de la très large majorité des acteurs ;
- mise en place sous son impulsion d'outils de recherche et d'évaluation épidémiologiques dans les domaines de l'observation des comportements nutritionnels, de la connaissance des populations, de l'amélioration de l'offre alimentaire ;
- large appropriation par les collectivités locales et les associations des objectifs.

Pour autant il concerne une grande diversité d'acteurs et des groupes de populations potentiellement importants à rapprocher des seuls moyens au demeurant modestes qu'il peut actuellement mobiliser.

2.3. Des moyens financiers et humains limités et mal connus

2.3.1. Des financements diversifiés, en augmentation, destinés principalement à la communication et aux actions locales

2.3.1.1. Le ministère de la santé : des crédits essentiellement destinés à la communication

PNNS2 – Dépenses directes de la DGS

€		2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL PNNS2
1	**Etat : DGS**	501 966	781 033	1 681 112	1 337 000	1 330 000	5 631 111
2	**Etat : DRASS**	2 458 302	3 100 000	4 800 000	3 800 000	3 800 000	17 958 302
3	**INPES**	9 210 000	10 900 000	10 900 000	10 900 000	10 900 000	52 810 000
4	**Total**	12 172 274	14 783 040	17 383 120	16 039 009	16 032 010	76 399 413

Source : DGS, documents budgétaires, INPES, mission.

Le tableau ci-dessus retrace les financements inscrits au budget de l'Etat au titre du ministère de la Santé pour les 5 années couvrant le PNNS2.

Au total, ces crédits inscrits en loi de finances au titre du programme 204, et ciblés directement sur le PNNS et ses thématiques ont atteint en moyenne 15,3 M€ sur la période du PNNS2, en augmentation de 122% par rapport à la moyenne calculée par la Cour des comptes pour la période 2001-2005 du PNNS1, qui s'élevait à 6,9 M€. Si l'on compare les années finales des deux PNNS, 2005 pour le PNNS1 et 2010 pour le PNNS2, les chiffres sont de 10,7 M€ et 16,0 M€, soit une augmentation en fin de PNNS2 de 50%. Le PNNS a connu une montée en puissance de ses financements budgétaires au cours de sa première période, puis au début de la seconde. Il vit désormais sur une stabilisation des montants, autour de 16 M€ depuis 2008.

Comme on le verra en se reportant à l'annexe financière (voir annexe II), il est pratiquement impossible aujourd'hui d'identifier précisément la totalité des crédits qui sont affectés, par les GRSP, dans chaque région, aux actions en faveur de la nutrition et de l'activité physique

Recommandation n°11 : mettre enfin en œuvre l'application informatique partagée permettant de collecter et d'analyser les dépenses régionales et les actions s'inscrivant directement dans le PNNS, et séparément celles qui s'inscrivent dans ses thématiques mais qui sont mises en œuvre au titre d'autres priorités. Identifier pour chacune les différents

financements obtenus. Cette recommandation revêt une importance nouvelle avec la disparition des GRSP et leur remplacement par une gestion par les ARS.

De son côté, **la DHOS** a engagé en 2007 un crédit de 4 M€ pour l'équipement des 31 centres hospitaliers universitaires régionaux (CHUR) en matériels et dispositifs médicaux pour l'accueil et la prise en charge des patients souffrant d'obésité. En mars 2010, seuls 9 équipements étaient installés et 4 en cours d'installation, soit un taux de réalisation de 38%.

Recommandation n°12 : Accélérer et achever la mise en place des équipements d'accueil et de prise en charge des malades obèses dans les structures désignées à cet effet.

Par ailleurs, la DHOS a engagé en 2008, et pour une durée de trois ans, la mise en place, à titre expérimental, de 8 unités transversales de nutrition clinique (UTNC). Le financement de cette expérimentation a été octroyé sous forme de crédits MIGAC, à raison de 1,5 M€ par an pendant trois ans.

La DGCS (ex-DGAS) : le programme alimentation et insertion (PAI)

En matière d'aide alimentaire en direction des personnes défavorisées ou en situation de précarité, les dépenses effectuées au titre du budget de la direction de la cohésion sociale se sont élevés à 54,7 M€ sur la période 2006-2010, soit une moyenne 11 M€ par an, mais avec un maximum de 17,6 M€ en 2008. Ces financements sont complétés par des aides communautaires pour la mise à disposition de denrées agricoles qui se sont élevés à 291 M€ sur la même période, soit 58,16 M€ par an. Ce montant est en hausse relative, puisque le montant affecté à la France pour 2010 est de 78,1 M€

L'INPES

Comme on l'a vu dans le tableau ci-dessus, l'INPES affecte environ 10 M€ par an aux actions dans le domaine de la nutrition (alimentation et activité physique).

Depuis son instauration en 2007[44], la contribution sur la publicité audiovisuelle en faveur des boissons avec ajouts de sucre, de sel ou d'édulcorants, et de produits alimentaires manufacturés, en cas de dérogation à l'obligation d'information à caractère sanitaire[45], a produit 802.634 € au titres de 2007-2008, et 469.587 € au titre de 2009, soit environ 450.000 € par an. Ces sommes contribuent aux dépenses de l'INPES dans le domaine de la nutrition, mais les actions ainsi financées ne sont pas individualisées. Compte tenu de la stagnation globale du montant des crédits affectés par l'INPES au domaine de la nutrition, on pourrait considérer que ces sommes permettent en fait de financer d'autres actions dans d'autres domaines, en contradiction avec le texte créant cette contribution.

Recommandation n°13 : Identifier, parmi les dépenses et les actions de l'INPES, celles financées par le produit de la contribution instaurée par l'article L.2133-1 du code de la santé publique, et présenter spécifiquement au Comité de pilotage les actions concernées.

2.3.1.2. Le MAAP : un engagement récent vers des actions ciblées d'offre alimentaire s'inscrivant dans le PNNS

Le MAAP est chargé historiquement d'une politique alimentaire fondée naturellement sur une production agricole garantie en quantité et en qualité, et sur la sécurité sanitaire de cette production. Depuis 2009, il a entrepris de développer une politique spécifique de l'offre alimentaire, en conséquence de son rôle dans le PNNS. A ce titre le ministère a inscrit à son budget 2,22 M€ en

[44] Décret n° 2007-263 du 27 février 2007 relatif aux messages publicitaires et promotionnels en faveur de certains aliments et boissons, et arrêté du même jour.
[45] Article L.2133-1 du code de santé publique introduit par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

2009 et 2,96 M€ en 2010, pour couvrir les besoins d'opérations telles que « un fruit à la récré », et pour les actions des programmes régionaux de l'offre alimentaire initiés en 2009.

Recommandation n°14 : rendre compte du déroulement du PNOA devant le Comité de pilotage du PNNS régulièrement, et coordonner ses actions et ses moyens avec ceux des futurs programmes régionaux de prévention.

Par ailleurs, le MAAP met en œuvre l'action de l'Union européenne de mise à disposition de lait dans les écoles, qui s'élève à environ 15,5 M€ par an, dont 1,2 M€ provenant du budget national.

2.3.1.3. Les autres partenaires : des contributions financières mal connues

- **L'assurance maladie : une enveloppe globale de crédits délégués aux GRSP**

Là encore, le total des dépenses de l'assurance maladie au titre du PNNS n'est pas connu avec précision, car il n'est pas identifié dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) signées entre l'Etat et les caisses (CNAMTS, mais aussi MSA), ni ne fait l'objet de remontées des données des GRSP vers la CNAMTS.

On peut estimer à environ 11 M€ par an le montant des crédits utilisés pour des actions locales dans le domaine de la nutrition (9 M€ au titre des actions GRSP et 2 M€ pour des actions hors GRSP). Ce montant représente cinq fois le montant moyen constaté lors du PNNS1.

- **Les collectivités locales : un effet de levier positif**

Faute de pouvoir analyser les contenus annuels des PRSP, il n'est pas possible d'avoir des données précises sur les cofinancements apportés par les collectivités locales aux actions du PNNS. En 2009, en Champagne-Ardenne, les CL ont apporté en supplément l'équivalent de 40% des montant affectés par le GRSP ; par contre en Aquitaine cet apport ne représente que 17%. Il faut ainsi souligner l'effet de levier développé par ce programme qui donne l'occasion aux CL de se mobiliser en faveur de la nutrition.

2.3.1.4. Des financements modestes à inscrire dans la durée

La mission ne s'estime pas en mesure de porter un jugement sur l'importance des budgets consacrés par l'Etat et les autres partenaires au PNNS. Au total, ils atteindront environ 19 M€ en 2010 (16 M€ du ministère de la santé, 3 M€ du MAAP) qui sont clairement affectés au PNNS ou à des actions qui lui sont rattachées, sans compter les montants consacrés à l'aide alimentaire. Elle ne peut que mesurer leurs caractères modestes et fragiles, une partie d'entre eux étant utilisés lors de procédures d'appels à projets, conduisant à une remise en cause au moins triennale des actions. Elle rappelle également qu'aucune directive précise quant à l'utilisation des crédits délégués n'était donnée jusqu'à présent, laissant les régions maîtresses de leurs propres priorités.

La mission constate cependant qu'il n'y a pas de redondances dans l'utilisation de ces crédits, mais au contraire un effet de levier certain pour la partie utilisée par les GRSP.

2.3.2. Une estimation difficile de l'importance des moyens humains

En ce qui concerne les moyens humains consacrés à l'élaboration, la gestion et la mise en œuvre du PNNS et de ses actions, la mission ne peut que reprendre les conclusions du rapport de la Cour des comptes de mars 2007 sur le PNNS1, et souligner d'une part la difficulté de conduire une simple estimation de ces moyens compte tenu du caractère éminemment décentralisé et déconcentré de ce programme, de la multiplicité des acteurs engagés (administrations, collectivités, associations), et enfin de l'absence d'indicateurs d'évaluation et de gestion analytique.

Elle tient à préciser qu'elle constate le dévouement et l'engagement des agents en charge de ce programme tant à la DGS que dans les autres administrations, y compris en régions et départements. Elle regrette à cet égard le faible nombre d'agents affectés à ce programme à la DGS, qui sont d'ailleurs les mêmes depuis le lancement de celui-ci. Elle regrette surtout que les moyens modernes de gestion des données et des informations, qui permettraient à ces agents d'avoir une connaissance plus précise et actualisée du déroulement des actions sur le terrain, soient si peu mis en œuvre.

2.4. La communication, un instrument essentiel de la déclinaison du PNNS

La mission s'est particulièrement attachée à tous les aspects du PNNS en rapport avec les modalités de communication qu'il mobilise. En effet ce volet apparaît comme stratégique et déterminant pour plusieurs raisons objectives :

- s'agissant d'un programme de promotion de la santé et de prévention, il lui est indispensable de faire connaître son corpus de références et de porter son discours vers ses cibles qui en l'occurrence sont constituées à la fois de la population dans son ensemble et de certaines populations cibles ;.
- le budget de communication affecté à ce programme et confié à l'INPES constitue une part très importante du budget global identifié de ce programme (cf. chapitre correspondant du rapport) ;
- pour des raisons exposées dans la première partie, cette communication se développe sur un terrain sensible et sert parfois de révélateur des représentations culturelles sous jacente ou de conflits d'intérêts en dépit du consensus observé et parfois revendiqué autour des repères et objectifs du PNNS.

2.4.1. Le volet communication du PNNS : une réussite à tempérer

C'est dès la mise en place du PNNS qu'a été mise en œuvre une active politique de communication comme démarche indissociable du programme lui-même.(certains considèrent que c'est là que réside l'essentiel de ce programme sinon de ses ambitions).

Les actions de « communication générale » sont répertoriées de 7 à 23b dans le tableau de bord de suivi, identifiant 31 objectifs différents dans l'ensemble du périmètre du PNNS, témoignent de l'importance accordée à ce volet de la déclinaison du programme.13 sont considérées comme réalisées, 7 mises en place, 8 en cours et 2 non réalisées au moment de l'établissement de ce bilan (novembre 2009) par le président du comité de pilotage.

L'essentiel des crédits publics (environ 15 millions € par an) mis à disposition de ce programme sont de fait attribués à l'INPES (environ 10 millions € par an) en charge des actions de communication visant à faire connaître et à décliner les principaux repères nutritionnels ainsi que les bonnes pratiques alimentaires tant vers le grand public – et c'est le site internet « mangerbouger.fr » - que vers les diverses filières professionnelles – et ce sont de très nombreux supports écrits aussi bien qu'audio et vidéo - du monde socio-éducatif et de la santé. L'INPES a également organisé chaque année les campagnes déclinant les repères nutritionnels sur les chaînes de télévision.

L'ensemble du programme s'appuie fortement sur une stratégie de communication sous toutes ses formes et la plupart des actions initiées dans le cadre du PNNS comprennent un volet communication important quant elles ne se résument pas à une action de communication, d'information ou d'éducation nutritionnelle.

2.4.1.1. La communication « externe » : un élément déterminant de la notoriété du PNNS

- **Une communication « institutionnelle » diversifiée**

Cette forme de communication présente peu de surprises : elle combine des dispositions « classiques » - site ministériel et colloques- et des mesures plus spécifiques telles que le logo PNNS.

le logo « PNNS[46] (voir annexe)

Deux types de logo PNNS peuvent être attribués, soit "ce document est conforme au PNNS" soit "cette action est conforme au PNNS".

Parmi les 87 supports ayant obtenu le logo PNNS (pour les dossiers ayant eu un avis favorable ou un avis favorable sous réserve de modification), 67 ont eu le logo « ce document est conforme au PNNS » et 20, « cette action est conforme au PNNS ». A ce jour, aucune demande d'attribution du logo PNNS n'a été faite pour une campagne de communication.

Les listes des promoteurs ayant obtenu le logo PNNS sont disponibles sur le site « mangerbouger » www.mangerbouger.fr (espace professionnel) ou sur le site de l'INPES www.inpes.sante.fr (espace nutrition). La présentation de ces listes est en cours de refonte et sera mise à disposition sous la forme d'une base de données.

La mission a remarqué que les productions de la DGS comme les cahiers spéciaux (synthèse du PNNS) n'étaient pas soumis à cette procédure ce qui laisse supposer que les animateurs et responsables du PNNS (et la qualité des productions citées n'est pas en cause) s'en exonèrent de fait.

Recommandation n°15 : Soumettre toutes les publications en rapport avec le PNNS et quelle qu'en soit la structure émettrice, privée ou publique, à une même procédure de reconnaissance et d'attribution du logo PNNS

Autres supports de communication institutionnelle :

Le site DGS rubrique « nutrition »[47] : la DGS tient sur son site une rubrique qui présente les principaux documents et actions conduites en rapport avec le PNNS et rend compte également des principaux évènements (rapports rendus, colloques…) sans toutefois en assurer une mise à jour en temps réel (les principales sous rubriques sont actualisées surtout jusqu'en 2006 ensuite plus épisodiquement, ainsi que constaté lors d'une consultation début mars 2010). Toutefois cette rubrique est assez complète et reflète d'une façon satisfaisante quant à son contenu la conduite de la politique nutritionnelle issue du PNNS1. Afin de partager réflexions et expériences, des colloques plusieurs colloques ont été organisés à l'initiative et dans le cade du PNNS[48]. Cette occasion de rencontres et d'échanges est intéressante mais les acteurs ne disposent pas ensuite de support d'échanges favorisant la mise en réseau des expériences.

---

[46] (cf. annexe 2..2.).

[47] http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/actions.htm

[48] - Colloque PNNS du 4 novembre 2004 "De la politique nationale aux actions de terrain : dynamique et cohérence"
- Colloque « Programme national nutrition santé : la situation nutritionnelle en France en 2007 » 12 décembre 2007
- Colloque « Transversalité et nutrition dans les politiques territoriales » 17 mars 2009 au ministère de la santé et des sports
- Colloque national : « Villes actives du PNNS : la concrétisation de l'action des communes pour la nutrition » Nancy 25 novembre 2009

Recommandation n°16 : Actualiser et moderniser la partie consacrée à la thématique de la nutrition sur le site du ministère de la santé, et notamment au regard des techniques d'animation disponibles à l'image du site « mangerbouger.fr » consacré au PNNS.

- **La communication vers le grand public est adossée principalement sur le site « mangerbouger.fr » et les défilements publicitaires**

Le site « mangerbouger.fr »

Il constitue la véritable vitrine du PNNS : c'est à ce site que renvoient tous les messages portés par la communication du PNNS. On y trouve l'ensemble des références, projets et initiatives nationales du PNNS. Sa fréquentation est jugé satisfaisante par l'INPES (créé en 2004 il a été rénové et élargi en 2008, notamment en direction des professionnels relais des actions initiées par le programme). Il bénéficie d'un taux de notoriété globale (spontané + assisté) très bon, en particulier depuis la diffusion des messages sanitaires (évolution de 13% en 2006 à 48% en 2008 et de 60% chez les 8-14 ans en 2007). Avec plus de 800 000 connexions par an l'INPES considère qu'il rencontre un succès très honorable. Il est de fait très régulièrement actualisé et enrichi et s'efforce de remplir sa double mission de site d'informations générales et de promotion des repères nutritionnels vers tous publics, mais aussi de support d'information et de références utiles pour l'ensemble des acteurs socioprofessionnels qui conduisent des actions de proximité qui exploitent ce référentiel nutritionnel.

Tout en reconnaissant cette réalisation et sa qualité, la mission constate que ce site n'a pas développé de véritables outils interactifs, qu'il s'agisse de forums ou de banque de données partagées pour les retours d'expérience, renforçant la dimension transversale de l'animation du programme et que la démarche demeure encore trop une démarche d'inspiration fortement institutionnelle dans laquelle la parole est dispensée d'en haut, sans laisser une place suffisante à l'expression, aux échanges et aux témoignages des acteurs qui partagent les mêmes objectifs et exploitent la même « boite à outils ».

Les campagnes d'informations

Parallèlement a été pris en compte par les professionnels – entreprises, annonceurs, publicitaires, et médias- l'objectif de limiter les effets nocifs éventuels, sur les publics d'enfants notamment, de messages publicitaires diffusés lors des émissions pour la jeunesse et relatifs à des produits alimentaires considérés « à risques » pour ces publics en cas de surconsommation (produits de grignotage sucrés, gras ou salés). Sous l'égide du CSA qui a pour l'occasion joué un rôle de médiateur et de facilitation entre les chaînes télévisées, les annonceurs et les filières agroalimentaires, une charte de bonne conduite a été signée. Dans la foulée l'ARPP – autorité de régulation professionnelle de la publicité - (qui a remplacé l'ex BVP) a adopté un guide de bonne conduite unique semble-t-il au plan international. (cf. annexe). Ces actions peuvent être considérées comme sortant de l'ordinaire au plan international comme en témoigne les informations recueillies sur les pratiques en Europe ou dans d'autres pays membres de l'OCDE (USA, Canada) et intéressantes en ce sens qu'elles ont permis un développement du contenu dédié à l'éducation nutritionnelle dans des émissions pour enfants spécifiquement consacrée à l'alimentation ou non. Le succès d'audience de ces émissions n'a d'ailleurs pas échappé aux responsables des chaînes puisque les objectifs fixés par la charte pour 2009 (470 heures) ont été dépassés (520 heures).

Cette stratégie de communication en France se présente comme un paradoxe (C'est la manne publicitaire qui alimente en France le financement de programmes « vertueux » qui participent à leur tour à l'éducation nutritionnelle des enfants et les aident à « résister » mieux aux sollicitations publicitaires) et peut heurter l'approche classique (interdiction de la publicité dans les émissions pour enfants).

En effet il existe un consensus international au sein de la communauté des spécialistes de l'obésité, alimenté par de nombreux travaux, pour reconnaître une forte corrélation entre le spectacle assidu de publicités promouvant les produits à risque (gras, salés, sucrés lorsqu'ils sont consommés trop fréquemment) et la prévalence de l'obésité chez l'enfant.

Toutefois, et en dépit de ces résultats, la persistance même de publicités incitatives à la consommation de produits trop sucrés, salés ou gras dans les heures de plus grande écoute pour les publics d'enfants continue d'inquiéter les responsables de santé publique et d'alimenter les polémiques avec les lobbies représentants les intérêts des firmes agroalimentaires, de certains annonceurs ou médias.
Les responsables du PNNS comme ceux de l'INPES considèrent qu'ils conduisent un « combat » à armes inégales puisque le budget dont ils disposent apparaît bien modeste au regard des budgets publicitaires cumulés mis au service des marques alimentaires qui représente plusieurs milliards d'euros. La crédibilité du message institutionnel viendrait toutefois contrebalancer en partie ce fossé considérable.

La mission partage en partie ce constat mais tient à souligner qu'une proportion non négligeable des financements publicitaires privés permettent, comme il est souligné plus haut, et notamment en ce qui concerne la publicité télévisée, de produire des émissions utiles en termes d'éducation nutritionnelle des jeunes en particulier. Ce financement pourrait être porté au bénéfice du PNNS.

Une étude récente a par ailleurs posé la question de l'efficacité des bandeaux sanitaires sous les messages publicitaires.

Lutte contre l'obésité : repenser les stratégies préventives en matière d'information et d'éducation

« Lancé en 2001 pour une durée de cinq ans, le premier « Programme national nutrition santé » (PNNS) a pour objectif principal d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population avec pour levier d'intervention la nutrition. Cette initiative comprend des actions de communication et d'information auprès du grand public. Par ailleurs, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique impose l'introduction de messages sanitaires dans les publicités pour « des boissons avec ajouts de sucre, de sel ou d'édulcorant de synthèse et des produits alimentaires manufacturés ».

En 2007, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a conduit une évaluation de l'impact de ces messages : bien accueillis par 87% des personnes interrogées, ils bénéficieraient d'une bonne reconnaissance, variant de 82% à 98% en fonction du slogan testé. Cependant, d'autres études tendent à nuancer ces résultats. Par exemple, l'enregistrement de la trajectoire du regard du spectateur montre qu'elle ne se porte quasiment jamais sur le bandeau « manger/bouger » situé sous les spots promouvant un produit alimentaire. Les bandeaux sanitaires de par leur monotonie et leur sobriété seraient en grande partie inadaptés face aux effets d'habituation et de sur stimulation sensorielle générés par les publicités (colorées, en mouvement et en musique, pour attirer l'attention et susciter l'envie). Une relative inefficacité d'autant plus préjudiciable que l'apposition de ces messages évite aux industries agroalimentaires de s'acquitter d'une taxe reversée à l'INPES.

L'INPES reconnaît en outre le risque de confusion entre le message sanitaire et le produit promu, un problème soulevé par l'UFC Que Choisir avant la mise en place des bandeaux. En effet, cette association avait montré dès 2006 qu'après la visualisation d'un spot télévisé pour des céréales riches en sucres avec le bandeau d'information « Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé », 68% des adultes sondés pensaient que le fabricant vantait l'équilibre nutritionnel de son produit.

Afin de rendre les messages plus efficaces, il conviendrait ainsi de varier leur contenu, leur forme et leur disposition pendant le spot publicitaire. De plus, pour éviter à la fois qu'il soit mal compris et qu'il entre en concurrence cognitive avec le produit promu, le message sanitaire devrait apparaître seul à l'écran et être lu par des voix différentes. Enfin, l'amélioration du message et de sa mémorisation n'entraîne pas nécessairement une modification du comportement des consommateurs. Ainsi, seules 18% des personnes interrogées par l'INPES déclaraient avoir commencé à modifier leur alimentation, sachant que plus des trois quarts d'entre elles le firent suite à des problèmes de santé. Ces résultats corroborent ceux du Baromètre santé nutrition 2008 : si la connaissance du « repère » fruits et légumes a progressé de 2,5% à 28,1% entre 2002 et 2008, la proportion de Français ayant consommé la veille de l'enquête les cinq portions recommandées n'a évolué que de 10% à 11,8% ».

Source : Centre d'analyse stratégique, note de veille n°166, mars 2010

La communication du PNNS n'a pas clairement arbitré entre le choix prépondérant du média télévisuel (et particulièrement des chaînes dites « généralistes ») considéré comme celui qui garantit de toucher un maximum du public, et les données disponibles qui plaident pour une communication différenciée sur les objectifs nutritionnels en fonction de cibles spécifiques auxquelles ce média, sauf exception (chaînes « enfants » comme par exemple GULLI), n'est pas adapté.

- **Les actions et supports de communication : une démarche active et tous azimuts**

Les supports[49] développés par l'INPES sont très nombreux. Il est possible d'en prendre connaissance sur les sites identifiés dans ce rapport (INPES, DGS, site mangerbouger.fr…) et plusieurs sont évoqués tout au long de ce rapport. Complémentairement les synthèses du PNNS réalisées par la DGS (et consultables sur le site « mangerbouger.fr ») apportent aux professionnels des éléments très utiles à la vulgarisation des principes du PNNS.

Le label ville ou département PNNS[50] : la municipalité qui souhaite souscrire à la charte des villes actives PNNS souscrit un engagement particulier (cf. Annexe sur les réseaux nationaux de collectivités locales actives dans le domaine de la nutrition, de l'environnement ou de la santé). C'est une démarche qui connaît un indéniable succès[51] et témoigne de l'intérêt croissant des municipalités, notamment celles directement confrontés aux problématiques relavant du PNNS, à faire bénéficier leurs populations de la « boite à outils » du PNNS.

Les chartes nutritionnelles[52] (ce point est développé ci après sous 3.4.4.)

Ces différentes modalités contribuent indéniablement à la popularisation et à la promotion des repères et objectifs du PNNS mais avec des résultats inégaux qui sont présentés et commentés dans les différentes thématiques traitées dans la deuxième partie du rapport).

[49] Exemples : « la santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous » (2002)
« la santé vient en bougeant » (2004)
« La santé vient en mangeant et en bougeant, le guide nutrition des enfants et des ados, pour tous les parents » (2004)
« J'aime manger, j'aime bouger » destiné aux adolescents diffusé en partenariat avec l'Education nationale chaque année à l'ensemble des classes de 5ème par l'intermédiaire des professeurs de SVT depuis 2005.
Le guide nutrition à partir de 55 ans (2006)
Le guide pour les aidants des personnes âgées (2006)
Le guide nutrition pour les femmes pendant et après la grossesse (2007)
[50] http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/actions7.htm
[51] cf. le site des villes actives PNNS : http://www.villeactivepnns.fr/
[52] http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/referentiel_chartes.pdf

- **Une communication beaucoup moins développée en direction de certaines populations**

Cette communication emprunte la plupart du temps la voie de supports écrits ou d'actions de formation et sensibilisation destinées à ces publics ciblés. Ce sont les professionnels de la santé, ou les associations ou les structures éducatives, sanitaires ou sociales qui drainent ces communications plus « expertes » exigeant de proposer conjointement quelques objectifs simples et de l'accompagnement personnalisé afin de les adapter aux publics concernés…
Elle est réalisée à travers les nombreuses actions financées dans le cadre des PRSP, mais aussi de financeurs institutionnels comme l'assurance maladie, les organismes complémentaires, les collectivités territoriales…
La plupart des actions financées au titre des objectifs nutrition santé des PRSP comprennent un volet de mesures d'éducation nutritionnelle.

2.4.1.2. La communication « interne » s'inscrit dans des formes très traditionnelles n'exploitant que ponctuellement la logique de réseau

Il s'agit des actions de communication destinées aux acteurs et relais du PNNS et participant de l'animation de ce programme.

La communication entre les acteurs nationaux, membres du comité de pilotage et les institutions qu'ils représentent s'appuie notamment sur les réunions du comité de pilotage du PNNS et leurs comptes rendus ainsi que sur les tableaux de bord de suivi des actions du PNNS établis par le secrétariat (assuré par la DGS). Ces différents points ont été présentés et analysés dans le chapitre relatif à la gouvernance du PNNS.

Elle comprend également la formation des professionnels (comme par exemple celles exposées dans le chapitre suivant 3.5.)

Les correspondants régionaux du PNNS (généralement un agent de la DRASS ou de la DSDS pour les DOM ou d'une direction régionale –DRJS- membre du GRSP) sont régulièrement réunis par la DGS sont organisées à l'initiative de la DGS et permettent les échanges indispensables à l'animation du « réseau ».

Quant à la communication entre les acteurs territoriaux elle ne permet pas de capitaliser collectivement sur les retours d'expérience. Elle existe à travers le GRSP ou le comité régional nutrition santé quand il existe (cf. enquête régionale), et s'instaure aussi grâce à des réseaux particuliers (Villes actives PNNS ou villes EPODE).

La mission n'a pas identifié, hormis les exemples précédents cités ci dessus, de lieu ou moyen permanent permettant des échanges réguliers entre acteurs et régions sur les initiatives, les projets, leurs résultats….

Seuls les colloques organisés au plan national ainsi qu'à l'initiative de certains GRSP (comme en Languedoc-Roussillon) rassemblent de fait les acteurs et sont une opportunité pour échanger sur les expériences menées.

La communication est « fragmentée » et les échanges entre les acteurs institutionnels en charge de la déclinaison du programme et les porteurs d'actions ou de projets ne s'établissent qu'en îlots ce qui ne favorise pas l'émergence et la reconnaissance des démarches les plus performantes.

Recommandation n°17 : Renforcer par tous moyens utiles, à l'exemple du site « villes actives PNNS », les échanges entre les acteurs du PNNS, afin de favoriser les retours d'expérience et de diffuser les résultats obtenus.

2.4.2. Des systèmes d'information embryonnaires

La DGS dispose d'un logiciel baptisé « BRIQUES » qui lui permet de recueillir auprès des GRSP quelques informations clefs utiles au suivi des PRSP. Toutefois ce logiciel n'est pas un système d'information ouvert sur les autres acteurs de santé, ni véritablement adapté aux besoins de pilotage du PNNS ou à son évaluation.

Le PNNS est dépourvu de véritable système d'information dédié : un suivi essentiellement qualitatif des actions du programme (cf. tableaux de bord : fait, non fait en cours…) Il s'ensuit de grandes difficultés pour beaucoup d'acteurs, par exemple les GRSP, à connaître et recenser tout ce qui se réalise en France ou dans les territoires en matière d'actions conduites en application du PNNS ou directement inspirées de ses principes ainsi qu' a fortiori à en évaluer et à en mesurer les performances.

Recommandation n°18 : Créer, en complément du site « mangerbouger.fr » des outils d'échanges pour la communauté des acteurs du PNNS.

Recommandation n°19 : Doter le PNNS d'un système d'information spécifique, dédié ou non, et partagé par la communauté des acteurs du PNNS, mettant à leur disposition les données utiles disponibles, ainsi qu'en fonction des évolutions préconisées dans ce rapport, celles relatives à l'évaluation et la mesure de la performance des principales actions conduites.

2.4.3. Stratégie de communication du PNNS : Des principes généraux à l'épreuve de la réalité

La mission a pu observer que le sujet de la communication était parfois source de tensions, notamment lorsque la recherche du consensus était mis à l'épreuve des enjeux collectifs et des conflits d'intérêt.

Bien qu'un large consensus existe désormais sur les objectifs du PNNS et que la majorité des campagnes de promotion réalisées à l'initiative de l'INPES ont recueilli le soutien ou l'adhésion des acteurs, il convient de remarquer que parfois la communication sur l'alimentation ne peut complètement s'exonérer des contradictions qui trouvent leurs sources à la fois dans les comportements individuels (tensions entre plaisir et risque) mais aussi dans les enjeux et défis auxquels notre société est confrontée (économie de la santé et santé de l'économie, équilibre des comptes sociaux et équilibre de la balance commerciale..).

A cet égard on peut citer en exemple le témoignage de l'INPES qui, dans la mise en œuvre de ses campagnes qu'elle a conduites sur les repères nutritionnels du PNNS (et notamment celles relatives à la thématique « trop gras, trop salé, trop sucré » ou « gras, sel et sucres masqués »), a été l'objet d'interventions directes et insistantes des milieux socioprofessionnels[53] comme de certaines administrations publiques.

Par ailleurs la mission souligne quelques attitudes qui lui apparaissent quelque peu paradoxales entre :

- d'une part un PNNS qui préconise de ne pas de stigmatiser dans sa communication les obèses mais un discours ambiant, notamment porté par la publicité (presse féminine, publicité pour les produits « minceurs »..) qui véhicule un message obsessionnel sur l'extrême minceur et alimente la peur de l'obésité.

[53] A noter que lors de campagnes organisées sur des sujets également très sensibles comme le tabac ou l'alcool, les lobbies exerçaient de préférence leur influence par la voie des interventions parlementaires.

- d'autre part les messages promotionnels ou d'éducation nutritionnelle véhiculés par les médias télévisés, à la demande de l'INPES, touchent de fait toutes les catégories de population et revêtent dès lors un caractère universel.

En fait ils paraissent souvent conçus pour des adultes éduqués, capables de discerner le « second degré » ou de faire la part des choses en termes de provocation ou d'humour, alors qu'ils sont vus aussi par des publics d'enfants ou par des personnes qui ne correspondent pas aux mêmes critères socioculturels, ou n'ont pas les mêmes attentes que la population générale.

- enfin un des principes généraux du PNNS qui affirme qu'aucun aliment n'est proscrit dès lors qu'il ne fait pas l'objet d'une interdiction légale.

Recommandation n°20 : Réviser la formulation des principes généraux de façon à permettre et assumer les mises en garde sur la consommation excessive ou répétée de certains produits ou nutriments.

La question mérite d'être soulevée : est-il possible de parvenir à un complet consensus dans un domaine aussi tiraillé de rationalités contradictoires ? Il est déjà remarquable que le PNNS ait obtenu un quasi consensus sur les repères nutritionnels qui font désormais partie du « bien commun » et même pour certains (cinq fruits et légumes par jour) quasiment de l'inconscient collectif.

Les enjeux sont tels que lorsque le consensus est introuvable ou improbable, c'est sans doute à la puissance publique d'arbitrer et d'indiquer clairement la ligne prioritaire ; n'est elle pas la seule légitime à le faire et la seule en capacité de le faire ?

Les perspectives résident dans une meilleure capacité de la puissance publique à assumer les limites du seul consensus sur un sujet qui exige sans doute de sa part, au-delà du parti pris de la concertation indispensable, des prises de position claires et sans ambiguïté conformes à ses priorités.

2.5. La formation des professionnels, un chantier encore trop peu développé

La formation institutionnelle est un chantier du PNNS, qui rassemble essentiellement les actions 86 à 95 du programme, mais certaines thématiques des plans d'action 1 à 4 évoquent aussi les questions de la formation.
De nombreuses actions de formation médicale continue (FMC) font référence au PNNS, sans être nécessairement inventoriés au titre du programme, utilisant les documents d'information et de communication élaborés par la DGS, l'INPES, ou d'autres ministères, sans que la ligne de partage entre les autorités administratives soit encore très clairement établie.

La mission, en plus des auditions, a analysé les orientations retenues dans le programme, puis dans les deux rapports sur l'activité du comité de pilotage au CNSP[54].

2.5.1. Les questions de la formation des professionnel sont éclatées dans plusieurs parties du PNNS

2.5.1.1. Des orientations prévues dans le PNNS1

Dans les actions, mesures et outils spécifiques du PNNS1, il était prévu dans l'axe « prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels » trois actions relatives aux fonctions et

[54] Le conseil national de l'alimentation (CNA) a aussi émis une recommandation générale dans son avis n°54 : propositions de mesures pratiques pour la mise en œuvre d'une stratégie nationale de prévention de l'obésité infantile, concernant la « formation à la promotion d'une bonne alimentation pour les professionnels impliqués dans l'environnement de l'enfant de la conception à la naissance »

métiers de la nutrition pour adapter les formations des professionnels aux enjeux actuels. Dans son évaluation le Pr. HERCBERG indique que cette action n'a pu déboucher que sur la commande auprès du Pr. KREMPF en 2003 et du Pr. MARTIN en 2006, de deux rapports relatifs à la formation[55].

Sur le plan de la formation continue, des outils pédagogiques variés ont également été réalisés et diffusés, un module de formation continue destiné aux médecins sur le dépistage et la prise en charge de l'enfant, puis de l'adolescent, sous l'égide de la SFP et de association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (l'APOP), un kit de dépistage de la dénutrition destiné à la formation des professionnels de santé développé par l'AP-HP pour servir de support à des séances de formation[56] ainsi que la production et diffusion d'outils pédagogiques EDUSCOL depuis 2002.

Des sessions de formation des professionnels de santé et professions relais sont organisées depuis 2002 par le conservatoire national des arts et métiers (CNAM) et la DGS pour différents professionnels dont les agents des services déconcentrés pour des échanges de pratique et une sensibilisation aux outils du PNNS[57].

2.5.1.2. Dont certaines se retrouvent dans le PNNS 2

Le programme PNNS2 évoque les questions de formation des professionnels sous plusieurs angles : l'activité physique, la prévention et la prise en charge de l'obésité, la prévention de la dénutrition, ainsi que les actions en directions de cibles populationnelles (femmes enceintes, populations défavorisées ou précaires). Ce chantier de la formation couvre un ensemble d'actions de formation transversales (actions 86 à 95 du tableau de bord), en direction de professionnels et de bénévoles. Du fait de la présentation dans les différents documents, il est parfois difficile de distinguer ce qui découle de la formation institutionnelle issue des préconisations du rapport du Pr. MARTIN, des actions de formation continue, ou d'information en direction des professionnels.

Dans le plan d'action n°1, intitulé « prévention nutritionnelle », destiné à la promotion de chaque repère de consommation, le développement de formations à destination des éducateurs sportifs répondant aux priorités du PNNS et coordonnées par la direction des sports et les médecins conseils des DRJS en région est lié au repère sur l'activité physique.
Il est prévu d'inciter à développer des modèles de formation « professionnels de santé et éducateurs sportifs pour les sédentaires ou porteurs de maladies chroniques » à l'image de ce qui est développé dans la région Midi-Pyrénées avec le programme EFFORMIP dont le PNNS2 veut lancer la généralisation.
A la frontière de la formation et de l'information en direction des professionnels en milieu scolaire sur l'éducation nutritionnelle et alimentaire, les guides et outils d'intervention en milieu scolaire, ou les documents d'accompagnement des campagnes médiatiques de l'INPES doivent sensibiliser notamment les professionnels à l'importance de l'activité physique comme composante essentielle de la nutrition. Ces outils, entre l'information et la communication, prennent essentiellement la forme de « mallettes »[58] .

Dans le plan d'action n°2 « dépistage et prise en charge des troubles nutritionnels », les organismes de représentation professionnelle des secteurs médicaux sont associés au développement d'outils de formation et actions de sensibilisation au dépistage et à la prise en charge de l'obésité infantile, adolescente et adulte pour compléter la formation des professionnels qui interviennent dans le

[55]Pr. Krempf, M propositions pour faire évoluer la profession de diététicien, 2003
Pr. Martin, A « la formation à la nutrition des professionnels », rapport remis à la ministre de la santé, avril 2009
[56] Utilisé en 2005 dans des séances de formation du personnel de santé de l'AP/HP et qui aurait touché 1000 personnes
[57] 209 personnes en 2005, 130 personnes en moyenne chaque année en région
[58] (mallette « bouge » de l'INPES, mallette « nutrition-santé-bouger » de la FNMF, mallette « le sport pour la santé » du CNOSF).

champ de la nutrition afin d'assurer la cohérence et la qualité des interventions en coordination avec le rapport du Pr. MARTIN précité.
Concernant la dénutrition des personnes âgées, les actions de formation pour les services de soins à domicile et le personnel non soignant sont prévues. Sur le terrain ou de par ses entretiens avec des promoteurs de ces prises en charge, la mission a pu voir que leur mise en œuvre était généralement encore peu développée, laissée de fait à l'initiative de ces opérateurs.

Dans le plan d'action 3, les mesures concernant la nutrition des populations spécifiques aux différents âges de la vie visent la maternité, avec la promotion de l'allaitement maternel par des réunions interrégionales en direction des professionnels, la diffusion de l'outil PNNS ayant le logo auprès des professionnels (PMI, maternités, médecins généralistes), avec une incitation pour favoriser dans la formation des professionnels de maternité « les éléments pratiques pour la promotion et le soutien des femmes qui allaitent ». La mission a vu dans les régions, et notamment en PMI, que la sensibilisation à ces thématiques, assortie notamment des documents de l'INPES souvent cités, était généralement bien développée et portée au crédit du PNNS par les professionnels de la PMI.
Le PNNS, dans le plan « alimentation et insertion » lancé dans le cadre du plan national de renforcement de la lutte contre l'exclusion de 2003, entend développer un programme de formation des bénévoles intervenants dans ce cadre. Il est prévu dans le programme concernant les populations défavorisées (ne recourant pas à l'aide alimentaire), la formation du réseau des professionnels des CAF, des centres d'examen des CPAM, et l'élaboration via le classeur de l'INPES : » alimentation à tout prix « du développement des supports de formation de l'INPES en lien avec les réseaux. Cette action est en cours et souvent citée en région.

Le plan d'action n°4, prévoit de lancer des formations en nutrition des professionnels salariés des collectivités territoriales pour assurer une formation « labellisée PNNS », la promotion de plans de formation en nutrition en s'appuyant sur les « villes santé OMS » et le réseau des « éco- maires »
Les axes proposés dans le PNNS2 sont cohérents avec les besoins déterminés dans le cadre du rapport du Pr. MARTIN, ainsi que dans celui du Pr. TOUSSAINT précité sur le thème de l'activité physique, mais la mise en œuvre reste à amplifier.

2.5.2. Les questions de formation sont relativement peu évoquées dans les différents documents du PNNS

La gestion des délais dans le travail confié au Pr. MARTIN n'a pas été très cohérente[59], sans que la responsabilité du retard en incombe aux responsables du PNNS. Mais dans le même temps, le ministère de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur procédaient à des travaux de modification de programmes, notamment dans le cadre de la réforme LMD, sans que le lien avec les préconisations de ce rapport ait pu être nécessairement être fait. Le bilan rédigé en novembre 2009 pour le CNSP indique que ce professeur spécialiste de la nutrition a été nommé pilote référent technique de ce chantier, et la DGS en charge de la coordination administrative. Cela ne s'est pas traduit par une réelle prise en charge du pilotage de ces questions, compte tenu notamment de la difficulté de modifier les formations initiales et continue des professionnels sur la nutrition, du grand nombre de diplômes de haut niveau et d'intervenants dans ces domaines, et d'une articulation difficile entre métiers et diplômes.

En revanche, il est étonnant de ne pas trouver de référence, dans les documents du comité de pilotage, au rapport demandé par les ministres de la santé et des sports et de la recherche au Pr. BERTSCH[60] qui a pour objet de faire le point et de proposer une clarification et des recommandations relatives à la réorganisation de l'offre publique de formation dans le secteur de

[59] Mission lancée en mai 2005, conclusions présentées au comité de pilotage en septembre 2007. Mais ce n'est qu'en avril 2009 que le rapport a été remis à la ministre de la santé.
[60] Sans doute est-ce lié au fait que le Pr. BERSCH n'a assisté à aucune réunion du comité de pilotage depuis sa nomination en octobre 2008

l'activité physique, du sport et de l'animation, dans un secteur où, en matière de formation, règne une confusion certaine[61].

Si, comme l'indique le rapport de novembre 2009, une réunion des administrations concernées (santé, enseignement supérieur, agriculture) a pu être organisée en septembre 2009, pour analyser les actions à entreprendre (évolution de la formation des diététiciens, élargir le champ de la formation à la définition de certains métiers -médecin nutritionniste-, reformulation de certains contenus de la formation initiale des médecins) le tableau récapitulatif, des suites à donner, élaboré par la DGS et le DHOS, fourni à la mission, montre que le chantier reste à engager, sauf exception (diplôme d'Etat des diététicien).Le travail inter-administration concernant la formation initiale et continue n'a pas été poursuivi au-delà de la réunion de septembre 2009 citée supra.

2.5.2.1. Des objectifs de formation dispersés dans les nombreuses actions du PNNS

Le bilan des actions sur chacun des chantiers des documents stratégiques du PNNS montre des avancées inégales. Le deuxième rapport des comités de pilotage de novembre 2009 pour le CNSP de décembre le confirme.

Néanmoins, l'étude de ces documents ne fait pas le tour des actions qui, d'une manière ou d'une autre, se développent en région, par référence au PNNS.

C'est ainsi qu'en lien avec « la promotion de l'activité physique » il était prévu d'intégrer dans le chantier de la formation la question des métiers de l'activité physique, sans qu'il soit possible d'en trouver une déclinaison plus précise dans les tableaux de bord en mai et novembre 2009, hormis la rédaction des référentiels de formation pour l'activité physique par la direction des sports et le ministère de l'enseignement supérieur. La mise en œuvre du rapport du Pr. TOUSSAINT, et de la « boite à outils » du PRAPS reste à mettre en place.

Lors du comité de pilotage de mai 2006, la question de la formation des personnels de la restauration scolaire a été évoquée via le réseau des villes OMS. Il a fait l'objet d'un travail initié avec le CNFPT depuis 2007, avec un module soumis à la procédure du logo PNNS, qui s'inscrit d'une manière plus large dans la réponse aux besoins en formation des personnels des collectivités locales, permettant d'offrir aux collectivités locale un ensemble « à géométrie variable » fondé sur les principes, les objectifs et les repères du PNNS pour différents type de professionnels de la fonction publique territoriale dans plusieurs secteurs (enfance, social, activité physique).

Sont en cours, mais de manière inégale les actions de formation continue des professionnels de la santé et du social pour la prévention de la dénutrition des personnes âgées, la prise en charge de l'obésité (49b) pour renforcer la formation continue des médecins généralistes -FMC agrée- et du personnel hospitalier[62], l'allaitement maternel[63] (programme européen de formation des professionnels de santé, et formation initiale et continue des professionnels de santé concernés)[64].

---

[61] Pr. BERTSCH, J « réorganisation de l'offre publique de formation dans le secteur de l'activité physique, su sport et d e l'animation », rapport présenté aux ministres de l'enseignement supérieur et de la recherche, de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, mai 2008

[62] 15 sessions prévues de formation avec l'ANFH sur l'obésité de l'enfant et celle de l'adulte (connaissance des spécificités de l'obésité, adaptation des comportements des soignants), selon le chiffrage DHOS fourni à la mission en octobre 2009 ce sont 17 sessions (2 jours par session) qui doivent se tenir sur la période d'avril 2009 à fin 2010 à raison de 14 à 15 personnes par session. Il convient cependant de relativiser l'impact de cette formation qui concernera sur environ 18 mois moins de 250 personnes au regard de l'importance du public auquel elle est destinée (aides soignants, brancardiers, infirmiers, personnes d'accueil, assistants sociaux, psychomotriciens, ergothérapeutes, psychologues…

[63] Sous forme de colloques ou journées

[64] L'action 68, concernant la sensibilisation des professionnels à l'allaitement n'a pu se faire qu'en 2007 et reprise en 2009, après un arrêt en 2008 faute de crédits.

– l'action 63, concernant la dénutrition, les programmes de formation continue sont mis en place par la DHOS et l'ANFH de la formation sur la dénutrition dans les établissements de santé au 3ème trimestre 2007 qui s'est poursuivie en 2008.

– les actions 64 à 66 , sur les trois actions prévues en direction des personnes défavorisées, seule l'action relative à la formation décentralisée des bénévoles et salariés de l'aide alimentaire menées par l'INPES avec l'ex DGAS a été faite et son extension est en cours sur l'ensemble du territoire, les autres actions de formation en direction notamment des CAF étant totalement en panne. Les actions de formation en direction des bénévoles et des professionnels travaillant dans le cadre de l'aide alimentaire ont été engagées dans un premier temps par l'INPES sous la forme du classeur « Atout PRIX », présenté au comité de pilotage en février 2006, conçu à la fois comme un outil de formation et d'information. Lors du comité de pilotage de janvier 2008, l'INPES évoque, dans la prolongation de l'élaboration de cet outil, l'étude pilote en gagée dans trois régions pendant six mois afin de former les bénévoles de l'aide alimentaire. Cette action est actuellement en cours.
Il faut remarquer que les actions de formation menées, semble-t-il localement, dans le cadre des PROA par les DRAAF, ne sont pas évoquées lors de ces comités de pilotage, sauf en février 2009 avec la proposition d'appui faite par la DGAL.

– l'action « un fruit à la récré » s'accompagne d'un programme d'éducation alimentaire, en cours d'évaluation par le ministère en charge de l'alimentation.

– la sensibilisation des personnels de l'éducation nationale
Le dossier « EDUSCOL», a fait également l'objet d'une présentation lors d'un comité de pilotage de janvier 2008. En cours depuis 2002 et déjà présent dans le PNNS1, ce document est conçu comme un document et un cadre de référence pour la communauté éducative sur les enjeux sanitaires. Dossier très complet et très bien fait, avec le logo PNNS, il entre donc dans le cadre des actions de sensibilisation de la communauté éducative au titre d'une formation continue, tant sur l'alimentation que sur l'activité physique.

Des actions supplémentaires ont été ajoutées

Il s'agit du développement des outils d'information concernant les enfants obèses sous l'égide de l'INPES et de la DGS, a pris la forme d'un dossier de synthèse du PNNS, « outil d'éducation pour la santé des enfants en surpoids ».

Il faut ajouter l'action 114, « outils éducation nutritionnelle dans les collèges, bien se nourrir et bouger un défi individuel et collectif de santé» pour lequel la Mutualité française est pilote, une action d'information et de communication en direction des publics scolaires, rédigée en commun par la DESCO avec la DGS et la DGAL pour promouvoir le concept de nutrition en direction des chefs d'établissement.

Enfin, parmi ces nouvelles actions on trouve un module internet de formation des professionnels sur l'obésité, et une formation des cuisiniers dans les établissements de santé à l'initiative d'un grand cuisinier

Par ailleurs, la formation aux métiers de l'activité physique, notamment l'activité physique adaptée, devrait être précisée plus clairement. En effet, la formation initiale relève de la responsabilité des directeurs d'UFR et elle est inégale selon les établissements universitaires, sans lien formel ou réel avec le PNNS. Des enseignements, sous forme de DU ou de master se développent dans les universités, sans faire obligatoirement référence au PNNS. Les fédérations sportives, sous le regard plus ou moins proche de la direction des sports, développent des actions de formation de leur coté (coach athlé sant).

2.5.2.2. Des précisions nécessaires concernant la formation à l'éducation thérapeutique

Le rapport du Pr. TOUSSAINT cité supra fait un certain nombre de recommandations sur la formation des professionnels intervenant dans le cadre de l'APA, sur la définition et la formation des intervenants des différents professionnels (éducateurs sportifs, éducateurs « médico sportifs », masseurs kinésithérapeutes), et recommande de développer l'interdisciplinarité entre toutes les formations dispensées dans le cadre de l'activité physique adaptée.

Mais pour l'instant, hormis la rédaction d'un guide méthodologique en direction des professionnels par l'INPES et la HAS, qui propose un cadre général structuré, mais en marge du PNNS, les besoins en formation des personnels intervenant dans l'accompagnement et l'éducation thérapeutiques, dont la loi HPST a fait une priorité, ne sont pas inventoriés en tant que tels dans le PNNS. Les formations à l'activité physique adaptée sont inégalement développées dans les universités, avec parfois une incertitude sur les métiers concernés. C'est ainsi que les éducateurs « médico-sociaux », et qui ont bénéficiés de formations de niveau supérieur, se positionnent sur ces fonctions, sans que leur situation professionnelle ait été clairement précisée[65].

Enfin, l'expérience menée en Midi-Pyrénées d'accompagnement thérapeutique des malades atteints de maladie chronique développe des actions de formation qui servent de référence sur le sujet. Dans le plan d'action n°1 du PNNS, il est préconisé «d'inciter à développer des modèles de formation pour les professionnels de santé et les éducateurs sportifs pour les porteurs de maladies chroniques, ou les personnes trop sédentaires» à l'image de ce qui est développé dans la région Midi-Pyrénées avec le programme EFFORMIP, sans qu'il soit prévu, ni sous quelle forme cette généralisation pourrait être faite, sauf par une reprise par la FMC.

D'autres actions de FMC ne sont pas inventoriées mais peuvent également relever des incitations PNNS
C'est ainsi que dans le cadre de réseaux comme REPOP, ou EFFORMIP, à destination des médecins, mais parfois aussi hors cadre REPOP, dans les sessions de FMC mises en œuvre par l'AFPA pour le compte de l'UNAFORMEC par exemple, les outils d'information ou de sensibilisation du PNNS sont utilisés, avec le logo PNNS, comme référence et gage de légitimité[66].

Le PNNS, là encore, constitue une référence pour les actions de formation, qu'il est parfois difficile de distinguer par rapport aux actions d'information et de sensibilisation. L'échange de données communes, à partir des repères nutritionnels partagés, passe cependant également par la formation des professionnels.

Recommandation n°21 : Confirmer au niveau ministériel un pilotage de l'ensemble du dossier de la formation avec les différents partenaires administratifs et professionnels afin de clarifier les compétences concernant la formation des métiers de l'activité physique.

2.6. Le PNNS et les plans de santé publique, des synergies en devenir

2.6.1. Une multiplicité de plans de santé publique

Les plans de santé publique sont théoriquement conçus en articulation avec les objectifs de la loi de santé publique et sont déclinés localement dans les PRSP et bientôt les futurs PRS.

La multiplication de ces plans soulève inévitablement la question de leur articulation et de leur synergie, lors de leur élaboration, et de leur déroulement au sein des appels à projets au moment de

[65] La mission n'a pas réussi à obtenir des administrations une position claire sur l'inscription des «éducateurs médico-sociaux » au registre des métiers.
[66] On peut citer des outils comme le classeur « atout prix », ou les modules internet comme www.denutrition-formation.fr,

leur déclinaison territoriale, d'autant plus qu'à ces plans s'ajoutent des programmes, comme le PNNS.

Certains plans comme le plan cancer, sont fondés sur une **approche par pathologie,** et font partie des plans stratégiques nationaux de la loi de 2004, alors que d'autres plans sont fondés sur des **approches populationnelles** (plan conditions de vie des malades atteints de maladies chronique, plan santé des jeunes), ou par **grands facteurs de risques** « *dont les objectifs et les actions/mesures peuvent correspondre. Leur grand nombre et leur caractère intersectoriel impliquent en effet une articulation nécessairement complexe* »[67].

La date à laquelle ces différents plans ont été élaborés montre une grande hétérogénéité dans la manière dont ils font référence ou non au PNNS, et réciproquement. Cette question est en cours d'examen par l'administration centrale, qui, sous l'égide du secrétariat général et de la DGS, a élaboré un travail important pour déboucher sur des recommandations pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation d'un plan national de santé publique. Les prochains plans et programmes devraient être élaborés selon une méthodologie commune.

En novembre 2009, sur 35 plans figurant dans la deuxième version du recueil des plans de santé publique « le livre des plans », tenu à jour par la DGS, seuls cinq plans contenaient une référence importante à un objectif ou à une action pouvant relever du PNNS. Quant à la version du PNNS, telle que décrite dans le livre des plans, elle renvoie par des liens à trois plans, le « plan santé des jeunes », le « plan national bien vieillir », ainsi que le « plan périnatalité ».

Le « livre des plans » a fait l'objet de deux publications, dont la dernière en 2009. Rédigé par la division « déploiement des politiques de santé » de la DGS, il permet d'avoir une vue de synthèse de ces multiples plans de santé publique, et de les suivre au plan méthodologique, le bureau en charge du livre des plans assure le secrétariat CNSP, appui méthodologique à l'élaboration des plans nationaux et régionaux, suivi de l'activité au plan régional, et rédaction de guides méthodologiques d'évaluation. **Il s'agit d'un appui méthodologique mais qui ne confère pas à ce service un contrôle qualité.** Son rôle est donc de ce fait mineur dans la vérification des synergies et cohérences entre les différents plans de santé publique. Il revient au pilote chargé de l'élaboration de chaque plan de s'assurer de la présence ou non de doublons. Le guide méthodologique rédigé par la DGS, la tenue de réunions régulières « les jeudis des plans » ont pour objectif louable d'évoquer ces questions méthodologiques, les dysfonctionnements éventuels, et de faire présenter des retours d'expérience par les auteurs des plans.

Le PNNS2 n'a pas vocation à intégrer les mesures prises dans le domaine des autres plans, ni à se substituer à ces derniers. Son approche transversale doit en revanche lui permettre de s'y référer, la déclinaison territoriale des différents plans devant permettre d'éviter les incohérences ou les doubles financements. Ce n'est pas toujours le cas.

En effet, la question de la synergie entre les différents plans ne se pose pas seulement pour les plans de santé publique, mais aussi pour d'autres plans qui sont à la frontière du sanitaire et du social, ou qui relèvent de problématiques croisées ou de ministères différents.

C'est dans le deuxième plan cancer, et le deuxième plan santé environnement (PNSE) qui traduisent le mieux cette articulation avec le PNNS, compte tenu de l'importance de l'aspect nutrition comme facteur de risque. Lors de l'élaboration de ces derniers plans, une coordination avec les responsables du PNNS et avec les bureaux de la DGS en charge de ces plans a permis une intégration des orientations du PNNS. Les parties nutrition des plans cancer et environnement sont issues de propositions tirées du PNNS et du rapport TOUSSAINT pré-cité, ce qui en a favorisé la cohérence, même si les risques liés à la conjonction des questions d'environnement et d'alimentation ne sont pas encore assez prise en compte. Cependant, même si certains plans, qui

[67] HCSP, évaluation du plan cancer, 2003-2007

pourraient intégrer une problématique nutrition ne le font pas, pour autant, il ne faut pas en conclure que cette problématique est ignorée, soit parce que les concepteurs des plans s'assurent par ailleurs qu'elle est traitée, soit parce que la mise en œuvre sur le terrain ne se fait pas de manière isolée mais par une approche transversale.

Les modalités d'élaboration et de suivi des plans sont donc variables, et la synergie est plus souvent liée aux relations interpersonnelles qu'à des procédures qui, sur des thématiques aussi transversales, ne peuvent résoudre à elles seules les questions de coordination. La plus value du deuxième PNNS est liée aussi à la diffusion de ses thématiques qui innervent, en dehors même de procédures figées, les différents travaux. La participation des responsables du PNNS ne peut se faire à tous les stades de la vie des plans, et il n'est pas raisonnable de penser qu'ils puissent participer à tous les groupes de travail, comités de pilotage, et groupes de suivi. Leur présence en des lieux stratégiques de décision (comité de sélection des appels à projet de certains plans) est une manière de pallier cette difficulté.

Recommandation n°22 : diffuser une méthodologie dans l'élaboration et le suivi des plans de santé publique suite au travail entamé par la DGS, qui permette au moins pour les plans qui relève de son domaine de compétence au ministère de la santé de veiller l'articulation entre les plans

2.6.2. Une partie des plans nationaux de santé publique intègre des références au PNNS

2.6.2.1. Les plans comportant des références claires au PNNS

- **Les** Plans relatifs à des populations cibles

La santé des jeunes 2008-2010

Les quatre axes de ce plan « santé des jeunes » peuvent se lire au regard du PNNS : « lutter contre les comportements à risques, « répondre aux besoins des populations les plus vulnérables, développer les activités physiques et sportives et permettre aux jeunes de devenir acteurs de leur santé ».

Dans la « lutte contre les comportements à risques », deux mesures concernent le PNNS, la lutte contre les pratiques addictives (abus d'alcool)[68], la promotion d'habitudes nutritionnelles plus équilibrées et la prévention des déséquilibres alimentaires avec le contrôle de la publicité sur les jeunes -heures des programmes de diffusion et espaces autour des caisses des grandes surfaces- et l'amélioration de la qualité des repas dans les cantines scolaires et les restaurants universitaires. Il est fait référence à la création de l'observatoire de la qualité alimentaire. Pour « répondre aux besoins des populations les plus vulnérables », un programme expérimental de prévention et d'éducation à la santé en milieu scolaire a été annoncé, prioritairement dans les quartiers défavorisés, une évaluation des actions menées actuellement et la définition d'un module intégré dans l'emploi du temps des élèves.

L'axe consistant à « développer les activités physiques et sportives », prévoyait d'augmenter d'une heure (de 3 à 4 heures) le volume d'activité sportive à l'école[69], et d'intégrer dans le dispositif d'accompagnement éducatif un volet sport sur les créneaux 16h-18h, (en réalité, seulement 10 à 15% concernerait une activité sportive). Ce dispositif, ciblé au départ sur les zones d'éducation

[68] Même si la lutte contre l'abus d'alcool n'a pas été intégré dans le PNNS2

[69] Actuellement, par semaine, les enfants des écoles primaires ont 3h d'EPS, ceux du collège, 4h en 6ème, 3h de la 5ème à la 3ème et ceux du lycée 2h.

prioritaire, a été étendu à partir de la rentrée 2009 à l'ensemble de la population scolaire[70]. Il n'est pas évoqué dans le PNNS. La question du développement du sport à l'université, éclaté en structures complexes, fait l'objet d'une mission confiée à Stéphane Dagana et Gérard Auneau. Un rappel est fait dans le PNNS.

Les seniors et les personnes âgées

Le « plan national bien vieillir » PNBV-2007-2009, et le « plan solidarité grand âge » contiennent de nombreuses références au PNNS. C'est le cas de deux des objectifs affichés du plan national « bien vieillir » qui consistent à réduire de 20% le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries, et à réduire de 20,5% le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année pendant la durée du plan. Par ailleurs, ce plan est à l'articulation de la santé publique, du sanitaire et du social, ce qui peut expliquer parfois quelques recoupements ou difficultés dans l'articulation entre les différents plans. Dans la mise en œuvre locale, ce sont les responsables des différents plans représentés au GRSP qui répartissent les appels à projet en fonction des moyens disponibles et du niveau d'imputation possible entre chaque plan.

Dans les 9 axes stratégiques du PNBV, qui est, comme le PNNS, un plan multifactoriel, on trouve la promotion d'une alimentation équilibrée après 55 ans, la promotion d'une activité physique et sportive (annuaire des associations sportives), le soutien des fédérations sportives, l'action sur la formation des professionnels et l'évaluation des aptitudes physiques des seniors. La prévention des facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de vie et notamment le travail sur l'équilibre, la prévention de l'ostéoporose, des cancers et des soins buccodentaires font également partie du plan, comme le développement du label « bien vieillir », le développement de la recherche et de l'innovation, et notamment les interactions entre vieillesse et précarité.

Ces axes sont cohérents avec le PNNS auquel le plan renvoie spécifiquement et réciproquement. Ce plan, qui a été élaboré de manière conjointe par le ministère de la santé et des sports, et le ministère du travail, des relations sociales de la famille, de la solidarité et de la ville, est piloté par la CNSA et la DGAS. Il a repris les résultats de travaux engagés depuis le début des années 80 en privilégiant des actions « nutrition activité physique» expérimentées dans des villes pilotes, que l'on retrouve comme thématiques dans le réseau « villes actives du PNNS ». Le lien avec le PNNS s'est surtout manifesté au niveau des appels à projet au moment du lancement du plan, pour que les thèmes du PNNS soient bien intégrés, et désormais dans le suivi de ces appels à projets comme indiqué supra. Il importe donc désormais, et c'est le travail entamé par la DGS, que soit élaborée une méthodologie qui permette au moins pour les plans qui relèvent de son domaine de compétence au ministère de la santé, de veiller à cette bonne articulation. Un comité de suivi PNBV a été institué, sans que les relations avec le comité de pilotage du PNNS soient bien établies.

Pourtant, les liens possibles entre les actions sont multiples :

- dans le cadre de la démarche de label, avec la multiplication de labels entre les « villes actives PNNS », le label « bien vieillir-vivre ensemble », le label de l'OMS « villes –amies –des aînés »…qui ne contribue pas à la clarté du dispositif.
- dans l'attribution des moyens du PNBV, qui sont plus importants que ceux du PNNS, avec des sources de financement diversifiées, émanant de l'Etat, de la CNSA, de l'assurance maladie, de l'INPES ; de plus, la CNAMTS et la MSA mènent de leur coté des actions, qui s'inspirent de la problématique de ce plan et qui pourraient être mieux prises en compte dans les GRSP. Pour la MSA par exemple, c'est le cas des « ateliers bien vieillir », lancés dans le cadre de la COG avec deux axes, un concernant l'alimentation et l'autre l'activité physique.

Ainsi, la mise en œuvre de ce plan, avec son articulation entre le niveau OMS (label « vieillir ensemble »), le niveau national avec l'appel à projet piloté par la CNSA, la DGAS et la DGS, les

[70] Budget 30 millions euro sont prévus sur le budget du CNDS et 30% des crédits CNDS (80 m euro) fléchés sur des mesures destinées à l'augmentation de la pratique sportive des jeunes scolarisés dans les quartiers.

actions de lutte contre la dénutrition des personnes âgées du PNNS peut conduire à un éparpillement des actions et à la dispersion des financements.

- **Les** plans relatifs à des pathologies

L'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011)

Les maladies chroniques touchent 15 millions de personnes en France, certaines ont un lien avec la nutrition, comme le cancer, le diabète ou les maladies cardio-vasculaires. Aucune mention n'est faite de la problématique de l'obésité, pourtant considérée par l'OMS comme une maladie chronique. Parmi les objectifs de ce plan, plusieurs concernent le PNNS, comme l'accompagnement thérapeutique des malades, qui, avec l'activité physique adaptée, la prise en compte de l'alimentation, le développement de l'accompagnement personnalisé, l'expérimentation de nouveaux métiers déclinent des objectifs communs avec le PNNS.

Les programmes personnalisés d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques, intégrés dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CNAMTS intègrent des actions liées à la nutrition. C'est dans ce cadre que la CNAMTS et la MSA ont développé des expérimentations de « programme de gestion coordonnée » de patients diabétiques, et, pour la MSA, d'éducation thérapeutique centrés sur l'hypertension artérielle et l'insuffisance cardiaque.

La participation d'un des responsables du PNNS au comité de sélection des appels à projet du plan qualité de vie des malades atteints de maladies chroniques en 2009, très orientés sur l'activité physique adaptée, est à ce titre un bon exemple de synergie possible entre ces différents plans, même si formellement ce plan ne renvoie pas au PNNS.

Recommandation n°23 : Veiller à une participation de responsables PNNS dans les comités de sélection des appels à projets quand il apparaît que les problématiques sont proches ou les critères de sélection convergents.

Le cancer (2003-2007 et 2009-2013)

Le plan cancer est cité par la loi de 2004 comme l'un des cinq plans stratégiques nationaux, lui conférant ainsi une grande visibilité. Dans son axe 2 « facteurs de risque de cancer et prévention » le premier plan cancer évoquait la problématique de l'alimentation.

Dans l'évaluation de ce plan cancer (2003-2007) par la Cour des comptes en juillet 2008 et par le HCSP en 2009, il était noté que ce plan s'articulait relativement bien avec les autres politiques de santé publique aux thématiques proches comme le PNSE ou le PNNS.

Cependant, la Cour notait par ailleurs des carences notamment avec la prévention des cancers liés à l'alcool, peu évoquer aussi dans le PNNS. Quatre objectifs de la loi de 2004 concernent les aspects nutritionnels. Ils sont repris dans le deuxième plan cancer 2009-2013.

Dans le rapport d'évaluation du HCSP, il est noté que le plan cancer a débouché sur des résultats contrastés en terme de comportement et d'exposition; en ce qui concerne précisément les objectifs nutritionnels, il intègre le résultat des mesures déjà constatées (sur la consommation de fruits et légumes, sur la stabilisation de la surcharge pondérale mais avec le constat du maintien voire de l'aggravation des inégalités concernant l'alimentation).

Quant à l'activité physique, classée troisième en terme d'incidence et de mortalité, et dont l'effet protecteur vis-à-vis de certains cancers et maladies cardio-vasculaires est notamment documenté dans l'expertise de l'INSERM[71], elle n'a pas fait l'objet de mesure spécifique dans le plan cancer.

[71] Expertise collective de l'INSERM, « activité, physique, contexte et effets sur la santé », 2008

Ce rapport d'évaluation du plan cancer préconise également de prendre en compte les inégalités de santé dans la formulation des objectifs, dans le choix des indicateurs de résultats, dans leurs modalités de mesure et dans la nécessité des modalités d'action spécifique, en renforçant notamment l'éducation pour la santé. Il est notamment indiqué la nécessité de *« mettre en cohérence les objectifs du futur plan avec ceux des plans abordant les mêmes facteurs de risque (PNNS2, addiction), dans le choix et la formulation des objectifs et des mesures. Le choix et la formulation des objectifs, des mesures ou des actions doivent être articulés et, au-delà, co-élaborés, avec les autres plans nationaux et européens, construits sur des approches maladies, facteurs ou populations* ».

En revanche, la concordance avec le PNNS dans le cadre de la mesure 19 « développer dans le cadre du PNNS, des actions de promotion de l'hygiène alimentaire » a été, selon le rapport d'évaluation du plan cancer « affirmée et organisée ». Dans la note méthodologique qui accompagne le deuxième plan cancer pour 2009-2012, il est indiqué qu'une attention particulière avait été portée *: « à l'articulation du plan cancer avec les autres plans de santé publique qui « l'impactent » et auxquels il s'associe, tels que le PNSE2, le PNNS* »……

Cela a été fait dans le nouveau plan cancer pour trois axes importants :

- la mesure n° 2 : « comprendre par la recherche les inégalités face au cancer pour les réduire »
- la mesure 3 : « caractériser les risques environnementaux et de comportement » ;
- la mesure 11, avec 7 actions permettant de promouvoir les liens entre l'alimentation, l'activité physique et les cancers, qui sont dans le droit fil du PNNS.

- **Le plan national santé – environnement 2009-2013**

Il s'agit de la deuxième génération de ce plan, traitant de l'impact de la dégradation de l'environnement sur la santé humaine ; il n'a pas vocation à intégrer l'ensemble des mesures prises dans le domaine santé-environnement ni de se substituer aux différents plans. Ce PNSE s'articule avec d'autres plans de santé publique comme le plan cancer, le plan santé au travail. Il mentionne spécifiquement le PNNS, et décline un axe « *santé et transports* », pour « *améliorer la santé en agissant sur les modes de transport* ». **La synergie entre ces deux plans de santé publique mériterait d'être renforcée, d'autant plus que** le PNSE, dispose dans un axe « santé et transport », d'un budget de 0,5 M euros, et prévoit des mesures pour prendre en compte l'impact sur la santé des différents modes de transport[72].

Il serait cohérent que les trois indicateurs de moyens suivants puissent être également repris dans le PNNS, pour encourager les modes de transport alternatif à la voiture :

- « au moins 30 agglomérations de plus de 100 000 habitants devant introduire un volet « mobilité douce » dans leur plan de déplacement urbain d'ici 2013 » ;
- « au moins 100 nouveaux plans de déplacement d'entreprise d'ici 2012 » par une incitation des organismes et entreprises à développer des plans de déplacement d'entreprise pour une gestion durable de la mobilité, en développant l'exemplarité des administrations ;
- « la réduction du nombre d'accidents mortels de cyclistes » ;

Recommandation n°24 : renforcer la cohérence entre le PNNS et le PNSE sur la partie activité physique du PNNS et la partie transports du PNSE.

[72] Favoriser les « transports actifs et les mobilités douces » en privilégiant les actions de transport actifs et les programmes de sensibilisation concernant les trajets scolaires, la promotion de l'activité physique pour les groupes de populations inactifs, en développant des modes de transport « doux et actifs ».

2.6.2.2. Les plans de santé publique dont la référence au PNNS est faible ou inexistante

Un certain nombre de plans intègrent des thématiques ou prévoient des mesures qui figurent dans le PNNS. Le renvoi de ces plans au PNNS est inégal et donne parfois l'impression d'un fonctionnement en parallèle sans qu'aucune transversalité n'ait été recherchée dans l'élaboration de ces plans, même si, sur le terrain, la synthèse peut se faire selon les actions concernées. Il s'agit du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012, le plan de la prise en charge de la douleur 2006-2010 pour la partie dénutrition des personnes âgées et le plan de prévention des accidents de la vie courante avec une série de mesures s'inscrivant dans l'objectif 99 du PNNS (et du PNBV) consistant à réduire de 25% le nombre annuel de chutes de personnes de plus de 65 ans. Le plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009 décline un objectif du plan consistant à développer une politique de prévention auprès de groupes à risques, dont les personnes âgées dépendantes[73].

Le plan périnatalité, financé essentiellement par l'assurance maladie, (2005-2007) est organisé autour des axes « humanité, proximité-sécurité-qualité » et ne fait pas spécifiquement référence aux orientations du PNNS, alors qu'un certain nombre de leviers et outils déclinés à partir de ce plan (carnet de santé de la maternité, recommandations de la HAS sur les objectifs de l'entretien prénatal, carnet de santé de l'enfant) reprennent le thème de la nutrition[74].

L'entretien individuel en début de grossesse et les séances collectives de préparation à la naissance ne relèvent pas de cette approche et sont plutôt ciblées sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance. La déclinaison du plan périnatalité montre que le contenu et l'articulation avec les actions du PNNS - plan d'action n°3 du PNSS nutrition aux différents âges de la vie et en particulier les recommandations liées à la maternité[75] - et dans le domaine de la prévention et la prise en charge du surpoids et de l'obésité avant et après la grossesse- n'ont pas été intégrées en tant que tels dans le plan périnatalité. On y trouve néanmoins une fiche renvoyant au « bien manger, bien bouger » et la refonte des carnets de santé et de maternité a permis une dimension relative à la nutrition. De plus, l'INPES a réalisé un document pour les professionnels de santé avec une fiche consacrée à l'alimentation de la femme pendant la grossesse.

Si le « marquage » PNNS n'est pas intégré dans ce plan, les références au PNNS sont bien présentes et la consultation du 4ème mois pourra constituer une occasion d'évoquer notamment la question de la nutrition.

La préparation et la gestion des alertes sanitaires visent deux autres plans, prévus dans le cadre de la gestion des alertes sanitaires, ont un rapport plus lointain, mais réel avec le PNNS. Il s'agit essentiellement du plan national canicule, notamment pour les personnes âgées (EPHAD), avec la prévention de la déshydratation, et les plans « Chlordécone », pour les départements de la Martinique et de la Guadeloupe, et mercure en Guyane. Ils concernent pour une part la nutrition, en étant orientés vers la sécurité sanitaire des aliments. Néanmoins, les conséquences de ces plans peuvent avoir des répercussions sur l'état nutritionnel de la population par l'effet de substitution de ces aliments dangereux conduisant à des carences nutritionnelles (produits du jardin et poisson)

---

[73] Sur cette population, il faut noter les actions expérimentales prévues en Aquitaine , et la prise en charge de la santé bucco dentaire des résidents de 12 EPHAD, avec une formation du personnel le sensibilisant à l'hygiène bucco dentaire, et un examen systématique et des soins de base pour les résidents, quand on sait les difficultés de prendre en charge le risque bucco dentaire notamment des personnes âgées dépendantes, notamment mais pas seulement pour des raisons financières, sans que l'imputation à tel ou tel plan soit véritablement déterminée.

[74] Entretien avec E. Jeandet Mengual, chargée de l'évaluation du plan, et avec la DHOS et la DGS.

[75] Avenant 12 de la convention médicale et engagement conventionnel des médecins sur la prévention, avec notamment dans le domaine de la nutrition pour diminuer la prévalence de l'anémie ferriprive, l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural, la réduction de l'excès de chlorure de sodium.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies évoque l'abus d'alcool. Il vise à clarifier le discours public par des campagnes de communication afin « de rendre les règles plus applicables plus compréhensibles et de ne plus banaliser notamment l'abus d'alcool ». Le choix qui a été fait de ne pas inclure cette approche dans le PNNS n'implique cependant pas de négliger cette dimension importante de l'état de santé des populations et notamment des jeunes, en particulier dans la prévention des maladies chroniques.

Enfin, le plan santé au travail, en cours d'élaboration, a un lien très lâche avec le PNNS : la première génération de ce plan ne contenait pas de référence au PNNS ; le projet actuel de plan, dans le droit fil du précédent plan est surtout centré sur la prévention des risques prioritaires au travail, et se réfère surtout au PNSE. Néanmoins, localement certaines actions menées par les services de santé au travail portent sur des questions de prévention et de nutrition ; de plus, lors des prochaines journées de prévention organisées par l'INPES dans une session intitulée « santé au travail » une communication sur le projet FOOD est prévue[76].

2.6.3. Les autres plans ministériels en concurrence ou en complémentarité avec le PNNS

Le plan d'action n° 3 du PNNS contient des mesures en direction de populations spécifiques, et opère une distinction entre les populations défavorisées qui ne recourent pas à **l'aide alimentaire, et d'autres mesures concernant les personnes précaires.**

Cette distinction devient de moins en moins opérante, les catégories de population concernées tendant à se rejoindre, cette évolution s'accentuant avec la crise économique actuelle.

2.6.3.1. Le plan triennal d'amélioration de l'aide alimentaire et le programme « alimentation insertion » lancé dans le cadre du plan national de renforcement de la lutte contre l'exclusion

On se trouve à la frontière du PNNS et des actions de lutte pour l'insertion, avec la formation des bénévoles et la charte conclue avec les acteurs de l'aide alimentaire. Le programme « alimentation-insertion » a été mis en place en 2003 ; il vise notamment à améliorer l'équilibre alimentaire des personnes défavorisées. Il s'articule totalement avec les objectifs et recommandations du PNNS. S'y ajoute dans le texte du programme PNNS un plan triennal d'amélioration de l'aide alimentaire.

Ces axes, définis par le comité interministériel de lutte contre l'exclusion de 2006, sont examinées dans un comité de pilotage animé par le ministère des affaires sociales (DGAS), en coordination avec le ministère de la santé (DGS), et de l'agriculture (DGAL), avec les associations agréées et les collectivités locales. Deux thématiques ont été définies comme prioritaires : la distribution des fruits et légumes et la formation des bénévoles.

2.6.3.2. Le plan d'action du ministère de l'agriculture et de la pêche pour une politique de l'offre alimentaire sûre, diversifiée et durable

Le plan d'action du ministère de l'agriculture et de la pêche, « plan d'action pour une politique de l'offre alimentaire sûre, diversifiée et durable », a été lancé par une circulaire du 2 janvier 2009 à la suite d'une communication en conseil des ministres, et précisé par une circulaire du 15 mars 2010. Il s'articule autour de 4 volets visant à « garantir une alimentation, sûre, diversifiée et de bonne qualité gustative, équilibrée et répondant aux exigences nutritionnelles, prenant notamment en compte les populations défavorisées et découlant de modes de production durables et respectueux de l'environnement ». La référence au PNNS 2 est explicite et intègre les mesures du plan relatives à l'offre alimentaire ; il est préconisé dans le cadre d'élaboration des plans d'action régionaux, devenu pour le MAAP le niveau de pilotage des politiques publiques, de veiller au respect des

[76] Présentée par le groupe Accor service « fighting obesity through offer and demand », qui a pour objectif de donner une information aux salariés à l'heure du déjeuner, une information sur l'alimentation

orientations nationales (et notamment le PNNS) et aux cohérences avec les plans régionaux et en particulier les PRSP mis en œuvre par les GRSP.

Il ne s'agit en fait que de préciser, à travers ce plan, les conditions de mise en œuvre des plans d'action régionaux, et de rassembler dans ce cadre national des actions qui préexistaient. Deux volets concernent directement le PNNS, celui qui décline les actions pour une alimentation, sûre, diversifiée et de bonne qualité gustative, équilibrée et répondant aux exigences nutritionnelles, et celui qui contient des actions en faveur des populations défavorisées.

Les responsabilités administratives, qui sont très nombreuses, sont précisées pour les mesures du volet 3 relatives à une alimentation équilibrée et répondant aux exigences nutritionnelles.

En ce qui concerne les actions en faveur de l'alimentation des populations les plus démunies, c'est la DGAS (future DGCS) qui est le partenaire privilégié. Ces actions s'inscrivent dans le cadre d'un plan européen, le « programme européen d'aide aux plus démunis » (PEAD), qui vise depuis 1987 à distribuer par l'intermédiaire des organisations caritatives des aliments aux personnes en difficulté, et du programme national de l'aide alimentaire (PNAA), géré par le Secrétariat d'Etat au logement.

Les circulaires précitées évoquent les différentes actions de formation et d'information de l'INPES, qui finance notamment la formation des bénévoles et salariés de l'aide alimentaire, le site « mouv eat » des collectivités locales –les eco-maires- et le réseau des villes actives du PNNS.

De même, le rapport du PNNS au CNSP lorsqu'il explicite et décline les actions du MAP fait allusion à ses actions de formation des bénévoles des épiceries solidaires avec les mêmes partenaires, afin d'organiser des ateliers d'éveil sensoriel et culinaire.

Cette présentation laisse supposer un besoin de clarification des actions de formation au niveau local. On peut également s'interroger sur l'action 17 du PROA, « *accompagner l'aide alimentaire par une communication adaptée aux populations défavorisées* », qui vise à soutenir deux projets pilotes avec les professionnels de l'agroalimentaire et les associations caritatives et éducatives, et qui semble relever de la seule action de ce ministère, sans référence à une coordination avec l'INPES.

L'incertitude sur la cible des populations (défavorisées ? précaires ?), la reprise par le ministère chef de file de ces actions a pu entraîner une mise en œuvre parfois chaotique, même si au plan national le travail interministériel était déjà engagé, et si la circulaire du 15 mars 2010 veille à intégrer dans les déclinaisons locales les nouvelles agences régionales de santé (ARS).

Ce plan est en cours d'évaluation par le Ministère de l'alimentation, de l'agriculture et pêche. Il n'est pas exempt de contradictions avec des orientations nationales contenues dans le PNNS, la plus fréquemment citée à la mission est celle qui est relative à l'opération « un fruit à la récré » et à la question du lien entre grignotage et surpoids, même s'il s'agit d'un fruit[77].

En outre, on peut s'interroger sur le risque consistant à cibler de manière spécifique les populations les plus démunies (même si ce sont les populations cibles de l'offre alimentaire) dans la mesure où ce sont la quasi-totalité des axes du PNNS qui devraient intégrer des modalités en direction des populations défavorisées compte tenu des données connues par ailleurs sur la prévalence de l'obésité dans ces catégories sociales.

Recommandation n°25 : clarifier l'orientation des missions, des thématiques, des messages et des actions entre les deux ministères sur l'offre alimentaire.

[77] L'évaluation en cours de cette action confirme les questions soulevées localement, le fruit s'ajoutant de fait à la collation sans la remplacer

2.6.3.3. Le plan national sur l'activité physique (PNAPS)

La question de l'intégration du PNAPS est en réalité celle de l'intégration de sa boite à outil dans le PNNS, En réalité c'est au sein du conseil d'administration de l'INPES, et au comité de pilotage du PNNS que ce plan pourrait, ce qui n'est pas encore le cas, être repris par le PNNS pour renforcer son axe sur la promotion de l'activité physique.

Recommandation n°26 : Citer systématiquement dans le PNNS les liens avec d'autres plans sur les mêmes thématiques.

Recommandation n°27 : Etablir un bilan consolidé de l'ensemble des financements publics relevant de la politique nutritionnelle relevant du PNSS.

2.6.4. Localement, une synergie de fait mais parfois délicate a mettre en œuvre

La mise en cohérence des plans nationaux et des actions locales est très liée au mode de gouvernance local.

2.6.4.1. Les structures de coordination et d'animation sont diverses

Au niveau local, la synergie entre les plans s'est faite dans le cadre, pour le ministère de la santé, des plans régionaux de santé publique (PRSP), déclinés dans les GRSP.

Les réponses au questionnaire qui figure en annexe montrent que les régions ne se sont pas toutes dotées de comités techniques régionaux de pilotage du PNNS. Mais les différentes structures mises en place, parfois, comme en Languedoc-Roussillon, déclinées au plan départemental avec la commission régionale de santé et des comités territoriaux de santé publique institués dans chaque département et animée par les DDASS, sont les lieux de la coordination.

A titre d'exemple, à la DRASS Ile-de-France, chaque thématique a son correspondant, « bien vieillir » « santé environnement », «cancer », «addiction » ; l'assurance maladie a de son coté un correspond et « maladie chronique assurance maladie » ; ce qui, à défaut d'un travail en commun, ne favorise pas la synergie dans une organisation ainsi segmentée. Il est donc indispensable de faire jouer la complémentarité et la transversalité.

2.6.4.2. La coordination est parfois rendue difficile par la coexistence de plusieurs axes de travail sur le même sujet

Ces différents plans sont ensuite déclinés localement, souvent avec une cible populationnelle en fonction d'axes de travail retenus dans les PRSP, mais parfois sans véritablement d'accroche au plan lui-même. Ce sont souvent des groupes de travail qui déclinent les différentes thématiques du PNNS, mais il est parfois difficile, comme l'ont indiqué à la mission les référents du PNNS, d'identifier localement les compétences respectives et les complémentarités lorsque les mêmes thématiques relatives à la nutrition sont traitées dans des programmes différents.

A titre d'exemple, la problématique nutrition dans la région Centre a été portée par le champ de la santé publique mais a été complétée par un travail entre administrations pour une meilleure cohérence. Les leviers d'action de ce déterminant de la santé ont été déclinés par différentes clés d'entrée, (obésité, activité physique, maladies chroniques) et populationnelles (jeunes, personnes âgées, populations précaires), ce qui a conduit, dans le PRSP, à retenir quatre axes de travail :

- prévenir et prendre en charge l'obésité, et promouvoir l'activité physique;
- prévenir et prendre en charge la dénutrition des personnes âgées ;
- promouvoir une meilleure alimentation des personnes en situation de précarité ;
- renforcer la communication, notamment au niveau des collectivités territoriales.

Dans d'autres régions, le travail de transversalité, entre la DRASS, la DRAAF et les services de la jeunesse et sports, peut s'apprécier notamment par le cofinancement par le GRSP de projets d'éducation nutritionnelle financés par la DRAAF, et un travail est en cours pour intégrer la thématique santé dans le milieu sportif (activité physique adaptée pour les personnes souffrant de maladies chroniques par exemple).

En Ile-de-France, un partage des tâches et la signature d'une convention entre les trois directions régionales (DRASS, DRAAF, DRJS) **a permis le maintien d'une approche commune.** En Languedoc-Roussillon, l'habitude d'un travail en commun, dans la commission régionale nutrition-santé, permet en partie de pallier ces difficultés de coordination. En Aquitaine, le PNSS a deux correspondants qui travaillent en bonne intelligence, l'un relevant de l'assurance maladie, l'autre de la DRASS, créant une synergie dans la conduite des projets, ce qui a permis notamment de mieux coordonner par exemple l'appel à projets des ateliers « cuisine-santé » pour les seniors piloté par la MSA .

Mais sur le terrain, la synergie équivaut parfois à la concurrence, sauf si un travail de coordination locale permet d'orienter les projets en fonction de leur spécificité, vers l'un ou l'autre plan. En Languedoc- Roussillon, la concordance de calendrier pour les appels à projets des plan « bien vieillir « et dénutrition des personnes âgées » du PNNS permet d'orienter les projets vers l'un ou l'autre plan en fonction de sa spécificité (pour les actions dans les établissements pour personnes âgées par exemple qui ne peuvent être financées par le PBV).

En Ile-de-France, il semble, contrairement à la région Aquitaine, que les dossiers soumis à l'appel à projet du PBV -13 en 2008, 12 en cours d'instruction pour 2009- recoupant plusieurs champs d'intervention du PNNS, dans un cadre trop « pluri-thématique », rend difficile l'orientation des projets entre les deux plans et entrave la lisibilité, ce qui a pour conséquence de ne pas utiliser toute l'enveloppe attribuée à la région.

En Aquitaine, l'exemple des projets visant à améliorer l'état bucco-dentaire des personnes âgées en EPHAD n'a pas sollicité le PNBV ni le plan de prévention bucco-dentaire, alors que la logique de cette action pouvait concerner les trois plans de santé publique.

Dans la même région, le volet promotion de la santé du programme local de prévention des maladies cardio-vasculaires, élaboré par la correspondante PNNS et la directrice du CRAES, décline une action de communication locale, sous forme d'affiche, qui est réalisée avec une référence à l'axe nutrition et activité physique (à laquelle s'ajoute le tabac). Mais cette affiche n'a pas été réalisée par l'INPES et n'a pas le logo PNNS. Ce volet prévoit des actions à mettre en œuvre par les villes actives PNNS de la région Aquitaine dans l'axe du plan sur la qualité de vie des malades atteints de maladies chroniques en ciblant la prévention des maladies cardio-vasculaires[78].

2.6.4.3. Mais cette transversalité est l'objet parfois de difficultés dans un contexte administratif en pleine recomposition

La multiplication des plans, le morcellement ou le risque de chevauchement, avec les mêmes opérateurs nationaux et surtout locaux, présentent le risque de sous-financement ou financements multiples des actions ainsi retenues par exemple dans les appels à projets sans cohérence.

Le travail de coordination est donc essentiel au niveau local et implique un mode de management particulier au niveau des services et entre les ministères.

Comme les correspondants régionaux du PNNS l'ont exposé à la mission, la cohérence entre le niveau régional et national a été assurée par les correspondants PNNS, avec parfois un co-pilotage

[78] Mesures concernant la restauration collective et les parcours santé.

avec l'assurance maladie, plus ou moins réussi selon les régions, et parfois très « personne dépendante ».

Les actions en direction des populations démunies relèvent majoritairement des plans régionaux d'accès à la prévention et aux soins et des programmes régionaux d'offre alimentaire, sous la responsabilité de deux ministères différents, dans le contexte de la réforme administrative en cours.

Les incertitudes sur les populations cibles (précaires, relevant de l'aide alimentaire, défavorisées) se retrouvent parfois au plan local. Les actions les plus visibles sont les permanences d'accès aux soins, mais les nouvelles générations de PRAPS peuvent prévoir des actions complémentaires comme en Languedoc- Roussillon, sous la forme « d'ateliers santé » ou « d'ateliers cuisine », axés sur la formation de nouveaux apprentissages en matière d'achat, de comportements alimentaires, en liaison avec l'aide alimentaire, y compris pour ces catégories de populations, ou dans les ateliers santé ville.

Il faut ajouter au plan local l'élaboration des PROA, qui découlent du plan national piloté par le ministère de l'alimentation, et dont la mise en œuvre locale des actions est inégale et parfois difficilement ressentie par les acteurs locaux du ministère de la santé et des affaires sociales. L'élaboration des PROA et leur mise en œuvre récente sur le terrain ne se fait pas toujours sans difficulté, avec parfois une incohérence dans les messages, dans les actions menées, faute de clarification suffisante au niveau national des champ de compétence respectifs des PROAS et des PRSP.[79]. Néanmoins, il est apparu à la mission qu'il était nécessaire, au delà des PRAPS et des PROA, de renforcer dans les PRSP un axe en direction des populations en situation de précarité.

Il s'agit davantage d'une question de gouvernance locale que d'articulation entre les plans régionaux. Il reste néanmoins évident que les bénéficiaires concernés par les PRAPS et les PROA sont les mêmes personnes, de même que les porteurs de projets, que ces organisations bureaucratiques et de lutte d'influence technocratique entre services et ministères laissent pour le moins perplexes, même si, comme cela a été indiqué supra, la circulaire du 15 mars 2010 du ministère de l'alimentation et de l'agriculture s'attache à intégrer les ARS dans le paysage administratif régional.

2.7. Des efforts de recherche et d'expertise en matière nutritionnelle encouragés par le PNNS

2.7.1. Des études impulsées ou exploitées spécifiquement par le PNNS

L'un des quatre plans d'action du PNNS2 concerne notamment un « chantier » relatif à la surveillance épidémiologique des populations en termes de comportements alimentaires et d'état nutritionnel. Cela fait écho à l'un des dix principes généraux auxquels se réfèrent explicitement le PNNS2 et notamment « les orientations développées, les messages promus dans le cadre du PNNS s'appuient sur une expertise scientifique organisée par les pouvoirs publics ».

Ses objectifs sont exprimés comme suit :

- Renforcer le système de surveillance nutritionnelle de la population ;
- Disposer d'informations cohérentes et complémentaires sur l'évolution des apports alimentaires et de l'état nutritionnel de la population française, et sur l'évolution de la perception des aliments et de la connaissance de l'alimentation et de la nutrition (par cette même population).

[79] Sauf exception, quand les responsables locaux avaient déjà une habitude de travail en commun comme en Languedoc-Roussillon avec une co-animation par les directeurs régionaux DRASS-DRAAF- des deux ministères de la commission régionale concernée par la thématique.

Plus spécifiquement ces objectifs sont déclinés à travers les actions 97, 98, 99, 101, 103 (cf. rapport sur l'activité du comité de pilotage : deuxième bilan annuel du PNNS 2006-2010 – novembre 2009). Parallèlement aux efforts de communication des résultats d'un certains nombre d'études[80], le PNNS a spécifiquement développé ou exploité des outils originaux[81] comme l'observatoire de la qualité des aliments, l'étude nationale nutrition santé (ENNS) ou le baromètre nutrition santé.

La mission a pu observer que c'est pour beaucoup sous l'impulsion du PNNS que la France a développé ou consolidé une série d'études portant sur des phénomènes nécessitant à la fois la constitution de larges échantillons de populations et la répétition d'investigations complexes et d'envergure. Les résultats de ces observations répétées à des intervalles de plusieurs années, comme la combinaison des approches, commencent à permettre de dessiner et de comprendre l'évolution des comportements et des perceptions alimentaires des français, notamment en matière nutritionnelle.

Sur des comportements dont on sait qu'ils sont sous l'influence d'un très grand nombre de facteurs et paramètres, les données utiles voire indispensables à l'évaluation scientifique des risques associés aux désordres nutritionnels liés à tel ou tel comportement alimentaire sont ainsi progressivement complétées et consolidées, ce qui devrait contribuer à éclairer les orientations stratégiques et les mesures opérationnelles définies et mises en place par les politiques nutritionnelles.

La mission a aussi pu constater qu'à cet égard la France bénéficiait d'une situation plus favorable que la plupart des autres pays confrontés aux mêmes enjeux, mais qui n'avait pas développé les mêmes outils de surveillance épidémiologique à intervalles réguliers sur une aussi longue période.

Recommandation n°28 : Mieux articuler le calendrier des études avec celui des programmes ou politiques nutritionnelles.

2.7.2. Des recherches et enquêtes indépendantes du PNNS mais qui s'y réfèrent explicitement

D'autres initiatives[82] viennent heureusement compléter le dispositif précédent et sont bien souvent animés par des partenaires directs du PNNS dont certains travaillent directement avec son comité de pilotage.

La mission tient à souligner toutefois qu'il lui paraît encore trop tôt pour apprécier les effets ou impacts des PNNS1 et 2 sur les comportements alimentaires dans la mesure où les études les plus récentes coïncident avec la fin du PNNS1, qui a correspondu davantage à une période de mise en place des repères nutritionnels, de communication et de sensibilisation qu'à un programme d'actions susceptibles d'influencer les individus ; ce type d'actions n'a commencé à être véritablement pris en compte que par le PNNS2.

Pour des raisons de calendrier et de temps nécessaires entre la réalisation de ces actions et leur évaluation, seules les enquêtes à venir (qui ne seront en tout état de cause pas réalisées ou exploitées avant 2012-2013) permettront de recueillir les données susceptibles de nous éclairer sur ce point.

Il convient également de souligner le besoin persistant d'études de suivi des enfants dans toutes les tranches d'âge, depuis la petite enfance et la maternelle jusqu'à l'adolescence, qu'il s'agisse des comportements alimentaires ou de l'évolution de paramètres tels que la taille, le poids ou le tour de taille.

---

[80] Voir liste et présentation de ces études en annexe 2.3.

[81] Une présentation de diverses autres études ou recherches est disponible sur le site de la DGS http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/pol_nutri1.htm.

[82] ex : étude OBEPI-Roche, études du CREDOC, enquêtes dites INCA, enquêtes OCHA…

Encore sera-t-il nécessaire de statuer sur les indicateurs pertinents de cette évaluation : s'agira-t-il des indicateurs associés aux repères nutritionnels eux-mêmes, d'indicateurs plus généraux tels que l'IMC, d'indicateurs relatifs à des comportements alimentaires, à des consommations alimentaires ou une combinaison de ces différents types d'indicateurs.

Recommandation n°29 : Conduire dès à présent une réflexion entre les différents acteurs du PNNS pour élaborer une grille pertinente d'indicateurs dont le suivi sera dès à présent privilégié et qui permettra de conduire l'évaluation ex-post dans des conditions scientifiquement recevables et socialement acceptables.

3. DES AVANCEES ENCORE INSUFFISANTES SUR LES PRINCIPAUX OBJECTIFS AU REGARD DES ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE

3.1. La question de l'obésité, encore en attente de réponses concrètes

Le premier PNNS avait déjà pour ambition de « prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins ». A ce titre il visait notamment à un développement de la prise en charge nutritionnelle dans la pratique clinique, en particulier à l'hôpital, ainsi qu'à une plus grande efficacité des métiers de la nutrition.

Cependant, si le PNNS1 avait bien inscrit parmi ses neuf objectifs nutritionnels prioritaires celui de « réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes » et d'« interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants », il ne mentionnait pas d'axe dévolu à l'obésité, les troubles nutritionnels étant confondus dans leur abord.

Le PNNS2 reprend le sujet du « dépistage et prise en charge des troubles nutritionnels » pour en faire l'un de ses quatre plans d'action au sein duquel il est distingué le « dépistage et prise en charge de l'obésité infantile, adolescente et adulte ». Cette question de l'obésité émerge donc, dans ce nouveau programme, comme l'un des domaines explicitement affiché comme terrain d'action, sans pourtant qu'il lui soit octroyé une place privilégiée, et alors même, ainsi qu'il a été précédemment dit, que le politique affirme l'importance de cette question posée à la société.

L'évolution du texte de 2006 par rapport à celui de 2001 est intéressante en ce qu'il est pris nettement en compte, en 2006, la prise en charge extrahospitalière avec le repérage précoce en PMI et en médecine scolaire ainsi que la constitution de réseaux de prise en charge de l'obésité.

Il est d'autant plus surprenant que ce nouveau programme, dont la conception reposait sur une bonne compréhension des problématiques posées et des solutions à mettre en œuvre, n'ait pas mieux débouché, en partie pour des raisons de gouvernance inadaptée, dans l'application des actions programmées et par voie de conséquence dans l'atteinte des objectifs nutritionnels fixés.

3.1.1. Un état d'avancement des actions portant sur l'obésité inégal et, pour certaines d'entre elles, préoccupant

Le deuxième programme national nutrition santé 2006-2010, daté de septembre 2006 et accessible sur le site internet du ministère de la santé, distingue dans la fiche concernant « le dépistage et prise en charge de l'obésité infantile, adolescente et adulte » cinq chapitres composés de un ou plusieurs objectifs et de différentes actions/mesures. Dans le tableau de bord[83] tenu par la DGS les actions 47

[83] Les actions figurant dans le tableau de bord daté du 30 novembre 2009 sont les suivantes : 47 : Coordination générale de la question spécifique dépistage et prise en charge obésité, 48 : systématiser le repérage en consultation d'enfants, 49 : création de réseaux pluridisciplinaires développer valider les outils, 50 : Expérimenter des modes de prévention/prise en charge de pathologies nutritionnelles, 51 : Equiper des pôles de référence pour l'accueil de personnes obèses, 52 : Elaboration de bonnes pratiques de prise en charge multidisciplinaire de l'obésité, 53 : Elaborer des bonnes pratiques

à 54 du PNNS 2 concernent l'obésité : compte tenu du contenu de l'action 46 qui porte sur la lutte contre la stigmatisation des personnes obèses cette action sera, pour des facilités d'analyse, intégrée dans le présent état d'avancement.

Il est tenté dans une annexe de rapporter, selon le dernier tableau de bord tenu par la DGS disponible en date du 30 novembre 2009 (et des fiches spécifiques lorsqu'elles existent), l'état d'avancement des actions et en regard de porter les appréciations de la mission d'évaluation sur cet état d'avancement.

Une synthèse de cet état d'avancement est présentée dans les paragraphes qui suivent.

3.1.1.1. Des actions ont été, en tout ou partie, réalisées en conformité avec leur échéancier

La réalisation d'un certain nombre d'actions peut être considérée comme plus ou moins complètement acquise pour :

- la coordination générale de la question du dépistage et prise en charge de l'obésité, action qui en réalité ne s'est traduite que par la remise de propositions de mesures d'amélioration des conditions de prise en charge des personnes obèses dans les établissements de santé (rapport du Pr. BASDEVANT de 2009) ;
- la formation pour les professionnels des établissements de santé sur l'obésité sachant que, si cette action se poursuit sur un rythme satisfaisant, il convient cependant de relativiser l'impact de cette formation qui concernera une faible quantité de professionnels ;
- l'expérimentation des modes de prévention/prise en charge de pathologies nutritionnelles : cette action d'expérimentation se décline notamment en un projet d'expérimentation sur le diabète « Sophia » qui est à l'heure actuelle lancé depuis janvier 2008, et qui doit se poursuivre jusqu'en juin 2010, époque à laquelle une évaluation médicale et économique devrait décider ou non de sa généralisation ;
- l'équipement des pôles de référence pour l'accueil des personnes obèses avec un financement ciblé de 4 millions d'euros, soit 129 K€ par CHRU, qui connaît un <u>état d'avancement médiocre</u> ;
- l'élaboration de bonnes pratiques pour le traitement chirurgical de l'obésité morbide est réalisée ;
- l'amélioration de l'accueil des personnes obèses dans les établissements de santé, sous pilotage DHOS, et avec, en tant que référent technique, le Pr. BASDEVANT à la suite de la remise de son rapport, est en cours.

3.1.1.2. Une absence de réels progrès d'autres actions qui peut constituer, pour certaines d'entre elles, un handicap sérieux à la qualité de la prise en charge

<u>La non progression de certaines actions n'est pas facteur de direct retentissement sur le niveau de prise en charge…</u>

Il en est ainsi de :

- la lutte contre les phénomènes de stigmatisation avec une seule saisine de la HALDE adressée en avril 2009 pour demande d'état des lieux sur les discriminations dont peuvent faire l'objet les personnes obèses en tous domaines. La HALDE, considère ne pas avoir vocation à se substituer aux administrations chargées de mettre en œuvre des politiques publiques de prévention.

---

pour le traitement chirurgical de l'obésité morbide (HAS), 54 : Améliorer l'accueil des personnes obèses dans les établissements de soins

Recommandation n°30 : Définir et mettre en oeuvre une politique de prévention de la stigmatisation des personnes obèses en complémentarité avec des campagnes d'information sur la question de l'obésité[84].

- le développement à destination des professionnels d'outils d'intervention en éducation pour la santé des enfants en surpoids. A la fin novembre 6 réunions du groupe de travail ad hoc ont été tenues, l'écriture du document puis son impression restant à réaliser.
- l'expérimentation des modes de prévention/prise en charge de pathologies nutritionnelles est à un stade encore très initial et il revient de constater qu'aucune échéance ou calendrier de mise en œuvre n'a été déterminé.

…mais il n'est pas de même pour d'autres actions dont il est attendu que leur mise en œuvre s'accompagne d'un fort impact bénéfique en termes de santé publique

Ces actions sont les suivantes :

- la systématisation du repérage en consultations d'enfants : cette action concerne notamment la PMI et la santé scolaire avec pour objectifs de développer le repérage et la prise en charge à un stade précoce du surpoids et de l'obésité. →La mise en œuvre de cette action apparaît à la lecture des tableaux de bord d'avril 2008 et de novembre 2009 conditionnée par la résolution de nombreuses interrogations sans réel progrès au cours des 18 derniers mois. Mise à part une fiche santé scolaire publiée en février 2009, aucune concrétisation de cette action n'est relevée. Une explication partielle réside dans l'absence d'existence, dans bien des régions, de réseaux de prise en charge des enfants obèses dépistés, cette absence n'étant pas incitative à dépister, compte tenu du caractère assez vain d'un dépistage sans suite d'aval. Concernant plus spécifiquement la PMI, il est possible de s'interroger sur le niveau d'intérêt porté par les services déconcentrés de l'Etat à ce que les conseils généraux, lorsqu'ils élaborent leur schéma départemental consacré à la protection maternelle et infantile, intègrent cette question du dépistage du surpoids et de l'obésité comme l'une de leurs priorités.

Recommandation n°31 : Demander aux Agences régionales de santé d'œuvrer, grâce au schéma régional de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale, à l'introduction du repérage systématique du surpoids et de l'obésité infantile dans les schémas départementaux de PMI.

Recommandation n°32 : Soutenir la création de dispositifs de proximité à vocation de prévention et de prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité infantile.

- la création de réseaux pluridisciplinaires et développer/valider les outils de formation : les travaux ont débuté (recensement des réseaux existants, cellule de coordination mise en place). → la mise en place des réseaux connaît du retard dans la mesure où il était prévu dans le programme de septembre 2006 que, dans les 2 ans, se constituent autour de chacun des 31 CHU des réseaux de prise en charge de l'obésité infantile comme adulte sur la base de référentiels de pratiques et d'un cahier des charges national (le tableau de bord de mars 2007 fixait une échéance 2007-2008). Les réflexions de la cellule de coordination sur les questions de dépistage et de prise en charge de l'obésité (issue du comité de pilotage du PNNS) qui doit en particulier faire des propositions d'actions sur la place des réseaux ne semblent pas progresser. Le niveau de réalisation (« travaux débutés ») qui n'a pas varié entre le tableau de bord d'avril 2008 et celui de novembre 2009 traduit le peu d'avancée de cette action[85]. Ce retard pose un réel problème dans la mesure où il a des conséquences en termes de capacité et de qualité de prise en charge des obèses[86].

[84] Voir dans le chapitre sur l'obésité la partie consacrée à la politique de communication

[85] La raison de cette lenteur au déploiement de ces réseaux semble résider dans le fait que la DHOS soit désireuse de développer des réseaux territoriaux non thématiques plutôt que des réseaux centrés sur une thématique particulière

[86] A côté des REPOP de prévention et prise en charge de l'obésité infantile qui sont au nombre de cinq des réseaux obésité adulte existent : 17 ont été identifiés par la DHOS en 2007-2008. Cependant même si ces réseaux sont

Recommandation n°33 : Demander à la DHOS et aux ARS d'accélérer la constitution de réseaux populationnels pour une prise en charge cohérente et intégrée des personnes obèses.

- l'élaboration de bonnes pratiques de prise en charge multidisciplinaire de l'obésité[87]. L'action 52 vise à actualiser les recommandations de prise en charge de l'obésité de l'adulte (1998) et de l'enfant (2003) avec création des outils d'accompagnement utiles à la mise en oeuvre de ces recommandations. Cette actualisation repose sur des travaux à réaliser par différentes sociétés savantes qui feront l'objet d'une labellisation par l'HAS. Niveau de réalisation : début du travail des sociétés savantes en lien avec la HAS. → cette action n'a pas connu en réalité d'avancement depuis le bilan annuel du comité de pilotage d'avril 2008. A cette époque aucune étape n'avait été réalisée et, à ce jour, il s'avère que la HAS, après avoir organisé deux réunions de comité d'organisation[88], n'a pas procédé au lancement des travaux du fait de la lourdeur de la procédure méthodologique et du coût pour les sociétés savantes. En contradiction avec ce qui figure dans le tableau de bord de novembre 2009, la procédure de labellisation a été abandonnée et l'actualisation sera intégrée dans le programme de travail de la HAS. Il est prévu par la HAS que les travaux débutent au 1er trimestre de 2010 avec publication dans 15 à 18 mois. Les questions devraient porter notamment sur la définition du parcours de soins et l'information du patient.

Recommandation n°34 : Assurer un suivi plus étroit par la DGS des travaux confiés à la HAS en matière d'élaboration de recommandations de bonne pratique.

Au total, et bien que certaines actions se soient concrétisées, le constat s'impose d'un faible avancement des actions relatives au plan d'action consacré à l'obésité, en particulier s'agissant des actions extrahospitalières. Il faut en rechercher au moins pour partie l'origine dans les modalités de prise en compte de ce chantier au sein du comité de pilotage.

3.1.2. Le chantier sur l'obésité, une prise en compte modeste questionnant la capacité de conduite de ce programme

3.1.2.1. La question de la prise en charge de l'obésité a fait l'objet d'un groupe de travail, au sein du comité de pilotage, qui n'a pas connu de réelle existence

En mars 2007 dans le cadre de propositions pour le tableau de bord PNNS 2006-2010, il est convenu de créer un groupe de travail sur la question de la prise en charge multidisciplinaire de l'obésité adulte et enfant sous pilotage DHOS.

En octobre 2007, un « groupe informel de coordination sur la question de la prise en charge de l'obésité » avec, pour pilote, la vice-présidente du comité de pilotage, avait identifié quatre domaines issus de l'analyse du parcours du patient : le dépistage et la prise en charge par le médecin, la prise en charge dans le cadre des réseaux, la prise en charge hospitalière et la question de la prise en charge en soins de suite ou long séjour.

---

intéressants par la qualité des soins prodigués et par le financement de prestations de paramédicaux et d'animateurs sportifs ils connaissent de fortes limites en raison du petit nombre de personnes concernées.

[87] Les thématiques pressenties selon le rapport du comité de pilotage d'avril 2008 étaient l'organisation des soins (thématique obsolète depuis la remise en 2009 du rapport du Pr Basdevant), l'éducation thérapeutique (arrêt des travaux en mars 2009 sur ce sujet à la demande du cabinet en attente de la parution de la loi HPST qui donne à l'HAS un rôle spécifique d'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique), la place de l'activité physique dans la prise en charge de l'obésité, les mesures diététiques

[88] La méthode d'élaboration de recommandations de bonne pratique utilisée par l'HAS repose notamment sur la création d'un comité d'organisation qui définit les limites des thèmes à aborder et les questions auxquelles les recommandations doivent répondre et qui propose une liste des participants au groupe de travail, d'un groupe de travail chargé de faire une synthèse des connaissances et de rédiger les recommandations et d'un groupe de lecture qui procède à la critique du document final. Le groupe de travail et le groupe de lecture sont composés d'experts et de non experts du domaine traité.

Les travaux de ce groupe de travail sont, à nouveau, mentionnés en avril 2008 à l'occasion d'un « point sur l'état d'avancement des travaux du groupe prise en charge de l'obésité »[89]. En d'avril 2008 il est indiqué que ce groupe, qui propose une approche fondée sur le parcours de soins d'un patient obèse, a pour volonté de tenir compte de la gravité de la pathologie et de ses complications et par voie de conséquence de s'inscrire dans les réflexions en cours sur l'avenir des réseaux[90].

De fait, le groupe de travail animé par la vice-présidente du comité de pilotage n'a pas réellement engagé de travaux dans l'attente d'une part d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques de prise en charge multidisciplinaire de l'obésité par la HAS qui n'a pas connu d'authentique avancement (cf. supra), d'autre part de définition d'une politique de restructuration des réseaux - basée sur un maillage territorial accru et une diversification des mécanismes de prise en charge associée à une nouvelle répartition des tâches entre professionnels faisant du médecin traitant le véritable coordonnateur du parcours de soins - qui est restée à l'état d'ébauche.

Lors de la séance d'avril 2008, une présentation est faite par le Pr. BASDEVANT de l'état d'avancement du groupe « amélioration de la prise en charge de l'obésité dans les établissements de santé ».

Dans ces conditions, les seuls travaux aboutis sont ceux portant sur la prise en charge hospitalière à travers le rapport remis par le Pr. BASDEVANT à la ministre de la santé et des sports en 2009. Ce rapport connaît un commencement de mise en œuvre notamment par l'équipement des 31 CHRU pour l'accueil des personnes obèses (cf. paragraphe 33).

3.1.2.2. L'obésité apparaît - dans son contenu programmatique - comme un thème peu traité pendant les réunions du comité de pilotage

Ce constat n'est qu'une conséquence logique de la faiblesse des travaux du groupe obésité coordonné par la vice-présidente du comité de pilotage.

Il est indéniable que la prévention de l'obésité, ne pouvant être comprise que dans le cadre d'une démarche intégrée prenant en compte de très nombreux facteurs sociaux, sanitaires, économiques, environnementaux, psychologiques, culturels, puisse être considérée comme traitée à travers des chantiers relevant de la communication (campagnes INPES, guides nutrition, outils PNNS, colloques), des actions menées en faveur des populations fréquentant les centres de distribution alimentaire, de la promotion de l'activité physique et sportive, des chartes (collectives[91] ou non) d'engagements volontaires de progrès nutritionnel (composition nutritionnelle, étiquetage des produits), les chartes villes actives et départements actifs du PNNS, la promotion de l'allaitement maternel,…

En revanche concernant le dépistage et la prise en charge de l'obésité il ne peut être relevé que peu d'éléments de bilan à l'occasion de la lecture des comptes-rendus de réunions du comité de pilotage.

Sur la période 2006-2009 l'obésité peut être considérée comme thème de discussions et de débats dans peu d'occasions :

---

[89] La vice-présidente du comité de pilotage rappelle l'objectif du groupe qui est « la coordination des actions relatives au dépistage et à la prise en charge de l'obésité »

[90] Il est également à cette occasion fait retour d'une réunion avec la DHOS sur cet avenir : il apparaît que selon cette direction les réseaux thématiques sont chers, très nombreux et pour des territoires restreints (cf paragraphe 43 et note de bas de page n°2) et que de surcroit la sollicitation du médecin généraliste par de nombreux réseaux entraînerait un choix d'appartenance non fondé sur des critères de santé publique. Les réflexions de la DHOS s'orienteraient donc vers la constitution de réseaux multithématiques, très territorialisés, organisés autour d'axes prioritaires et cadrés par des circulaires spécifiques.

[91] La première charte collective d'engagement nutritionnel a été signée en juillet 2008 entre la fédération des industries d'aliments conservés FIAC et les ministères de la santé, de l'agriculture et de la consommation.

Evocation de l'obésité lors des réunions du comité de pilotage sur la période 2006-2009

L'obésité a été évoquée lors des réunions du comité de pilotage suivantes :

- en mars 2006 pour la présentation des résultats de l'étude Abena[92] ;
- en avril 2006 pour la présentation de l'avis 55 obésité du conseil national de l'alimentation[93] ;
- en mars 2007 pour la création d'un groupe de travail sur la prise en charge multidisciplinaire de l'obésité enfant et adulte ;
- en octobre 2007 pour une information sur le groupe obésité ;
- en novembre 2007 pour la publication du rapport World Cancer Research Fund WCRF[94] ;
- en février 2008 pour un point sur l'état d'avancement des travaux des groupes de travail « prise en charge de l'obésité » et « amélioration de la prise en charge de l'obésité dans les établissements de soins » ;
- en avril 2008 pour un rappel sur le chantier « prise en charge de l'obésité » ;
- en janvier 2009 pour la synthèse PNNS « activité physique et obésité de l'enfant : bases pour une prescription adaptée » ;
- en février 2009 pour une information sur l'organisation d'une réunion d'échanges sur la question « comment améliorer la prise en charge de premier niveau du surpoids et de l'obésité au sein du système de santé » ;
- en mars 2009 pour un point d'information sur les résultats de la réunion d'échanges de février 2009 ;
- en septembre 2009 pour la révision de la courbe de corpulence.

Source : comptes-rendus du comité de pilotage

Au total, sur la période 2006-2009, le sujet de l'obésité a été une dizaine de fois abordé au cours des réunions du comité de pilotage, pour partie en dehors du contenu programmatique relatif à l'obésité du PNNS tel qu'il figure à travers les actions inscrites sur les tableaux de bord de suivi du PNNS.

Lors de la réunion du 11 mars 2008 et à l'occasion de la discussion sur le bilan annuel 2007 du PNNS, il n'est fait aucune mention de la question de l'obésité[95]. Il en est de même le 24 novembre 2009 lorsqu'est discuté le bilan annuel du comité de pilotage au CNSP : tant sur l'état d'avancement des chantiers que sur les propositions à mettre en œuvre en 2010 le compte-rendu de séance ne mentionne l'obésité. Cette position en retrait du comité de pilotage vis-à-vis de la question de l'obésité ne peut que générer un positionnement identique du CNSP (cf. supra).

Cette pauvreté d'informations, au fil des comptes-rendus du comité de pilotage, sur la question du dépistage et de la prise en charge de l'obésité trouve bien évidemment son explication dans la quasi-absence d'avancement de ce chantier obésité dans trois de ses principaux aspects à savoir la systématisation du repérage en PMI et en santé scolaire, le développement de réseaux de prise en

[92] Voir annexe sur la situation nutritionnelle de la population française

[93] L'avis 55 sur les propositions de mesures pratiques pour la mise en œuvre d'une stratégie nationale de prévention de l'obésité infantile a été adopté à l'unanimité moins une abstention le 30 mars 2006. Seule la mesure 50 portant sur la publicité en direction des enfants a fait l'objet d'un vote majoritaire faute de consensus : le collège de la transformation (industrie agroalimentaire) et le collège de la consommation (associations de consommateurs) se sont trouvés en opposition concernant la communication publicitaire, le premier soutenant l'autodiscipline, le second l'encadrement réglementaire.

[94] Ce rapport met en évidence les liens entre nutrition (alimentation, activité physique) et risque de cancer. Des recommandations, cohérentes avec les objectifs nutritionnels du PNNS, ont été rédigées pour prévenir le risque de cancer, notamment limiter la consommation de viandes rouges, celle d'aliments salés, éviter la charcuterie, pratiquer une activité physique a moins 30 mn par jour

[95] Alors que dans le compte-rendu du 11 mars sont cités : inter-ministérialité et communication, chartes, réduction de sel, accessibilité fruits et légumes, études de surveillance, étiquetage, restauration scolaire, populations défavorisées, formation, dénutrition, qualité gustative, activité physique, compléments alimentaires, protection du PNNS

charge de l'obésité infantile et adulte et l'actualisation des bonnes pratiques de prise en charge multidisciplinaire de l'obésité. Encore faut-il, pour que cette systématisation du repérage du surpoids en consultations d'enfants soit d'un véritable intérêt, qu'elle s'accompagne de la possibilité de prise en charge d'aval pour les enfants dépistés.

3.1.2.3. Les modalités actuelles de pilotage du PNNS n'ont pas apporté la preuve de leur efficacité à l'occasion de la mise en œuvre du chantier sur l'obésité

Il est regrettable que, sur un sujet comme celui du dépistage et de la prise en charge de l'obésité, la gouvernance nationale, via le comité de pilotage du PNNS, n'ait pas réussi au cours des trois dernières années à faire progresser sensiblement l'existant, en dehors de l'élaboration de recommandations de la HAS pour la chirurgie de l'obésité et de l'équipement des CHRU en matériels adaptés aux grands obèses.

Cette difficulté pose la capacité du comité de pilotage, non pas d'essayer d'organiser un travail concerté de différentes administrations centrales et opérateurs publics, ce que ce comité arrive à réaliser, mais, après arbitrage, à imposer à l'ensemble des acteurs les orientations et le respect d'un échéancier strict d'avancement des actions qui déclinent ces orientations, d'autant plus quand l'état d'avancement de certaines actions est étroitement dépendant de celui d'autres actions[96].

Les limites de l'instance de « concertation et de dialogue[97] » que constitue le comité de pilotage du PNNS sont dans le cas précis atteintes : il ne peut imposer la conduite d'actions et le respect d'un échéancier. Il pourrait revenir au comité national de santé publique CNSP de le faire puisqu'il définit « …à court et moyen terme des priorités de santé publique…compte tenu des objectifs…loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique[98] » et qu'il coordonne « …dans ces domaines des actions mises en œuvre par les différents services de l'Etat… ».

Il est remarquable que le premier rapport d'activité du CNSP, qui retrace l'activité de cette instance sur la période 2007-2008, aborde de très nombreux sujets de prévention et promotion de la santé parmi lesquels le 2ème PNNS : sur les 6 pages consacrées au PNNS 2, sous l'angle de la remise du rapport d'avril 2008 au CNSP, aucune ligne n'évoque le chantier « prise en charge de l'obésité ».

Il s'avère en fait que le CNSP, très dépendant des informations qui lui sont transmises par le comité de pilotage du PNNS à travers le rapport annuel qui lui est remis, n'est pas non plus l'organe de décision et de conduite de projet au quotidien que requerrait un tel programme.

Recommandation n°35 : Refonder la gouvernance du programme avec un rattachement interministériel pour la rendre capable d'assurer une véritable conduite de programme.

Sans vouloir relier cette fragile conduite de projet du chantier obésité, et par voie de conséquence le petit degré d'avancement de certaines actions qui s'y rattachent, à l'actuelle situation nutritionnelle de la population française, on ne peut qu'observer que les objectifs fixés de réduction de la prévalence de l'obésité n'ont pas été globalement atteints.

3.1.3. Des objectifs nutritionnels partiellement atteints, notamment en matière de prévalence de l'excès de poids dans la population générale

Une annexe s'attache à détailler les principaux objectifs nutritionnels du PNNS et à décrire les principales données nutritionnelles disponibles chez l'adulte et chez l'enfant. L'évaluation de

[96] La question de l'obésité est très fortement liée à la procédure d'actualisation des bonnes pratiques relevant de la HAS de même qu'à celle du développement de réseaux dépendant de la DHOS

[97] Selon le PNNS 2 de septembre 2006 le comité de pilotage du PNNS « assure la concertation et le dialogue entre les acteurs majeurs de la mise en œuvre du PNNS »

[98] Décret n°2005-1202 du 22 septembre 2005

l'atteinte de ces objectifs nutritionnels est effectuée à partir des données mentionnées dans cette annexe.

3.1.3.1. Les limites d'une évaluation basée sur les études existantes

Il existe une grande variabilité des enquêtes qui rend délicate l'interprétation des données statistiques accessibles : les différences entre méthodologie des études, définition des outils de recueil, populations incluses (caractéristiques socio-démographiques des échantillons : tranches d'âges, sexe, taille du ménage, PCS…), périodes d'observation, mesure ou non des variables anthropométriques, analyse des données (pondérations, redressements, présentation des résultats…)…rendent difficiles les comparaisons de ces données, d'autant que certaines enquêtes varient elles-mêmes dans leur contenu au cours du temps (c'est ainsi que les enquêtes ObÉpi ne prennent plus en compte les enfants à partir de 2006).

Le ministère chargé de la santé n'a donc pas appliqué la recommandation visant à faire progresser la coordination et à rendre comparables, tant au niveau national qu'international, les bases de données relatives aux programmes de prévention tels que le PNNS inscrite dans le rapport d'enquête sur le premier PNNS de la Cour de comptes (délibération des observations définitives en date du 14 mars 2007).

Recommandation n°36 : Sous l'égide de la DREES et du comité de pilotage engager une coordination des études et enquêtes portant sur les données nutritionnelles tant dans le champ alimentaire que dans le champ de l'activité physique.

Les objectifs nutritionnels prioritaires n'ont pas sensiblement évolué entre le PNNS 1 et le PNNS 2. Il est difficile d'apprécier l'atteinte des objectifs nutritionnels du PNNS 2 au regard des statistiques ou enquêtes actuellement disponibles. En revanche, ces données statistiques ou d'enquêtes permettent d'apprécier la situation nutritionnelle française au terme du PNNS 1.

S'il serait bien évidemment déraisonnable de relier la mise en œuvre du PNNS 1 et l'état nutritionnel observé chez les français en 2004-2005 il est cependant possible de s'autoriser à vérifier à l'issue de cette mise en œuvre l'obtention ou non d'objectifs nutritionnels que s'était fixé ce plan, cette vérification pouvant se faire indépendamment d'une appréciation qualitative qui reste à porter sur le contenu du plan.

D'autant que le président du comité de pilotage lui-même s'est exprimé dans ce sens lors d'une récente réunion de cette instance (18 décembre 2009) : « en ce qui concerne le PNNS, l'évaluation principale consiste à se demander si les objectifs sont atteints ».

3.1.3.2. Un degré d'atteinte des objectifs nutritionnels des PNNS inégal

En termes d'obtention des objectifs nutritionnels des PNNS, les différentes études et enquêtes - compte tenu notamment d'une étude telle qu'INCA 2 qui reflète la situation qui prévalait en France pour les consommations alimentaires à l'issue du PNNS 1 (2001-2005) - témoignent, par rapprochement avec INCA 1 de 1999 et d'autres études disponibles, de résultats inégaux qui figurent dans l'annexe spécifique consacrée à la situation nutritionnelle de la population française.

Concernant le surpoids et l'obésité, l'objectif de réduction de 20% de la prévalence du surpoids et de l'obésité n'est pas atteint :

Chez les adultes
Sur la période 2000-2006 la prévalence de l'obésité[99] (hommes, femmes) progresse passant d'environ 10% aux alentours de 12% en 2006, soit une progression de 20%. Selon l'enquête Obépi 2009 ce taux passe à 14-15%, soit une augmentation d'environ 50% sur la période 2000-2009. En revanche la prévalence du surpoids apparaît à peu près stable sur la même période. La prévalence du surpoids est supérieure chez l'homme que chez la femme dans toutes les enquêtes, en moyenne d'un tiers à 50% supérieure chez l'homme que chez la femme. La prévalence de l'obésité est approximativement semblable dans les deux sexes, légèrement supérieure chez les femmes selon Obépi 2009. Le PNNS1 n'a pas fait la preuve de sa capacité à atteindre l'objectif fixé et selon les études ObÉpi les plus récentes le PNNS2 ne témoigne pas de plus d'efficacité que le PNNS1 sur ce sujet.

Les enquêtes confirment l'existence d'une plus forte prévalence de l'obésité dans les populations précaires, en particulier s'agissant de l'obésité chez les femmes (étude Abena), et d'inégalités dans la survenue de l'obésité selon les catégories socioprofessionnelles, avec creusement de l'écart entre 2000 et 2009 selon les enquêtes Obépi. L'étude Abena met en évidence le non respect par les populations précaires des repères du PNNS, ce que confirme le baromètre santé nutrition 2008.

Chez les enfants :
Objectif +/- atteint : stabilité de la prévalence du surpoids et de l'obésité aux alentours de 14/15% selon INCA 1 et 2 sur la période 1999/2000-2005/2006 et de 13/14% selon ObÉpi 2000-2003 Les différences de taux de prévalence de surpoids et d'obésité existantes entre adultes selon le niveau socioéconomique se retrouvent chez les enfants.

S'agissant des résultats concernant les autres objectifs nutritionnels hors surpoids et obésité il est nécessaire de se reporter à l'annexe spécifique qui leur est consacrée : sur la période du premier PNNS il est possible de considérer que les seuls objectifs nutritionnels atteints portent sur la consommation de fruits et légumes et celle de sel.

En définitive, le constat figurant dans le dossier de presse du 4 février 2008 « Nutrition et obésité » à l'en tête du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, « les résultats actuels, pour encourageants qu'ils soient, sont encore insuffisants et très fragiles », reste totalement d'actualité.

3.1.3.3. Compte tenu des données nutritionnelles disponibles l'épidémie[100] d'obésité n'est pas encore contrôlée

Si les chiffres en valeurs absolues des prévalences du surpoids et de l'obésité ne sont pas superposables compte tenu des différences méthodologiques des enquêtes disponibles, ces enquêtes permettent cependant de conclure qu'il existe sur la période des dix dernières années un constat concordant sur une stabilité du surpoids et une augmentation de l'obésité au sein de la population adulte générale. En ce qui concerne les enfants il semblerait que l'on puisse conclure, au vu des résultats des enquêtes INCA1 et 2, à une stabilité tant du surpoids que de l'obésité.

«La lenteur des effets de la prévention » à l'égard de l'évolution de l'obésité (éditorial de l'étude Obépi 2009) impose une réflexion sur la méthode jusqu'à présent utilisée, reposant pour l'essentiel sur les mesures contenues dans le PNNS, pour stopper l'aggravation de sa prévalence.

[99] Il convient pourtant de signaler que l'augmentation de l'obésité des adultes qui est constatée par les enquêtes Obépi sur 2006-2009 est la plus importante chez les 25-34 ans avec 19,5%, l'augmentation relative pour les autres tranches d'âge variant de +5,3% à +8,5%. Selon les auteurs des enquêtes Obépi il est possible en 2009 d'interpréter ce phénomène par le passage à l'âge adulte d'enfants ayant connu au cours des deux décennies précédentes durant leur enfance des conditions environnementales favorables à l'apparition de surpoids et d'obésité.

[100] Il est admis de considérer l'obésité comme une maladie non transmissible touchant aussi bien les pays développés que les pays en voie de développement (Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. OMS Genève 2003)

La forte inégalité des taux de prévalence du surpoids+obésité selon les revenus ou le niveau d'éducation qui est relevée dans de nombreuses études (ObÉpi, Abena), la position de tête de classement en Europe pour cette inégalité (Eurothine final, report 2007) et son aggravation dans le temps (ObÉpi), pose question sur les actions que devraient développer le PNNS en direction des personnes en situation de précarité économique dans le domaine de l'amélioration de la nutrition de ces populations : il n'y a pas de ciblage suffisant du PNNS en direction de ces populations particulièrement touchées par l'épidémie d'obésité.

Cette inégalité touche non seulement les adultes mais aussi les enfants ainsi qu'en témoigne les enquêtes triennales 1999-2000 et 2003-2004 qui font état que les enfants issus des milieux les moins favorisés ou ceux qui sont scolarisés en ZEP sont les plus exposés à la surcharge pondérale.

Recommandation n°37 : Prévoir pour chacune des politiques nutritionnelles développées une déclinaison spécifiquement dédiée aux populations les plus défavorisées.

3.1.3.4. Les résultats atteints posent la question de la conception actuelle du programme

Il n'est évidemment pas possible de se baser sur ces seuls résultats pour juger de l'efficacité du PNNS1. Il n'empêche qu'au regard des objectifs nutritionnels qui figurent dans le PNNS1 et qui ont été reconduits dans le PNNS2 on peut constater qu'au regard de ces seuls objectifs l'impact du PNNS1 a été réduit alors même qu'un délai de 5 ans devrait permettre d'appréhender leur réalisation[101], sachant que l'impact sanitaire n'est au final mesurable que sur le long terme.

Dans le rapport « Eléments de bilan du PNNS (2001-2005) et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS 2 (2006-2008) » datant de février 2006 et à la signature du Pr. HERCBERG il est écrit, dans le chapitre consacré à l'évolution de la prévalence de l'obésité et du surpoids, concernant les conclusions pouvant être tirées des données existantes à l'époque au regard des objectifs du PNNS, qu'« 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 ». Le Pr. HERCBERG considère que « 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 ».

Pour son compte, la mission reprendrait plutôt à son compte le jugement porté à propos du PNNS dans le rapport d'expertise collective INSERM de 2005, à savoir que « la mise en place du PNNS…représente une avancée importante dans la prise de conscience par la société de ce problème de santé publique et dans la volonté politique d'y répondre ».

Au-delà de la prise de conscience, et s'agissant en particulier de la prévention du surpoids et de l'obésité, il est difficile de mesurer le degré d'efficience des PNNS1 et 2 puisque, sur toute la période 2000-2009, l'obésité poursuit sa progression, et dans une moindre mesure également le surpoids. Mais à la question de savoir ce qu'il en aurait été en l'absence de mise en œuvre de ce programme, et bien que nul ne puisse apporter de réponse précise à une telle question, il est permis d'avancer que cette progression n'aurait pu être qu'aggravée par rapport à la situation présente.

Ce constat pose la question du maintien à l'identique dans le prochain PNNS (dans la mesure où un plan de santé publique à vocation nutritionnelle est élaboré dans le futur) des objectifs inscrits dans le PNNS1 et dans le PNNS2. Sauf à concevoir un contenu de ce prochain PNNS assez largement différent de ceux qui l'ont précédé (en particulier par l'imposition de mesures à caractère contraignant dont il conviendrait de déterminer précisément la nature et le champ d'application) il

[101] Dans le rapport « La prévention sanitaire par une bonne hygiène nutritionnelle » de mars 2003 de l'IGAS il est écrit « le niveau de ces objectifs (prioritaires et spécifiques) a été longuement discuté avec les experts : il est supposé être réalisable dans le délai de 5ans prévu par le plan »

semble peu crédible qu'un PNNS3 atteigne mieux ses objectifs s'ils sont calqués sur ceux des deux premiers plans.

En conséquence, il convient de s'interroger sur la redéfinition d'une partie des objectifs nutritionnels que se proposent de réaliser les pouvoirs publics. En particulier, dans le domaine de l'obésité, il existe un fort risque de disqualification du PNNS si la poursuite de l'évolution de cette épidémie reste conjuguée à un éloignement croissant des objectifs que se donnent en ce domaine les plans successifs.

Recommandation n°38 : Procéder - compte tenu du caractère encore non définitif du bilan des PNNS - à une révision réaliste de certains de ses objectifs.

Les interrogations qu'il est permis de se poser sur le degré d'impact et la conception du programme n'empêchent pas la mission d'avoir un regard plutôt positif sur les différentes actions qui se développent sur le territoire national, même s'il est regrettable que la portée de ces actions soit, le plus souvent, réduite par le faible nombre de personnes concernées.

3.1.4. Une diffusion restreinte des actions développées en régions, limitant leur impact sur la population

3.1.4.1. Les différents réseaux nationaux actifs qui mobilisent les collectivités locales dans le domaine de la santé, de la nutrition ou de la prévention et lutte contre l'obésité ne touchent qu'une minorité de la population

Il existe divers réseaux nationaux mettant en jeu les collectivités locales qui se consacrent à la promotion et éducation à la santé des populations : le domaine d'intervention de ces réseaux peut être soit généraliste dans leur approche de santé publique (villes santé OMS) ou environnementale (Eco maire), soit consacré à la seule nutrition (villes actives et départements actifs PNNS), soit spécialisé dans la prévention et la lutte contre l'obésité (REPOP, EPODE).

■ La description des réseaux nationaux de collectivités locales intervenant dans le domaine de la nutrition, de l'environnement ou de la santé est renvoyée dans une annexe spécifique : même si ces collectivités locales regroupent plusieurs millions de personnes de par leur lieu d'habitation il est nécessaire de relativiser ce chiffre qui est assez théorique dans la mesure où seule une fraction de la population est réellement bénéficiaire des actions engagées par ces collectivités, d'autant que ces actions sont de qualité et de quantité très variables selon les cas.

■ Les réseaux spécialisés en matière de prévention et lutte contre l'obésité :

Les collectivités locales partenaires des Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie REPOP

Les REPOP (*cf. infra le passage sur le REPOP Aquitaine*) existent dans cinq régions françaises. Une coordination nationale a été créée en 2006 dont l'un des objets est de renforcer la politique d'implantation régionale des réseaux REPOP. Ce sont des réseaux qui se sont constitués par régions mais dont le secteur d'intervention ne couvre pas systématiquement la région toute entière (le REPOP Grand Lyon ne couvre que le département du Rhône, celui de la région Aquitaine le seul département de la Gironde). Les collectivités locales, villes, départements et régions, des secteurs géographiques qui sont couverts par le réseau subventionnent en règle ce réseau dont le financement principal repose sur l'assurance maladie.

Villes Ensemble prévenons l'obésité des enfants EPODE

Le programme EPODE

Le programme EPODE, qui a été élaboré en 2004 à l'origine à la demande de l'association Fleurbaix Laventie villes santé[102] (FLVS), a pour objectif d'associer les acteurs de terrain (élus, services municipaux, associations, enseignants, professionnels de santé, familles) dans une démarche commune d'aide aux familles en vue de modifier leur comportement par une offre de proximité axée sur une alimentation équilibrée et diversifiée et la pratique d'activités physiques. Ce programme dont les documents bénéficient du logo PNNS se veut conforme aux recommandations du PNNS. Il contribue à la mobilisation des acteurs locaux, en particulier des villes EPODE qui sont au nombre de 226 villes qui rassemblent 4 millions de personnes en 2009.

Au niveau local l'animation repose sur la désignation d'un chef de projet, sous l'autorité du maire, avec l'assistance d'un comité de pilotage local. Trois congrès des villes EPODE se sont tenus depuis 2004. La mobilisation des municipalités passe notamment par l'existence d'un club des maires EPODE qui a en particulier pour but de promouvoir ce programme auprès des élus des autres collectivités afin qu'ils s'impliquent à leur tour dans la lutte contre l'obésité infantile. Dans le cadre de l'évaluation du programme les villes sont invitées à peser et à mesurer les enfants de grande section d'école maternelle au CM2 à l'entrée dans le programme puis tous les deux ans.

L'étude[103] faite sur la période 1992-2004 du programme initié à Fleurbaix et Laventie et deux cités témoins du Nord de la France montre, après une croissance initiale, une décroissance de la prévalence du surpoids (incluant l'obésité) avec en 2004 un taux significativement inférieur à Fleurbaix-Laventie (8,8%) en comparaison avec celui des villes témoins (17,8%).

Ce programme dispose à l'échelon « central » d'un financement pour 2009 de 821 000 euros provenant de partenaires privés, de 117 000 euros de cotisations des villes EPODE et d'une subvention de 43 000 euros du ministère de la santé et des sports dans le cadre de l'évaluation « Protocole Sport ». Les frais globaux « centraux » (actions de coordination générale des villes EPODE, formations initiale et continue des chefs de projet, actions de communication…) se sont montés à environ 900 000 euros. A ces frais « centraux » il convient d'ajouter des frais « locaux » qui sont variables selon les municipalités et qu'il est possible d'estimer entre un et deux euros par habitant.

Source : groupe Protéines

Il reste à démonter, au-delà de l'expérience de FLVS, l'efficacité réelle de ce programme fondée sur une évaluation externe et indépendante. En effet d'une part l'étude à l'heure actuelle disponible[104] sur l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité entre 2004-2005 et 2006-2007 sur huit villes EPODE en France concernant les enfants âgés de 5 à 12 ans n'est pas démonstrative sur la relation de cause à effet entre le programme EPODE et la constatation d'une décroissance du surpoids et de l'obésité[105] dans les villes engagées, d'autre part deux[106] des cinq

[102] L'étude Fleurbaix Laventie villes santé s'est déroulée de 1992 à 2004 avec suivi prospectif de la population de deux villes du nord de la France Fleurbaix et Laventie et de deux villes contrôles de la même région et de même structure socioéconomique. Cette étude a pu montrer que la mobilisation de la collectivité en matière d'éducation alimentaire avait conduit à une baisse significative de la prévalence de l'obésité de l'enfant en comparaison avec les villes contrôles, quel que soit le niveau socioéconomique.

[103] L'étude, parue dans le Public Health Nutrition en janvier 2008, comporte neuf signataires dont deux font partie de l'association FLVS, l'un des deux étant le co-directeur du programme EPODE

[104] Prevalence of overweight and obesity in serial cross-sectionnal surveys of the EPODE campaign

[105] Décroissance moyenne du surpoids de 1,88% et de l'obésité de 0,68%

[106] L'un des deux étant l'actuel directeur du développement santé du groupe Protéines et ancien concepteur-coordinateur de l'étude Fleurbaix Laventie Ville Santé

signataires de cette étude font partie de l'agence Protéines qui est l'« agence conseil en stratégie et communication santé » qui propose et promeut le programme EPODE[107].

3.1.4.2. Il en est de même pour les actions développées à l'initiative de l'Etat et de l'assurance maladie qui font l'objet d'un fréquent accompagnement, notamment financier, des collectivités locales, mais ne concernent qu'un relatif petit nombre de bénéficiaires

Une annexe détaille les différentes actions dont la mission a eu connaissance à l'occasion de ses déplacements qui ont pour caractéristiques d'être soutenues et financées par l'Etat ou l'assurance maladie et pour lesquelles il existe une participation des collectivités locales. Les principales spécificités ces actions sont résumées ci-dessous.

■ En matière de prévention de l'obésité infantile la Seine Saint Denis témoigne de l'importance de l'engagement des collectivités locales dans la déclinaison du PNNS à partir des priorités du PRSP

En Ile de France, le PRSP contient un axe destiné à « promouvoir les comportements favorables à la santé ». L'un des objectifs de ce PRSP est de « prévenir l'obésité infantile (0-11 ans), notamment par l'éducation critique à la consommation et dépister précocement le surpoids chez l'enfant ».

En Seine St Denis un peu plus d'un quart des crédits (27,5%) du GRSP pour le département est mobilisé en 2008 sur la thématique de la nutrition, soit 430 000 euros sur 1,3 millions d'euros, pour 36 projets retenus : environ 1/3 des projets sont relatifs aux actions de dépistage et de prise en charge de l'obésité.

La PMI, qui dispose dans ce département d'un réseau dense et fréquenté, a initié plusieurs actions de prévention de l'obésité infantile visées dans le PRSP. La PMI, dans le repérage des situations à risques, a systématisé le calcul de l'IMC à l'occasion de toutes les consultations de 9 mois, 24 mois et à l'école maternelle à l'âge de 3/4 ans. Outre la PMI les médecins et infirmières scolaires sont investis dans les actions de prévention de l'obésité. La PMI et la médecine scolaire ont noué un partenariat étroit avec le REPOP qui en Seine St Denis ne comprend qu'environ 19 médecins ayant un rôle actif pour 1000 généralistes : cette faiblesse quantitative est un handicap pour la prise en charge des enfants dépistés (cf. infra REPOP Aquitaine).

Il est difficile d'avoir une vision d'ensemble des actions menées par les communes du département en 2008 mais une quinzaine de villes ont été retenues dans l'appel à projets du PRSP concernant les actions de lutte contre l'obésité. Dans cette mesure le rôle des collectivités locales en Seine St Denis peut être considéré comme un des points forts de la politique départementale de prévention de l'obésité des enfants.

Concernant les populations défavorisées, le conseil général a initié un projet pour répondre aux besoins de conseils diététiques des familles hébergées à l'hôtel et ne disposant pas de cuisine et de lieu de stockage des aliments frais. La situation nutritionnelle des populations en difficulté reste un sujet encore loin d'être résolu malgré notamment l'intervention du réseau des épiceries sociales. La CAF propose pour les familles dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil un passeport loisirs qui leur permet de bénéficier d'activités sportives à titre gracieux : cette offre n'est cependant acceptée que par 20% des bénéficiaires. D'une façon générale l'activité physique est peu articulée avec les actions à contenu alimentaire ou diététique.

Malgré un certain éparpillement des actions et des financements, la démarche de la ville de Montreuil pourrait être un exemple de bonne pratique.

[107] Le programme EPODE figure parmi divers programmes de prévention regroupés sous la rubrique « Marketing social »

■L'activité du REPOP en Aquitaine et le développement du volet extrahospitalier de l'éducation thérapeutique en Champagne-Ardenne sont de bons exemples sur le terrain du constat porté au niveau national

Compte tenu des déplacements qu'elle a effectués en régions la mission a choisi de décrire deux actions témoignant de la participation des collectivités locales concernées et se caractérisant par la pertinence de leur approche mais aussi par la limitation de leur périmètre.

- La mise en œuvre d'une politique coordonnée de prévention et de prise en charge de l'obésité infantile : le REPOP Aquitaine

Le REPOP Aquitaine est financé par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et le Coordination des Soins FIQCS[108] sachant que d'autres sources de financement peuvent être sollicitées (départements, région notamment). Le budget 2009 du REPOP Aquitaine est de 553 026 euros, dont 507 576 euros au titre du FIQCS et 45 450 euros du GRSP. Le REPOP Aquitaine n'a pas perçu en 2009 de subvention d'une collectivité locale.

Une étude menée par le REPOP Aquitaine, en collaboration avec l'Institut de santé publique d'épidémiologie et du développement, conclut à une évolution globalement favorable des enfants suivis dans le réseau, d'autant plus marquée que l'enfant est plus jeune. L'évolution pondérale ne témoignant que d'une légère baisse de l'IMC pour les enfants suivis entre la première et la dernière consultation de suivi, la poursuite de l'évaluation de cette modalité de prise en charge reste à faire, sachant qu'une évaluation externe, prévue dans la convention constitutive du REPOP, n'a pas encore été réalisée.

Le REPOP Aquitaine ne fonctionne qu'en Gironde avec un réseau très centré sur Bordeaux et sa périphérie immédiate, avec 930 patients inclus depuis l'origine et environ 600 patients à l'heure actuelle en termes de file active. En dehors du nombre de professionnels adhérents au réseau (388 professionnels formés dont 252 médecins) et la possibilité de s'inscrire à un atelier d'activité physique adaptée (10 ateliers en Gironde) ce réseau présente les deux points forts suivants :

- un accès facilité au plateau technique de l'hôpital[109] (CHU) : les enfants obèses sont pris en charge par le service d'endocrinologie et diabétologie pédiatriques du CHU de Bordeaux. Il existe une très bonne articulation réseau REPOP Aquitaine/CHU. L'une des principales fragilités de la prise en charge hospitalière réside, malgré une élévation régulière du nombre de patients hospitalisés, dans une capacité d'accueil insuffisante au regard des besoins ;
- une insertion dans le Programme nutrition prévention et santé des enfants et adolescents en Aquitaine qui est une déclinaison du PNNS ciblée sur enfants/adolescents. Les lignes de force de ce programme passent en particulier par des moyens humains dédiés sous forme d'un mi temps de coordonnateur, l'implication de très nombreux partenaires, la forte mobilisation du rectorat, la diversité des actions alimentation et APS. En revanche l'un des handicaps de ce programme est la faible proportion de collèges/lycées concernés (environ 5% des établissements).

Il est clair que les limites d'un réseau tel que le REPOP Aquitaine tiennent tout particulièrement en ses capacités de prise en charge soit géographique pour le REPOP lui-même, soit hospitalière pour le centre spécialisé que constitue le CHU de Bordeaux.

- Dans la région Champagne Ardenne, le développement, dans le domaine de l'éducation thérapeutique, d'une articulation hospitalière et extrahospitalière en matière de bilan

[108] Le FIQCS a pour objet, selon l'assurance maladie, l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé
[109] Soit hôpital de jour soit hospitalisation de 48H

médico-sportif et d'offre d'activité physique pour les personnes atteintes d'une pathologie chronique

Dans la région Champagne Ardenne un chapitre spécifique du SROS 2006-2011 est dédié à l'éducation du patient. Des unités transversales d'éducation thérapeutique du patient[110] (UTEP) se sont créées dans certains centres hospitaliers, tels que celui de Charleville Mézières, afin d'apporter une réponse structurée d'offre d'éducation thérapeutique.

Le financement des ressources humaines présentes dans les UTEP des établissements de santé est réalisé sur une enveloppe mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation MIGAC, avec un montant total de 1 949 710 euros alloué par l'ARH en 2008 aux établissements dans le cadre de l'éducation du patient. L'offre des UTEP concerne différentes pathologies (diabète, asthme, insuffisance rénale chronique) ou problématiques de santé, l'obésité en faisant partie.

Sur l'année 2007 pour l'ensemble des sept UTEP de la région Champagne Ardenne la file active a été de 1846 patients dont 225 sur l'obésité : il est recensé, en 2007, 277 nouveaux patients adressés, pour 196 d'entre eux en intra-hospitalier. En termes d'importance de la file active, l'obésité vient après l'activité de dépistage du SIDA et des infections sexuellement transmissibles, le diabète de type 2 et l'aide au sevrage tabagique.

Les UTEP de la région Champagne Ardenne sont articulés avec le réseau sport-santé-bien être qui vise à rapprocher les usagers, les professionnels de santé et le milieu sportif. Ce réseau permet de faire le lien entre les UTEP et les associations sportives conventionnées avec le réseau. Ce réseau permet de réaliser des bilans médico-sportifs. Une fois ce bilan réalisé, il est proposé d'accompagner l'usager ou le patient vers une structure conventionnée et proposant une offre d'activités physiques adaptée à la personne. Environ 105 éducateurs sportifs ont été formés sur l'ensemble de la région.

Le financement du réseau repose en 2009 sur des subventions obtenues du ministère de la santé et des sports (116 000 euros), du conseil général de la Marne (45 000 euros), du FIQCS (35 000 euros) et de Sanofi-Aventis (20 000 euros) soit un total de 216 000 euros. Ces subventions permettent en particulier de financer l'équipe projet du réseau.

Selon le Professeur Bertin, PU-PH de nutrition au CHU de Reims, l'état des lieux actuel est satisfaisant mais il reste à structurer l'offre éducative à l'échelon du territoire et de construire une approche qualitative de l'offre. La mission partage ce point de vue d'une insuffisance quantitative des structures d'éducation thérapeutique au regard des besoins d'éducation des patients atteints de maladies chroniques, notamment s'agissant de l'obésité.

Recommandation n°39 : Favoriser la création de structures hospitalières d'éducation thérapeutique en lien étroit avec l'offre éducative territoriale.

La poursuite des actions territorialisées est donc nécessaire et doit être amplifiée afin que le dépistage et la prise en charge de l'obésité dans les régions soient mieux assurés qu'aujourd'hui avec un accompagnement national d'information et de communication sur la réalité de l'obésité et de ses complications.

[110] En Champagne Ardenne les deux dénominations UTEP ou plates formes hospitalières d'éducation du patient (PFEH) coexistent. Ces unités, au nombre de sept dans cette région, ont notamment pour buts d'être un centre de ressources en éducation du patient, de coordonner les activités éducatives de l'établissement hospitalier, de promouvoir l'éducation du patient dans le système de soins intra et extrahospitalier

3.1.5. Un manque de communication sur la question de l'obésité

3.1.5.1. Les actions de l'INPES sur le thème de la nutrition ont été nombreuses et diversifiées

Depuis 2001, ce sont six campagnes média de communication qui ont été réalisées pour faire la promotion des repères nutritionnels du PNNS.[111] Sur la période 2006-2009 c'est environ sur quatre ans 10 millions d'euros par an, dont la moitié pour des achats d'espace, qui sont dépensés dans le cadre du programme nutrition.

Des documents d'information ont été diffusés par l'INPES pour le grand public à plusieurs millions d'exemplaires (guides nutrition[112]) et pour chacun de ces guides nutrition grand public a été édité un livret d'accompagnement pour les professionnels de santé. Des coffrets pédagogiques ont été distribués pour les professionnels du secteur de l'éducation et des outils d'intervention pour ceux du secteur social à destination des populations en situation de précarité. Le site manger-bouger a été créé et régulièrement actualisé depuis sa création.

Il ne sera pas exposé plus avant la politique de communication générale qui est détaillée dans l'un des chapitres du présent rapport : en revanche il sera pointé l'inexistence d'une composante obésité dans cette même politique.

3.1.5.2. La question de l'obésité n'a pas fait l'objet de campagne d'information de la population ou des professionnels

Il ne saurait être fait une quelconque critique de nature négative sur l'absence de communication sur l'obésité puisque une telle communication n'a pas été prévue dans le PNNS.

En outre, la politique adoptée par l'INPES est basée sur «la promotion de la santé autant que la prévention des pathologies et sans focalisation sur une seule pathologie… »[113].

Il n'est cependant pas interdit de s'intéresser à l'obésité sous l'angle de la communication puisqu'un ouvrage de la collection « Les synthèses du Programme national Nutrition santé » a été diffusé dont le titre est « Activité physique et obésité de l'enfant : bases pour une prescription adaptée ». Cet ouvrage qui bénéficie du logo PNNS émane de la direction générale de la santé[114] : il contient, en particulier, des recommandations d'activités physiques pour les enfants ou adolescents en surpoids ou obèses. Il s'agit, comme son titre le suggère, d'un document à destination des professionnels de santé.

Il apparaît donc possible d'informer sur la question de l'obésité sans que l'on puisse craindre une stigmatisation de la personne obèse.

Cette information est d'autant plus nécessaire, tant en direction des professionnels qu'en direction du grand public, qu'il est souvent méconnu que l'obésité est une maladie chronique selon l'OMS[115]

---

[111] Campagnes : fruits et légumes 2001/2002/2003, activité physique 2004/2005, limitation de la consommation des produits gras et sucrés 2005/2006, tous repères nutritionnels du PNNS 2007, promotion fruits et légumes 2008, promotion des féculents 2008

[112] Au total ce sont environ 23,5 millions de guides grand public qui ont été imprimés tous titres confondus pour approximativement 20 millions diffusés

[113] Document INPES daté du 24 septembre 2009 « les actions de l'INPES sur le thème de la nutrition (de 2001 à 2009)

[114] Interrogé par la mission sur le partage des tâches entre DGS et INPES en matière d'élaboration de documents d'information il a été répondu par l'INPES que ce partage n'était pas strictement fixé mais qu'en règle revenait à l'INPES la communication grand public et à la DGS celle destinée aux professionnels.

[115] A remarquer que le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 ne mentionne pas l'obésité sauf à travers le diabète.

et qu'elle a un important impact sur la santé via le diabète, les maladies cardiovasculaires ou encore l'augmentation de survenue de certains cancers.

Dans le rapport déjà cité, « Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale », publié par la même organisation, il est écrit également que l'obésité, qui est un problème mondial, est une maladie grave, dont l'apparition n'est pas inévitable et dont on ne peut séparer la prise en charge efficace de la prévention.

Il existe certes une vraie difficulté qui réside dans le fait que, communiquer sur l'obésité, c'est communiquer sur une maladie qui, une fois constituée, est souvent résistante aux traitements[116], à l'exception de la chirurgie bariatrique qui est tentée pour les obésités les plus sévères. Selon le même rapport sus cité de l'OMS « la prise en charge des sujets obèses doit associer un objectif principal, qui est le maintien du poids à long terme avec un traitement approprié permettant d'obtenir une perte de poids modeste (5 à 15% du poids initial), à la prise en charge de la morbidité associée ». De fait « la prévention[117] constitue probablement la démarche la plus efficace…pour prendre en charge des problèmes de poids ».

Pourtant, s'il n'est pas dans la capacité de la médecine de proposer aujourd'hui à l'obésité installée de véritable thérapeutique d'efficacité assurée, il est en revanche possible - en faisant percevoir à la population et aux professionnels de santé la nature morbide de l'obésité, en particulier lorsqu'elle est sévère ou massive - d'aider à mieux gérer cette maladie, au profit notamment d'une meilleure qualité de vie et d'une réduction des complications évitables.

Il conviendrait donc dans un futur programme d'envisager la conception d'une politique communication sur la question de l'obésité, au moins dans ses aspects les plus sévères, selon une approche éducationnelle et non culpabilisante.

Recommandation n°40 : Prévoir une campagne d'information sur la nature et les dangers de l'obésité ainsi que sur la prévention de ses complications.

En définitive, le PNNS montre bien dans le traitement de la question de l'obésité ses limites : c'est certes un programme de sensibilisation de la population générale à l'importance de la nutrition en tant que déterminant de santé qui a fait ses preuves. La large communication sur les repères nutritionnels dont le public s'est approprié le contenu participe incontestablement à la prévention de l'obésité, du moins pour les tranches de populations les mieux informées et les plus susceptibles de pouvoir en suivre les recommandations.

En revanche et en dehors de la sphère de l'hôpital le PNNS n'a pas été en capacité de faire avancer les actions qui devaient permettre d'engager une véritable politique de repérage et dépistage du surpoids et de l'obésité ainsi que de prise en charge des enfants ou adultes dépistés malgré d'intéressantes actions conduites à travers le territoire qui ne parviennent à concerner qu'une faible part de la population.

Ce constat de faible efficacité de conduite opérationnelle de projets doit impérativement faire évoluer ce programme sous peine de le disqualifier dans le domaine de la lutte contre l'obésité. Il doit être en parallèle étudié les possibilités qui s'offrent de mieux communiquer sur l'obésité en tant que maladie chronique.

---

[116] Les traitements s'articulent selon le rapport de l'OMS sur l'obésité « autour de la prise en charge alimentaire, de l'exercice physique, de la modification du comportement, du traitement médicamenteux et de la chirurgie gastrique ». Pour les enfants on détient trois stratégies : « réduire l'apport énergétique, accroître l'activité physique, diminuer l'inactivité ».

[117] Même rapport : « Deux types de prévention sont applicables aux sujets qui présentent un risque élevé d'obésité et de conséquences morbides : prévention sélective (sujets et groupes à risque) et prévention ciblée (sujets ayant des problèmes de poids et à risque élevé de pathologie associée à la surcharge pondérale) ».

3.2. La lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique, une place marginale dans le PNNS

3.2.1. Une stratégie de portée limitée dans les 2 PNNS successifs

Les relations entre l'activité physique et la sédentarité sont complexes et encore mal connues. Pour agir sur l'état de santé, il importe donc de limiter à la fois la sédentarité et de promouvoir l'activité physique[118], car le comportement sédentaire n'est pas seulement constitué par l'absence d'activité physique, (qui par ailleurs ne se résume pas au sport), de moins en moins liée elle-même à l'activité professionnelle, en particulier dans les pays développés.

Le sport de compétition est encore souvent confondu avec l'activité physique, valorisant parfois plus l'effort que le plaisir, ce qui ne simplifie pas les stratégies de communication et d'action du PNNS en direction de la population générale. De plus, par rapport à la sédentarité, le temps passé devant un écran représente souvent la principale mesure utilisée dans les études, sans qu'il soit possible de déterminer son impact sur la santé.

3.2.1.1. Un déterminant de santé et un facteur de protection contre le développement de certaines pathologies

Au plan international et européen, depuis le début des années 2000, les travaux se sont multipliés[119].

Le rapport de l'OMS 2004 précité contient notamment une série de recommandations portant à la fois la pratique de l'exercice physique et l'amélioration de la qualité de la vie, qui ont déterminé les programmes européens et nationaux, dont le PNNS.

Recommandations de l'OMS

Des politiques multisectorielles pour promouvoir l'exercice physique, visant à élaborer et réexaminer les politiques publiques pour faciliter la pratique dans un concept du sport pour tous, en incitant les ministères de la santé à développer des partenariats avec le secteur public et privé, avec des messages publics clairs sur la quantité et les formes d'exercice suffisants pour avoir des effets sensibles sur la santé.

Des politiques et programmes scolaires favorisant l'adoption d'une alimentation saine et la pratique de l'exercice physique.

Des outils comme « promouvoir l'activité physique en ville », définissant notamment le rôle des autorités locales.

Source : stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, OMS 2004.

Les études les plus récentes citent l'approche transversale comme le moyen le plus efficace de développer l'activité physique et de lutter contre la sédentarité, afin de prévenir les maladies chroniques liées à des mauvaises habitudes alimentaires et à un mode de vie sédentaire[120].

[118] Vuillemin. A. Escalon.H, Bossard.C., activité physique et sédentarité, in *Baromètre santé nutrition, 2008*

[119] La stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé de l'OMS, précédée de la mise en place d'une journée internationale dédiée à l'activité physique par l'OMS, la stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents, la stratégie européenne de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles, le programme d'action pour l'environnement et la santé des enfants du bureau régional de l'OMS pour l'Europe, le programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement de la commission économique des Etats-Unis pour l'Europe.

3.2.1.2. Une construction progressive au sein du PNNS conçue de manière marginale par rapport à celle de l'alimentation

Dès 2003, dans le rapport annuel de 2003 de l'IGAS[121] précité faisait le constat suivant : *« La prise de conscience des conséquences de la sédentarité semble encore plus lente et, sauf sous l'angle particulier du sport, souvent encore assimilée à compétition et performance, l'exercice ou l'activité physique sont assez peu valorisés. L'impact de la télévision sur les jeunes est plus souvent traité sous l'angle du contenu …que sous celui de ses effets néfastes sur les jeunes en termes de modes de vie (sédentarité, grignotage favorisé, déstructuration des repas…). A l'école, l'éducation physique et sportive reste peu valorisée ».*

L'objectif 9 de la loi du 4 août 2004 constitue la référence du PNNS pour l'activité physique et la lutte contre la sédentarité. Il prévoit d'augmenter de 25% la proportion de personnes de tous âges confondus, faisant l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour tous âges confondus, au moins cinq jours par semaine, pour passer de 60% à 75% pour les hommes et de 40 à 50% pour les femmes d'ici 2008.

Force est de constater que l'ajout, dans les attributions de la ministre de la santé, de la compétence des sports n'a pas été l'occasion de renforcer cette partie du PNNS.

- Les documents stratégiques du PNNS font insuffisamment ressortir la problématique de l'activité physique

<u>L'ambition du PNNS1 était modeste</u> :
Dans l'évaluation faite par le Pr.HERCBERG, l'activité physique apparaît peu : elle est évoquée essentiellement par référence à la campagne de promotion de l'activité physique (promouvoir la recommandation du PNNS 1 sur l'équivalent de 30 mn de marche par jour), en insistant sur le lien entre alimentation et activité physique, et sur l'importance de l'activité physique minimale dans la prévention de certaines pathologies comme les maladies cardiovasculaires, le cancer, l'obésité, le diabète et l'ostéoporose. Cette campagne[122], « mangerbouger.fr » été diffusée pour la première fois en 2004, avec un dispositif média et hors média et une action en direction des collectivités locales - kit activité physique - et des documents « activité physique et santé, arguments scientifiques, pistes pratiques » et « la santé vient en bougeant, le guide nutrition pour tous », documents de référence dans la collection des « synthèses du PNNS » très bien faits.

Le document, « activité physique et santé, arguments scientifiques, pistes pratiques » à destination des médecins, et notamment des médecins généralistes, avait pour objet : « *d'inciter les Français à bouger dans leurs loisirs et leur vie quotidienne, pas nécessairement à faire du sport* », avec une stratégie positive d'information et d'éducation à la santé, en valorisant le caractère ludique de l'activité. Cette approche, cohérente, vise à faire de l'activité physique un des « *objectifs prioritaires du PNNS* », ce que l'examen des documents, comme des réalisations sur le terrain, ne permet pas de confirmer.

<u>Deux orientations ont été préconisées sur cette base pour le PNN2</u> : *« promouvoir l'activité physique dans la vie quotidienne et dans les lieux de travail et faciliter la pratique sportive de loisirs pour tous et augmenter l'activité physique à l'école et en extra scolaire ».*

Les stratégies concernant cette problématique allient des informations sur le comportement des individus et sur l'environnement, et des actions de terrain. Les outils visent à agir sur le mode de vie et à lutter contre la sédentarité. Les documents de base du PNNS ont défini des actions et des mesures ciblant l'activité physique, pour la population générale, mais également sous la forme

[120]OCDE 2009, « improving lifestyles, tackling obesity : the health and economic impact of prevention strategy", OCDE Health working paper n° 48, et note de veille du centre d'analyse stratégique n° 166, mars 2010.
[121]BAS-THERON, F AMSON, A, la prévention sanitaire par une bonne hygiène nutritionnelle
[122] Elle a fait l'objet d'une évaluation sous la forme d'un pré et d'un post test

d'activité physique adaptée (APA) pour les personnes souffrant de pathologies ou en raison de leur âge. Il n'a pas été prévu de cibler plus finement les bénéficiaires potentiels, comme par exemple les populations appartenant à des milieux défavorisés par rapport à la notion d'accessibilité financière ou liée à un environnement peu favorable à l'activité physique.

- Les objectifs relatifs à la lutte contre la sédentarité et à la promotion de l'activité physique du PNNS 2006-2010 figurent de manière éclatée dans le PNNS

Les références du PNNS2

- Un objectif nutritionnel général : suivant en cela la loi du 9 août 2004, et inscrit dans une problématique visant à l'amélioration de l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, la nutrition. La nutrition est conçue dans un cadre large, c'est-à-dire l'alimentation et l'activité physique.

- Un des 9 objectifs nutritionnels : augmenter l'activité physique quotidienne par une augmentation de 25% du nombre des personnes, tous âges confondus faisant l'équivalent d'au moins une demi-heure d'activité physique d'intensité modérée, au moins 5 fois par semaine, soit 75% des hommes et 50% des femmes

- Aucun des 10 objectifs spécifiques : rien n'est prévu pour la lutte contre la sédentarité ou la promotion de l'activité physique dans les 10 objectifs spécifiques

- Un repère sur l'activité physique : promouvoir la pratique de l'activité physique et à assurer les conditions de la pratique d'une activité physique quotidienne adaptée à chacun.

Cet inventaire soulève un certain nombre de questions :

– la mauvaise compréhension de l'intitulé du programme : l'intégration du concept « activité physique » dans l'intitulé nutrition, au même titre que le concept « alimentation », est mal compris des bénéficiaires potentiels des actions, mais parfois aussi des opérateurs, qui confondent alimentation et nutrition. De ce fait, l'intitulé du programme n'est pas approprié.

Recommandation n°41 : mieux faire apparaître la partie « activité physique et lutte contre la sédentarité » dans l'intitulé d'un prochain PNNS pour ne plus reproduire la confusion entre nutrition et alimentation.

– une confusion dans la conception du programme : on ne voit pas clairement s'il s'agit de promouvoir le sport ou l'activité physique, sans montrer par ailleurs que tout type d'activité physique peut être pratiqué sous plusieurs formes, individuelle ou collective, libre ou encadrée.

D'une manière générale, deux stratégies peuvent être poursuivies pour favoriser la pratique de l'activité physique. La première cible les personnes dans leur environnement professionnel ou urbain par l'information et l'éducation avec des modalités incitatives (comme par exemple panneaux pour l'utilisation des escaliers), l'augmentation du nombre d'heures d'EPS ou le développement de programmes d'action sociale et communautaire. La seconde vise les interventions législatives et environnementales (politiques de transport, urbanisme), mettant en jeu les structures et équipements plus que les individus.

Le PNNS a tenté de concilier ces deux stratégies, sans disposer des leviers adaptés pour peser sur les décisions et les choix, dans la mesure où ces derniers mettent en synergie la famille, l'école, l'environnement professionnel, la cité et la société, en plus des motivations des personnes.

Ainsi, les actions ont été surtout définies par rapport à la population générale sans vraiment déterminer de cibles populationnelles : enfants, adolescents, filles, adultes, personnes âgées, malades chroniques, obèses, ce qui ne permet pas d'en mesurer l'impact sur chacune. Cette approche trop générale peut expliquer le caractère parfois impressionniste des réponses aux appels à projets locaux, par ailleurs relativement nombreux. Enfin, les actions retenues en direction des différents milieux, milieu scolaire, extrascolaire, milieu professionnel ne sont pas assez précises, d'autant plus que la notion même de catégorie d'activité physique bénéfique pour la santé (professionnelle, de loisirs, de transports) reste à affiner. Enfin, l'action sur les modes de vie, qui à juste titre figure dans le document « vie quotidienne, environnement urbain, déplacements » est évoquée mais renvoyée aux opérations « villes actives ».

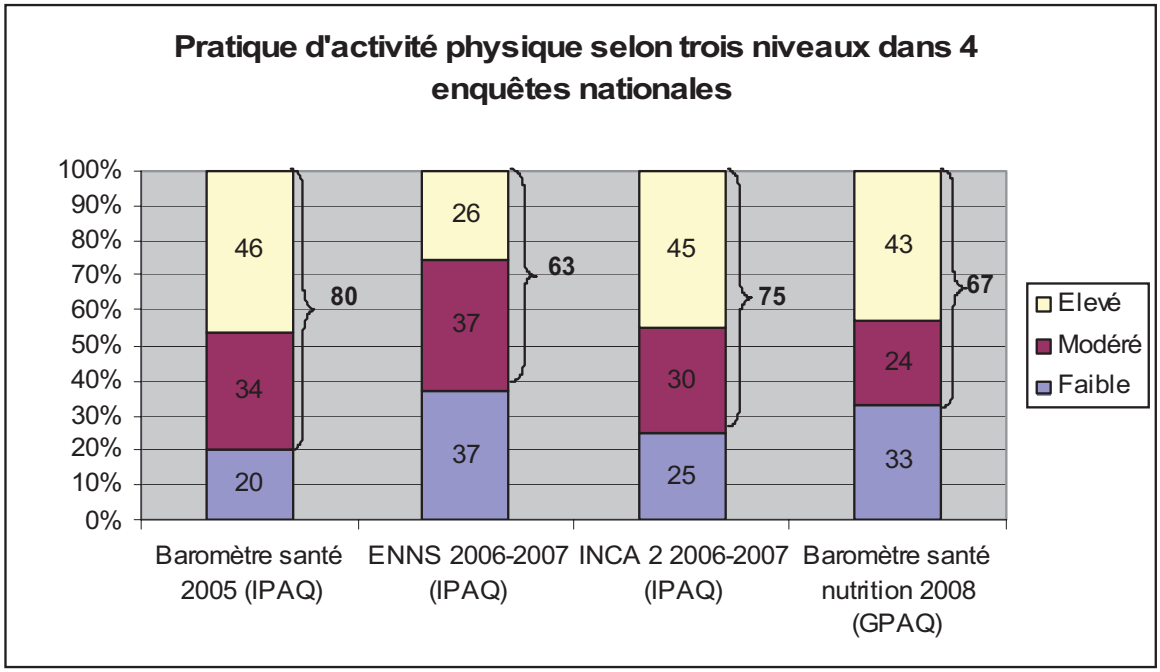
Les promoteurs du PNNS disposent sur l'activité physique de travaux récents qui peuvent donner une nouvelle impulsion à cette partie des orientations du PNNS, comme l'expertise collective de l'INSERM précitée qui a permis de confirmer le rôle déterminant de l'activité sportive pour l'état de santé à tous les âges de la vie, comme facteur de prévention mais aussi dans le traitement des principales pathologies chroniques. La suite de ces travaux a débouché sur la commande du rapport du Pr. TOUSSAINT, qui a réuni un groupe d'experts et a fait un ensemble de préconisations reprises dans le PRAPS.

Un rapport (rapport du Pr. BERTSCHE) a également été demandé par les ministres de la santé, des sports et de l'enseignement supérieur et de la recherche concernant l'offre publique de formation aux métiers de l'activité physique. La mission estime qu'avec ces travaux, les acteurs du PNNS disposent d'une « boite à outils argumentées, documentée et opérationnelle » permettant de donner une nouvelle dimension à cet objectif de santé publique.

3.2.1.3. Les indicateurs et outils d'évaluation coexistent

Ils sont précisés dans l'annexe nutritionnelle du présent rapport.
On peut les résumer de la manière suivante :

Graphique 1 : Les différentes pratiques d'activité physique dans quatre enquêtes nationales



Source : INPES pour la mission

Le débat entre experts est surtout d'ordre méthodologique

La déclinaison de ces orientations et surtout la mesure de leur impact soulève parfois des débats entre experts : ils ne concernent pas la notion d'intensité de l'activité physique mais le choix de la ou des catégories (ou le seuil) le(s) plus pertinent(es) à utiliser dans une optique de santé publique.

La méthodologie retenue dans la plupart des enquêtes est reprise dans l'évaluation de l'objectif 9 de la loi du 4 août 2004 et consiste à utiliser des questionnaires reposant sur l'auto-déclaration des personnes. L'International Physico Activité Questionnaire (IPAQ) fournit une description globale de l'activité physique en toutes circonstances (loisirs, activité professionnelle, transport, tâches ménagères etc.…), ce qui permet de classer les personnes selon l'intensité des activités physiques réalisées (bas, modéré ou élevé). Les variations observées entre les différentes enquêtes s'expliquent plus par des différences méthodologiques[123] que par une variété des pratiques.

Ces débats portent sur la notion d'activité physique globale, dans la mesure où les concepteurs de l'IPAQ ont préconisé d'aller au-delà de la catégorie « modérée » en recommandant l'utilisation de la catégorie « élevée » pour mesurer les niveaux d'activité physique associés à des bénéfices pour la santé[124]. Or, les recommandations du PNNS sont restées sur la notion « d'activité modérée ». Les activités sédentaires sont par ailleurs essentiellement mesurées par le temps passé devant un écran. Il importe donc de préciser notamment la nature et l'intensité de l'activité physique préconisée, et de définir, dans la mesure du possible, la notion de « temps passé devant un écran », et d'affiner cet instrument de mesure (notamment la mesure de du temps passé devant un écran comme outils de travail, ou comme activité de loisirs, en fonction du profil de l'utilisateur). Ces éléments sont à mettre en relation avec l'évolution des modes d'activité professionnelle, comme cela a été dit supra, qui font de moins en moins appel à l'activité physique[125].

- Les évolutions de la pratique ne sont guère probantes

D'une manière générale, en s'appuyant sur le dernier « baromètre santé 2008 de l'INPES», on peut d'ores et déjà retenir quelques éléments d'appréciation :

- moins de la moitié (42,5%) des Français âgés de 15 à 75 ans, pratiquent une activité physique, avec un niveau « favorable à la santé » (ils étaient 45,7% en 2005) ;
- les hommes ont une activité physique plus importante que les femmes (51,6% contre 33,8%) ;
- -les personnes qui déclarent avoir une alimentation plutôt déséquilibrée, et qui pensent ne pas pratiquer suffisamment d'activité physique, ou qui déclarent 6 heures ou plus d'activité sédentaire, ont une probabilité plus faible d'atteindre un niveau d'activité physique favorable à la santé ;
- les personnes à statut socio-économique élevé ont une probabilité plus faible d'atteindre un niveau d'activité physique favorable à la santé, mais elles ont une tendance plus importante à déclarer une activité physique favorable de loisirs.

Ces éléments d'appréciation montrent que la modification des comportements en faveur de niveaux d'activité physique plus élevés est le résultat de nombreux facteurs, (individuels, collectifs, liés à l'urbanisme, les transports, l'environnement), et qu'il est nécessaire de bien les identifier dans une approche intégrée pour définir des stratégies d'interventions plus efficaces et ciblées en fonction des caractéristiques socioculturelles des bénéficiaires potentiels. **L'approche intégrée est un des acquis du PNNS, mais qui mérite d'être amplifiée.**

Mais afin de relativiser la portée des études et mesures sur l'impact de l'activité physique, et ne pas les soumettre à des extrapolations erronées, le « baromètre santé » de 2002 indiquait que 65,7% des personnes concernées par l'étude déclaraient faire au moins 30 minutes d'activité physique par jour

[123] Face à face ou par téléphone.
[124] Catégorie utilisé par les enquêtes baromètre santé 2005, baromètre nutrition santé 2008 et INCA 2
[125] Ce qui n'est pas le cas dans des départements d'outremer comme à la Martinique, dans lequel les chiffres montrent encore la part importante de la force physique dans l'activité professionnelle

(loisirs ou vie quotidienne), dont 70% d'hommes et 61% de femmes. **Les chiffres de 2008, sont donc moins favorables qu'en 2002.**

Pour ce qui concerne les jeunes, ce sont les garçons et surtout les enfants d'ouvriers qui passent le plus de temps devant un écran. En effet, les études tirées du cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire cité supra indiquait que plus de la moitié des adolescents disent passer entre 1 et 3 heures par jour devant un écran (TV, ordinateur ou jeu vidéo) les jours d'école. Les garçons sont un peu plus nombreux à passer plus de 3 heures devant un écran surtout les jours sans école (39,4% contre 34,6%).

Sans qu'il soit possible d'avancer l'idée que ce marqueur de sédentarité peut être compensé par l'activité physique, il apparaît dans cette enquête que ce sont les garçons, à l'âge de 23 ans, qui sont aussi plus nombreux que les filles à déclarer pratiquer au moins une fois par semaine une activité sportive, (57% contre 38%).

- La connaissance de ce repère nutritionnel reste à perfectionner

Les données du post test réalisé par l'INPES sur le message « manger-bouger » en 2004 montraient qu'un tiers de la population connaissait la recommandation, mais que le sens et le contenu réel du message, intensité, nature de l'activité physique en question (de loisir, de transport, professionnelle) restaient mal connus.

Certains travaux insistent sur la nécessité pour renforcer l'efficacité des campagnes de promotion de l'activité physique, de faire en sorte que les individus dans leur vie quotidienne puissent aisément pratiquer une activité physique, par un faible niveau de contrainte temporelle, physique ou financière[126].

Recommandation n°42 : revoir les indicateurs à la lumière de ces travaux d'experts et déterminer par catégories de populations des objectifs réalistes et facilement atteignables.

Recommandation n°43 : renforcer la partie des études et recherches relatives à la mesure de la sédentarité.

Recommandation n°44 : introduire dans les stratégies et actions les cibles spécifiques, liées au genre, aux revenus et au niveau socioculturel.

3.2.2. Une inégale mise en oeuvre des actions

3.2.2.1. Le bilan présenté par le PNNS devant le CNSP illustre le retard pris

Le bilan du PNNS présenté au CNSP en 2008 indiquait qu'il n'y avait pas d'avancée notable sur l'activité physique hormis d'une part l'augmentation du nombre de chartes pour les « villes actives » qui contiennent une référence à l'activité sportive, et la remise de l'expertise collective de l'INSERM. Les comptes rendus des comités de pilotage accordent une place réduite à la promotion de l'activité physique[127]

La description de l'état d'avancement des actions des chantiers relatifs à l'activité physique figurent en annexe. Il s'agit de la formation, essentiellement du suivi du rapport du Pr. MARTIN, dont peu de recommandations ont été mises en oeuvre, sauf sur ce thème dans des actions de formation avec le CNFPT. Les actions de communication vont des films de l'INPES aux

[126] « Canada en mouvement, 2000 pas de plus par jour », Walk once a week » dans les écoles anglaises », « pédibus », action liée aux trajets scolaires et soutenu par le PNNS, note de veille du CAP, n°166 op. cité.
[127] A titre d'exemple, le 14 octobre 2008 présentation du projet de la Mutualité française « bouge » et le 13 janvier 2009 le document de synthèse PNNS « sur l'activité physique et l'obésité de l'enfant ».

documents d'information comme les » mallettes » des partenaires (CNOSF, Mutualité française), aux « documents de synthèse du PNNS » en direction des professionnels.

Le mouvement sportif a été introduit au sein du comité de pilotage, et notamment le CNOSF et la fédération française de gymnastique volontaire (FFGV), et des missions de pilotage confiées à la direction des sports.

Les actions locales avec les « villes actives, départements actifs» ne sont pas les seules à s'intéresser, même de manière inégale, à l'activité physique, puisqu'on retrouve aussi ces actions dans le cadre de l'association « eco-maires » avec la semaine « Mouve'eat ». Un « département actif », la Moselle, s'est plus particulièrement impliqué dans le développement de cet axe.

En ce qui concerne les entreprises, la déclinaison de la charte aurait dû faire l'objet d'un groupe de travail repoussé en 2010 en raison de la crise économique ; les initiatives des entreprises en matière d'activité physique sont peu nombreuses, hormis l'exemple toujours cité d'un constructeur automobile situé à Rennes. Elles tendraient à se développer sans qu'à aucun moment la mission ait pu le constater sur le terrain.

L'axe « activité physique » est quasi absent des actions contre la dénutrition, qui traitent surtout de la partie alimentation de la nutrition, et concernent davantage la prévention secondaire et tertiaire qu'il s'agisse de la prévention de la dénutrition des personnes âgées (voir l'avis de l'AFSSA en janvier 2009) ou des personnes hospitalisées[128].

Deux autres chantiers intègrent de manière anecdotique l'activité physique, le chantier « prise en charge de l'obésité », avec des exceptions, comme dans le cadre d'action de réseau, comme les UTEP –en Champagne Ardennes, ou le réseau Efformip en midi- Pyrénées; et le dossier « surveillance » pour lequel les activités de recherche restent encore menées de manière inégale.

L'état d'avancement de ces mesures montre bien qu'au niveau national, le PNNS dispose de peu de leviers pour agir sur la mise en oeuvre de cette composante du PNNS, et le plus souvent ne va pas au-delà de la seule évocation du thème ou de l'orientation souhaitée.

3.2.2.2. Les réorientations en cours du programme ne modifient pas sensiblement la prise en compte de cette problématique

Les réorientations proposées auraient mérité d'être hiérarchisées et assorties des modalités permettant de les appliquer. Il manque le mode d'emploi, qu'il s'agisse de développer une signalétique incitative dans les lieux publics, d'améliorer l'attractivité des escaliers, de promouvoir les déplacements actifs en ville, en lien avec le PNSE, concernant son volet transports, de lutter contre la sédentarité des enfants et adolescents, de coordonner les actions relatives aux APS avec le « pôle ressources national sports et santé »[129] , d'élaborer des outils méthodologiques pour étendre des stratégies ayant fait la preuve de leur efficacité type ICAPS, et d' assurer l'articulation des actions avec les projets menés par le milieu sportif et les fédérations sportives (notamment celles représentées désormais dans le comité de pilotage).

Il faut noter que les deux orientations visant les sportifs de haut niveau d'une part et le développement des pôles ressources nationaux d'autre part illustrent le défaut de détermination claire du niveau de priorité des objectifs du PNNS déjà signalé, entre l'approche par la compétition et celle du sport pour tous. A la décharge des acteurs du PNNS, l'évolution des fédérations sportives vers le concept de « sport pour tous » est encore récente et n'est pas encore unanimement partagée. En outre, l'éducation physique et sportive de l'enseignement obligatoire dans les

[128] Voir l'annexe n° et les actions contenues dans les PRSP pour les régions interrogées par la mission par questionnaire.
[129] Action pilotée par la direction des sports par le biais notamment d'une convention 2009/2012

établissements scolaires apparaît peu dans le dispositif, sauf sous la forme d'outils en direction de la communauté éducative.

Les possibilités d'accès des populations défavorisées, ou des jeunes filles ou des femmes, ne font pas l'objet d'une approche spécifique, alors qu'un rapport de l'IGAS[130] de mars 2007 avait préconisé une série de recommandations destinées à favoriser l'accès aux sports des publics défavorisés, et en particulier en déterminant des indicateurs de mesure des efforts de développement de la pratique sportive des populations défavorisées dans les conventions d'objectifs entre les fédérations sportives et l'Etat.

Recommandation n°45 : renforcer la partie promotion de l'activité physique et lutte contre la sédentarité dans le prochain PNNS.

Recommandation n°46 : utiliser dans le prochain PNNS les travaux de l'INSERM et la boite à outil du PNAPS pour donner une impulsion réelle à cette partie du PNNS en renforçant la synergie entre les deux plans et les liens entre leurs responsables ou promoteurs au niveau national et local.

Recommandation n°47 : accroître la part des représentants de l'activité physique au sein du comité de pilotage, dont les représentants administratifs et associatifs de l'activité physique intervenant dans les activités scolaires et extrascolaires (ministère de l'éducation nationale, des sports, fédérations sportives, associations -USEP, UNSS et UGSEL) au comité de pilotage.

Recommandation n°48 : reprendre les préconisations du rapport de l'IGAS permettant de faciliter l'accès aux sports des populations défavorisées en fonction de la stratégie du PNNS (les mettre en annexe.

3.2.2.3. La promotion de l'activité physique des personnes âgées n'est pas très développée

L'activité physique constitue un élément, encore trop marginal, de maintien en forme et de prévention de la dépendance des personnes âgées. Lieu de contacts pour les personnes âgées isolées, les clubs de sport, intergénérationnels ou réservés aux personnes âgées sont encore peu intégrés dans la démarche du PNNS, par les documents stratégiques ou dans les appels à projets régionaux.

Des programmes et réseaux européens comme « promotion de l'activité physique chez les personnes âgées sédentaires (PASEO)[131] ou nationaux, « association à la découverte de l'âge libre » (ADAL), de même que les études et rapports précités ont montré toute l'importance de cette approche, complémentaire de la prévention de la dénutrition, dans le maintien d'un bon état de santé.

La mission a rencontré à la fois des opérateurs privés lucratifs et non lucratifs gérant des établissements pour personnes âgées, des fédérations de l'aide à domicile, ainsi que des promoteurs proposant des actions relatives à l'activité physique, le plus souvent sous forme associative, qui interviennent localement, et souvent indépendamment du PNNS, à domicile ou en établissement[132].

Les appels à projet au niveau régional imposent souvent, ce qui est cohérent avec l'approche globale « nutrition » que l'activité physique et l'alimentation soient traitées dans la même réponse, ce qui handicape les projets qui ne développent que l'activité physique. L'étude récente

[130] VILCHIEN,D PUYDEBOIS, C. « accès aux sports et aux loisirs », rapport de l'IGAS, mars 2007
[131] PASEO, mise en réseau de partenaires et coordination de programmes pour promouvoir l'activité physique chez les personnes âgées sédentaires.
[132] Association Siel bleu par exemple, citée par plusieurs opérateurs.

commandée par le comité technique régional nutrition santé et l'observatoire régional de la santé des pays de Loire[133] montre que des animations physiques collectives commencent à se développer, avec parfois un professeur spécialisé, mais que rares sont les établissements qui proposent l'élaboration d'un plan individuel adapté.

De plus, la gestion du GRSP impliquant souvent de conjuguer de nombreux plans et programmes de santé publique, ce sont donc les décideurs du GRSP qui arbitrent que tel ou tel projet relèvera de tel ou tel plan, avec les financements qui lui sont attachés[134]. La référence au PNNS est souvent inexistante ou mal comprise, et hors établissements, la majorité des actions relève du PNBV, dont un axe est piloté par la direction des sports. La distinction entre le PNNS et le PNBV est d'ailleurs parfois de pure opportunité en fonction des modalités de financement des projets en questions et des cibles recherchées[135].

Le développement de l'activité physique en direction des seniors qui ne sont pas en établissement soulève la question de l'information sur les activités, le centre local d'information et de coordination (CLIC) n'étant sont pas toujours le lieu d'information le plus opérationnel. L'accessibilité des activités (au plan financier) comme des locaux (la journée étant réservée aux scolaires et le début de soirée aux actifs), avec des horaires trop tardifs pour cette classe d'âge peuvent en outre constituer un frein au développement de ces activités encadrées.

Les relations de partenariat sont en ce sens indispensables, au niveau national, par les fédérations d'aide à domicile, ou les groupements de gestionnaires d'établissements, et au niveau local avec des porteurs de projets. Des collectivités locales y contribuent parfois, en favorisant, pour les personnes âgées valides, des programmes de gymnastique adaptée, facilement accessibles. Mais, dans le cadre des plans d'aide de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA), il est rare qu'une partie des heures d'aide à domicile prévoient, à titre d'action de prévention, un accompagnement d'activité physique. Des caisses de retraite commencent, de leur coté, à intégrer ce financement pour leurs bénéficiaires.

Une expérimentation en Région Bretagne

A partir A partir de trois constats :

- les bienfaits des activités physiques et sportives, en particulier chez la personne âgée en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes « EHPAD », (illustrés par un CDROM (2003), présenté à divers professionnels de santé
- la promotion des activités physiques en EHPAD ne se limite pas qu'à encourager la personne âgée dépendante à conserver des activités. La pratique d'une l'activité physique encadrée par un personnel qualifié est indispensable pour rompre la spirale : perte des capacités – dévalorisation – repli sur soi ;
- la possibilité d'adapter l'offre à la demande (disponibilité des éducateurs sportifs (Brevet d'Etat) en journée sur toute la semaine) ;

une expérimentation de type pilote a été mise en place en région Bretagne, à l'initiative du médecin conseiller de la DRDJS, en collaboration avec le CREPS de Dinard, et le soutien financier du ministère chargé des sports.

Une trentaine d'établissements de type EPHAD bénéficient aujourd'hui de l'intervention des éducateurs sportifs. La pratique des APS est inscrite dans leur **projet d'établissement.**

Dans ce contexte et dans la perspective d'une éventuelle pérennisation, voire d'une extension de l'expérimentation à d'autres régions, le ministère chargé des sports a souhaité mettre en place une **évaluation** qui sera conduite par l'ORS de Bretagne courant 2010.

Source : DRJS de Bretagne et Direction des sports

[133] « Prévention et prise en charge de la dénutrition dans les structures des pays de Loire accueillant des personnes âgées dépendantes », mars 2010.
[134] Exemple de l'action « bien manger-bien bouger » en Ile-de-France, qui a été financé au titre du plan « plan autonomie des personnes âgées ».
[135] Il est rappelé que le PNBV concerne les personnes âgées qui ne sont pas en établissements.

Dans le cadre de ses entretiens ou des actions vues sur le terrain, la mission a constaté que :

- la dimension « prévention » de l'activité physique était insuffisamment prise en compte comme une dimension à part entière pour les personnes âgées non dépendantes tant dans le PNNS que dans les PRSP ;
- le financement des activités physiques en établissements, qui n'existent que de façon limitée et souvent à titre expérimental[136], pouvait être à terme menacé par la contraction des budgets des départements ;
- le niveau de formation des intervenants est à ce stade essentiel, mais les professionnels ont des profils très différents : professeurs d'EPS, éducateurs sportifs, médecins du sport. Il s'agit souvent d'éducateurs sportifs ayant suivi une licence, ou maîtrise STAPS, et de formations complémentaires de type diplôme universitaire (DU).

Recommandation n°49 : promouvoir l'activité physique adaptée au sein des maisons de retraite et des EHPAD en les intégrant dans le projet d'établissement.

Recommandation n°50 : veiller, en liaison avec la direction des sports et la direction générale de la santé, à adapter la formation des professionnels pour les publics atteints de pathologies ou vieillissants.

Recommandation n°51 : renforcer le lien entre les professionnels du sport, de la santé et du médico-social et valider par un comité scientifique les outils de programmation, de suivi et d'évaluation de l'encadrement des activités sportives adaptées et élaborer avec les partenaires une charte de qualité des opérateurs (représentants des départements, des associations de l'aide à domicile, des organismes représentants les établissements pour personnes âgées, des organismes de protection complémentaires et caisses de retraite qui souhaitent s'impliquer dans ces actions).

3.2.2.4. Les implications variables des autres partenaires potentiels

Une communauté éducative en retrait

L'éducation physique et sportive relevant de l'enseignement primaire et secondaire représente 35 000 professeurs d'EPS auxquels il faut ajouter les professeurs des écoles qui dispensent 3 heures d'éducation physique. Les 4 heures d'EPS dispensées en 6ème, les 3 heures de la 5ème à la 3ème, les 2 heures de la seconde à la classe terminale représentent 22 à 23 millions d'heures par an, (700 000 heures par semaine) qui sont autant d'occasions de faire pratiquer des activités physiques (et de dispenser les messages du PNNS). Bénéficiaires « captifs », les élèves peuvent également, dans le « socle commun de connaissance » bénéficier d'une approche intégrée (EPS, mais aussi sciences de la vie et de la terre -SVT-) alliant les connaissances théoriques « sport, effort physique et alimentation » et pratiques de l'activité physique.

La formation des enseignants d'EPS (filière STAPS) relève pour la définition des programmes de formation des directeurs d'UFM-STAPS, seuls compétents pour en valider le contenu. Les concepts liés au PNNS commencent à être intégrés dans les épreuves des concours de recrutement, pour lesquels l'inspection générale de cette discipline est compétente, et un nombre croissant de sujets d'épreuves portent sur les questions de santé au sens de l'OMS.

D'une manière générale, les axes du PNNS peuvent et font partie de la formation, voire des épreuves de sélection des futurs professeurs d'EPS. En revanche, les questions comme celles de la stigmatisation des élèves en surpoids ou obèses, ou les modalités de leur intégration dans les activités d'EPS sont rarement évoquées au cours de la formation de ces enseignants, alors que c'est souvent le lieu et le moment de réfléchir à ces questions.

[136] Expérience innovante menée en Bretagne avec l'intégration de l'activité physique dans le projet d'établissement des EHPAD

De plus, et contrairement à beaucoup d'idées véhiculées sur ce sujet, seuls 4% d'entre eux sont dispensés de cours d'EPS, ce qui relativise la notion de « dispense de complaisance ». Selon une enquête du ministère de l'éducation nationale, si l'EPS n'était pas obligatoire, les élèves, et surtout les filles, assisteraient de moins en moins à ces cours, et ce d'autant plus qu'elles avancent en âge.

L'accompagnement éducatif à la sortie de l'école, intégré dans le service des enseignants de 16 à 18 heures, prévoit un volet sportif, mais d'après les interlocuteurs de l'inspection générale de la discipline rencontrés par la mission, l'activité sportive est peu concernée, (de l'ordre de 10% du temps). L'activité physique facultative et encadrée diminue également avec l'âge puisqu'elle ne concernerait que 1/5ème des collégiens et 1/10ème des lycéens. Leur implication dans les activités physiques du mercredi après midi, dans le cadre de l'union sportive de l'éducation physique (USEP) l'union nationale du sport scolaire (UNSS) pour l'enseignement public et de l'union générale sportive de l'enseignement libre (UGSEL) concerne environ 20% d'entre eux. Traditionnellement orientée vers le sport de compétition, ces associations commencent à se tourner vers le concept de « sport pour tous » et à faire évoluer leur stratégie. C'est une opportunité à saisir.

D'une manière générale, le concept d'EPS et d'AS est principalement conçu pour les garçons valides, en bonne santé et souvent inscrits dans des associations ou clubs sportifs extérieurs à l'école. Un axe stratégique mériterait d'être développé, en fonction des évaluations constatées, en direction des filles, des garçons non sportifs, des élèves dont l'état de santé n'est pas très bon, et d'une manière générale vers les élèves défavorisés avec une mauvaise hygiène de vie. **Le PNNS pourrait reprendre à son compte ces orientations.**

Il faudrait également engager une réflexion pour apprécier la part des heures d'EPS réellement consacrée à l'activité sportive, et celle qui est réduite par le temps d'accès aux installations sportives.

A l'université, l'activité sportive est du ressort des associations sportives. Il faut noter l'initiative de certaines universités utilisant l'activité sportive comme « produit d'appel » permettant d'intégrer les résultats sportifs dans la capitalisation des résultats universitaires[137].

Recommandation n°52 : S'appuyer sur les établissements scolaires pour promouvoir dans les cours d'EPS et les activités extrascolaire à la fois l'activité physique et sportive, et les préconisations nutritionnelles selon l'approche PNNS, et ce en liaison avec les collectivités locales.

Recommandation n°53 : Engager un travail sur l'adaptation des activités d'EPS et d'AS en direction des élèves les moins réceptifs à cet axe du PNNS.

Le monde du sport et le « sport pour tous »

Les fédérations sportives ont commencé à mieux prendre en compte l'activité physique comme facteur de santé dans le cadre des appels à projets de la DGS sur les maladies chroniques.

L'entrée du CNOSF et de la FNGV au sein du comité de pilotage sont révélateurs de cette évolution. La mission a néanmoins noté l'affirmation marquée de certains sponsors dans les locaux du CNOSF dont la référence à la nutrition était souvent mise en cause[138].

Confrontées parfois à une baisse du nombre de leurs licenciés, et au développement de l'activité sportive « non encadrée », les fédérations sportives s'orientent peu à peu vers le « sport pour tous », avec leurs 14 000 éducateurs sportifs diplômés. La direction des sports est particulièrement engagée dans le dialogue avec ces associations et elle est le principal pilote de cet axe du PNNS. Les financements que permet le centre national du développement du sport (CNDS), la présence de

[137] Universités Paris1 et paris 13, par exemple, sous la forme de bonus pour les notes supérieures à la moyenne, ou
[138] Dont Coca Cola, et Mac Donald

la direction des sports au comité de pilotage et son rôle de pilote permet à ce secteur d'être un partenaire dont le rôle ne cesse de croître. Là encore, il est important d'inscrire les populations défavorisées dans ces actions pour pouvoir leur permettre de bénéficier de ces initiatives, et de voir comment mieux faire participer les jeunes filles et les femmes à ces activités.

Sans lien direct, mais néanmoins en cohérence avec sa participation au comité de pilotage du PNNS, la DGCCRF a été amenée à s'intéresser à la protection du consommateur fréquentant les salles de sport.

Recommandation n°54 : Revoir avec les fédérations sportives le ciblage en direction de certaines populations (populations défavorisées, jeunes filles et femmes).

Les initiatives locales

La promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité sont des axes déclinés depuis plus de 20 ans au plan international et européen, et des expériences locales ont été initiées dès avant même la définition du premier PNNS, comme dans le département du Val-de-Marne, ou la région Nord-Pas-de Calais…

Certaines expériences locales ont été lancées en dehors du PNNS. Mais de l'avis de leurs promoteurs (ex d'ICAPS), le PNNS a constitué à la fois un cadre de référence et un élément moteur de légitimation de ces actions.

La mission n'avait pas pour objet de dresser l'inventaire de toutes les initiatives prises ; elle s'est intéressée à certaines d'entre elles sous l'angle des « bonnes pratiques ».

L'impulsion nationale est parfois nécessaire : c'est le cas de l'action pilotée par la Mutualité française déjà cité, avec pour objectif de toucher directement élèves et communauté éducative, au sein de l'école. et qui a été, dans un premier temps, expérimenté dans quatre régions françaises avant d'être, dans le cadre du PNNS, généralisé à l'ensemble du territoire.

On peut aussi citer l'appel à projet de la Fondation de France destiné à soutenir des projets favorisant le développement de l'activité physique pour les filles « allez les filles », mais qui se fait sans référence et hors PNNS.

L'expérience ICAPS est quant à elle partie d'une initiative locale, avant que le PNNS (via l'INPES) propose la généralisation de cette méthodologie.

Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et le comportement sédentaire

L'étude ICAPS est une étude de prévention primaire réalisée sous forme d'un essai d'intervention randomisé d'une durée de quatre ans. Son but est d'amener les adolescents à augmenter leur niveau d'activité physique dans le long terme, de diminuer par la même occasion leurs comportements sédentaires et de modifier leurs attitudes vis à vis de l'activité physique. Ses objectifs sont :

- d'évaluer l'intérêt de la mise en place d'actions visant à lutter contre la sédentarité et à promouvoir l'activité physique sous toutes ses formes, d'actions sur le risque vasculaire et le surpoids des jeunes adolescents ;
- de préciser l'évolution de la pratique d'activité physique et de la sédentarité des adolescents au cours de leur scolarité au collège, en relation avec leur état de santé.

Le Pr. Chantal SIMON cordonne la mise en place l'étude ICAPS. La phase 1 de cette étude qui s'est poursuivie de 2002 à 2006 dans huit collèges du Bas-Rhin, a permis d'évaluer l'impact d'une action « multi-niveaux » ciblant l'activité physique et la sédentarité sur l'évolution pondérale et le

risque vasculaire d'adolescents de 6ème. Les résultats de cette étude ont été publiés[139]. Ils ont démontré pour la première fois qu'il était possible de faire bouger les adolescents dans le long terme et que cela s'accompagnait d'une amélioration de leur état de santé, plus spécifiquement d'une prévention du surpoids et d'une amélioration du risque cardiovasculaire. Cette première phase a bénéficié de l'aide de l'Etat à hauteur de 23 254 € : 15 000 € attribués en 2004 (via le Budget Opérationnel de Programme (BOP) sport - action 3 : 10000 € et les Contrats éducatifs locaux : 5000 €) et 8254 € attribués en 2006 (via le BOP sport – action 3).

En 2009, le ministère de la santé et des sports a décidé de s'associer à la deuxième phase du projet qui a pour objectif d'inscrire l'action ICAPS dans la durée :

- en vérifiant que ses effets perdurent à distance de l'arrêt de l'intervention ;
- en précisant les facteurs prédictifs et les conditions de succès ;
- en favorisant la réplication du programme dans d'autres contextes et à plus large échelle au niveau régional, au moindre coût grâce à la réalisation et la diffusion d'outils adaptés.
-

Une convention de coopération scientifique a été signée entre la direction des sports et l'association ICAPS et une aide de 95 500 euros a été accordée dans ce cadre (80 000 € attribués à l'échelon national et 15 500 euros à l'échelon régional).

Source : Dr. Chantal Simon, Direction des sports et DRASS Alsace

Les expériences comme celle d'ICAPS sont particulièrement intéressantes car elles impliquent de nombreux partenaires. Mais le postulat de départ de cette expérience reste fondé sur l'idée, comme cela a été dit à la mission, que « l'activité physique, ça ne marche pas bien dans le cadre de l'EPS obligatoire ».

La mission n'est pas en mesure d'infirmer ou de confirmer ce diagnostic, mais recommande néanmoins de renforcer le caractère intégré de ces actions en mobilisant davantage les activités et les enseignants qui interviennent dans le cadre de l'enseignement obligatoire.

La promotion de l'activité physique du PNNS est encore trop peu déclinée dans les PRSP

Un certain nombre d'actions ont été financées par les GRSP. Dans certains cas, relativement rare, l'activité physique y occupe une place spécifique. D'autres actions en faveur de la promotion de l'activité physique existent également en dehors des GRSP, parfois financées par des opérateurs privés, comme des laboratoires pharmaceutiques, sans qu'il soit possible d'en faire l'inventaire.

Les promoteurs de ces actions que la mission a rencontrés ont néanmoins fait référence au PNNS comme cadre ou comme référence d'une problématique générale au sein de laquelle ils s'inscrivaient volontiers, même en dehors d'un logo, d'un label ou d'un financement GRSP.

L'implication des responsables, correspondants régionaux du PNNS est déterminante. La qualité de leurs relations de partenariat ainsi créées également C'est pourquoi il faut citer l'exemple de la région Champagne/Ardenne : le pilotage du PNNS en région a été confié dès le début au médecin conseiller du DRJS, mis à disposition de la DRASS à hauteur de 0,4 ETP pour être le correspondant régional du PNNS, mais aussi pour être le médecin conseiller du GRSP. Il a pu développer des initiatives originales relatives à l'activité physique et l'activité physique adaptée permettant ainsi de renforcer, par son investissement personnel et son savoir-faire, cette partie du PNNS.

[139]* Simon C, Wagner A, Platat C, et al. ICAPS: a multilevel program to improve physical activity in adolescents. *Diabetes Metab* 2005; 32: 41-9.
*Simon C et al: Successful overweight prevention in adolescents by increasing physical activity: a 4-year randomized controlled intervention
International Journal of Obesity, 15 July 2008

De fait, chacun a créé son propre domaine d'intervention, la seule circulaire de mise en oeuvre du PNNS de la DGS de janvier 2002 se contentant, sur ce sujet, de donner une orientation générale : « *avec les directions régionales de la jeunesse et des sports, vous analyserez les moyens de promouvoir l'activité physique pour tous, notamment les plus sédentaires* ». Le caractère vague et peu opérationnel de ce texte, rédigé sous la seule responsabilité de la DGS, reste peu opérationnel sur cette partie du PNNS.

Et une implication relative des collectivités locales

Une partie des communes appartient aux différents réseaux cités supra ce qui favorise pour certaines d'entre elles la promotion de l'activité physique sous plusieurs formes.

Une enquête réalisée par l'INPES en septembre 2008 a dressé un état des lieux des actions municipales en matière de promotion de l'activité physique, analysant notamment les actions d'information et de communication auprès du grand public, les actions sur l'environnement et notamment les infrastructures sportives et le bâti, les actions populationnelles et de coordination de projet[140]. Parmi les enseignements de cette enquête, menée par téléphone auprès de 632 mairies, selon la méthode des quotas, on peut noter que ce sont les actions d'information et de communication qui sont les plus revendiquées par les mairies interrogées, (dont plus de la moitié diffuse des messages du PNNS ou en lien avec l'activité physique et la nutrition). La mise à disposition de locaux municipaux est largement répandue pour la pratique de l'activité physique, mais c'est le manque d'intérêt qui est, plus que le manque de moyens, le principal frein à la mise en place d'actions de promotion de l'activité physique, même si les aides financières sont considérées comme l'élément le plus important.

Le rôle des collectivités locales, et notamment des communes qui possèdent une partie des équipements sportifs est absolument déterminant pour faciliter l'accès de tous et pas seulement des scolaires aux installations sportives. Parfois, des initiatives comme les différentes opérations « Velib » sont, comme l'a fait remarquer le Pr. TOUSSAINT à la mission, des vecteurs essentiels de promotion de l'activité physique.

L'activité physique encadrée pour la pratique du « sport pour tous » reste néanmoins un enjeu majeur. A titre d'exemple, la mission a pu constater que des initiatives conjointes entre une municipalité (Reims), une fédération sportive d'athlétisme avec des bénévoles motivés, une localisation de proximité dans un quartier populaire sous l'impulsion d'un correspondant régional du PNNS très impliqué et convaincu constitue un excellent exemple des possibilités de démarche locale intégrée avec une préoccupation forte en direction de populations qui ne sont pas facilement convaincues des effets bénéfiques de l'activité physique.

Un exemple de bonne pratique

<u>*Accessibilité à la pratique*</u> :
Recensement des structures proposant des activités physiques ou sportives adaptées aux différents publics est réalisé sur la Marne et sur la Haute-Marne et elle est en cours dans les autres départements.
Mise en place des chèques ou coupons sport-santé en phase de préparation avec la société Actobi et avec l'Agence Nationale des Chèques Vacances (ANCV).

Exemple : un club sportif, le club EFSRA (Entente Family Stade de Reims Athlétisme) à Reims, dans la zone défavorisée d'Orgeval, qui a mis en oeuvre une APS adaptée (marche nordique) qui attire désormais plus de 150 pratiquants au-delà des « sportifs » traditionnels. Des actions pour des personnes isolées et défavorisées en lien avec le Centre social du Quartier et le Centre médical (18 infirmières), suite à un diagnostic Santé-Ville en 2006, en mettant à profit des cours d'alphabétisation pour entrer en contact avec ces personnes.

[140] INPES, Enquête sur les actions municipales relatives à la promotion de l'activité physique auprès des mairies, septembre 2008.

Le PNNS a intégré la promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité dans ses axes stratégiques. Mais cet axe occupe encore une place trop réduite par rapport aux actions sur l'alimentation. Il est vrai qu'il ne dispose pas, en tant que programme de santé publique, de leviers pour agir sur l'environnement ou sur l'aménagement urbain. C'est en cela que l'idée des villes actives, ou des « kit » en direction des collectivités locales sont un moyen parmi d'autres de sensibilisation au PNNS.

Dans les régions, la promotion de l'activité physique est inégale et est très liée aux opportunités, une collectivité locale entreprenante, un correspondant PNNS impliqué, un environnement favorable, des professionnels, des associations ou des entreprises porteuses d'un projet. C'est en ce sens que PNNS joue son rôle de cadre incitatif et de référence.

Un des gages d'efficacité consiste à agir sur tous les éléments qui concourent à permettre le développement de cette partie du PNNS : cibler des segments de population et notamment les personnes défavorisées, redonner à l'EPS toute sa place, définir plus clairement qui fait quoi.

Il conviendra également de s'interroger dans un futur PNNS sur le degré d'articulation entre alimentation et activité physique, et les interactions à redéfinir dans les stratégies et les projets.

La promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité mettent en jeu des éléments complexes que le PNNS ne peut résoudre à lui seul. La prise de conscience de l'importance de cette question est encore plus difficile à faire partager que les notions relatives à l'alimentation. L'approche globale, voulue par le PNNS, devrait néanmoins conduire à une prise en compte nettement plus forte de ces pratiques qui, au-delà de l'activité, touchent aux modes de vie et aux comportements des personnes.

Recommandation n°55 : mettre à profit la création des commissions de prévention des agences régionales de santé, qui intègreront les collectivités locales, pour développer cette partie du PNNS.

3.3. La lutte contre la dénutrition des personnes âgées : une mise en œuvre encore insuffisante

3.3.1. Une thématique identifiée sans prise en compte de l'importance de ses enjeux

3.3.1.1. Une connaissance scientifique à approfondir

La dénutrition chez le sujet âgé est identifiée à partir de critères anthropométriques, biologiques ou en fonction du score MNA[141]. Elle est avérée si un seul des critères suivants est atteint :

- une perte de poids supérieur à 5% en 3 mois ou à 10% en 6 mois
- un IMC inférieur à 21
- une albuménie inférieure à 35g/l
- un score MNA inférieur à 17

Une revue des études existantes sur le sujet a été effectuée par l'AFSSA en 2009[142]. Dans le cadre de ses déplacements et entretiens, la mission a également eu à connaître de quelques études locales,

[141] Le MNA (Mini Nutritionnal Assessment) est une échelle d'évaluation nutritionnelle du sujet âgé, élaborée au début des années 1990 pour le groupe Nestlé. Par sa simplicité d'utilisation, il est aujourd'hui recommandé par le PNNS. Il se présente sous la forme de 18 questions : les 6 premières identifient un score de risque nutritionnel. Si celui-ci est inférieur à 11, 12 questions supplémentaires sont renseignées, et permettent d'établir l'état nutritionnel : bien nourri, à risque de malnutrition, ou dénutri.

parfois anciennes. Force est de constater d'ailleurs la pauvreté relative des études sur le sujet, et les fourchettes larges des résultats fournis. Le sujet demeure aussi largement méconnu du grand public, y compris dans le cadre de la sensibilisation à la maltraitance des personnes âgées[143].

L'étude Euronut-Seneca réalisée en Europe en 1991 et 1996 (corrélée par l'étude NHANES aux Etats-Unis144) indique que 4 à 10% des personnes âgées à domicile sont dénutries. Pour les personnes âgées vivant à domicile et nécessitant des aides à domicile, le taux de dénutrition est de 25 à 29%. En institution, 19 à 38% des personnes âgées sont en situation de dénutrition. A l'hôpital, 30 à 90% des personnes âgées sont dénutries. L'enquête Energie 4+ (AP-HP, 2002) a établi que pour un jour donné, dans les services de MCO entre 20 et 60% des patients sont dénutris, ce niveau atteignant 70% dans les USLD et les SSR.

Une étude réalisée une première fois en 1998 puis en 2002 par le CLAN du CHU de Rouen a montré que 40% de la population hospitalisée est dénutrie (dont 1/3 de façon sévère). Les patients sévèrement dénutris sont 2 fois plus atteints d'infections nosocomiales, et présentent un taux d'escarres 4 fois plus important

Une enquête « *Prévention de la dénutrition des personnes âgées en institution en Aquitaine* » a été réalisée durant l'été 2005 auprès de 601 personnes âgées de 42 établissements. L'évaluation de leur état nutritionnel a été réalisée à partir du questionnaire MNA. 19% sont en situation de dénutrition et 40% sont à risque. Mais des disparités sont constatées entre EHPAD et USLD : il y a 3 fois plus de dénutris en USLD (48%).

La directrice médicale du groupe ORPEA, gestionnaire d'EHPAD, entendue par la mission, a estimé que 30% des entrants en EHPAD étaient dénutris et que ce constat perdurait un an après l'entrée en institution. Une étude sur l'état nutritionnel de 1550 personnes âgées hébergées dans 67 maisons de retraite présentée lors des journées inter-CLAN en 2007 va dans le même sens, en établissant que 27% des résidents étaient dénutris (mais aussi que 13% étaient en surpoids et 16% en obésité).

Toujours selon l'avis de l'AFSSA, les conséquences de la dénutrition ont été *« clairement été mises en évidence »* et peuvent ainsi être résumées :

- augmentation de la mortalité en ville comme à l'hôpital
- augmentation de la durée du séjour à l'hôpital
- augmentation des infections nosocomiales (le risque est multiplié par 8, selon une enquête du RESCLIN Champagne-Ardenne réalisée en 2006[145])
- augmentation des escarres
- augmentation des chutes et fractures

Au total, l'ensemble de ces données converge pour souligner l'importance du phénomène de dénutrition, particulièrement chez les sujets âgés. Toutefois, il semble nécessaire de renforcer la connaissance scientifique de l'ampleur de la dénutrition et de ses conséquences. A cet égard, il est d'ores et déjà paradoxal de constater que dès le premier PNNS, aucune préconisation de renforcement des études et recherche sur le sujet n'est formulée, alors même que les données sur la situation nutritionnelle des personnes âgées étaient très parcellaires, notamment la prévalence des

[142] AFSSA, Avis sur l'évaluation des besoins nutritionnels chez les personnes âgées fragiles ou atteintes de certaines pathologies afin de définir des références nutritionnelles permettant d'adapter leur prise en charge nutritionnelle, janvier 2009

[143] Ainsi, le questionnaire-guide d'entretien des écoutants du numéro national de téléphonie sociale de signalement des cas de maltraitance (39 77) ne comporte pas d'item dédié à la nutrition. A la demande de la mission, une recherche sémantique dans la rubrique « commentaire libre » a indiqué une faible occurrence de cette thématique dans les signalements des appelants (sur 17.000 appels traités depuis janvier 2008, 600 évoquaient l'alimentation des personnes âgées et 300 mentionnaient expressément une situation de dénutrition).

[144] National Health and Nutrition Examination Survey

[145] Enquête citée par le rapport du groupe de travail « nutrition » de l'AP-HP, plan stratégique de l'AP-HP 2010-2014, juin 2009, rédaction Laurence Rolland-Burger et Jean-Fabien Zazzo

situations de dénutrition, en établissement mais encore plus au domicile. Le constat est identique pour le second PNNS qui, ni dans le volet « prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition », ni dans le volet « renforcement de l'effort de recherche et d'expertise », n'a prévu d'inciter au lancement d'étude, notamment avec suivi de cohortes, sur la dénutrition, alors même qu'il contribuait, en l'inscrivant en son sein, à rendre plus visible l'ampleur du phénomène. Plusieurs thèmes de recherche nécessiteraient pourtant d'être approfondis (impact de la dénutrition sur les taux de réhospitalisation, dénutrition des personnes âgées vivant à leur domicile…).

Le bilan annuel du PNNS établi en 2009 indique toutefois qu'une étude (ANAIS), prévue pour 2010 et dont la méthodologie a été élaborée par l'InVS, portera sur la prévalence de la dénutrition dans les établissements de santé accueillant des personnes âgées. Mais il n'est pas acquis que le PNNS ait, en la matière, joué un rôle d'entraînement et d'incitation au lancement de cette étude… En revanche, la mission a pu constater que des études ponctuelles avaient pu être initiées, dans le cadre des plans régionaux de santé publique, en déclinaison affichée du PNNS. C'est le cas notamment de l'enquête, précédemment citée, sur la prévention de la dénutrition des personnes âgées en institution en Aquitaine, qui a servi de point d'appui à un plan d'action dans cette région.

Recommandation n°56 : Renforcement de la connaissance sur la dénutrition, notamment chez les personnes âgées.

3.3.1.2. La dénutrition des personnes âgées, certes identifiée au sein du PNNS, mais avec des objectifs retenus parcellaires

La prise de conscience au début des années 2000 se traduit par l'inscription au sein du premier PNNS mais des objectifs trop généraux aboutissent à un bilan très limité

Le rapport du Haut comité de santé publique de juin 2000 intitulé *« Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France »* a très largement nourri l'élaboration du premier PNNS. Il a identifié, au titre de l'état des lieux, une série de populations cibles, dont les personnes âgées et les personnes hospitalisées. Le constat pose ainsi, pour la première fois à ce niveau, les enjeux de la dénutrition chez les personnes âgées, notamment pour celles qui sont hospitalisées. Est citée l'étude de l'INSERM de 1997 (expertise collective) qui indique que 30 à 61% des personnes âgées hospitalisée présentent une situation de dénutrition protéino-énergétique.

Le constat débouche sur la formulation de quelques recommandations, qui bien que sommairement énoncées, posent de manière pertinente les jalons d'une politique de prévention et de dépistage de la dénutrition des personne âgées à construire :

- la nécessité du dépistage, sans pour autant qu'un dépistage systématique ne soit proposé. L'évaluation de l'état nutritionnel doit faire partie de tout examen clinique, avec recours à l'IMC et inscription du poids dans le carnet de santé.
- une meilleure coordination au sein des réseaux ville-hôpital, pour éviter les hospitalisations et garantir une prise en charge de la dénutrition à domicile
- la sensibilisation des personnes âgées et de leur entourage (avec une évocation de la nécessité d'une meilleure prise en charge des soins et prothèses dentaires)
- la question de la convivialité de repas en milieu hospitalier
- le recours à des suppléments vitaminiques et à des compléments alimentaires

Pourtant, ces recommandations ne seront pas retenues dans leur globalité dans le cadre du premier PNNS (2001-2006). Un des 9 objectifs nutritionnels spécifiques du PNNS 1 affiche certes la volonté de « prévenir la dénutrition des personnes âgées ». Et cet objectif est ensuite décliné comme l'une des 8 mesures et actions en faveur de groupes spécifiques, en l'occurrence les personnes âgées, mais le nombre et l'intensité des actions identifiées demeurent en retrait par rapport à l'acuité du constat :

- analyser les problèmes nutritionnels et alimentaires (accessibilité, consommation, préparation) des personnes âgées vivant seules à domicile

- développer les recommandations pour la pratique clinique de la nutrition des personnes âgées
- favoriser le dépistage en pratique médicale de ville et d'institution des états de dénutrition (disques d'évaluation nutritionnelle)
- favoriser l'implication des familles dans la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées (guide spécifique).

Au-delà de la pertinence des objectifs retenus, l'évaluation du PNNS 1 (rapport Hercberg) souligne en creux la faible réalisation de ces objectifs. L'objectif d'analyse de la situation nutritionnelle des personnes âgées vivant seules à leur domicile n'est pas mentionné ni conséquemment évalué. Symptomatiquement, la partie « bilan » des actions spécifiques à destination des personnes âgées mentionne des mesures *à venir* de formation à l'attention des aidants à domicile. Les actions pour favoriser le dépistage en ville et en institution ne sont pas identifiées. La sensibilisation des familles s'est traduite par l'élaboration d'un guide spécifique sur l'alimentation de plus de 55 ans (mais dont la diffusion interviendra à partir de 2006, *voir infra*). Il n'y a pas eu de recommandation pour la pratique clinique de la dénutrition des personnes âgées, même si l'ANAES (devenue HAS) a publié en septembre 2003 une recommandation sur l'évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés, qui identifie les spécificités du sujet âgé.

En revanche, ce même bilan insiste sur la montée en puissance et le développement d'actions relatives à la prévention et au dépistage de la dénutrition dans les établissements de soins : kit de dépistage et surtout la prise en compte obligatoire de l'alimentation et de la nutrition dans les établissements de soins avec la création des Comités de Liaison en Alimentation (CLAN) à partir de la circulaire du 29 mars 2002.

Au total, il apparaît qu'à l'issue du premier PNNS, la prise de conscience engagée sur le volet dénutrition des personnes âgées, initialement centrée sur l'identification d'objectifs de prévention primaire et secondaire, ait déjà glissé principalement vers les enjeux de la dénutrition en milieu hospitalier, parallèlement à l'émergence d'un corpus réglementaire sur le sujet.

L'évaluation du PNNS 1 en 2005, dans sa partie propositionnelle, semble chercher à corriger cette évolution, en insistant sur la nécessité d'assurer le repérage et la prise en charge efficace de la dénutrition des personnes âgées par une mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés. Plusieurs propositions d'actions sont alors formulées s'agissant des personnes âgées à domicile (formation sur le dépistage de la dénutrition, mise en place de système d'alerte, évaluation de l'état nutritionnel dans le cadre de la consultation de prévention destinée aux seniors, intégration systématique - via la présence de diététicien – de la dimension nutritionnelle au sein de tous les réseaux de soins). Pour les établissements médico-sociaux, des actions de formation sur la prévention et le dépistage de la dénutrition sont également recommandées, à destination des personnels soignants mais aussi non soignants (aidants, personnels de cuisine).

<u>Le PNNS 2, dans sa construction et ses objectifs, a conforté une approche très hospitalo-centrée de la dénutrition des personnes âgées</u>

En dépit des préconisations du rapport HERCBERG de 2005, force est de constater que le PNNS 2 ne marque pas d'inflexion significative en faveur de la prévention de la dénutrition des personnes âgées, ni de son dépistage précoce, via une sensibilisation accrue, pour les personnes âgées vivant à domicile.

C'est d'abord la présentation même du PNNS qui aboutit à une forme de dilution de la thématique dénutrition des personnes âgées. Celle-ci est en effet appréhendée par trois portes d'entrée :

- au titre du plan d'action 2 « dépistage et prise en charge des troubles nutritionnels », la fiche « prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition » est la plus détaillée. Elle distingue les actions de repérage de la dénutrition à domicile et en établissement, et les actions de prise en charge au sein des établissements de santé et médico-sociaux

- au titre du plan d'action 3 « mesures concernant des populations spécifiques », la fiche « nutrition aux différents âges de la vie » comporte des recommandations concernant les personnes âgées, mais qui renvoie purement et simplement à la partie relative à la dénutrition
- au titre du plan d'action 4 « mesures particulières », la fiche « promotion des actions locales » mentionne une action spéciale pour encourager les actions de prévention en faveur des personnes qui vieillissent. Il s'agit en fait de la mention des objectifs et modalités du programme national Bien Vieillir

A l'instar des constats établis par ailleurs par la mission, il faut souligner que cette présentation du PNNS entretient une confusion préjudiciable à un suivi et une évaluation fine.

Recommandation n°57 : identifier clairement au sein du PNNS (ou le cas échéant dans un autre programme de santé - voir *infra)* un programme spécifique « prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition des personnes âgées, à domicile et en établissement », assorti de fiches-actions incombant à des pilotes nationaux et susceptibles d'être déclinées en région.

Surtout, la mission relève que les objectifs les plus précis, et conséquemment les plus suivis d'effets (voir infra), ont porté, dans la continuité du premier PNNS, sur le volet dépistage et prise en charge de la dénutrition dans les établissements de soins. Il s'agit là incontestablement d'une avancée bénéfique, à mettre au crédit de l'effet d'incitation du PNNS. Mais cela ne saurait toutefois masquer la faiblesse, du fait de leur caractère très générale, des actions retenues dans le champ de la prévention et du dépistage à domicile et dans les établissements médico-sociaux.

Cette tendance est d'autant plus regrettable que l'adoption du PNNS 2 aurait pu et du s'appuyer sur un environnement plus favorable par rapport à 2001, date à laquelle le mérite premier du PNNS 1 était d'avoir intégré la thématique de la dénutrition, contribuant ainsi à son apparition dans le débat public. En effet, deux évolutions auraient pu être davantage prises en compte au moment de l'élaboration du PNNS 2 :

- l'objectif 98 de la loi de santé publique de 2004 a consacré l'importance de cette thématique en affichant la volonté de réduire de 20% le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350 à 500.000 personnes dénutries vivant à domicile à 280 à 400.000, et de 100 à 200.000 personnes dénutries vivant en institution à 80 à 160.000). Etonnamment, le PNNS 2 ne rappelle pas cet objectif quantifié.
- le Conseil national de l'alimentation avait adopté en décembre 2005 un avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques. La mission a constaté que ses propositions n'ont que trop peu nourri l'élaboration du PNNS 2. Le comité de pilotage du PNNS n'a d'ailleurs pas débattu de cet avis. Pourtant, par l'accent principalement mis sur la situation des personnes âgées vivant à domicile, par la diversité des recommandations formulées (par exemple, bilan nutritionnel annuel, rappel de la nécessité de prise de poids mensuel en établissement, rôle des services de portage de repas à domicile, conception et préparation des repas en EHPAD, jeûne nocturne, importance de l' état bucco-dentaire, formation des aides à domicile…), il aurait pu utilement enrichir le PNNS 2 sur des sujets précis que celui-ci n'a pas in fine abordé.

3.3.2. Un chantier trop progressif et encore limité

Comme indiqué précédemment, il apparaît que les objectifs relatifs à la dénutrition des personnes âgées figurant dans le PNNS 2 ont d'emblée été diluée dans le chantier « prise en charge de la dénutrition ». Paradoxalement, alors que celui-ci insistait dans son exposé des motifs sur la situation spécifique des personnes âgées, et alors même que les actions identifiées distinguaient l'enjeu du repérage à domicile comme en établissement de santé et médico-social d'une part, et d'autre part la nécessité d'une prise en charge efficace au sein des établissements de santé mais aussi au sein médico-sociaux, l'examen de la mise en œuvre de ces objectifs révèle :

- l'absence d'actions tournées vers le domicile

- peu de mesures touchant à la situation (dépistage comme prise en charge) dans les établissements médico-sociaux
- et à l'inverse un effort significatif s'agissant de la dénutrition (tout public, mais donc aussi pour les personnes âgées hospitalisées) dans les établissements de santé.

Sans méconnaître la difficulté à faire émerger une telle thématique et en mesurant les premières avancées réalisées sur ce dernier point, la mission ne peut que pointer le décalage paradoxal entre l'identification d'une problématique réelle de santé publique et l'absence d'appropriation suffisante par les acteurs nationaux du PNNS, alors même que ce sont eux qui ont contribué à donner à connaître cet enjeu.

3.3.2.1. Des progrès réels dans le champ de la dénutrition des personnes hospitalisées, notamment liés à l'impulsion du PNNS

L'essentiel des actions engagées par le PNNS a porté sur la dénutrition en milieu hospitalier, avec des avancées significatives.

Le bilan présenté en novembre 2009 devant le CNSP confirme ce glissement relevé précédemment par la mission: il y est rappelé que le chantier « prise en charge de la dénutrition » *«a été initié en 2007 avec la lettre de mission confiée au Dr ZAZZO,[*personnalité qualifiée siégeant au Comité de pilotage du PNNS]*, sous le pilotage administratif de la DHOS ».*
Comme en atteste la lecture de comptes-rendus du comité de pilotage du PNNS depuis 2006, le chantier « pris en charge de la dénutrition » n'est mis en œuvre que dans le cadre de la mission confiée à la DHOS au Dr ZAZZO[146]. Il n'est abordé au Comité de pilotage du PNNS que par ce prisme, sans qu'un accent particulier ne soit mis sur la situation des personnes âgées, sauf pour constater la difficulté à la traiter[147].
Le tableau de bord de suivi du PNNS rappelle les actions retenues le chantier « prise en charge de la dénutrition » (actions 56 à 63), pour lesquelles la DHOS apparaît donc comme pilote et les établissements de santé comme partenaires :

- la *généralisation des CLAN* est avérée. Sur la période des deux PNNS, 18% des établissements avaient déclaré un CLAN en 2000, 30% en 2004, 72% en 2008 (dont plus de 96% des CHU)
- l'*amélioration de la prestation alimentaire* n'est valorisée dans le bilan du PNNS qu'à travers la réalisation de deux colloques en 2007 et la diffusion d'un guide sur l'organisation de la fonction restauration
- l'identification d'un *référent nutrition dans chaque établissement de santé* a été différée, compte tenu de l'adoption de la loi HPST.
- *l'intégration du dépistage de la dénutrition dans les contrats d'objectifs et de moyens* entre les ARH et les établissements de santé
- *l'expérimentation d'unités transversales de nutrition clinique* est en cours

[146] Lors du comité de pilotage du PNNS du 20 avril 2007, une rencontre avec la DHOS et la perspective de la création d'un groupe de travail sur la dénutrition est annoncée. Un courrier du directeur de la DHOS du 4 septembre 2007 confie au Dr Zazzo une mission globale de coordination de ce chantier, logiquement centrée sur les établissements de santé (avec présentation de cette mission au comité de pilotage du 5 octobre 2007). Par la suite, le Comité de pilotage du 10 avril 2009 a examiné, toujours sous la coordination du Dr Zazzo, l'état d'avancement de deux chantiers (généralisation des CLAN et situation de la restauration hospitalière). Enfin, il a présenté au Comité de pilotage de septembre 2009 un rapport d'étape sur sa mission. . Enfin, le Comité de pilotage de novembre 2009 examinant l'identification des actions nouvelles à mener en 2010 a vu le Dr Zazzo formuler des propositions nouvelles, touchant quasi-exclusivement, en cohérence avec le champ de sa mission, à la dénutrition en milieu hospitalier : réflexions sur le transfert des compétences entre les professionnels de santé pour le dépistage, la prise en charge, le suivi des troubles nutritionnels ; un chantier important sur l'organisation des messages de communication en direction des professionnels de santé, via les ARS ; une réflexion sur l'état nutritionnel dans les établissements de court séjour, de long séjour, les maisons de retraite. L'objectif, qui peut apparaître ambitieux, est de disposer d'un observatoire de santé nutritionnel longitudinal pour mesurer les effets de l'application des recommandations

[147] Le compte-rendu du Comité de pilotage du 5 octobre 2007 mentionne que « la question du « que faire à domicile ?» est particulièrement délicate ». A tel point qu'aucune réponse n'est apportée…

- l'intégration de la *dimension nutritionnelle dans les réseaux gérontologues* s'est traduite par l'exigence, posée dans une circulaire de la DHOS du 15 mai 2007, d'actions, au sein de ces réseaux, de prévention et de dépistage des troubles susceptibles d'entraîner une décompensation rapide de l'état fonctionnel de la personne (dénutrition, déshydratation)
- le *développement d'actions de formations*, en lien avec l'ANFH a débuté fin 2007. 40 sessions de formation sur la dénutrition ont été réalisées, mais ne concernent de fait qu'un nombre limité de professionnels de santé.

Toutefois, les obstacles identifiés à l'amélioration de la prise en charge des patients dénutris ou à risque de dénutrition ne sont pas totalement pris en compte dans le PNNS

En dépit des actions figurant au PNNS, le constat demeure sévère et rappelé dans la publication « Synthèse du PNNS sur la dénutrition » (à paraître) : en dehors des services spécialisés, l'état nutritionnel des patients hospitalisés, notamment âgés, n'est que rarement pris en compte, la dénutrition des patients hospitalisés demeurant trop souvent ignorée. Or, les causes de sous consommation alimentaire à l'hôpital sont communément estimées comme relevant pour 40% de la pathologie ayant justifié l'hospitalisation ou de ses conséquences (perte d'appétit…) mais aussi pour 60% à des raisons organisationnelles et logistiques :

- la qualité des repas proposés aux patients n'est pas jugée satisfaisante (les enquêtes de satisfaction indique que moins d'un patient sur deux apprécie positivement la qualité des repas)
- le jeûne nocturne demeure important et inadapté (13 à 14h entre un dîner servi trop tôt et un déjeuner servi trop tard, essentiellement pour des raisons de gestion du personnel)
- l'absence encore fréquente de pèse personnes pour les services hospitaliers obère en outre le dépistage systématique à l'admission

Recommandation n°58 : Identifier plus précisément dans le PNNS (ou le cas échéant dans un autre programme) les leviers organisationnelles et logistiques susceptibles de réduire les situations de dénutrition à l'hôpital.

La prise en charge de la dénutrition se heurte surtout à une méconnaissance et à une sous-déclaration patente dans le cadre du codage des actes. A l'APHP seuls 30 à 40% des dossiers comportent un poids et moins de 10% un calcul de l'IMC. Le dépistage de l'état nutritionnel à l'admission constitue pourtant une obligation réglementaire (dans le cadre de l'accréditation, il est rappelé que ce dépistage doit intervenir durant les premières 48h d'hospitalisation).

S'agissant expressément du codage, la FHF a estimé à moins de 3% la part de patients dénutris « codés », et l'AP-HP affiche un taux de moins de 7% des séjours en 2008. Cette situation aboutit une non-valorisation pour l'établissement des surcoûts liés à la prise ne charge des patients dénutris (mobilisation plus importante en temps des personnels soignants et paramédicaux, traitements nutritionnels spécifiques, utilisation plus intensive des plateaux médico-techniques…Pourtant, le codage de la dénutrition (tout comme celui de l'obésité) comme co-morbidité associée est possible dans le cadre de la tarification à l'activité[148]. Toutefois, l'allocation des ressources à l'établissement, basée sur le diagnostic principal pondéré des co-morbidités associées, ne tiendra compte de la dénutrition que si l'établissement présente un projet thérapeutique spécifique et garantit une traçabilité dans le dossier.

Recommandation n°59 : Mettre l'accent dans le PNNS (ou le cas échéant dan un autre programme) sur la nécessité d'un codage effectif des troubles nutritionnels, dont la dénutrition, pour permettre de dégager des moyens adéquats de prise en charge à l'hôpital.

[148] Il a été rapporté à la mission, pour illustrer cette possibilité, et en creux l'impact de ce « sous-codage », le cas d'un centra anti-cancéreux à Montpellier qui a procédé au recrutement de 4 diététiciennes pour davantage et mieux coder la situation nutritionnelle des patients: pour un coût de 200.000 euros, cet établissement a obtenu une recette supplémentaire de 1 million d'euros

3.3.2.2. Une préoccupante inertie s'agissant de la dénutrition des personnes âgées en établissement et surtout de celles vivant à domicile

Le PNNS a peu joué son rôle de levier à destination des établissements médico-sociaux

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées étaient pourtant clairement identifiés comme partie prenante de la prévention et de la prise en charge des personnes âgées dénutries. Le PNNS 2 avait identifié quelques actions pertinentes, mais qui ont peu, voire pas du tout, été mises en œuvre :

- le développement des formations pour l'ensemble de personnels, en lien avec les médecins coordonnateurs : cette action n'est même pas reprise dans le tableau de bord de suivi, aucun pilote n'a été désigné pour veiller à sa mise en œuvre, aucune concertation n'a été engagée sur ce point avec les fédérations représentatives des EHPAD, aucune demande d'impulsion territoriale n'a été faite auprès des services déconcentrés, notamment les DDAS qui, dans le cadre de la conclusion et du suivi des conventions tripartites avec les EHPAS, étaient susceptibles de promouvoir cet objectif
- le même constat s'applique à l'objectif « d'incitation à la formalisation de partenariat entre EHPAD et établissement de santé dotés de CLAN ».
- la diffusion de la 2ème édition du guide sur les bonnes pratiques en EHPAD figure au tableau de bord de suivi

Pour autant, et fort heureusement, la question de la nutrition, à travers le prisme de la dimension positive de l'alimentation dans le bien-être du résident, a été progressivement intégrée au sein des EHPAD. Plusieurs gestionnaires d'établissements rencontrés par la mission ont confirmé l'attention porté, dans le cadre du projet de l'établissement, à des sujets aussi divers que la présentation des repas (par exemple en s'astreignant à 3 couleurs minimum dans l'assiette), à la texture des repas, à la question de la place à table et au temps de convivialité que représente le repas, ou encore au jeûne nocturne. Sur tous ces sujets, la vigilance des familles des résidents, exprimée notamment au sein des conseils de la vie sociale, là où ils ont une existence effective, et plus largement l'attention portée à la qualité des prestations « hôtelières » ont très largement mobilisé les gestionnaires d'EHPAD.

La prévention et la prise en charge de la dénutrition se heurtent toutefois en EHPAD à quelques obstacles financiers :

- si la présence de diététicienne dans les EHPAD s'est développée, notamment avec la première génération de conventions tripartites (de l'ordre d'un mi-temps pour un EHPAD standard de 80 à 90 lits), il semble d'une part que cela soit davantage le cas dans les EHPAD rattachés à un groupe (associatif ou privé) ayant mis en place une politique nutritionnelle, et moins dans les EHPAD « autonomes ». Surtout, ce mouvement bute aujourd'hui sur les modalités de calcul de la dotation soins.
- la tarification ternaire des EHPAD fait reposer essentiellement sur le tarif hébergement, à la charge du résident, les coûts susceptibles de faciliter la prévention de la dénutrition. Ainsi, les activités physiques adaptées en EHPAD sont imputées le plus souvent sur le budget animation, quelques rares départements ayant accepté d'innover en acceptant d'en imputer tout ou partie sur les forfaits soins et/ou dépendance.
- le recours à des compléments nutritionnels oraux (CNO)[149], hyper énergétiques et/ou hyper protidiques peuvent représenter un coût supplémentaire allant jusqu'à 1 euro par jour, alors qu'ils sont imputés sur les dispositifs médicaux dont le forfait est plafonné à 2,32 euros/jour, amputant ainsi la ressource disponible pour l'établissement pour d'autres dispositifs médicaux.

Une culture de la dénutrition doit donc encore se généraliser au sein des EHPAD. Cela suppose une sensibilisation/formation des personnels soignants et non soignants à la dénutrition. Selon l'étude

[149] 69% des dénutris n'avaient pas de repas enrichis, et 55% des dénutris ne recevaient pas de CNO (selon l'étude présentée à la rencontre inter CLAN, précédemment citée).

réalisée en 2005 en Aquitaine (précédemment citée), la plupart des établissements (80%) ont proposé à leur personnel des formations touchant à l'hygiène alimentaire, en lien avec le respect des procédures réglementaires HACCP. En revanche, moins de 30% des établissements (40% pour les USLD) ont proposé des formations touchant spécifiquement à la dénutrition (dépistage, prise en charge, troubles de la déglutition).

De même, alors que les recommandations prévoient un dépistage des troubles nutritionnels systématique à l'entrée en établissement et une surveillance du poids au minimum tous les mois et plus régulièrement quand la pathologie l'exige), seuls 39% des établissements aquitains indiquent y procéder. Cela s'explique notamment par le fait que 40% des établissements n'ont aucun équipement ou sont équipés au mieux de pèse-personne ménager. Seuls 30% des établissements sont équipés d'une balance associée à un lève-personne ou d'une plate-forme balance.

La prévention et le repérage de la dénutrition à domicile, un chantier insuffisamment investi dans le cadre du PNNS

C'est assurément sur le volet des personnes âgées vivant à domicile que le PNNS a le moins atteint les quelques objectifs qu'il s'était assigné. Le paradoxe est d'autant plus saisissant que la très grande majorité des personnes âgées vivent chez elles (près de 90% des plus de 75 ans) et que l'accent affiché sur la prévention de la dénutrition suppose d'abord d'intervenir au domicile.

C'est d'abord l'absence d'actions précises, au-delà du principe, au sein du PNNS (tant dans sa rédaction initiale que dans les fiches-actions du tableau de bord) qui étonne. Corrélativement, aucune action n'a pour pilote la DGCS, et aucune ne prévoit spécifiquement un partenariat avec les principaux acteurs du domicile, via leur représentation nationale (fédérations des associations et services d'aide à domicile, union nationale des CCAS, notamment pour le portage de repas, CLIC…). D'ailleurs, il est symptomatique de constater que nombre de ses acteurs rencontrés par la mission ignorent qu'un volet « dénutrition des personnes âgées » figure au sein du PNNS, dont ils ont peu eu à connaître dans le cadre de leur activité professionnelle.

La mission a toutefois relevé, à l'occasion de ses déplacements et rencontres, quelques initiatives locales, qui là aussi, s'appuyant sur des opportunités locales, ont permis des expérimentations intéressantes.

Trois types d'actions semblent particulièrement devoir être approfondies :
- le travail en partenariat avec les services de portage de repas à domicile ;
- la prévention bucco-dentaire, au domicile (mais aussi en établissement). Le plan de santé bucco-dentaire a peu investi ce champ, alors que toutes les initiatives expérimentales confirment les liens étroits entre délabrement dentaire et situation de dénutrition[150]
- la sensibilisation ou la formation des aides à domicile à la dénutrition des personnes âgées (prévention et dépistage). Si le diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale prévoit bien un module alimentation, moins de 20% des aides à domicile sont détentrices du DEAVS. Et le secteur est confronté à des difficultés de recrutement.

L'ampleur des actions à conduire plaide pour un pilotage renforcé et une implication des services déconcentrés pour veiller à une déclinaison territoriale efficace en lien avec les collectivités locales (communes et conseils généraux) compétentes en matière d'aide à domicile.

3.3.3. Les pré-requis à une meilleure prise en compte de la dénutrition des personnes âgées par le PNNS

Incontestablement, les PNNS ont contribué à faire émerger les enjeux liés à la dénutrition. Mais dans le même temps, il s'est peu doté de moyens opérationnels pour relayer efficacement cette

[150] Citons le projet Nabuccod en Gironde

prise de conscience de l'acuité de cette thématique. Il n'est en effet pas apparu que le PNNS ait pleinement joué son rôle d'incitation, probablement car le portage de cette thématique butait sur un double écueil :

- la méconnaissance du sujet ;
- le fait qu'il puisse apparaître « éloigné » du cœur de mission, ou supposé tel par nombre d'acteurs, du PNNS.

3.3.3.1. Un pilotage national renforcé

Faute d'objectifs nationaux précis dans le PNNS et de portage fort par le Comité de pilotage du PNNS, dans les régions, les actions de sensibilisation, de dépistage et de prise en charge de la dénutrition des personnes âgées sont inégales et ponctuelles et leur existence est toujours liée à des opportunités locales : une collectivité locale entreprenante ; un correspondant PNNS sensibilisé à cette question ; un environnement favorable, des professionnels hospitaliers, des EHPAD ou des acteurs du domicile porteurs d'un projet…
Dans ce cas, le PNNS a offert un cadre de légitimation à des actions engagées et portées par des acteurs volontaires déjà sensibilisés. En revanche, il a peu joué son rôle d'incitation, d'impulsion de politiques ou d'actions nouvelles.

C'est pourquoi le débat a même pu s'engager sur l'opportunité ou non de maintenir au sein du PNNS un chantier consacré à la dénutrition des personnes âgées, débat qui s'est noué autour de deux arguments :

- les actions de prise en charge, notamment à l'hôpital, renvoient à des prescriptions organisationnelles et parfois réglementaires, telles que les CLAN, qui ont pu hier émerger sans intervention première du PNNS ;
- s'agissant de l'information, de la sensibilisation et de la prévention, une approche populationnelle plus marquée gagnerait à s'appuyer sur des politiques ou des plan de santé spécifiquement consacrés aux personnes âgées.

Dès lors, deux options sont envisageables :

- identifier un volet spécifique « prévention et prise en charge de la dénutrition des personnes âgées » au sein des politiques populationnelles ciblées sur les personnes âgées, à savoir le plan Bien Vieillir[151], et/ou les orientations de la CNSA. La prévention de la perte d'autonomie est en effet au cœur du plan Bien vieillir. Les projets qui y sont éligibles doivent être plurithématiques et centrés sur le maintien ou le renforcement du lien social. Les correspondants PNNS dans les régions soulignent l'articulation délicate entre ces deux plans. Empiriquement, la concomitance des appels à projets pour les deux plans permet aux gestionnaires locaux d'effectuer une répartition, que l'on peut schématiquement résumer en constatant que les actions de prévention ou de prise en charge lourde de la dénutrition en institution relèvent du PNNS (dans la mesure ou le Plan bien vieillir les exclut expressément), alors que les actions de sensibilisation, pour des publics plus jeunes et autonomes émargent au plan Bien vieillir. Il conviendrait dans cette hypothèse d'intégration au plan Bien Vieillir de lever cette dichotomie.
- le maintien d'un plan « dénutrition des personnes âgées » au sein du PNNS. La mission estime que cette option n'a de sens que si le PNNS se donne les moyens effectifs de porter et décliner cette thématique, au-delà de la seule dénutrition à l'hôpital. Ce qui requiert d'abord de corriger les principales insuffisances constatées au sein même du comité de pilotage :
    - peu de membres sont directement concernés par la question de la dénutrition des personnes âgées. Comme cela a été relevé, sans l'engagement du Dr Zazzo qui y siège au titre des personnalités qualifiées, le comité de pilotage aborderait peu le sujet
    - d'autant moins que la DGAS (personnes âgées) a peu investi le comité de pilotage (présence effective uniquement 4 fois sur 25 réunions en 3 ans), alors qu'il s'agit d'un public dont elle a à connaître à travers les services d'aide à domicile et les

[151] Le comité de pilotage du 7 mars 2006 a débattu de l'avancement du programme « Bien vieillir », sous un angle essentiellement informatif. Depuis, aucune réflexion coordonnée n'a été conduite.

établissements d'accueil. Ce constat vaut dans une moindre mesure pour l'ADF, dans la mesure où les conseils généraux sont chef de file des politiques sociales et médico-sociales à destination des personnes âgées dans les départements (APA, relations avec les EHPAD, autorisation et tarification des services à domicile…)
- il n'y a pas de gériatre au sein du comité de pilotage
- les organismes de sécurités sociales siègent au Comité de pilotage, hormis la CNAVTS dont l'action sociale concerne, essentiellement dans une logique préventive, les personnes âgées. Surtout, il manque désormais la CNSA dont les prérogatives recoupent très largement les champs couverts par la dénutrition des personnes âgées.

Recommandation n°60 : Impliquer davantage au sein du comité de pilotage du PNNS des acteurs susceptibles de porter cet enjeu : DGCS, CNSA, gériatres.

Recommandation n°61 : Confier à la DGCS et à la CNSA le pilotage d'actions spécifiques et l'animation de groupes de travail pour définir des priorités d'actions dans les champs des établissements et du domicile, en s'appuyant notamment sur l'avis du CNA n°53 de 2005.

3.3.3.2. Une information plus spécifique sur la dénutrition des personnes âgées

Dans le cadre du PNNS 2, la seule action significative de communication a porté sur la réalisation du guide sur l'alimentation des personnes de plus de 55 ans. Le Guide « Nutrition à partir de 55 ans » est sorti en 2006, à 1,5 million d'exemplaires, avec un nouveau tirage de 500.000 exemplaires en 2008. Un guide pour les aidants des personnes âgées a également été édité en 2006 à 1,5 million d'exemplaires. Enfin, a également été publié un livret d'accompagnement pour ces deux guides, à destination des professionnels de santé (500.000 exemplaires). Dans ces documents, la dénutrition des personnes âgées y est abordée parmi d'autres sujets, mais la qualité de ces guides tient à l'accent mis sur les repères nutritionnels adaptés aux personnes âgés comme éléments de prévention de la perte d'autonomie. En revanche, il est étonnant de constater que la prévention et le dépistage bucco-dentaire ne sont pas mentionnés dans ces guides.

Aucune communication grand public spécifiquement consacrée à la dénutrition des personnes âgées n'a été réalisée, ni d'ailleurs même envisagé dans le cadre du PNNS. Le programme nutrition 2009-2010 de l'INPES ne prévoit d'ailleurs aucune action dans le champ de la dénutrition des personnes âgées, ni même plus largement sur la nutrition des personnes âgées. Une réflexion devra être menée sur l'opportunité de messages grand public en se souvenant que la canicule de 2003 a rendu nécessaire des messages simples sur l'hydratation des personnes âgées. Or les croyances erronées sur les besoins nutritionnels journaliers des personnes âgées (du type *« une soupe et un yaourt suffisent pour le repas du soir »*) pourraient justifier d'opter pour une communication grand public sur la dénutrition, qui touchera ainsi tant les aidants naturels que les professionnels (aides à domicile…)

Une publication sur la dénutrition, dans la collection « synthèse du PNNS », doit paraître courant 2010. Elle constituera le premier document à destination des professionnels, hors avis de l'AFSSA et de la HAS, spécifiquement consacré au sujet. Elle comporte de nombreux développements sur la dénutrition des personnes âgées, notamment les éléments scientifiques et pratiques pour aider les soignants dans le dépistage, la mise en œuvre des mesures adaptées et le suivi des personnes à risque ou en état de dénutrition.

3.3.3.3. Une mobilisation accrue des services déconcentrés et des collectivités territoriales

La mise en œuvre du premier PNNS a été notamment prévue dans une circulaire du 9 janvier 2002 (soit un an après l'adoption du PNNS). Elle confiant aux DRASS le soin de « veiller à une bonne coordination avec l'ARH pour favoriser la mise en œuvre des volets hospitaliers et médico-sociaux

du PNNS ». 3 axes étaient mentionnés : les REPOP, promouvoir la qualité de la nutrition (et notamment dépister la dénutrition), créer dans chaque établissement un CLAN
Outre le caractère très général de l'axe 2, il faut souligner qu'il n'y a pas eu de circulaire analogue après l'adoption du PNNS 2. Pourtant, plusieurs axes de mise en œuvre des objectifs du PNNS auraient pu se traduire par une commande claire auprès des DRASS et des DDASS :

- pour veiller à la prise en charge des questions nutritionnelles dans les EHPAD, dans le cadre de l'adoption et du suivi des conventions tripartites et dans le cadre des plans de contrôle des établissements
- pour inciter les conseils généraux, qui associent toujours les DDASS à l'élaboration de leur schéma gérontologique (voir infra), à prévoir des fiches-actions dédiées à la prévention et au dépistage de la dénutrition, et plus largement aux questions nutritionnelles ;

La dénutrition des personnes âgées n'apparaît en effet que très rarement comme élément de diagnostic, et a fortiori comme objectif ou fiche-actions, au sein des schémas gérontologiques départementaux. Ceux-ci constituent pourtant le vecteur naturel de définition d'une politique gérontologique locale coordonnée.

Ainsi, sur la base des réponses au questionnaire adressé aux DRASS par la mission, il apparaît que seul les départements de l'Aisne, de la Charente, de la Dordogne, de la Gironde, de l'Oise, de la Saône-et-Loire, de la Somme et de l'Yonne ont prévu dans le cadre de leur schéma des actions tournées vers la nutrition, et parfois la dénutrition des personnes âgées[152]. Mais s'agissant des services de portage de repas à domicile, des services d'aide à domicile, voire même des établissements, il n'existe pas d'approche conceptuelle et systématique sur la dénutrition des personnes âgées.

Au sein même des conseils généraux, en charge de l'Allocation personnalisée à l'autonomie, il serait pertinent de sensibiliser les équipes médico-sociales (lors de leurs journées techniques) à la question de la dénutrition.

Même les Villes Actives PNNS se sont peu appropriées la thématique de la dénutrition. A titre d'illustration, lors de la journée des Villes Actives organisée à Nancy le 25 novembre 2009, aucune des 25 actions innovantes présentées aux participants ne portaient sur la dénutrition des personnes âgées. L'examen des premières chartes conclues avec des premiers départements actifs (Moselle, Vendée, Haute-Saône) montre également que ces thématiques médico-sociales, pourtant au cœur des compétences des conseils généraux, sont faiblement portées.

Recommandation n°62 : Pour garantir la déclinaison territoriale, demander aux délégués territoriaux des ARS de proposer que les schémas gérontologiques départementaux, à l'élaboration desquels ils sont associés, intègrent cette thématique. Les futurs schémas régionaux médico-sociaux élaborés par les ARS devront, en résonance, reprendre cette orientation.

Recommandation n°63 : Mettre à profit la création des commissions de prévention des agences régionales de santé, qui intègrent les collectivités locales, pour développer les actions de sensibilisation à cette partie du PNNS.

Recommandation n°64 : Sensibiliser en priorité les villes et départements actifs PNNS.

[152] . Lors de son déplacement en Seine-Saint-Denis, la mission a ainsi eu connaissance d'actions ponctuelles, comme par exemple le partenariat entre le CCAS de Bagnolet et l'association Saveur et Vie

3.4. Des actions sur l'offre alimentaire, inscrites dans le PNNS mais trop limitées

La consommation alimentaire résulte des interactions entre demande des consommateurs et offre des systèmes de production. Le terme « offre alimentaire » correspond à la quantité de denrées alimentaires de qualité définie offertes à la vente par les vendeurs pour un prix donné. L'amélioration de la qualité nutritionnelle, l'accroissement de la quantité disponible à prix donné ou la baisse du prix des denrées toutes choses égales par ailleurs, sont des objectifs du PNNS2 en matière de politique d'actions sur l'offre.

Le PNNS1 (2001-2006) ne comprenait pratiquement aucune action directe sur l'offre alimentaire : sa stratégie consistait à agir sur la « demande alimentaire », afin qu'elle s'oriente vers une alimentation équilibrée et de qualité nutritionnelle, par la mise en place de références nutritionnelles, de campagnes de communication pour les faire connaître, de soutien et d'animation de programmes régionaux pour les faire partager, de programmes de recherche pour améliorer la connaissance des produits et l'état nutritionnel de la population.

3.4.1. Une forte détermination à agir sur l'offre alimentaire

Tout en poursuivant ses actions sur la demande alimentaire, le PNNS2 a affiché une action phare dans son document stratégique de septembre 2006, consistant à proposer aux acteurs économiques des filières de l'agroalimentaire (industries agroalimentaires, distribution, production primaire, restauration collective publique et privée, fédérations professionnelles…) de prendre des engagements de progrès nutritionnels, sur un mode de préférence collectif, ou individuel.

3.4.1.1. En dehors de l'action structurante des chartes, le PNNS2 donne l'impression d'objectifs d'actions sur l'offre alimentaire non hiérarchisés, d'importance inégale et tous azimuts

Dans ce même document, « Agir sur l'offre alimentaire » fait l'objet d'une fiche spécifique du plan d'action n°1 de prévention nutritionnelle. Y sont inscrits, outre les chartes d'engagement volontaire, le développement de structures existantes de concertation entre amont et aval, et l'orientation de la recherche et développement de façon à promouvoir les produits agricoles bruts, de création d'un observatoire de la qualité alimentaire centralisant et traitant les données nutritionnelles, économiques et socio-économiques de l'alimentation, de mise en place un étiquetage nutritionnel adapté (harmonisé au niveau européen, il devrait fournir une information factuelle et faciliter les choix des acheteurs), en particulier pour les aliments affichant un bénéfice pour la santé, l'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire dans la restauration collective (arrêté définissant les exigences pour la restauration scolaire, engagement des entreprises de restauration…)

Au-delà de cette fiche, la volonté d'agir sur l'offre alimentaire apparaît tout au long des autres plans d'actions prévisionnels développés dans le document de présentation du PNNS de septembre 2006 :

- meilleure accessibilité des fruits et légumes sous toutes leurs formes (frais, en conserve,…) quels que soient les points de vente et en restauration collective ; meilleure accessibilité des produits de la pêche pour les populations défavorisées en particulier ; amélioration de la qualité nutritionnelle du pain par utilisation de farine 80 plus complète que la farine utilisée habituellement, et de farine moins riche en sel ; réduction du contenu des produits en sel, sucres ajoutés et graisses ; renforcement de la disponibilité d'eau dans les lieux publics, les entreprises et la restauration.

Le PNNS2 se fixe également l'objectif d'améliorer l'accessibilité de la viande (pour des apports en fer satisfaisants), et aux fruits et légumes (pour améliorer le statut en folates en particulier en cas de désir de grossesse), la modification de l'offre de sel (en généralisant le sel iodé). Il prévoit par

ailleurs le renforcement de l'effort de recherche pour l'acquisition de connaissances nouvelles sur les impacts de la nutrition sur le bien-être, les grandes pathologies, le vieillissement,… dans le but également de développer les partenariats avec et entre les acteurs professionnels facilitant la mise en place d'engagements des filières professionnelles[153].

Certains de ces objectifs et actions étant communs avec le récent plan d'action du ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche « pour une politique de l'offre alimentaire sûre, diversifiée et durable », la mission, qui au cours de ses déplacements et lors de rencontres avec les personnes chargées du PNNS en régions ou avec les personnes chargées de ce plan d'action en DRAAF, a pu se rendre compte que cette situation suscitait des interrogations, estime nécessaire d'approfondir l'articulation de ces deux politiques publiques.

3.4.1.2. PNNS et PROA : concurrence ou complémentarité en matière d'actions sur l'offre alimentaire.

Le ministère de l'agriculture et de la pêche a en septembre 2008 défini dans un document intitulé « plan d'action pour une politique de l'offre alimentaire, sûre, diversifiée et durable » sa stratégie en matière de développement des actions de ses services dans le champ de l'alimentation.

Réchauffement climatique, évolution des modes de consommation, crises sanitaires de grande envergure, augmentation de la population mondiale, flambée des prix des matières premières sont autant d'éléments qui placent l'agriculture au cœur des nouveaux défis de la planète. L'alimentation en France, c'est une gastronomie qui participe fortement à l'identité culturelle de notre pays et à l'économie de ses territoires. C'est aussi l'apprentissage d'une nourriture saine, d'une alimentation équilibrée et variée et d'une consommation de produits de qualité. La promotion de la culture alimentaire française contribue à fournir des repères favorables à la santé en associant l'alimentation et le choix des produits aux notions de goût, convivialité, plaisir, terroir.

Pourtant, un décalage existe aujourd'hui entre les apports nutritionnels de la population et les recommandations nutritionnelles.

Le PNNS[154], reconduit pour la période 2006-2010 (PNNS2), propose un plan d'action mobilisant tous les acteurs, avec comme objectif, en termes de prévention nutritionnelle, de porter l'accent à la fois sur l'éducation du consommateur et sur l'offre alimentaire.

L'offre alimentaire doit également s'inscrire dans une **démarche de développement durable**[155] qui réponde à une attente croissante des consommateurs, rappelée dans le cadre du "grenelle de l'environnement".

Ces objectifs s'inscrivent pleinement dans le cadre de la **politique de l'alimentation du ministère de l'agriculture et de la pêche.**

Enfin, le débat lancé au niveau national dans le cadre des assises de l'alimentation a permis de dégager les enjeux suivants :

- répondre aux attentes du consommateur et du citoyen
- **valoriser des modes de production durable et de qualité**
- rapprocher le consommateur et le citoyen de l'agriculture

[153] Fiche « renforcer l'effort de recherche et d'expertise » du plan d'action 4

[154] Cet encadré est extrait de la présentation de cette action sur le site institutionnel du ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche

[155] En gras sont soulignés les passages qui expriment des objectifs propres au PNA et sans rapports directs avec les objectifs de politique nutritionnelle.

Une politique de l'alimentation doit donc permettre à tous d'accéder à des aliments sains, équilibrés, de bonne qualité gustative et nutritionnelle[156] en se donnant **l'ambition de valoriser les filières de production durables** avec un plan d'action d'amélioration de l'offre alimentaire, un effort de réduction de la fracture alimentaire et une mobilisation des acteurs économiques, des collectivités territoriales et du milieu associatif. La politique de l'alimentation doit enfin être menée en cohérence avec les objectifs du ministère de l'agriculture et de la pêche en matière **de politique agricole commune**.

Le plan d'action pour une politique de l'offre alimentaire s'articule autour de 4 volets visant à garantir une alimentation :

- Sûre,
- Diversifiée et de bonne qualité gustative,
- Équilibrée et répondant aux exigences nutritionnelles, prenant tout particulièrement en compte les populations défavorisées,
- **Découlant de modes de productions durables et respectueux de l'environnement.**

Les actions constituant ce plan sont conduites en partenariat avec les ministères concernés, notamment les ministères en charge de la santé, de l'éducation, de la consommation, des douanes et de l'écologie.

Ce plan d'action a fait l'objet d'une communication en conseil des ministres et fort de cette « validation » il a été rapidement décliné dans une circulaire du ministre de l'agriculture et de la pêche adressée aux préfets de région et à l'attention des directeurs régionaux de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt qui venaient d'être mis en place dans le cadre de la RGPP[157]. Cette circulaire promeut et organise la déclinaison régionale de ce plan d'action national sous la forme de « Plans d'action régionaux pour une politique de l'offre alimentaire sûre, diversifiée et durable » (appelés aussi PROA).Elle a surpris les animateurs du PNNS (DGS et comité de pilotage) qui semblent n'avoir pas été informés de cette initiative (qui se réfère explicitement au PNNS) et en ont eu connaissance seulement à l'occasion de sa publication.

L'irruption dans le paysage administratif territorial de ce « nouvel » acteur avec la mise en place de « comité régionaux de l'offre alimentaire » a également surpris plusieurs des acteurs présents dans le GRSP et notamment ceux relevant des DRASS, surtout dans les régions dans lesquelles n'existait pas antérieurement de collaborations organisée entre DRASS et DRAAF autour des objectifs portés par le PNNS (cf.; les rencontres de la mission avec de nombreux responsables régionaux et la réunion du 10 février 2010 organisée par la DGS) NB : ce point est également abordé dans le chapitre relatif à la déclinaison territoriale du PNNS.

Le PROA a été quelquefois perçu comme une déclinaison pertinente du volet « offre alimentaire » du PNNS, mais plus souvent comme une démarche « concurrente », voire parfois contradictoire (quant aux messages portés), par beaucoup de DRASS. Celles-ci ont pu aussi estimer redondante la mise en place des CROA, dont la composition reprenait bien souvent une bonne partie des acteurs présents dans les comités de nutrition régionaux ou les groupes de travail spécifiques mis en place par le GRSP pour le pilotage des actions relavant du PNNS. Mais en fonction des personnes et des situations, un approfondissement du dialogue et de la coordination s'est produit dans un nombre de régions non négligeable, permettant par la complémentarité des approches de répondre aux grands objectifs énoncés.

[156] Les parties soulignées identifient les objectifs du PNA convergents avec les objectifs du PNNS.
[157] Note de service DGAL/SDQA/C2009-8001 en date du 02 janvier 2009.

Par une circulaire en date du 15 mars 2010[158] , le ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche a précisé les « orientations nationales en vue de la mise en œuvre des Plans d'action régionaux pour une politique de l'offre alimentaire sûre, diversifiée et durable pour l'année 2010 ». La mission a noté que cette circulaire prévoit d'associer les ARS à la gouvernance locale des PROA comme membre des comités régionaux pour l'alimentation (CRALIM) qui seront mis en place.

Recommandation n°65 : l'articulation entre PNNS et PNA (programme national de l'alimentation) devrait faire l'objet d'un examen attentif en fonction de l'évolution de la nature et du contenu d'un futur PNA à l'issue des débats sur la loi de modernisation de l'agriculture du printemps prochain et notamment préciser les modalités de la participation croisée aux structures d'animation respectives du PRSP (ou du comité régional nutrition-santé lorsqu'il existe) et du PROA.

3.4.2. Des actions sur l'offre alimentaire très disparates

3.4.2.1. Un nombre important d'actions prévu

Parmi ces 158 actions figurant au tableau de bord du PNNS 2, 30 (près de 20%) concernent l'offre alimentaire[159] (à titre de comparaison : 30 concernent la communication et 15 la relation mère-enfant). L'importance accordée à l'offre alimentaire a donc été maintenue, en première approche, quant aux actions concrètes programmées.

Et si l'on se réfère à l'état d'avancement du tableau de bord annexé au rapport d'activité remis par le Président du comité de pilotage en novembre 2009, les actions concernant l'offre alimentaire ont été plus rapidement commencées que les autres (seulement 6% des actions concernant l'offre alimentaire sont « non faites »), et plus permanentes ou structurantes (74% des actions offre alimentaire sont « en cours » ou « mises en place ») ainsi que l'indique le tableau suivant :

	Total		Faites		Mises en place		En cours		Non faites	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Ensemble des actions prévues au PNNS 2	158	100	55	35	24	15	60	38	19	12
Actions concernant l'offre alimentaire	30	100	6	13	9	29	13	45	2	6

En effet, certaines de ces actions sont «relativement simples» à réaliser (lettre de mission, mise en place d'un groupe de travail), d'autres sont plus lourdes à mettre en place (réglementation, création de réseaux,…) ou permanentes (chartes,…).

Ces actions sur l'offre alimentaire peuvent être regroupées en quatre grandes thématiques[160] :

- la mise en place des chartes avec les professionnels (actions 24, 25, 29, 30, 32, 33, 34, 35, et 36),
- l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité nutritionnelle des produits (actions 26 qui se décompose en quatre, 27, 27a, 31, 33a, 39, 40, 41, 43, 57 et 117)
- l'expertise, la recherche et l'observation (actions 28, 42, 84, 97, 101, et 113)
- l'aide aux personnes en situation de précarité (action 67)

[158] CIRCULAIRE CAB/C2010-0004 Date: 15 mars 2010 du ministère de l'alimentation de l'agriculture et de la pêche.

[159] Ce sont les actions : 24 à 36, 39 à 43, 57, 67, 84, 97, 101 et 117 (tableau de bord du 2éme bilan annuel du PNNS novembre 2009).

[160] Les numéros des actions correspondent à ceux donnés dans le tableau de bord joint au rapport d'activités de novembre 2009 du comité de pilotage du PNNS 2.

La mission s'est plutôt attachée à évaluer ces actions en fonction de leur état d'avancement et de la structuration résultante de leur impact potentiel, mais aussi en distinguant les actions qui étaient déjà en cours ou en cours d'initialisation au moment de la mise en place du PNNS 2 et qui ont été agrégées sous sa bannière, de celles qui résultent d'une nouvelle initiative ou qui ont été dynamisées par le PNNS 2.

3.4.2.2. Des actions non-commencées, ponctuelles, ou au résultat faible par rapport à l'ambition

Dans cette catégorie peuvent être classées les **actions qui n'ont pas été mises en place**, telles l'action 41 (étude de l'intérêt d'un signal « repère de consommation du PNNS » sur les produits), ou l'action 84 (étude iode et panification), qui devait permettre de définir les modalités d'enrichissement en iode des produits de panification -pains, biscottes, viennoiseries-. Cette action résultait d'un avis de l'AFSSA, qui préconisait cet enrichissement, vecteur adéquat que ce soit en termes organoleptiques -acceptabilité par les consommateurs- ou technologiques -faisabilité pour les acteurs économiques-, permettant une diminution moyenne de 50% du risque d'apport trop faible en iode chez les adultes, mais l'assortissait d'une condition, à savoir que tout nouvel aliment vecteur d'iode ne puisse être commercialisé « qu'après une réduction préalable de 15 à 20% des concentrations en iode dans les produits laitiers, notamment le lait d'hiver », condition qui nécessite à l'évidence des recherches et expérimentations préparatoires longues. La mission estime qu'il était prévisible que cette action ne pouvait s'inscrire dans le délai de quatre ans du PNNS2. S'il ne s'agissait que d'une première étape, l'intitulé de l'action aurait du être autre.

Le tableau de bord comprend également :

- des **actions ponctuelles**, telle l'action 33a (modification de la réglementation sur les confitures). L'individualisation de cette action, en tant que telle, n'apparait pas à la hauteur des ambitions et actions structurantes du PNNS 2, sans méconnaître l'importance de l'apport en sucre que constituent les confitures, mais dont la consommation stagne, voire en diminution en France à hauteur de 3,5 kg par foyer et par an.
- des **actions à plus fort impact** comme l'action 31, qui porte sur l'utilisation de farine contenant davantage de minéraux -0,65 à 0,8g pour 100g- améliorant la densité nutritionnelle du pain, et une quantité de sel limitée à 18g/kg. C'est la DGCCRF qui a été désignée comme pilote. Cette action, inscrite dans les chantiers 2010 du PNNS 2[161], fait l'objet de concertations avec la profession, car l'emploi de telles farines modifie les stratégies de panification des professionnels. Une campagne médiatique de soutien d'un pain riche en fibres doit également être lancée cette année. La mission considère que cette action aurait pu également trouver sa place dans le cadre d'une démarche de charte avec la profession.
- des **actions d'envergure**, telle l'action 57 (améliorer les prestations alimentaires à l'hôpital), mais qui ne semble déclinée qu'en actions ponctuelles peu ambitieuses (deux colloques ont été organisés par la DHOS en juin et octobre 2007, et un document-guide sur l'organisation du service restauration a été adressé aux chefs d'établissement, ce qui clôt l'action 57). Ne sont mentionnées ni les actions pilotes (comme par exemple les corbeilles de fruits distribuées dans certains services de l'hôpital de Perpignan, …), ni celles basées sur l'organisation interne des hôpitaux : mise en place des CLAN en mars 2002 afin de participer à la définition des actions prioritaires à mener dans le domaine de la nutrition et de la restauration hospitalière au niveau local, ou les actions menées contre le gaspillage alimentaire (en moyenne 30 à 40% des aliments présentés aux patients sont jetés).

[161] Compte rendu d'activités du PNNS 2 de novembre 2009

3.4.2.3. De nombreuses actions initiées avant et en dehors du PNNS2, mais rassemblées sous sa bannière

Ces actions sont de nature diverses, assez nombreuses (9, soit 30% des actions concernant l'offre alimentaire identifiées dans le tableau de bord).

Ce sont des **études ou expertises**, telles l'action 28 (déterminants de la consommation de fruits et légumes, expertise collective réalisée, à la demande de la DGAL, par l'INRA, dont le rapport a été remis le 13 novembre 2007, légitimant *a posteriori* la stratégie retenue par le PNNS2 à savoir l'action sur l'offre alimentaire comme complément indispensable d'information du public), ou l'action 42 (aliments mentionnant un bienfait santé, qui est une étude du comportement du consommateur face à la prolifération des conseils et allégations, d'une durée de 3 ans, financée par l'ANR dans le cadre du programme PNRA -AAP lancé en décembre 2005, demande d'aide remise en février 2006, décision de financement décembre 2006- pour un montant de 154 420 €) et qui est à rapprocher de l'action 113 (programme de recherche «Analyse des perceptions et des usages associés aux aliments comportant des allégations nutritionnelles par les consommateurs »).

Ce sont aussi des **actions structurantes**, telles l'action 27 (Innovations fruits et légumes, consistant en la création d'un groupement d'intérêt scientifique de recherche, en novembre 2007, à l'initiative de l'INRA, regroupant de nombreux acteurs de la filière légumière, afin de répondre à la demande des professionnels de s'engager vers des modes de production plus respectueux de l'environnement et des produits de meilleure qualité pour les consommateurs. Cette création a débouché en particulier en 2010 sur une opération pilote de mobilisation d'épiceries solidaires, en vue d'une meilleure perception des légumes par les clients de celles-ci), l'action 27a (accessibilité fruits et légumes. Cette préoccupation de faciliter la consommation est ancienne : depuis 2005 a été créé un pôle accessibilité aux fruits et légumes, réunissant pouvoirs publics, professionnels et consommateurs, afin d'émettre des propositions -telle l'extension des tickets restaurants étendus aux détaillants de fruits et légumes- et de soutenir des projets pilotes -comme la distribution de fruits mûrs à point au CHU de Perpignan en 2009, ou l'opération « fruits et légumes frais à l'hôpital »). Par ailleurs, le MAAP avait lancé, dans le cadre du PNNS 2 et en lien avec le MEN, une stratégie nationale en faveur de la consommation de fruits à l'école intitulée « un fruit à la récré », qui s'est ensuite intégrée dans la démarche européenne -règlement 13/2009 du 18 décembre 2008 « school fruit scheme »-. Près de 12 M€ sont ainsi alloués à la France afin de prendre en charge 51% du coût de la distribution des fruits, les 49% restant étant financés par les collectivités territoriales et les établissements. Ce programme vise les enfants scolarisés en primaire. De même, l'action 39 (promotion des produits bruts) est une action permanente qui s'inscrit dans un cadre européen ou l'action 43 (législation et arrêté « restauration scolaire ».

Dès 2000, l'Agence Française de sécurité sanitaire des aliments a réalisé un état des lieux préoccupant de la qualité nutritionnelle des repas servis dans les restaurants scolaires de la maternelle au lycée. Elle a constaté leur déséquilibre nutritionnel, avec des apports lipidiques excédentaires, des apports en fer et en calcium déficitaires et une offre de produits laitiers et de fruits et légumes insuffisante. Une circulaire détaillant des recommandations en matière nutritionnelle a été édictée en 2001. En mai 2004, le Conseil National de l'Alimentation[162], puis en 2006 le PNNS 2, ont recommandé la définition et l'adoption d'un texte réglementaire sur la composition des repas servis en restauration scolaire. L'annonce de texte s'appuyant sur les travaux du GEMRCN et sur une concertation avec les collectivités locales a été faite en 2007 par le Ministère chargé de la santé. A la suite d'une nouvelle étude, l'AFFSA a recommandé, en juillet 2007, de rendre plus contraignantes les recommandations relatives à la composition des repas, certaines étant trop peu respectées par les établissements scolaires. Un projet de texte a été proposé dans le cadre de la loi HPST par voie d'amendement, approuvé par l'Assemblée Nationale mais refusé par le Sénat. Le projet de loi de modernisation agricole qui sera prochainement en discussion reprend une proposition analogue.

[162] Avis n°47 du 26 mai 2004

Ce sont également des **travaux et réflexions collectifs**, comme l'action 40 (élaborer un référentiel officiel étiquetage nutritionnel, qui est un « chantier » de niveau européen depuis de nombreuses années, certains Etats membres ayant mis en place des systèmes nationaux d'étiquetage, censés mieux aider le consommateur dans ses choix), et l'action 117 sur la qualité gustative des aliments. Le goût est, avant le prix, le premier critère de ré-achat d'un produit alimentaire[163]. La réduction du gras, du sel et du sucre peut constituer un frein à la bonne réception et au bon suivi des recommandations nutritionnelles. C'est pourquoi la DGAL a proposé la mise en place en avril 2009 d'un groupe de travail qui a fait le point sur l'insuffisance des données, la nécessité de mettre en place des outils adéquats, la difficulté de trouver critères objectifs du goût -incidence de la mémorisation, de l'environnement,…. Depuis janvier 2010 ce groupe de travail se focalise sur les produits proposés en restauration collective scolaire ou hospitalière et dans le cadre de l'aide alimentaire et devrait par la suite étendre ses travaux aux produits industriels en intégrant la qualité de la matière première.

3.4.2.4. Des actions pour lesquelles le PNNS a eu effectivement un rôle dynamisant ou d'initiation

Il s'agit d'actions pour lesquelles l'affichage d'une politique nationale a orienté ou accéléré les décisions (action 101 : Prolonger le PNRA et les programmes de phytopathologies, et action 97 : L'observatoire de la qualité de l'alimentation), d'actions pour lesquelles la mobilisation de l'INPES (en compétences de communication et de formation) a amplifié les actions locales (Action 67 : développer le plan triennal -2006-2008- d'amélioration de l'aide alimentaire et augmenter la disponibilité en fruits et légumes), et pour lesquelles une méthodologie partenariale a été mise en place (Action 24 : mise en place de la méthodologie chartes). Ces actions font l'objet de développements spécifiques ci-après.

Recommandation n°66 : Toiletter et hiérarchiser le tableau de bord, l'organiser de façon à « reconnaître » le rôle des différents intervenants et intégrer un échéancier prospectif des actions, afin de le rendre plus lisible d'une part et plus mobilisateur pour les acteurs d'autre part.

3.4.3. Deux avancées significative : la recherche et l'observation

3.4.3.1. Le soutien du PNNS 2 à une politique active de recherche

Le Programme National de Recherche en Alimentation et nutrition humaine (PNRA), financé par l'ANR, a eu, en 2006 et 2007, pour objectif de financer des projets de recherche en soutien à l'innovation dans les industries alimentaires et permettant l'acquisition de connaissances sur les aliments, la chaîne alimentaire, le consommateur et les liens entre le comportement alimentaire, l'alimentation, la santé et les politiques alimentaires. En 2007, ses priorités ont été placées sur les projets visant à la construction de la qualité nutritionnelle, sanitaire, sensorielle et environnementale des aliments, les projets liés à l'alimentation de l'homme sain, et les projets en soutien aux politiques alimentaires.

Lors de l'élaboration du programme triennal de l'ANR, la question du maintien de l'aide à ces recherches s'est posée. La mobilisation des acteurs du PNNS pour la nécessité de poursuivre et de développer des recherches indispensables à l'amélioration de l'offre alimentaire s'est traduite dans la mise en place par l'ANR, depuis 2008, du programme ALIA dont l'une des priorités est « le bien-être et le mieux vieillir des populations" (objectif principal : parvenir à améliorer la qualité de vie de populations spécifiques et/ou fragilisées en développant une alimentation correspondant à leurs besoins en développant des arguments ou des méthodes scientifiques nécessaires à la formulation ou l'offre d'aliments). L'objectif 2010 indiqué dans le tableau de bord du PNNS 2 est

[163] Baromètres MAAP-CREDOC 2007-2008-2009

de s'assurer qu'un programme fera suite à ALIA afin de maintenir comme prioritaires les problématiques portées par le PNNS.

Recommandation n°67 : Poursuivre cet objectif, dont l'aboutissement est un passage obligé pour accroître les connaissances scientifiques et techniques nécessaires à l'amélioration nutritionnelle de l'offre alimentaire.

3.4.3.2. La mise en place de l'instrument de mesure indispensable : l'observatoire de la qualité de l'alimentation (OQALI)

Dès 2005, le Conseil National de l'Alimentation (avis du 19 mai 2005) avait recommandé la création d'un observatoire de l'alimentation. Lors d'une consultation préparatoire au lancement du PNNS 2, la nécessité de connaître et d'agir sur l'environnement dans lequel le consommateur fait ses choix avait été fortement mise en avant et le PNNS 2 a affiché cette priorité en septembre 2006. Cela a permis de mobiliser les énergies nécessaires au lancement effectif de l'opération. Une lettre de cadrage signée de la DGAL, de la DGCCRF et de la DGS adressée en décembre 2006 à l'INRA et l'AFSSA a débouché sur un rapport de faisabilité en 2007 (financement DGAL). Par des crédits mobilisés en 2008 et 2009, la DGAL a assuré la mise en place de cet observatoire conjoint entre l'INRA et l'AFSSA, dont peuvent disposer depuis 2009 les pouvoirs publics.

Cet observatoire (OQALI) a pour mission d'exercer un suivi global de l'offre alimentaire en mesurant notamment l'évolution de la qualité nutritionnelle (composition nutritionnelle, taille des portions, informations nutritionnelles) ainsi que celle des paramètres socio-économiques (prix, segments de marché), afin de s'assurer que les progrès réalisés bénéficient à l'ensemble des consommateurs et ne développent pas des inégalités sociales supplémentaires. Les données recueillies ne concernent, pour l'instant, que quelques grandes catégories d'aliments, les biscuits-gâteaux, les céréales pour petits déjeuners, les produits laitiers ultra-frais, les charcuteries. Tous ces éléments sont disponibles sur un site internet, mais inaccessibles au grand public, qui, en revanche, peut bénéficier des études et synthèses réalisées par l'OQALI.

Cet outil de très bonne qualité a d'ores et déjà montré tout son intérêt et est l'exemple d'une réussite collective associant les administrations (Ministères chargés de l'économie, de l'alimentation et de la santé) aux organismes partenaires (INRA et AFSSA), qui y consacrent ensemble une dizaine de personnes. Très lié, lors de sa création, aux chartes d'engagement nutritionnel des acteurs économiques, l'OQALI rassemble pour chaque produit ses ingrédients, sa composition, ses allégations, son type d'emballage, la taille des portions et son prix, permettant de relier qualité et prix, de suivre les évolutions et d'être un outil de régulation de la concurrence, donnant une vision d'ensemble du marché, OQALI devrait favoriser l'émulation entre les acteurs et stimuler les efforts sur la qualité nutritionnelle.

Il a déjà permis d'identifier d'importantes hétérogénéités nutritionnelles pour des produits proches et il permettra d'objectiver les préconisations des pouvoirs publics. Mais il nécessite une véritable concertation avec les industriels et les distributeurs, et ne peut continuer à être développé que dans le cadre d'une relation durable avec les acteurs économiques.

Recommandation n°68 : Accélérer la montée en puissance de l'OQALI.

3.4.4. Un développement très progressif des chartes avec les professionnels

L'innovation réelle du PNNS 2, en termes de méthodologie et de philosophie d'actions, a été de proposer des chartes d'engagement nutritionnel aux acteurs économiques engagements sur la composition des produits, la taille des portions, le positionnement relatif des prix (et donc l'accessibilité) au regard du critère nutritionnel, la communication, notamment envers les enfants,…

Les professionnels de l'agroalimentaire proposaient déjà aux consommateurs des produits moins gras, moins sucrés ou enrichis en certains nutriments (fibres, acides gras essentiels). Mais ces initiatives ne se traduisaient pas par l'évolution de l'ensemble de l'offre alimentaire. La démarche du PNNS 2 vise une amélioration globale ou tout au moins substantielle de l'offre par la conclusion de «contrats » avec l'ensemble des offreurs. Elle s'inscrit, d'une part dans une dynamique partenariale déjà engagée par les services de l'Etat (par exemple le pôle accessibilité fruits et légumes, le groupe de travail « glucides » rassemblant professionnels, pouvoirs publics, organismes scientifiques et techniques,…) ayant pour but de sensibiliser, de mobiliser et d'accompagner les professionnels dans l'engagement de démarches incitatives de progrès, et, d'autre part dans les réflexions préalables à la mise en place d'un outil permanent de surveillance et de suivi des produits alimentaires proposés aux consommateurs (OQALI mis en place sous l'égide du PNNS, conjointement par l'INRA et l'AFSSA, cf. supra 3.4.4).

Dans le tableau de bord du PNNS 2[164], neuf actions portent sur les chartes. Pour la plupart d'entre elles, elles ne font qu'indiquer la nature de l'aspect nutritionnel visé : promo fruits et légumes, limitation gras sucré,…sans correspondre à une action concrète et renvoient toutes au « comité RENAUDIN » et à l'action 24 de mise en place des chartes.

3.4.4.1. Un comité spécifique pour l'étude des chartes d'engagement volontaire

Dénommé « Comité RENAUDIN », du nom de l'actuel Président, auquel les Ministres chargés de la santé, de l'agriculture et de la consommation ont confié cette tâche par lettre du 27 avril 2007, il a pour objet de décider l'approbation, au nom de l'Etat, des chartes d'engagement de progrès nutritionnels proposées par les acteurs économiques des filières de l'alimentaire (production primaire, industries agroalimentaires, distribution, restauration, fédérations professionnelles,…).

En effet, le PNNS 2[165] propose à ces acteurs de prendre des engagements adaptés à leur spécificité et à ceux de leurs produits. Ces engagements doivent porter sur l'amélioration de la qualité nutritionnelle d'un maximum de produits existants (dans la mesure des possibilités techniques), sur une conception à visée de haute qualité nutritionnelle pour les nouveaux produits, sur la taille des portions, la présentation des produits, et le positionnement relatif des prix au regard du critère nutritionnel, sur la communication et la publicité, notamment envers les enfants, l'accessibilité de produits aux populations défavorisées (actions sur les prix,…) et en définitive la qualité de l'offre alimentaire globale de l'entreprise.

L'engagement collectif devait être privilégié (notamment grâce aux travaux réalisés par les groupes de travail pilotés par la DGAL) afin de toucher le maximum d'opérateurs et d'accroître l'impact de santé public.

Les chartes d'engagement doivent constituer pour les acteurs économiques des engagements clairs, mentionnant des objectifs précis, chiffrés, datés et contrôlables, en vue de l'amélioration de l'offre de services ou de la qualité des produits alimentaires, en totale cohérence avec les objectifs visés par le PNNS 2. L'amélioration prévue doit être concrète et conséquente et doit notamment bénéficier aux populations défavorisées. Ces chartes enfin doivent assurer un traitement équitable entre les opérateurs. Une évaluation régulière des progrès réalisés et de leur conformité aux engagements sera réalisée par le nouvel observatoire de la qualité alimentaire.

Pour remplir sa mission, le comité comprend quatre collèges (nutrition, transformation alimentaire, économie alimentaire et marketing alimentaire) comprenant des membres tous issus du secteur public de la recherche et de l'Université, et ayant rempli une déclaration publique d'intérêt. Le comité est complété par un représentant du Conseil national de l'alimentation et de chacune des trois administrations (santé, agriculture et consommation). Son secrétariat est assuré par la DGS,

[164] Actions 24, 25, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36
[165] Document stratégique du PNNS 2 septembre 2006 page 19

avec l'appui de la DGAL, de la DGCCRF et du CNA. Les réunions se déroulent, 7 à 8 fois par an, majoritairement dans les locaux du ministère de la santé. Chaque année un rapport bilan d'activité du Président du comité est adressé au Président du comité de pilotage du PNNS.

La pratique de ce comité a fait l'objet d'un référentiel construit de façon partenariale…

Le comité base ses décisions sur un référentiel élaboré de décembre 2006 à février 2007, à la demande des trois ministres, par un groupe de travail, comprenant experts (organisations professionnelles, entreprises, scientifiques, associations de consommateurs,…) et administrations, et présidé par M. Christian BABUSIAUX, Président de la 1ère chambre de la Cour des Comptes. Ce référentiel indique le cadre de recevabilité des demandes :

- concourir à la réalisation d'au moins un objectif du PNNS 2,
- permettre d'améliorer l'alimentation de l'ensemble de la population, y compris des personnes défavorisées, en se concentrant sur la consommation de : sel, glucides simples, lipides totaux, acides gras saturés, glucides complexes et fibres, fruits et légumes,
- couvrir une part suffisante des produits de l'entreprise ou de la profession représentée pour être significatives (2/3 du chiffre d'affaires concerné avec des adaptations pour PME) ;
- montrer que le prix de vente du produit amélioré restera semblable relativement aux produits du marché comparables avant amélioration
- être suivies dans le temps, l'application des engagements étant contrôlée par tierce partie avec rapport annuel et le pétitionnaire s'engageant à fournir les données de qualité nutritionnelle à l'OQALI.

L'examen par le comité d'un dossier de demande de charte fait l'objet d'une procédure précise (validation de la recevabilité, désignation d'un expert dans chacun des collèges, évaluation collective, dialogue avec le pétitionnaire, et, le cas échéant, possibilité de représentation d'un dossier amendé).

3.4.4.2. Les résultats ne sont pas à la mesure des espérances

Les points essentiels qui permettaient d'espérer la réussite de cette démarche innovante étaient les suivants :

- Un Président du comité habitué aux négociations avec les fédérations professionnelles et les entreprises du fait qu'il assume également la Présidence du comité économique des produits de santé, instance interministérielle chargée de l'élaboration et du suivi de conventions avec les entreprises pharmaceutiques et des dispositifs médicaux,
- un comité d'experts bien structuré, objectif, avec un équilibre des compétences et s'appuyant sur un référentiel établi de façon consensuelle, légitimant la reconnaissance de ces chartes par tous les acteurs : pouvoirs publics, associations de consommateurs, scientifiques,…
- la prise en compte des contraintes sanitaires, technologiques, organoleptiques et économiques dans les actions sur les produits,
- la prise en compte des actions déjà réalisées et en cours par les entreprises,
- une vigilance pour ne pas créer de distorsions entre les acteurs économiques et/ou entre les aliments, sources de concurrence déloyale, préjudiciables à la liberté de choix des consommateurs,
- la poursuite en parallèle d'actions d'éducation alimentaire fortes. En effet l'évolution de l'offre ne pourra contribuer à elle seule à l'amélioration de l'équilibre alimentaire.

Or, en presque trois ans, seules 17 chartes ont été signées (pour plus de 10 000 entreprises agroalimentaires en France) :

– 14 chartes individuelles ont été signées dont
  - 11 chartes avec des industriels (2008 : St Hubert, Orangina-Schweppes, Marie, Unilever, Taillefine. 2009 : Findus. 2010 : Herta, Maggi, Davigel, P'tit Louis, Lesieur),

- 2 chartes signées avec des distributeurs (juillet 2008 : Casino, février 2009 : Scamark – Leclerc),
- 1 charte signée avec une chaîne de boulangerie (novembre 2008 : Paul)
- 1 charte a été signée avec une association de producteurs (novembre 2008 : Bleu Blanc Cœur)
- 2 chartes ont été signées avec un organisme professionnel (juillet 2008 : section fruits de la Fédération Interprofessionnelle des aliments conservés, novembre 2009 : Unijus).

La mission partage l'appréciation du CNA[166] et constate que :

- L'implication de professionnels « leader » de leur secteur semble constituer un signal positif.
- Ce sont majoritairement des entreprises qui sont entrées dans la démarche, contrairement à l'ambition initiale. Les organisations professionnelles et les PME ne se sont pratiquement pas engagées.
- Les chartes d'engagement conclues concernent essentiellement l'offre alimentaire issue de l'industrie et mise sur le marché par la grande distribution. Le secteur artisanal de l'alimentation de détail est, bien évidemment, beaucoup plus difficile à mobiliser (entreprises nombreuses, réparties sur le territoire, et dont la taille ne peut permettre une action de recherche et développement sauf recours à des centres techniques communs).
- Les engagements portent en majorité sur une diminution des teneurs en sel, en sucre ajouté ou en acides gras saturés. Aucun engagement n'est pris sur la taille des portions. La démonstration que les améliorations vont bénéficier aux personnes défavorisées (accessibilité, prix,…) n'est pas apparue développée dans les argumentaires présentés.

Aucune évaluation officielle de l'importance globale dans l'alimentation de la population (ne serait-ce qu'en termes de chiffre d'affaires) des produits concernés par les améliorations n'a été établie par le comité. Au trois quart de la durée du PNNS 2, les améliorations proposées par les professionnels ne semblent pas être à la hauteur des ambitions du programme, si l'on se réfère aux simulations réalisées par l'AFSSA dans le cadre du groupe « lipide ».

3.4.4.3. Le dispositif suscite des interrogations de trois ordres

– **La légitimité** du comité à prendre des décisions au nom de l'Etat n'est fondée que sur une lettre signée par trois ministres, mais qu'aucun texte législatif n'est venu conforter. Un décret a bien été préparé sous les auspices de la Cour des Comptes, mais ce projet de décret n'a pas connu de suite. Cela rend très fragiles les décisions prises et peut être source de contentieux.

– **La pratique du dispositif qui a pu décourager les acteurs économiques.**
  - La difficulté pour les nutritionnistes du comité de s'approprier l'idée que seule la démarche de progrès est saluée par la charte, même s'il s'agit de produits catalogués au départ comme « gras, salés, sucrés ». Parfois, les progrès proposés ont été considérés comme insuffisants en termes de composition, alors qu'ils concernaient de gros volumes.
  - La volonté de décisions consensuelles des membres du comité a donné l'impression d'une lenteur des instructions. Cette dernière peut être également causée par l'assiduité variable des experts bénévoles du comité (fin 2008, 7 membres sur 18 avaient démissionné,…).
  - La confiance très mesurée (à tort ou à raison) du comité dans les réelles possibilités d'organisations professionnelles représentatives à faire évoluer leurs mandants. Cela a été le cas par exemple de certains acteurs de la restauration collective qui en définitive ne se sont pas engagés dans le dispositif, malgré une première démarche proposant une baisse de la quantité de sel des aliments proposés aux consommateurs.
  - Il n'existe pas de recueil de la doctrine du comité, permettant de répondre aux questions que se posent les opérateurs.

[166] Avis n° 64 du Conseil National de l'Alimentation 2009

– **Le référentiel doit être actualisé**
  - Il prévoit la prise en compte des efforts faits depuis 2006, année correspondante au début du PNNS 2. A l'heure actuelle, en 2010, cette possibilité paraît ambiguë, comme le fait que malgré l'attachement de ce dispositif au PNNS 2 (2007-2010) des engagements sont pris par les acteurs économiques pour des années postérieures à 2010.
  - Son applicabilité pour les chartes collectives pose problème du fait qu'il impose une adhésion explicite des 2/3 des adhérents (ce qui est difficile à prouver, surtout pour des secteurs très atomisés) et qu'il est difficile d'établir un état des lieux précis avant engagement (ce qui sera possible lorsque l'OQALI aura pris toute sa dimension).
  - L'offre alimentaire est souvent soumise à des donneurs d'ordre (enseignes de distribution pour les fabricants de produits MDD, collectivités pour la restauration collective,…) ce qui rend d'autant plus difficile une démarche volontaire d'amélioration pour les entreprises individuelles et milite pour des engagements collectifs avec ces donneurs d'ordre.
  - Les modalités d'information des consommateurs sur les engagements de progrès nutritionnel consistent en l'apposition de la mention « entreprise (ou marque, ou organisation) engagée dans une démarche nutritionnelle encouragée par l'Etat (PNNS) » utilisée sur tout support établissant un lien direct avec les produits concernés par les engagements et pouvant être apposée sur un produit concerné à condition d'être accompagnée d'un étiquetage nutritionnel.
  - Ces modalités, définies par le référentiel, comme un point d'équilibre entre valorisation des entreprises et évitement de surenchère marketing, dans le respect des lois de la concurrence entre entreprises, manquent d'attractivité pour ces dernières car elles sont peu connues du grand public. Est-ce pour cette raison que seules quelques grandes entreprises, soucieuses de leur image vis-à-vis des pouvoirs publics, ont effectué la démarche?

En conclusion, une politique nutritionnelle efficace doit s'adresser à la demande (c'est ce que faisait le PNNS1, avec réussite, grâce à la définition de repères nutritionnels et une communication efficiente vers les consommateurs), mais il lui est indispensable aussi de faire évoluer l'offre alimentaire (produits bruts, productions industrielles, distributeurs, restauration collective,…).

Le PNNS2, sans abandonner le premier versant, s'est fixé cet objectif. Sa traduction en termes d'actions s'est révélé décevante parce que d'une part, certaines actions listées n'étaient pas à la mesure de l'enjeu ou étaient conditionnées par des étapes préalables incompatibles avec la durée du programme, d'autre part de nombreuses actions affichées PNNS2 sont, en fait, initiées et réalisées dans le cadre d'autres programmes et simplement revêtues de la bannière PNNS, et enfin les trois actions d'envergure, pour lesquelles le PNNS2, dans ce domaine de l'offre alimentaire, a été facteur déclenchant, favorisant ou amplificateur (le développement de la recherche sur l'alimentation et la nutrition humaine, l'observatoire de la qualité de l'alimentation, les chartes d'engagements volontaires des acteurs économiques) connaissent des résultats variés. Les deux premières sont des réussites qu'il faut consolider. La troisième, tout en étant essentielle, n'a pas connu la réussite à la hauteur des espoirs (peu de chartes signées, en grande majorité avec des grandes entreprises de l'agroalimentaire).

Recommandation n°69 : Soutenir le développement des chartes d'amélioration de la qualité nutritionnelle :

– **Favoriser l'approche collective.**

– **Etudier les ajustements nécessaires du référentiel en fonction des différents points relevés : facilitation des chartes collectives, association des acteurs avals à la production agroalimentaire (restauration collective, donneurs d'ordre…), actualisation en fonction de l'expérience des modalités de communication liées aux chartes,...**

– **Etablir un recueil de la doctrine du comité (au service des pétitionnaires comme des experts du comité).**

3.5. La prise en compte des personnes défavorisées, une priorité assez théorique

L'aide aux plus démunis est un enjeu fort de santé publique, compte tenu des données sur la prévalence de diverses pathologies liées à l'alimentation et à la sédentarité et les carences que connaissent les catégories sociales défavorisées. Ainsi, pour ne citer que l'exemple de la prévalence de l'obésité, le rapport de Mesdames V. HESPEL et M. BERTHOD-WURMSER [167], partant des enquêtes OBEPI de 1997 et 2006, fait bien apparaître l'augmentation, entre ces dates, de la prévalence de l'obésité de 55% pour les personnes dont le revenu est inférieur à 900 € par mois (prévalence passant de 12,1% à 18,8%), et de 64% pour celles dont le revenu est compris entre 1900 et 2300 € (prévalence passant de 7,2% à 11,8%), alors que les catégories plus favorisées (revenu mensuel entre 3800 et 5300 €) ne présentait qu'une prévalence de 4,9% en 1997 et de 6,6% en 2006 (accroissement de prévalence de 35%). Par ailleurs une enquête de l'AFSSA de mai 2008 présente une stabilisation globale de la prévalence de l'obésité infantile, mais souligne la persistance de très grandes disparités entre catégories socioprofessionnelles : les enfants issus des familles les plus défavorisées sont les plus touchés par l'obésité.

Le PNNS2 l'avait bien identifié dans son document stratégique de septembre 2006 en inscrivant dans ses « mesures pour des populations spécifiques »[168] deux de ses trois fiches sur le ciblage et l'amplification des actions en faveur des plus démunis.

Que ces populations bénéficient ou non de l'aide alimentaire, le PNNS2 avait conçu son intervention en deux volets :
- une politique d'éducation par le développement de l'information, de la formation,
- l'incitation à l'action d'acteurs déjà présents sur le terrain

3.5.1. Une orientation constituée essentiellement d'actions de formation et d'information.

Au delà de ses fiches conseils d'ordre général, l'INPES a développé, dans le cadre du PNNS et du P.A.I (Plan Alimentation et Insertion, en place depuis 2003, piloté par la DGCS -Direction Générale de la Cohésion Sociale, ex DGAS-, avec pour objectif de réduire, par des actions d'information et de prévention des risques, les carences et les pathologies liées à l'alimentation parfois déséquilibrée des bénéficiaires de l'aide alimentaire), toute une palette de moyens destinés à la fois aux bénévoles et salariés des différents organismes œuvrant pour aider les populations défavorisées, mais aussi à cette catégorie de personnes, par exemple :
- une formation a été proposée en 2006, à la demande de la DGCS (ex DGAS), comprenant une session de deux jours puis des réunions de suivi tous les deux mois, des intervenants de l'aide alimentaire (bénévoles et salariés) afin de soutenir le développement d'actions locales d'insertion sociale par le biais de l'alimentation des personnes en situation de précarité socio-économique. Une expérimentation pilote sur 3 régions a été menée avec un suivi des actions menées sur le terrain par les associations, évaluée et généralisée. Elle s'accompagne désormais d'un kit de formation ajustant au mieux ses modalités et contenus aux besoins des bénévoles et des bénéficiaires.
- le classeur «Alimentation Atout Prix », conçu en 1997 et réactualisé en 2005 : il s'agit d'un outil de formation et d'animation sur l'alimentation à destination des bénévoles du secteur associatif,
- une enquête menée en 2006 a permis de mesurer les évolutions pratiques de l'aide alimentaire avec l'accroissement du nombre de bénéficiaires qui a nécessité la mise en place d'une organisation nouvelle. Le manque de temps pendant la distribution n'autorise que des échanges

[167] Rapport sur la pertinence et la faisabilité d'une taxe nutritionnelle, IGAS-IGF, Véronique Hespel et Marianne Berthod-Wurmser, juillet 2008

[168] Plan d'action n° 3. Fiche cibler les actions sur les populations défavorisées ; Fiche améliorer l'aide alimentaire apportée aux personnes en situation de précarité.

occasionnels et rapides entre bénévoles et bénéficiaires, échanges pourtant appréciés par ces derniers sur : évolution qualitative de l'offre de produits, systématisation et incitation au libre choix, ateliers cuisine. Ces deux derniers points sont d'autant plus intéressants qu'ils proposent de réhabiliter la notion de plaisir, souvent absente dans le rapport des bénéficiaires à l'alimentation.

Mais l'ensemble de ces actions date de la fin du PNNS1-début du PNNS2. Il semble que depuis l'attention se soit reportée sur d'autres cibles.

3.5.2. Des actions locales ponctuelles faute d'impulsion nationale suffisante

3.5.2.1. Des actions locales ponctuelles

L'alimentation des personnes en situation de précarité socio-économique fait l'objet d'actions et de programmes aux niveaux européen, national et local. Le PNNS2 s'est fixé comme objectif[169] d'amplifier les actions visant l'approvisionnement en fruits et légumes (faciliter la transformation de fruits et légumes en vue d'une distribution dans le cadre de l'aide alimentaire, proposer des mécanismes de soutien pour renforcer l'attractivité et la consommation de fruits et de légumes, financer et gérer des coupons fruits et légumes destinés à des familles défavorisées).

L'aide alimentaire, quant à elle, s'articule autour du programme européen d'aide aux plus démunis (PEAD et du programme national d'aide alimentaire (PNAA), mobilisant des fonds importants, qui permettent aux associations caritatives d'acheter ou de recevoir des produits alimentaires. Ces derniers sont distribués sous forme de repas, de colis, par les réseaux d'associations avec lesquels l'Etat travaille, à savoir la Croix rouge française, la Fédération française des banques alimentaires, les Restaurants du Cœur et le Secours Populaire français.

Selon une étude ABENA de 2005, les bénéficiaires de l'aide alimentaire consomment trop peu de fruits et légumes, et de poissons, effectivement peu distribués par les associations caritatives.

La DGCS et la DGAl mènent une action commune non négligeable dans ce domaine pour animer les réseaux d'acteurs impliqués dans l'aide alimentaire.

Des associations ou organismes ont conduit des opérations de démonstration, par exemple dès 2006 la mise à disposition de filets de poisson par la Fédération des paniers de la mer. A ce jour ce sont 140 tonnes de poissons qui sont distribués aux bénéficiaires). Depuis 2008, l'ANDES récupère des fruits et légumes non vendus mais consommables au MIN de Rungis (55 tonnes de produits ont été ainsi redistribués en 2009) et sur le marché de Perpignan, permettant ainsi de répondre aux différentes critiques souvent formulées concernant les prix de vente important des fruits et légumes, leur manque de diversité dans l'aide alimentaire en France…. Le Secours Populaire français le fait également sur le MIN de Nantes (250 tonnes de produits distribués en 2008). Les banques alimentaires ont mis en place en 2009 un atelier de conditionnement de fruits et légumes pour l'aide alimentaire au MIN Avignon et entrepris l'étude de faisabilité d'une transformation des surplus non conditionnables ou sans débouché.

Ainsi ces actions suivies ont permis de remplir en partie seulement les objectifs que s'était fixé le PNNS2.

3.5.2.2. Une faible impulsion nationale

Les acteurs déjà actifs identifiés par le PNNS2 dans cette problématique sont tout particulièrement la Caisse Nationale d'Allocation Familiale (CNAF), à laquelle le document stratégique du PNNS2

[169] Fiche «améliorer l'aide alimentaire pour les personnes en situation de précarité » Plan d'action n°3 du PNNS 2

fait largement référence (fiche « cibler les actions sur les populations défavorisées »), ainsi qu'au rôle des 123 caisses présentes sur le terrain (diffusion des documents du PNNS, actions collectives sur le thème de la nutrition,…).

En effet, les caisses d'allocation familiale jouent un rôle de premier plan dans le suivi des populations défavorisées. Elles sont notamment présentes dans les centres sociaux, et ont une connaissance importante des difficultés de ces personnes.

Le PNNS2 a intégré la CNAF au comité de pilotage, mais cette institution y est peu présente et il n'a pas su ou pu véritablement la mobiliser.

De plus, la réalité sur le terrain est peu conforme à l'ambition affichée par le PNNS2 : hormis à travers la présentation d'actions dans des centres sociaux, la mission a peu entendu dans le cadre de ses déplacements, les partenaires ou correspondants faire allusion à des actions menées avec ou par les CAF[170].

Par ailleurs, la convention d'organisation et de gestion (COG) signée en 2009 entre la CNAF et l'Etat ne fait pas référence aux objectifs du PNNS2 dans ses orientations d'action. L'Etat n'a donc pas adressé non plus de signal fort en faveur des objectifs du PNNS à cet organisme.

Sur le terrain, le ciblage plus spécifique des populations précaires par les actions des personnes chargées dans les DRASS/DDASS des PRSP restent encore des axes de recherche pour favoriser les actions de formation en direction des professionnels amenés à intervenir auprès des personnes en difficulté, ou d'expérimentation à développer, par exemple, en Ile de France, notamment dans les quartiers prioritaires, ou pour les personnes en difficulté mais logées dans des hôtels (ville de Bondy avec le soutien du Conseil Général,…), ou les populations ne maîtrisant pas le français (expérience menée par la CRAMIF et des associations,..).

En conclusion, la logique voudrait que si ces populations défavorisées sont les plus concernées par la qualité nutritionnelle de leur alimentation et par la sédentarité, une politique publique de santé en la matière devrait impérativement cibler majoritairement ses actions et les moyens mis en place sur ces populations. C'est ce que la mission propose que le PNNS fasse.

Recommandation n°70 : Redonner la priorité aux actions en faveur des plus démunis.

Recommandation n°71 : Revoir les conditions d'éligibilité à l'aide alimentaire.

Recommandation n°72 : Mettre en place des indicateurs d'évaluation de l'impact des actions nutritionnelles et d'activité en faveur des populations défavorisées.

Recommandation n°73 : Mieux organiser le tableau de bord de façon à permettre d'identifier les initiateurs des actions.

Recommandation n°74 : Mettre en place une banque de données des expérimentations effectuées et qui pourraient être généralisables.

Recommandation n°75 : Introduire la référence aux objectifs du PNNS dans la COG de la CNAF.

[170] Hormis lors de la visio-conférence avec la Martinique

4. RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES

4.1. Tableau synoptique des recommandations

La mission a regroupé les recommandations formulées tout au long de ce rapport afin d'en faciliter la consultation. Elles sont classées ci-après d'une part en fonction de la thématique concernée – générale comme conception et gouvernance ou thématique comme obésité ou dénutrition – d'autre part en fonction de leur inscription dans l'une des deux hypothèses présentées : scénario 1 (découplage du cadre de référence et de ses déclinaisons opérationnelles, nouvelle gouvernance) ou scénario 2 (gouvernance renforcée, objectifs resserrés) ; plusieurs de ces recommandations sont communes aux deux hypothèses.

<table>
<tr><th colspan="3">Conception - gouvernance</th></tr>
<tr><th>Recommandations communes</th><th>SC1</th><th>SC2</th></tr>
<tr><td colspan="3">Officialiser le PNNS de préférence dans le cadre de la prochaine loi de santé publique sinon par un décret, qui lui donnera sa légitimité et permettra de préciser ses missions, ses partenaires, ses modes d'action et son pilotage.</td></tr>
<tr><td></td><td>Créer un comité de gouvernance opérationnelle composé du responsable du PNNS ainsi que de chacun des responsables de plans concernés par la politique nutritionnelle et de directeurs généraux responsables de programmes dans des politiques sectorielles impactées par le PNNS, chargé d'assurer la cohérence transversale des politiques et de consolider par un bilan annuel de réalisation de l'ensemble des actions mises en œuvre dans le champ du PNNS et de rendre compte des résultats obtenus.</td><td>Créer un véritable comité interministériel nutrition-santé, réuni au niveau des ministres ou, au moins des directeurs généraux, chargé d'approuver annuellement le rapport d'activités et de lancer les actions pour la période à venir.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Modifier la composition et le fonctionnement du comité de pilotage :
– Equilibrer les représentations publiques, socioéconomiques et associatives en augmentant notamment la représentation de la composante « activités physiques », et introduire des représentants du monde agricole.
– Associer les représentants administratifs et associatifs de l'activité physique intervenant dans les activités scolaires et extrascolaires au comité de pilotage.
– Impliquer davantage au sein du comité de pilotage du PNNS des acteurs susceptibles de porter l'enjeu de la dénutrition.
– Mettre en œuvre et réunir systématiquement un « pré-comité » de pilotage interministériel, sous la présidence de la DGS, réservé aux seules administrations membres du comité de pilotage, chargé de préparer les réunions et de traiter à son niveau les éventuels risques de désaccords.</td></tr>
</table>

		Assurer une clarification rédactionnelle du prochain programme et son recentrage sur un nombre réduit d'objectifs et d'actions en découlant.
	Fixer des objectifs et des lignes directrices susceptibles d'être déclinés par chaque ministère concerné dans ses domaines propres de compétence.	Arbitrer entre de multiples priorités.
Refonder la gouvernance du programme avec un rattachement interministériel pour assurer une véritable conduite de programme.		
Prévoir pour chacune des politiques nutritionnelles une déclinaison spécifiquement dédiée aux populations les plus défavorisées. Procéder - compte tenu du caractère encore non définitif du bilan des PNNS - à une révision réaliste de certains de ses objectifs. Revoir les indicateurs de l'activité physique à la lumière de travaux d'experts et déterminer par catégories de population des objectifs réalistes et facilement atteignable.		
Corriger la formulation de l'un des principes généraux qui pourrait favoriser une interprétation par trop « binaire ». Inscrire explicitement par exemple que si certains aliments ne sont pas interdits et sont sources de plaisir, une consommation excessive peut toutefois présenter de réels risques pour la santé.		
Mieux faire apparaître la composante « activité physique et lutte contre la sédentarité » dans l'intitulé d'un prochain PNNS pour limiter la confusion entre nutrition et alimentation.		
Déterminer un axe spécifique sur l'outre-mer dans le prochain PNNS		
Synergie entre plans et politiques sectorielles concernés par les objectifs de la politique nutritionnelle		
Diffuser la méthodologie de la DGS dans l'élaboration et le suivi des plans de santé publique et veiller l'articulation entre les plans Articuler entre eux les programmes ou politiques concernés par les objectifs du PNNS S'assurer d'une articulation cohérente entre PNNS et PNA. Clarifier l'orientation des missions, des thématiques, des messages et des actions entre les deux ministères sur l'offre alimentaire. Renforcer la cohérence entre le PNNS et le PNSE sur la partie activité physique du PNNS et la partie transports du PNSE Citer systématiquement dans le PNNS les liens avec d'autres plans sur les mêmes thématiques		

	Dans un plan sectoriel Veiller à une participation de responsables du PNNS dans les comités de sélection des appels à projets quand il apparaît que les problématiques sont proches ou les critères de sélection convergents. Etablir un bilan consolidé de l'ensemble des financements publics relevant de la politique nutritionnelle relevant du PNSS. Veiller à la coordination locale des différents référents des différents plans.	Dans le PNNS Veiller à une participation responsables PNNS dans les comités de sélection des appels à projets quand il apparaît que les problématiques sont proches ou les critères de sélection convergents. Etablir un bilan consolidé de l'ensemble des financements publics relevant de la politique nutritionnelle relevant du PNSS. Veiller à la coordination locale des différents référents des différents plans.
Evaluation		
Prévoir l'identification précise d'indicateurs de réalisation et si possible de performance Mettre en place une évaluation des principales actions aux différents niveaux de leur mise en place (nationale ou territoriale). Favoriser la pérennité et soutenir la généralisation des expériences reconnues comme les plus performantes en termes d'efficacité et d'impact.		

Communication et mise en réseaux
Prendre pleinement en considération la multiplicité des cultures et des représentations dans les stratégies de communication et la mise en place d'actions afin de différencier les messages comme les actions en fonction des publics cibles. Soumettre toutes les publications en rapport avec le PNNS et quelle qu'en soit la structure émettrice, privée ou publique, à une même procédure de reconnaissance et d'attribution du logo PNNS. Actualiser la thématique de la nutrition sur le site du ministère de la santé et moderniser la présentation de se site. Créer, en complément du site « mangerbouger.fr » des outils d'échanges pour la communauté des acteurs du PNNS. Doter le PNNS d'un système d'information dédié et partagé par la communauté des acteurs du PNNS, mettant à sa disposition les éléments disponibles sur l'évaluation et la mesure de la performance des principales actions conduites.
Ressources et moyens
Identifier, parmi les dépenses et les actions de l'INPES, celles financées par le produit de la contribution instaurée par l'article L.2133-1 du code de la santé publique, et présenter spécifiquement au Comité de pilotage les actions concernées.
Mettre en œuvre l'application informatique partagée permettant de collecter et d'analyser les dépenses régionales et les actions s'inscrivant directement dans le plan concerné, et identifier pour chacune de ses thématiques les différents financements obtenus, en tenant compte de la création des ARS.
Etudes et recherches
Sous l'égide de la DREES engager une coordination des études et enquêtes portant sur les données nutritionnelles tant dans le champ alimentaire que dans le champ de l'activité physique. Renforcer la partie des études et recherches relatives à la mesure de la sédentarité. Assurer une meilleure articulation du calendrier de ces études avec celui des programmes ou politiques nutritionnelles. Conduire dès à présent une réflexion entre les différents acteurs du PNNS pour élaborer une grille pertinente d'indicateurs dont le suivi sera dès à présent privilégié et qui permettra de conduire l'évaluation ex-post dans des conditions scientifiquement recevables et socialement acceptables.

Obésité		
Définir et mettre en œuvre une politique de prévention de la stigmatisation des personnes obèses en complémentarité avec des campagnes d'information sur la question de l'obésité. Assurer un suivi plus étroit par la DGS des travaux confiés à la HAS en matière d'élaboration de recommandations de bonne pratique. Accélérer et achever la mise en place des équipements d'accueil et de prise en charge des malades obèses dans les structures désignées à cet effet. Prévoir une campagne d'information sur la nature et les dangers de l'obésité ainsi que sur la prévention de ses complications.		
	Dans un plan sectoriel Demander aux Agences régionales de santé d'œuvrer, grâce au schéma régional de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale, à l'introduction du repérage systématique du surpoids et de l'obésité infantile dans les schémas départementaux de PMI. Favoriser l'implantation et le développement de réseaux de prévention et de prise en charge : - Soutenir la création de dispositifs de proximité à vocation de prévention et de prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité infantile - Demander à la DHOS et aux ARS d'accélérer la constitution de réseaux populationnels pour une prise en charge cohérente et intégrée des personnes obèses. Favoriser la création de structures hospitalières d'éducation thérapeutique en lien étroit avec l'offre éducative territoriale	Dans le PNNS Demander aux Agences régionales de santé d'œuvrer, grâce au schéma régional de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale, à l'introduction du repérage systématique du surpoids et de l'obésité infantile dans les schémas départementaux de PMI. Favoriser l'implantation et le développement de réseaux de prévention et de prise en charge : - Soutenir la création de dispositifs de proximité à vocation de prévention et de prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité infantile - Demander à la DHOS et aux ARS d'accélérer la constitution de réseaux populationnels pour une prise en charge cohérente et intégrée des personnes obèses. Favoriser la création de structures hospitalières d'éducation thérapeutique en lien étroit avec l'offre éducative territoriale

<table>
<tr><th colspan="3">Dénutrition des personnes âgées</th></tr>
<tr><td colspan="3">Identifier, soit au sein du PNNS, soit dans le PNBV, un programme spécifique « prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition des personnes âgées, à domicile et en établissement », assorti de fiches-actions incombant à des pilotes nationaux et susceptibles d'être déclinées en région.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Renforcer la connaissance sur la dénutrition, notamment chez les personnes âgées.

Identifier plus précisément les leviers organisationnels et logistiques susceptibles de réduire les situations de dénutrition à l'hôpital.

Confier à la DGAS et à la CNSA le pilotage d'actions spécifiques et l'animation de groupes de travail pour définir des priorités d'actions dans les champs des établissements et du domicile.</td></tr>
<tr><td></td><td><u>PNBV</u>

Utiliser effectivement le codage des troubles nutritionnels, dont la dénutrition, pour permettre de dégager des moyens adéquats de prise en charge à l'hôpital.

Demander aux délégués territoriaux des ARS, pour garantir la déclinaison territoriale, de veiller à ce que les schémas gérontologiques départementaux intègrent cette thématique.

Identifier la thématique personnes âgées dans les futurs schémas régionaux médico-sociaux élaborés par les ARS, en s'appuyant sur les schémas gérontologiques départementaux :
– mettre à profit la création des commissions de prévention des agences régionales de santé, qui intègrent les collectivités locales, pour développer les actions de sensibilisation à cette partie du PNNS
– sensibiliser en priorité les villes et départements actifs PNNS</td><td><u>PNSS ou PNBV</u>

Utiliser effectivement le codage des troubles nutritionnels, dont la dénutrition, pour permettre de dégager des moyens adéquats de prise en charge à l'hôpital.

Demander aux délégués territoriaux des ARS, pour garantir la déclinaison territoriale, de veiller à ce que les schémas gérontologiques départementaux intègrent cette thématique.

Identifier la thématique personnes âgées dans les futurs schémas régionaux médico-sociaux élaborés par les ARS, en s'appuyant sur les schémas gérontologiques départementaux :
– mettre à profit la création des commissions de prévention des agences régionales de santé, qui intègrent les collectivités locales, pour développer les actions de sensibilisation à cette partie du PNNS
– sensibiliser en priorité les villes et départements actifs PNNS</td></tr>
</table>

Lutte contre la sédentarité et promotion de l'activité physique		
Introduire dans les stratégies et actions les cibles spécifiques, liées au genre, aux revenus et au niveau socioculturel. Renforcer la partie promotion de l'activité physique et lutte contre la sédentarité dans un prochain PNNS. Utiliser dans un prochain PNNS les travaux de l'INSERM et la boite à outil du PNAPS pour donner une impulsion réelle à cette partie du PNNS. Promouvoir l'activité sportive adaptée au sein des maisons de retraite et des EHPAD en les intégrant dans le projet d'établissement. Donner suite aux propositions des rapports sur la formation des professionnels de l'activité physique et veiller à adapter la formation des professionnels pour les populations atteintes de pathologies ou vieillissants. Renforcer le lien entre les professionnels du sport, de la santé et du médico-social et valider par un comité scientifique les outils de programmation, de suivi et d'évaluation de l'encadrement des activités sportives adaptées et élaborer avec les partenaires une charte de qualité des opérateurs. Engager un travail sur l'adaptation des activités d'EPS et d'AS en direction des élèves les moins réceptifs à cet axe du PNNS. Revoir avec les fédérations sportives le ciblage en direction de certaines populations, populations défavorisées, population féminine.		
	Dans un plan sectoriel (PNAPS) S'appuyer sur les établissements scolaires pour promouvoir, en liaison avec les collectivités locales, dans les cours d'EPS et les activités extrascolaire, à la fois l'activité physique et sportive, et les préconisations nutritionnelles selon l'approche PNNS. Mettre à profit la création des commissions de prévention des ARS, qui intègreront les collectivités locales, pour développer cette partie du PNNS.	Dans le PNNS S'appuyer sur les établissements scolaires pour promouvoir, en liaison avec les collectivités locales, dans les cours d'EPS et les activités extrascolaire, à la fois l'activité physique et sportive, et les préconisations nutritionnelles selon l'approche PNNS. Mettre à profit la création des commissions de prévention des ARS, qui intègreront les collectivités locales, pour développer cette partie du PNNS.

Offre alimentaire		
Favoriser la montée en puissance de l'OQALI. Soutenir le développement des chartes nutritionnelles : – favoriser l'approche collective – étudier les ajustements nécessaires du référentiel en fonction des différents points relevés : facilitation des chartes collectives, association des acteurs avals à la production agroalimentaire, actualisation en fonction de l'expérience des modalités de communication liées aux chartes,... – établir un recueil de la doctrine du comité.		
	Dans un plan sectoriel (PNA) Toiletter et hiérarchiser le tableau de bord des actions, l'organiser de façon à « reconnaître » le rôle des différents intervenants (ou plans) et intégrer un échéancier prospectif des actions.	Dans le PNNS Toiletter et hiérarchiser le tableau de bord des actions, l'organiser de façon à « reconnaître » le rôle des différents intervenants (ou plans) et intégrer un échéancier prospectif des actions.
Aide aux personnes défavorisées		
Revoir les conditions d'éligibilité à l'aide alimentaire. Mettre en place une banque de données des expérimentations effectuées et qui pourraient être généralisables. Introduire la référence aux objectifs du PNNS dans la COG de la CNAF.		
	Dans un plan sectoriel Donner la priorité aux actions en faveur des plus démunis. Mettre en place des indicateurs d'évaluation de l'impact des actions nutritionnelles et d'activité en faveur des populations défavorisées. Mieux organiser le tableau de bord de façon à permettre d'identifier les initiateurs des actions.	Dans le PNNS Donner la priorité aux actions en faveur des plus démunis. Mettre en place des indicateurs d'évaluation de l'impact des actions nutritionnelles et d'activité en faveur des populations défavorisées. Mieux organiser le tableau de bord de façon à permettre d'identifier les initiateurs des actions.

4.2. Propositions de scenarii pour la suite…

Le PNNS a répondu dans ses versions « 1 » et « 2 » aux objectifs qui lui avaient été assignés car, en valorisant et en faisant connaître par une approche transversale les repères nutritionnels conformes aux traditions alimentaires et culinaires françaises, il a contribué à sensibiliser la population à la nécessité d'avoir une alimentation équilibrée, et, dans une moindre mesure, à « bouger ». Pour ce faire, il a développé une stratégie, et a défini une boite à outils qui a été utilisée comme « cadre de référence » par les pilotes des actions, et par ceux qui étaient chargés de les mettre en œuvre, au plan national et dans leur déclinaison territoriale.

De ce point de vue, à savoir permettre aux français d'effectuer des choix alimentaires les plus capables de leur éviter la survenue de pathologies en relation avec des désordres nutritionnels et par là même de leur donner les moyens de ne pas amoindrir leur capital santé, le PNNS1 et le PNNS2 ont globalement atteint leurs objectifs ; de même, sous l'angle de la notoriété, les messages sont connus, même s'il est difficile de savoir s'ils ont été réellement appropriés par ceux auxquels ils étaient destinés.

Si dans son registre de cadre de référence, il est reconnu par l'ensemble des acteurs et parties prenantes, il faut relativiser l'efficacité de la dimension opérationnelle du PNNS, notamment en ce qui concerne ses capacités à obtenir un impact sur les problèmes rencontrés dans certaines populations, dont ce programme s'est insuffisamment préoccupé : les personnes à risque d'obésité, les personnes dénutries, et notamment les personnes âgées, et les populations pauvres et précaires. La prévention et la prise en charge de l'obésité infantile et adulte n'occupent pas la place qui aurait dû leur être reconnue, compte tenu des enjeux de santé publique, voire de société. Enfin, la lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique n'ont pas été suffisamment intégrées dans la démarche globale.

La mission s'est donc attachée dans le cadre de son enquête, à faire des recommandations, de portée inégale en ce qui concerne leur ampleur, sur les documents stratégiques, les plans d'action, dans leur conception et à partir de ce qu'elle a constaté dans leur mise en œuvre.

* * *

Une partie de ces recommandations pourrait être comprise comme des pistes d'amélioration pour un PNNS3 qui s'inscrirait alors dans une parfaite continuité avec le PNNS2. Telle n'est pas la conviction que s'est forgée la mission qui repose sur les constats partagés suivants : la pérennité du PNNS mérite d'être assurée car il constitue une démarche utile et indispensable au succès de toute politique nutritionnelle, et, sans nier les mérites du PNNS et sans ignorer son caractère innovant, original et persévérant, notamment au regard d'autres exemples étrangers, la mission estime que la **reconduction en l'état** du PNNS, n'est pas souhaitable.

Il doit être donc conçu autrement pour prendre en considération les pistes d'amélioration que la mission a identifiées en matière :

- de hiérarchisation des priorités ;
- de distingo entre ses fonctions de « cadre de références » et ses responsabilités de conduite opérationnelle ;
- de dispositif de gouvernance, en fonction du choix qui sera fait dans la combinaison des deux fonctions ci -dessus, ainsi que dans l'articulation entre ce programme et les autres plans, politiques sectorielles ou programmes qui mobilisent les références portées par le PNNS ;
- de légitimité politique et de capacité administrative pour porter avec efficacité et dans leur pleine dimension interministérielle ses divers objectifs.

C'est pourquoi, à la fin de ses travaux d'enquête, la mission a souhaité poser la question de l'avenir du PNNS et l'explorer sous la forme de deux scénarii alternatifs.

Ces deux scénarii se distinguent essentiellement par deux façons différentes de concevoir l'association et l'articulation des fonctions de cadre de référence et de conduite opérationnelle de programmes (ou volets) sectoriels.

Le premier scénario fait du PNNS le cadre de références unique et obligatoire des politiques publiques dès lors qu'elles comprennent des actions ou des objectifs relevant de la politique nutritionnelle, et lui confie un rôle de coordination et d'harmonisation sans responsabilité directe de conduite opérationnelle.

Le deuxième scénario maintient le PNNS dans sa fonction de cadre de référence dans le domaine nutritionnel, et le recentre sur quelques axes prioritaires d'action dûment identifiés et des fonctions opérationnelles qu'il confie, en nombre limité, à des chefs de file désignés qui lui rendent compte directement.

1. **Le PNNS serait conforté sur ses fonctions de cadre de références, d'expérimentation et de coordination de la politique générale de nutrition sans avoir la responsabilité directe du pilotage opérationnel des actions qui relèvent de ces objectifs.**
   - le PNNS proprement dit deviendrait alors le référentiel et la « boite à outils » de tout programme ou politique publique, dans la mesure où il serait concerné par les objectifs nutritionnels et appelé à mobiliser obligatoirement les repères et les ressources intellectuelles du PNNS ;

   et
   - les volets thématiques de l'actuel PNNS qui seraient alors soutenus soit par des « plans spécifiques » (exemple plan « obésité », plan cancer ...), soit par des politiques sectorielles plus larges portées par d'autres ministères (PNA, activités physiques en milieu scolaire…).

La gouvernance de chaque programme serait conduite par des **responsables** désignés au plus haut niveau et investis par délégation du **pouvoir de décision** dans le champ de leur programme, la cohérence globale des politiques étant garantie par l'harmonisation des référentiels par le PNNS. **Une structure transversale de coordination** composée des responsables de plans et de programmes et du responsable du PNNS renforcerait la cohérence d'ensemble et l'identification des priorités comme les synergies possibles.

2. **Le PNNS conserve sa mission de référence conceptuelle nutritionnelle et pilote un nombre limité de chantiers hiérarchisés qui se déclinent en actions opérationnelles**

En partant du constat que le PNNS devrait accroître son ambition en passant de la sensibilisation à une mise en place effective de réponses opérationnelles sur quelques **axes qui auraient été identifiés et hiérarchisés**, ce scénario n°2 consisterait à prévoir que ces axes, de caractère plus ou moins hautement prioritaire, constitueraient autant de **domaines de politique publique.** La responsabilité de leur mise en œuvre et de leur déclinaison opérationnelle serait confiée **à un chef de file précisément désigné** et **rendant compte** de l'état d'avancement des plans d'actions au comité de pilotage du PNNS, pour le domaine auquel il se consacre.

Le PNNS resterait coordonné par le ministère de la santé et demeurerait **le programme d'évocation générale de l'ensemble des thématiques qui peuvent se rattacher à la politique nutritionnelle. Conjointement il conduirait un certain nombre d'actions déclinant de manière opérationnelle les axes d'intervention prioritaires** avec des **fonctions support renforcées**.

Afin de fournir au prochain PNNS la capacité, non seulement de mettre en œuvre les diverses actions constitutives du programme, mais de parvenir à les réaliser selon un échéancier préalablement défini, une nouvelle gouvernance devrait être bâtie. A cette fin il est proposé de conserver la mission de concertation générale comportant discussions et débats que l'actuel comité de pilotage assume, dans sa composition et ses modalités de fonctionnement présentes, de façon satisfaisante.

En revanche il serait nécessaire de prévoir la création d'une instance dont les membres feraient **uniquement partie de l'administration** avec un niveau de représentation qui soit celui des directeurs d'administration centrale : afin de donner à cette instance un authentique pouvoir d'injonction de faire aux services chargés de la mise en œuvre concrète du programme, il devrait être étudié son rattachement au Premier ministre avec accompagnement d'un portage politique fort et constant**,** composée de responsables relevant d'un niveau véritablement décisionnel.

Une circulaire, régulièrement actualisée, déterminerait les priorités du programme.

La mission a identifié trois domaines de politique publique à privilégier :
- un volet thématique qui peut être aujourd'hui considéré comme prioritaire, **l'obésité infantile et adulte ;**
- une population à cibler de façon préférentielle, les **populations pauvres et /ou précaires**
- et une composante de la nutrition à développer, la **lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique.**

La question de l'obésité serait traitée selon une approche globale, s'agissant d'une question qui met en jeu de nombreux facteurs, dont certains encore inexpliqués, tout en évitant de stigmatiser l'obésité, et en agissant sur tous les leviers. Le maintien de l'obésité dans le PNNS ne resterait possible que si le futur document stratégique d'un PNNS3, avec ses modalités de gouvernance et ses moyens opérationnels, permet d'intensifier la prise en compte et la déclinaison opérationnelle de cette question de santé publique.

La problématique des populations défavorisées serait abordée selon un principe d'action, le « mainstreaming », (cible rattachée au courant principal), permettant de faire en sorte que les populations les plus pauvres, qu'elles soient ou non précaires, qui sont concernées par la poursuite de l'élévation du taux de prévalence de l'obésité soient inscrites comme **cible populationnelle dans toutes les actions du PNNS** qui, de près ou de loin, peuvent avoir des conséquences sur le développement de l'obésité. Il s'agirait de déterminer à chaque fois les modalités opérationnelles d'action permettant de les rendre plus facilement éligibles.

La promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité deviendraient, en complément de la composante alimentaire, la composante nutritionnelle faisant l'objet d'un véritable investissement du futur PNNS sous forme d'un plan d'action élaboré à partir des conclusions du rapport du Pr Toussaint avec désignation d'un chef de file.

Les autres thèmes, tels que par exemple la prévention de la dénutrition, pourraient faire l'objet d'actions spécifiques de communication mais ne seraient pas déclinés sous forme de plan d'actions opérationnelles. **La dénutrition des personnes âgées**, qui nécessite un véritable plan d'actions de nature opérationnelle, pourrait être transférée au PNBV en élargissant son champ aux personnes en établissement. Cette solution permet de mieux identifier un axe relatif à la dénutrition dans un plan prévu pour les personnes âgées.

En conclusion, la mission s'est attachée à rester dans le cadre d'une enquête sur le PNNS, avec ses réussites, ses échecs et ses manques. Elle n'a pas ré-ouvert les deux dossiers relevant de politiques plus contraignantes, notamment sur le sujet de la taxe nutritionnelle, sujet récemment traité, ou la réglementation de la publicité. C'est aussi la limite du PNNS, qui reste un programme essentiellement incitatif.

Danièle JOURDAIN MENNINGER Gilles LECOQ Jérôme GUEDJ

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Pierre BOUTET Jean-Baptiste DANEL Gérard MATHIEU

Membres du Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux

Lettres de mission

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE L'ALIMENTATION, DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE

Le Ministre

Paris, le 20 AOUT 2009

Monsieur le Vice-président,

Le ministère de la santé et des sports a commandé à l'IGAS une évaluation du programme national nutrition santé (PNNS2 2007-2010) afin de préparer son évolution à compter de l'année prochaine.

Au titre de ses attributions dans le domaine de la politique de l'alimentation, le Ministère de l'Alimentation, de Agriculture et de la Pêche est chargé des actions relatives à l'amélioration de la qualité nutritionnelle, de l'offre alimentaire et de l'accessibilité des produits bruts dans le cadre du PNNS2. Il est donc à ce titre particulièrement concerné par cette évaluation.

Je souhaite donc que vous apportiez votre concours à cette évaluation.

A ce titre, vous vous attacherez plus particulièrement à :

- analyser les méthodologies et bases scientifiques qui appuient l'action du PNNS2, notamment les conditions de prise en compte des sciences humaines, comportementales, sociologiques et des aspects technologiques ;
- analyser plus particulièrement les actions relatives à l'offre alimentaire dans le cadre du PNNS2, les questions relatives à la mobilisation des industriels ainsi qu'aux outils de surveillance mis en place ;
- analyser le dispositif des chartes d'engagement d'amélioration de la qualité nutritionnelle notamment vis-à-vis du jeu concurrentiel des entreprises, en terme d'amélioration de l'image de la marque, mais également vis-à-vis de l'implication des PME ;
- analyser les actions conduites en faveur des plus démunis, qui sont particulièrement touchés par l'obésité ;
- évaluer les moyens mis œuvre par le MAAP dans le cadre du PNNS et plus généralement la transparence et la répartition des financements au sein du PNNS2 ;

.../...

Monsieur Jacques BRULHET
Vice président
CGAAER
251, rue de Vaugirard
75732 PARIS CEDEX 15

78 rue de Varenne – 75349 PARIS 07 SP – Tél : 01 49 55 49 55

- analyser la coordination interministérielle et la cohérence avec d'autres programmes des actions menées par le PNNS 2 à la fois au niveau national mais également au niveau régional avec les directions régionales de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt ;
- analyser les conditions et les méthodes de fonctionnement actuel du PNNS notamment la séparation entre l'évaluation par les scientifiques et les décisions prises par les pouvoirs publics sur les actions à conduire, les modalités de concertation interministérielle et enfin la consultation et la concertation avec les différentes parties prenantes ;
- proposer des améliorations de la cohérence et des synergies entre la politique que conduit le ministère de l'alimentation et les actions décidées par le PNNS2 en ce qui concerne l'alimentation ;
- évaluer les conditions dans lesquelles est conduite la coordination interministérielle au sein du comité de pilotage du PNNS 2 notamment dans le cadre des campagnes d'information menées par l'INPES ;
- analyser l'impact réel sur les comportements de la population des actions conduites par le PNNS.

Au-delà des expériences conduites dans des pays anglo-saxons, vous pourrez utilement apporter un éclairage sur les expériences de pays plus proches culturellement de la France. Ainsi, vous dégagerez des propositions permettant de prendre en compte les spécificités françaises en matière de régime et de culture alimentaires.

Je vous prie de croire, Monsieur le Vice-président, à l'assurance de ma considération distinguée.

Bruno LE MAIRE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et des sports

Le Préfet, directeur du cabinet

Paris, le 24 JUIN 2009

Inspection Générale
Des Affaires Sociales
25 JUIN 2009
N° 316

Le directeur de cabinet
de la ministre de la santé et des sports

à

Monsieur le chef de service de l'inspection générale des affaires sociales

Cab3/LAB/MRD
mercure D.09-5762

Objet : évaluation des programmes nationaux nutrition santé

En 2000, le Haut conseil de santé publique (HCSP) a souligné le rôle de la nutrition sur la santé et appelé l'attention des autorités sur la progression de l'obésité et du surpoids, qui constituent des enjeux de santé publique. Depuis 2001, le programme national nutrition santé (PNNS) développe des outils de promotion d'une alimentation satisfaisante pour la santé, et des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge des problèmes de nutrition, d'obésité, d'anorexie et de dénutrition.

Depuis 2007 le PNNS est piloté par un comité qui inclut une grande diversité d'acteurs institutionnels : Etat, agences sanitaires, collectivités locales, industries agro-alimentaires, instituts de recherche, représentants de l'Assurance maladie, représentants du milieu sportif et associations de consommateurs et de personnes obèses. Les propositions sont fondées sur un consensus qui facilite leur mise en œuvre. Toutefois, les intérêts divergents représentés empêchent parfois des mesures innovantes de voir le jour.

Le PNNS2 s'achève en 2010. Son bilan est positif mais certains sujets doivent être approfondis, comme :

- l'amélioration de la nutrition des personnes en situation de précarité économique,
- la mobilisation des collectivités locales et régionales autour du problème de l'obésité,
- la cohérence de la communication des acteurs qui abordent le thème de la nutrition,
- la dénutrition des personnes âgées.

Dans ces conditions, compte tenu de la priorité qu'entend donner le gouvernement à la lutte contre l'obésité, il est important que l'évaluation du PNNS2 par l'inspection générale des affaires sociales puisse se faire rapidement. Elle permettra ainsi de mieux coordonner les travaux sur l'évolution de ses actions

14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tél. : +33 1 40 56 60 00

La mission qui vous est confiée devra, entre autres :

- relever les points forts et les faiblesses des actions menées, dans le cadre de la prévention, du dépistage et de l'amélioration de la prise en charge des troubles nutritionnels ;
- identifier les freins et les leviers à leur déploiement au niveau local ;
- analyser les synergies possibles entre les différents plans et programmes (plan Cancer, PNSE, plan national de prévention par les activités physiques ou sportives, plans locaux de développement durable…), et les moyens de les mobiliser ;
- évaluer les moyens humains et financiers mobilisés pour répondre aux objectifs fixés ;
- analyser les méthodes de fonctionnement du pilotage national du PNNS, de la coordination interministérielle et du pilotage au niveau des services déconcentrés ;
- évaluer les méthodes de fonctionnement des structures qui en émanent, en particulier le comité de pilotage du PNNS et le comité de validation des chartes d'engagement volontaire de progrès nutritionnel ;
- analyser la possibilité de faire apparaître plus clairement le coût et l'origine des crédits des actions du PNNS.

La mission pourra s'appuyer sur les expériences conduites dans le domaine de la lutte contre l'obésité et le surpoids dans quelques pays de niveau comparable (en particulier les Etats-Unis et le Royaume-Uni, qui ont mis en œuvre des plans spécifiques de lutte contre l'obésité en particulier infantile…).

Elle pourra faire toute recommandation utile à l'amélioration du programme et de son pilotage, en particulier en proposant une gouvernance qui garantisse son efficacité opérationnelle et prenne davantage en compte le caractère interministériel des actions à conduire.

La mission qui pourra s'adjoindre le concours de spécialistes des questions de nutrition et d'obésité, se rapprochera des autres ministères concernés en particulier ceux de l'intérieur et des collectivités territoriales, de l'agriculture et de la pêche, de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et du secrétariat d'Etat chargé de l'industrie et de la consommation.

Un rapport d'étape sera remis le 30 septembre prochain et le rapport définitif au plus tard le 15 novembre 2009.

Georges-François LECLERC

Liste des personnes rencontrées

Commission européenne :
Direction générale de la santé et des consommateurs (DGSANCO)
Mme Paola TESTORI GOGGI, directrice générale adjointe
M. Philippe ROUX, chef de l'unité « nutrition et activité physique » (DGSANCO)

Direction générale de l'agriculture (DGAGRI)
M. Martin VAN DRIEL, membre du cabinet de Mme Marianne FISCHER-BOËL, commissaire chargé de l'agriculture
M. Lars HOELGAARD, directeur général adjoint

OMS
Dr. Francesco BRANCA, Director Nutrition for Health and Dévelopment

Ministère de la Santé et des Sports. Cabinet
Pr. François ALLA, conseiller
Mme Isabelle ALTMAYER BARNIER, conseillère technique
M. Thomas REMOLEUR, conseiller technique

Mission obésité
Mme Anne de DANNE, Présidente
Mme Karine SIBONI, Rapporteur générale

Direction générale de la santé (DGS)
Mme Jocelyne BOUDOT, sous-directrice de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation
Mme Catherine CHOMA, chef du bureau de la nutrition et de la sécurité alimentaire
M. Geoffroy CHARRIER, chef du bureau cancer maladies chroniques vieillissement
Dr. Michel CHAULIAC, chargé de mission PNNS
Dr. Thérèse HORNEZ, chargée de programme
Mme Véronique MALLET, chef de bureau DP1 programmation synthèse évaluation
Dr Nicolas PRISSE, bureau DP1

Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS)
Mme Violette GARCIA, chargée de mission sous direction de la qualité des établissements de santé
Mme Elisa YAVCHITZ, adjointe au chef de bureau E1

Direction des Sports
M. Jean-Pierre BOURRELY, chef de bureau
Mme Sondes ELFEKI MHIRI, chargée de mission

Direction générale de l'action sociale (DGAS)
M. Philippe DIDIER COURBIN, chef de service
Mme Brigitte BERNEIX, sous-directrice
Mme Marianne STOROGENKO, chargée de mission

Ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche. Cabinet
M. Mathieu GREGORY, conseiller technique
Mme Rebecca AKRICH, chargée de mission

Direction générale de l'alimentation (DGAL)
Mme Pascale BRIAND, directrice générale
Mme Sophie BOUYER, sous-directrice de la qualité de l'alimentation
Mme Laure SOULIAC, chef du bureau de la nutrition et de la valorisation de la qualité des aliments

Direction générale des politiques agricole, agroalimentaire et des territoires (DGPAAT)
M. Jean-Marc BOURNIGAL, directeur général
M. Yves MADRE, délégué pour les questions agricoles, Représentation permanente auprès de l'Union européenne

Ministère de l'économie, des finances et de l'emploi
Inspection générale des finances
Mme Véronique HESPEL, inspectrice générale des finances

Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
Dr. Dominique BAELDE, chargée de mission, membre du comité de pilotage du PNNS

Ministère de l'éducation nationale
Inspection générale de l'Education nationale – Groupe Education physique et sportive
M. Michel VOLONDAT, doyen de l'inspection générale
Mme Marie-Michelle PASSEMARD, inspectrice générale
M. Bernard ANDRÉ, inspecteur général

Direction de l'enseignement scolaire (DESCO)
Mme Nadine NEULAT, chef du bureau de l'action sanitaire et sociale et de la prévention (B4)

PNNS
Pr. Serge HERCBERG, Président du comité de pilotage
Pr. Jean-Fabien ZAZZO, coordonnateur du CLAN central de l'AP-HP
Pr. Claude FISCHLER, directeur de recherche au CNRS, EHESS
M. Noël RENAUDIN, président du Comité des Chartes d'engagements nutritionnels du PNNS
Pr. Chantal SIMON, université Lyon 1, vice-présidente du comité de pilotage
Pr. Jean-Pierre POULAIN, CETIA, Université Toulouse 2 – Le Mirail

PERSONNALITES QUALIFIEES

Dr. Jean Pierre AQUINO, gériatre, Clinique de gérontologie de Versailles
Pr. Arnaud BASDEVANT, chef du service de nutrition, Hôpital Pitié-Salpétriere
Pr. François BOURDILLON, président de la société française de santé publique
Pr. Maurice CORCOS, professeur de psychiatrie, Institut Mutualiste Montsouris
Pr. Monique FERRY, gériatre,
Pr. Ambroise MARTIN, médecin nutritionniste, université Claude Bernard Lyon 1
M. Jean-Pierre LEBRUN, IGPEF, CGAAER, coordonnateur de « Un fruit à la récré »
M. Jean Marie LE GUEN, président du conseil d'administration de l'AP-HP
Dr. Ronan LE REUN, MSP, ville de BREST, Directeur de Défi-Santé-Nutrition, chargé de l'animation des villes PNNS
M. Daniel NAIRAUD, directeur adjoint de l'INAO, ancien secrétaire du CNA
Pr. Philippe SANMARCO, ancien président du conseil d'administration l'INPES, président de la Fédération nationale de l'éducation pour la santé
Pr. Patrick TOUNIAN, chef du service de gastro-entérologie et de nutrition pédiatrique, secrétaire général de la SFP, Hôpital Trousseau
Pr. Jean-François TOUSSAINT, professeur de physiologie, université Paris Descartes

ASSURANCE MALADIE

CNAMTS
Mme Agathe DENECHERE, directrice de cabinet du directeur général
Mme ALVAREZ, attachée de direction
Mme KETTERS, service de prévention de la CNAMTS

MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE
M. Pierre-Jean LANCRY, directeur santé
Dr Hervé TREPPOZ, médecin conseiller technique national
Mme Penda SALL N'DIAYE, responsable service prévention

ORGANISMES

AFSSA
Pr. Marie-Claire FAVROT, directrice de l'évaluation des risques nutritionnels et sanitaires
M. Jean-Luc VOLATIER, chef d'unité

ANDES
M. Guillaume BAPST, directeur

ANESMS
M. Didier CHARLANNE, directeur

CNSA
Dr. Anne KIEFFER, médecin gériatre

CSA
Mme Christine KELLY, membre du Conseil, présidente du groupe de travail « publicité »

HAS
M. Raymond LE MOINGT, directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
Dr Valérie LINDECKER, chef de projet bonnes pratiques professionnelles
Mme Anne-François PAUCHET-TRAVERSAT, chef de projet maladies chroniques et accompagnement des malades

INCA
Dr. Martine LE QUELLEC-NATHAN, Directrice générale adjointe
Dr. Dominique BESSETTE, responsable du département prévention

INVS
Dr Françoise WEBER, directrice générale
Mme Katia CASTETBON, responsable de l'unité nutrition
Dr Juliette BLOCH, responsable du département maladies chroniques et traumatismes

INRA
M. Pierre COMBRIS directeur de recherches

INPES
Mme Thanh LE LUONG, directrice générale
M. Bernard BASSET, directeur général adjoint
Mme Annick GARDIES, directrice de la communication
Mme Corinne DELAMAIRE, coordinatrice des programmes nutrition
Mme Marie-Josée MOQUET, chef du département qualité des pratiques, évaluation, formation
M. Fabrice MOREAU, chargé de mission communication
Mme Hélène ESCALON, baromètre « activités physiques »
Mme Isabelle DUPRA, chef de département budget

Mme Alexandra MIELLE, responsable du pôle publicité
Mme Isabelle MARIANI chef de la mission santé et développement durable
M. Fabrice HUGO, chargé de mission auprès du président BOYON.

CONFERENCE NATIONALE DE SANTE
M. Christian SAOUT, président

FEDERATION FRANCAISE D'ATHLETISME
Mme Géraldine ZIMMERMANN, directrice du développement grand public

COMITE NATIONAL OLYMPIQUE ET SPORTIF FRANÇAIS
M. Patrick MAGALOFF, Directeur, mission médicale et sport santé, membre du comité de pilotage du PNNS

UFR STAPS
Mme Pascale DUCHE, Directrice de l'UFR STAPS de Clermont Ferrand

GROUPE SIEL
M. Jean-Michel RICARD, directeur général développement
Mme Catherine HIEGEL, responsable Ile-de-France

ANIA
M. Jean-René BUISSON, président
Mme Catherine CHAPALAIN, directrice générale
Mme Elsa CHANTEREAU, responsable des relations institutionnelles

CENTRE D'INFORMATION DES VIANDES (CIV)
Louis ORENGA, directeur

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE (FHF)
Mme Andrée BARRETEAU, directrice du pôle offre de soins sanitaire et médico-social

UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS SOINS ET SERVICES AU DOMICILE
M. Emmanuel VERNY, directeur général

ORPEA (gestionnaire privé de maisons de retraites)
Dr. Linda BENATTAR, directrice médicale

ADEF résidences (gestionnaire privé de maisons de retraites)
Dr MARTEAUX, médecin coordonnateur référent
M. LENOAH, responsable hôtelier référent

Association française pour la bientraitance des aînés et handicapés (AFBAH)
Dr. Bernard DUPORTET, président

AGENCE PROTEINES
Dr. Jean-Michel BORYS, directeur du développement santé du groupe Protéines
Mme Agnès LOMMEZ, consultante senior

Association des directeurs de restaurants municipaux (ANDRM)
M. Christophe HEBERT, Président

Société de restauration SOGERES
Dr. Bénédicte LEPERE directeur Marketing et Développement
Dr. Carole GALIFFANT, nutritionniste

Association « ALLEGRO-FORTISSIMO », membre de l'association GROS (groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids
Mme Vivianne GACQUIERE, présidente
Mme BENKEMOUN

Association UFC- QUE CHOISIR ?
M. Olivier ANDRAULT, chargé de mission nutrition

ILE-DE-FRANCE

DRASSIF
Dr. Carole CRETIN
Dr. Danièle MISCHLICH, correspondante PNNS, chargée de mission à la DRASSIF

CRAMIF
M. Gérard ROPERT, directeur général
M. Jean-Claude POIRIER, direction du risque
Mme ROUX, chargée de mission
Mme FOULQUET, chargée de mission

DDASS Seine-Saint-Denis
M. Hubert VALADE, DDASS
Dr. Christiane BRUEL, MISP
Dr. Aminah SARR, MISP
Mme Hélène BROCHANT, IASS
Mme Martine DALET, IASS

REPOP
Mme Véronique LARRIEU, coordonnatrice REPOP
Mme Isabelle FLAUJAC, Diététicienne, REPOP 93

Ville du BLANC-MESNIL
Mme Karine BISSON, coordonnatrice Atelier santé ville (ASV)
Mme Marie-PauleBISSON, chargée de mission, éducation pour la santé

Ville de MONTREUIL
Mme Nathalie JEGAR, coordonnatrice ASV
Mme le Dr. Nathalie VICTA, médecin directeur, SCHS Montreuil
M. Panayoty SAMARA, directeur du CCAS
Mme Feida BOUDERKA, responsable du maintien à domicile

CONSEIL GENERAL DE SEINE- SAINT-DENIS
Direction de l'éducation
M. Christian PERRIER, responsable de la mission restauration
M. Pascal FLORES, expert pour la restauration dans les collèges
Direction de la population âgée et des personnes handicapées
Dr. Monique DORINIE BAULON
Mme Evelyne LE FUR, cadre de santé
Dr. Catherine BACLET, médecin gériatre
Dr. Marianne ANGELI, service de PMI

CHAMPAGNE ARDENNE

DRASS : M. Jacques MURAT, Directeur
Dr. Jean-Luc GRILLON, coordonnateur régional du PNNS2
DRASS-RéseauSport-Santé-Bien-Être : Mme Lydia CUSSE

DRDJS : M. Alain SIBLOT
GRSP/URCAM : M. Yann HEMON

DRAAF-SRAL : MM. Yann HOLOGNE et Pierre CLAQUIN

ARH : Dr. Annie-Claude MARCHAND

GRSP : Mme Marie-Hélène CAILLET

CONSEIL GENERAL DE LA MARNE
M. Philippe MICHELOT, vice-président du conseil général de la Marne

CONSEIL GENERAL DE L'AUBE
Dr. Lionel BENITTE, service de PMI

Département de la MARNE
CCAS de Reims: Mme DELVALLEE, directrice
Ville de REIMS : Dr. VERCOUTERE et Mme BERTRAM, service de prévention et d'hygiène
Club d'athlétisme EFSRA : M. Gilbert MARCY, Président (V-P FFAthlétisme)
CLAN Reims et RESCLAN Champagne-Ardenne : Pr. Eric BERTIN

Département des ARDENNES
DDJS Ardennes : M. Frédéric ROUSSEL
CDOS : M. Jacques COLLOT
Dr Danièle VITEAU, médecin conseil, inspection académique
CODES : M. Maxime COLLET, directeur
Fédération départementale des centres sociaux : M. Claude RODIC, directeur
M. Alain ROLLINGER, principal du collège d'Asfeld

Ville de CHARLEVILLE-MEZIERES
M. André LIBRON, adjoint au maire chargé des sports
Dr. Patrick MILLOT, Centre Médico-sportif de la ville de Charleville-Mézières
Mme Elodie JACQUEMIN, directrice du centre social de la Ronde Couture
Mme Corinne CARDOSO : UTEP centre hospitalier
Mme JEZEKIEL: directrice adjointe, centre hospitalier

Ville de BOUZY : Mme Rachel PAILLARD, maire, présidente de la communauté de communes de la côte des noirs

Ville de CHAUMONT Centre de Médecine et d'Evaluation Sportive
M. Philippe BAILLY, président
M. Marc DUVAL, vice-président
Dr Patrick PETIFOURT, médecin du sport
Dr Bénédicte BAILLY, médecin du sport
Dr Philippe BELANGER, cardiologue
M. Charles GALLOT, intervenant en activité physique adaptée
M. Stéphane ROYER, agent de développement

AQUITAINE

DRASS AQUITAINE
M. Jean-Paul SEYER, directeur adjoint
Dr Béatrice-Anne BARATCHART, coordonnatrice PNNS

URCAM AQUITAINE
M. Gilles GRENIER, directeur
Mme Martine RUELLO, URCAM Aquitaine

MSA
Dr. Philippe POISSON

DRAAF Aquitaine (MAAP)
Mme Laetitia GHISALBERTI, chargée de mission alimentation

DRDJS
Dr. Jean-Yves DEVAUD, médecin conseiller

RECTORAT
Dr. Colette DELMAS
Mme Sylviane ATCHOARENA, ICTR

Centre Hospitalier BORDEAUX SUD
M. Michel BARON directeur du groupe hospitalier Bordeaux Sud
Pr. Isabelle BOURDEL MARCHASSON
Pr. Thierry COUFFINHAL, cardiologue
Dr. Blandine GATTA CHERIFI, PHU endocrinologie
Dr. Pascal BARAT, pédiatre
Pr. Henri GIN
Mme Dominique DANIEL-LAMAZIERE, cadre supérieure de santé

ISPED
Mme Caroline CARRIERE
Dr. Hélène THIBAULT
Dr. Pascale BARBERGER-GATEAU

REPOP AQUITAINE
Mme Caroline RESPLANDY

ORGANISMES
Mme Marie NOURY, CRAES-CRIPS
M. Patrick DUMONT, Banque alimentaire Bordeaux Gironde
Mme Dorothée BEX, Epicerie solidaire La Passerelle
M. Christian JARRY, Secours catholique
Mme Geneviève LAMBELIN, Secours populaire
Mme Emeline BORDONARO, stagiaire ENITA

NORD PAS DE CALAIS

DRASS

M. Jean-Claude WESTERMANN, directeur
Véronique YVONNEAU, directrice adjointe
Dr. Martine DUMONT MISP
Dr. CAO My Maï MISP
Dr. Guy DELERUE stagiaire MISP
Dr. Elisabeth VERITE, MISP

DDASS
Olivier ROUBRE, Coordonnateur PTS
Fatima El BARTALI, Coordinatrice PTS

DRAAF
Dr. Carole BUY, vétérinaire chef de service SRAL
François MATHIEU, chef de pôle alimentaire

Education Nationale
Muriel DEHAYE, infirmière chargée de mission nutrition santé au rectorat de Lille
Dr. Brigitte WEENS, médecin conseiller technique

DRJS
Valérie AVELLA

URCAM
Mme BUSSIGNIES, chargée de mission prévention
Mme LEHU, chargée de mission communication

RESEAU OSEAN
Pr. ROMAN, coordinatrice du réseau
UNION REGIONALE DES CENTRES SOCIAUX
M. Dominique GARET, président
Mme Elsa MASSON, chargée de mission santé

EPODE
Agnès LONNER, coordinatrice

CONSEIL GENERAL DU NORD
Dr Florence COELENBIER, pôle promotion - mission prévention santé

CONSEIL GENERAL DU PAS-DE-CALAIS
Mme Cécile DAMAGEUX attachée départementale

REGION NORD PAS DE CALAIS
Mme Cécile BOGUCKI, service santé direction de la recherche, santé et technologies de l'information et de la communication

INSTITUT PASTEUR DE LILLE
Pr. Jean-Michel LECERF, chef du service nutrition

CENTRE HOSPITALIER DE BETHUNE, association PREVART
Mme DUQUESNE,
Mme LEMAIRE
Mme FOULON

MARTINIQUE

DSDS
Mme SAVON, directrice adjointe
Dr. Michel RIPERT, MISP, correspondant PNNS
Mme CAIUS

Dr. Sylvie MERLE, Observatoire Régional De La Sante
Dr. Magali FANFARE, association Nutricréole
Mme Régine RATENAN, centre d'évaluation sport-santé
Mme Nadia LYE, diététicienne
Mme Assie de Pompignan, (REPPOM)
M. Christian VALARD, caisse générale de sécurité sociale
Mme BABOT, comité régional d'éducation pour la santé
Mme Fatima OULDAMAR, infirmière scolaire
M. Gérard TALENSI, service santé environnement

Annexe : Situation nutritionnelle de la population française

La présente annexe s'attache à fournir - au regard des principaux objectifs des PNNS ci-dessous répertoriés et à travers le report et l'analyse de données provenant de diverses enquêtes ou études réalisées au cours de la dernière décennie - un point actualisé sur la situation nutritionnelle de la population française, en particulier en matière de surpoids et d'obésité chez les adultes et les enfants et de pratique d'activité physique.

1. PRINCIPAUX OBJECTIFS, NUTRITIONNELS PRIORITAIRES ET SPECIFIQUES, DES PNNS ET REPERES DE CONSOMMATION CORRESPONDANTS DU PNNS 2

Objectifs nutritionnels prioritaires PNNS 1 et 2	Augmenter la consommation de fruits et de légumes afin de réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et de légumes d'au moins 25%.	Repère fruits et légumes : au moins 5 fruits et légumes par jour.	**Repères de consommation PNNS 2**
	Réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35% des apports énergétiques journaliers (PNNS 2 : 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).	Repère matières grasses : limiter la consommation des matières grasses ajoutées, privilégier les matières grasses végétales. Repère viande, poissons et œufs : poissons au moins 2 fois par semaine	
	Augmenter la consommation de glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50% des apports énergétiques journaliers, (en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon : PNNS 2), en réduisant de 25% la consommation actuelle de sucres simples ajoutés, et en augmentant de 50% la consommation de fibres.	Repère féculents : favoriser les aliments céréaliers complets, limiter la consommation de produits sucrés. Repère boissons : limiter les boissons sucrées.	
	Réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m2) chez les adultes (atteindre une prévalence inférieure à 33%) et interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité (+ du surpoids : PNNS 2) chez les enfants.		
	Augmenter l'activité physique quotidienne de l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide supplémentaire par jour (PNNS 2 : par une amélioration de 25% du pourcentage des personnes, tous âges confondus faisant l'équivalent d'au moins une demi-heure d'activité physique d'intensité modérée).	Repère activité physique : au moins une demi-heure de marche rapide par jour.	
	Diminuer la consommation annuelle d'alcool à moins de 20 g par jour (PNNS 1), de 20% par habitant afin de passer en dessous de 8,5 l/an/habitant (PNNS 2).	Repère boissons : ne pas dépasser par jour 2 verres de vin de 10 cl pour les femmes et 3 verres pour les hommes.	

Objectif spécifique PNNS 2	Réduire la consommation moyenne de chlorure de sodium (sel) à moins de 8g/personne et par jour.	Repère sel : limiter la consommation de sel.	
Objectifs spécifiques PNNS 1 et 2	Améliorer l'alimentation des personnes défavorisées (en situation de précarité : PNNS 1) en réduisant notamment les déficiences vitaminiques et minérales (+ lutte contre les dénutritions : PNNS 1).		
	Améliorer le statut en calcium et vitamine D et prévenir, (+ dépister, limiter : PNNS 2) la dénutrition des personnes âgées.		

2. DONNEES NUTRITIONNELLES DISPONIBLES

Il existe de nombreuses enquêtes/études relatives aux comportements et consommations alimentaires, l'état nutritionnel et l'activité physique réalisées par diverses administrations (INSEE, DREES), organismes publics (Institut national de Veille Sanitaire InVS pour l'étude nationale nutrition santé ENNS et pour l'étude Abena 2004-2005, Agence française de sécurité sanitaire des aliments AFSSA pour l'étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires INCA, institut national de prévention et d'éducation à la santé INPES pour le baromètre santé nutrition), associatif (institut de recherche et documentation en économie de la santé IRDES pour l'enquête santé protection sociale ESPS) ou du monde de l'entreprise (laboratoires Roche pour l'enquête Obépi). Malgré la grande variabilité de ces enquêtes/études il est pourtant possible d'en tirer, par le croisement des données recueillies, un certain nombre d'informations convergentes.

2.1. Si la prévalence du surpoids chez l'adulte est étale en revanche celle de l'obésité continue d'augmenter tandis que tandis que les écarts de prévalence du surpoids et de l'obésité selon les niveaux socioéconomiques poursuivent leur progression

2.1.1. Etudes individuelles nationales des consommations alimentaires INCA 1 (1998-1999) INCA 2 (2006-2007)[171]

L'unité Observatoire des consommations alimentaires-Épidémiologie nutritionnelle (OCA-EN) de l'Afssa a mené entre fin 2005 et avril 2007 la deuxième étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires (INCA 2) qui fait suite à la première étude INCA menée en 1998-1999 et à l'enquête ASPCC menée en 1994. De par son caractère répété, cette étude a permis d'évaluer, pour la première fois en France avec une méthodologie similaire, les évolutions des consommations alimentaires et des apports nutritionnels de la population entre 1998-99 (étude INCA 1) et 2006-07 (étude INCA 2).

L'étude s'est déroulée en trois vagues entre fin 2005 et avril 2007 afin de tenir compte des variations saisonnières. Elle a inclus 2 624 adultes et 1 455 enfants. Deux populations distinctes ont été incluses dans l'étude : les enfants de 3 à 17 ans et les adultes de 18 à 79 ans. Le recueil des consommations alimentaires a été réalisé avec un carnet de consommation de 7 jours consécutifs.

Le modèle traditionnel français se caractérise par un rythme alimentaire quotidien basé sur trois repas principaux, auxquels peut s'ajouter un goûter, notamment chez les enfants. Ce rythme traditionnel persiste dans l'étude INCA 2, principalement aux âges extrêmes. En France, le repas est également un moment de convivialité, très fortement associé à la famille. Comme en 1999 dans l'étude INCA 1, cette convivialité familiale ressort de façon importante dans l'étude INCA 2 et si la famille n'est pas présente, le repas est partagé avec des amis ou des collègues.

[171] Le rapport portant sur l'étude INCA 2 a été publiée par l'AFSSA en septembre 2009

Depuis l'étude INCA 1 en 1999, les consommations alimentaires des adultes ont évolué. Ils consomment plus de fruits et légumes (+ 10%) et moins d'aliments sucrés (- 11%), de viandes (- 10%), d'œufs (- 16%), de laits (- 24%) et légèrement moins de féculents (- 3%).Certaines évolutions sont par ailleurs caractéristiques du sexe de l'individu : les femmes montrent en effet une plus forte augmentation des consommations de fruits et légumes (+ 14% contre + 6% chez les hommes) et une baisse plus marquée de celle des laits (- 31% versus - 15% chez les hommes). La consommation moyenne des produits céréaliers reste stable aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 1 : Evolution des consommations[172] chez les adultes[173] entre INCA 1 et INCA 2[174]

	Hommes	**Femmes**	**ensemble**
Groupe féculents	- 4,0%	- 4,8%	ns175
Groupe aliments sucrés	- 13,5%	- 8,8%	- 10,9%
Groupe produits laitiers	ns	- 16,1%	- 11,8%
Groupe des viandes, poissons et œufs	- 6,5%	- 9 ,1%	- 6,2%
Groupe de fruits et légumes	+ 6,3%	+ 14,1%	+ 10,3%

Les adultes ont des apports énergétiques totaux (AET) quotidiens de 2162 kcal en moyenne (1855 kcal/j chez les femmes et 2500 kcal/j chez les hommes) et des apports énergétiques sans alcool (AESA) de 2 066 kcal/j (1 809 kcal/j chez les femmes et 2 348 kcal/j chez les hommes). Ces apports énergétiques sont stables depuis l'étude INCA 1, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. En 2007, comme en 1999, les apports nutritionnels de la population adulte en France sont trop riches en lipides (39,1%) et en protides (16,9%) et à l'inverse trop pauvres en glucides (44,0%).

Moins de la moitié de la population adulte atteint un niveau d'activité physique « entraînant des bénéfices pour la santé » (44,8% dont 48,4 chez les hommes et 41,3 chez les femmes), tel que défini par le score élevé de l'IPAQ (International Physical Activity Questionnaire).

Tableau 2 : Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes selon le sexe

	INCA 1 1998-1999	**INCA 2 2006-2007**
Hommes		
Surpoids (obésité exclue)		38,9
Obésité		11,2
Surpoids (obésité incluse)		50,2
Femmes		
Surpoids (obésité exclue)		24,2
Obésité		12,0
Surpoids (obésité incluse)		36,2

[172] En quantité moyenne
[173] Adultes de 18 à 79 ans
[174] Expression en valeur relative : valeur INCA 2 - valeur INCA 1/valeur INCA 1 (en%)
[175] ns : non significatif

2.1.2. Enquêtes épidémiologiques nationales sur le surpoids et l'obésité ObÉpi

L'enquête a été menée du 29 janvier au 12 mars 2009 auprès d'un échantillon de 20 000 foyers représentant la population des ménages ordinaires français. La population retenue de 25 286 individus adultes est un échantillon représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus. Les personnes ont été interrogées par questionnaire[176].

La prévalence du surpoids est plus élevée chez les hommes (38,5% contre 26% chez les femmes). Entre 1997 et 2006 la prévalence du surpoids (obésité exclue) est demeurée stable autour de 30% (1997 29,8%, 2000 30,6%, 2003 31,5%, 2006 30,6%) : cette stabilité se maintient en 2009 avec un chiffre de 31,9%.

En revanche la prévalence des français adultes de 18 ans et plus obèses qui est de 14,5% +/- 0,4% en 2009 augmente au fil des années : elle était de 13,1% en 2006, de 11,9 en 2003 de 10,1% en 2000 et de 8,5% en 1997. La prévalence de l'obésité massive (IMC égale ou sup à 40) est passée de 0,3% de la population en 1997 à 1,1% en 2009.

Tableau 3 : Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes selon le sexe

	ObÉpi 2000	ObÉpi 2003	ObÉpi 2006	ObÉpi 2009
Hommes				
Surpoids	38,3	39,1	37,5	38,5
Obésité	10,3	12	12,5	13,9
Surpoids et obésité	48,6	51,1	50	52,4
Femmes				
surpoids	23,5	24,5	24,2	26
Obésité	10,0	11,9	13,6	15,1
Surpoids et obésité	33,5	36,4	37,8	41,1
Total				
Surpoids	30,6	31,5	30,6	31,9
obésité	10,1	11,9	13,1	14,5

La prévalence de l'obésité est plus élevée chez les femmes (15,1% versus hommes 13,9%) avec une augmentation relative de la prévalence de l'obésité ente 2006 et 2009 identique chez les hommes (+11,2%) et chez les femmes (+11%). L'augmentation relative est particulièrement importante chez les 25-34 ans (+19,5%) et l'on devient obèse de plus en plus tôt. L'obésité concerne maintenant de plus en plus de jeunes adultes : on devient obèse de plus en plus tôt. Quelque soit le sexe la prévalence de l'obésité augmente avec l'âge avec un pic atteint aux alentours de 20% dans la tranche 55-64 ans.

[176] Concernant les mesures poids et taille il était demandé aux personnes disposant d'un pèse personne de se peser avant de remplir le questionnaire et aux personnes de moins de 20 ans de se faire mesurer contre un mur par un membre de la famille

Tableau 4 : Prévalence de l'obésité selon le niveau d'IMC[177]

	ObÉpi 1997	ObÉpi 2009
Hommes		
Obésité modérée	7,7	11
Obésité sévère	1,1	2,3
Obésité massive	0,2	0,6
Femmes		
Obésité modérée	6,5	10,2
Obésité sévère	1,3	3,2
Obésité massive	0,5	1,6

Quel que soit le sexe, la croissance de l'obésité est supérieure pour les obésités sévères et massives que pour les obésités modérées : en 2009 les obésités sévères et massives représentent environ 1/3 des obésités des femmes pour environ 1/5 en 1997.

La prévalence de l'obésité augmente dans toutes les catégories socioprofessionnelles mais selon des vitesses inégales : l'augmentation relative est la plus importante chez les inactifs (+116,6% depuis 1997) et la plus réduite chez les cadres supérieurs et professions libérales (+33,3%). A noter cependant que pour cette dernière catégorie le taux d'obésité (8%) ne varie pas entre 2003 et 2009. En 2009 comme pour les études précédentes il existe une corrélation inverse entre le niveau d'instruction et la prévalence de l'obésité.

Tableau 5 : Prévalence de l'obésité selon les catégories socioprofessionnelles

	ObÉpi 2000	ObÉpi 2003	ObÉpi 2006	ObÉpi 2009
Cadre supérieur/Profession libérale	7	8	7	8
Profession intermédiaire	8	10	10	11
Employé	9	12	13	15
Ouvrier	10	13	14	16
Inactif	8	9	11	13

Sur la période 2000 2009 les écarts se creusent entre catégories socioprofessionnelles. Ce creusement des écarts pose la question d'une part de l'efficacité des messages d'information qui ne touchent pas suffisamment les publics à faible niveau socioéconomique vraisemblablement du fait d'une relative complexité des messages informatifs couplée à des limites d'implication de ces publics vis-à-vis de cette information en comparaison avec les publics les plus aisés, d'autre part des politiques d'aide alimentaire mises en place qui n'évitent pas un accès restreint à certains aliments tels que les fruits et légumes et un environnement peu propice à cuisiner de manière saine et équilibrée pour les familles.

Les disparités régionales demeurent : l'obésité est plus fréquente dans les régions nord (20,5%), est (17%) et bassin parisien (16,6%) : il existe globalement un gradient nord-sur et est-ouest.

L'obésité est associée à une augmentation du recours aux traitements pour HTA, dyslipidémies et diabète.

[177] Obésité modérée = IMC compris entre 20 et 34,9, obésité sévère = IMC compris entre 35 et 39,9, obésité massive = IMC supérieur à 40

2.1.3. Etude nationale nutrition santé ENNS 2006

L'objectif principal de cette étude est de décrire les apports alimentaires, l'état nutritionnel et l'activité physique d'un échantillon national d'adultes (18-74 ans) et d'enfants (3-17 ans) vivant en France métropolitaine en 2006.

Chez les adultes de 18-74 ans, la prévalence de l'obésité s'élevait à 16,9% et celle du surpoids (obésité non incluse) à 32,4% avec une proportion d'adultes obèses identique chez les hommes (16,1%) et les femmes (17,6%) compte tenu des marges d'erreurs statistiques. En revanche la prévalence du surpoids est plus élevée chez les hommes (41%) que chez les femmes (23,8%). La prévalence de l'obésité augmente avec l'âge. Selon les données ENNS 57% des hommes et 41% des femmes étaient en surpoids ou obèses avec une prévalence de l'obésité estimée à 17% de façon comparable chez les hommes et chez les femmes.

Tableau 6 : Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes selon le sexe

	ENNS 2006
Hommes	
Surpoids	41,0
Obésité	16,1
Surpoids (obésité incluse)	57
Femmes	
Surpoids	23,8
Obésité	17,6
Surpoids (obésité incluse)	41

2.1.4. INSEE

Pas de statistiques plus récentes que 2003 : selon un document INSEE de février 2007 la corpulence des femmes et des hommes a fortement augmenté depuis 1981 avec une accélération depuis les années 1990.

Tableau 7 : Prévalence en pourcentage du surpoids et de l'obésité chez les adultes selon le sexe

	1981	**1992**	**2003**
Hommes			
Surpoids	30,0	30,9	34,8
Obésité	5,3	5,5	9,8
Femmes			
Surpoids	16,3	17,9	21,2
Obésité	5,3	6,2	10,2

Source : enquêtes santé Insee

Les statistiques de l'INSEE corroborent les études précédentes en termes d'existence d'un écart de prévalence du surpoids entre hommes et femmes et d'absence d'existence de cet écart pour l'obésité. L'augmentation de prévalence la plus significative est celle de l'obésité tant pour les hommes que pour les femmes depuis le début de la dernière décennie du XXème siècle.

2.1.5. ESPS Enquête sur la Santé et la Protection Sociale Eco santé

L'IRDES (anciennement CREDES) mène depuis 1988 l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale, ESPS. Cette enquête relève des données démographiques, socio-économiques, de

morbidité, de protection sociale et de consommation médicale. La morbidité prévalente un jour donné est estimée à partir d'un questionnaire individuel rempli par les enquêtés eux-mêmes.

On dispose d'un échantillon de ménages, un échantillon d'individus et un échantillon de séances de médecins. Afin de prendre en compte les particularités du plan de sondage et de la non-réponse, les observations présentées dans Eco-Santé ont été pondérées de chacun de ces échantillons.

Plus précisément, l'enquête est représentative des ménages dont un des membres au moins est assuré social à la CNAMTS jusqu'en 1993. A partir de 1994, l'échantillon est étendu aux ménages dont un membre au moins est assuré au régime des professions indépendantes, la CANAM et, en 1996, aux ménages dont un membre au moins est assuré au régime des professions agricoles, la MSA. Enquête annuelle devenue bisannuelle en 1998. Pour la dernière enquête 2004, environ 8 000 ménages sont enquêtés, soit 22 000 personnes.

Tableau 8 : Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes selon le sexe

	2000	2002	2004	2006
Obésité				
Adultes part population totale	9,7	10,4	11,1	12
Femmes part population féminine	9,6	10,1	11,1	12
Hommes part population masculine	9,8	10,8	11,1	12,2
Surpoids				
Adultes part population totale	28,9	30	28,9	30,3
Femmes part population féminine	21,6	24,7	22,7	23,7
Hommes part population masculine	36,8	35,4	35,8	37,9

Les enquêtes ESPS conforte les résultats des autres enquêtes et études sur l'évolution sur la période 2000-2006 de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les hommes et chez les femmes.

2.1.6. Etude Abena 2004-2005

Cette étude réalisée par l'unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN) rattachée à l'InVS permet de décrire les consommations alimentaires et l'état nutritionnel des personnes en situation de grande précarité recourant à l'aide alimentaire.

En termes de niveaux de consommations alimentaires il est constaté une importante sous consommation de certains aliments au regard des repères diffusés par le PNNS. En outre il existe dans ces populations une plus grande fréquence de différentes maladies dont la genèse repose pour partie sur des déséquilibres nutritionnels (maladies cardiovasculaires, métaboliques,…). Il en est ainsi de l'obésité qui touche particulièrement les personnes défavorisées : la cause essentielle en est la plus grande consommation d'aliments de faible cherté à haut niveau calorique.

L'étude Abena met en évidence chez les personnes fréquentant des structures d'aide alimentaire un taux d'obésité de 10,7 pour les hommes et de 24,8 pour les femmes, soit en comparaison avec INCA 2 un taux d'obésité comparable pour les hommes et un taux deux fois supérieur pour les femmes. En revanche concernant le surpoids est moindre chez les hommes et n'est que légèrement supérieur chez les femmes.

Tableau 9 : Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes selon le sexe Etude Abena versus Etude INCA 2

	Abena 2004-2005	INCA 2 2006-2007
Taux obésité hommes	10,7	11,2
Taux de surpoids hommes	28,6	38,9
Taux obésité femmes	24,8	12
Taux de surpoids femmes	30,7	24,2

Sur les consommations alimentaires peu de personnes respectent les repères du PNNS pour les fruits et légumes (5 fruits et légumes par jour ou plus): environ 1% pour 4 à 25% selon les études en population générale, pour les viandes, poissons et œufs (1 à 2 fois par jour) : 50% pour 50 à 80% selon les études en population générale, pour les féculents (3 fois par jour ou plus) : environ un quart pour 30 à 70% selon les études en population générale.

2.1.7. Baromètres santé nutrition INPES[178]

Le baromètre 2002 est réalisé par questionnaire auprès d'un échantillon national représentatif de personnes âgées de 12 à 75 ans. Le recueil de données s'effectue au cours d'entretiens téléphoniques et la méthode principale choisie est celle du rappel de 24 H (consommation alimentaire au cours des dernières 24H). L'objectif principal de ce type d'enquête est d'apprécier la perception par les français de leur santé. Une partie de l'enquête porte sur la perception de l'alimentation, le surpoids et l'activité physique. Les mesures (poids, taille) qui ont servi à évaluer poids normal, surpoids ou obésité sont basées uniquement sur la déclaration des personnes interrogées. Il en résulte un risque de sous estimation des personnes en surpoids ou obèses. Selon cette enquête la part de personnes âgées de 12 à 75 ans en surpoids ou obèses est évaluée à 32,5%.

Compte tenu de l'absence de données recueillies à l'occasion du baromètre santé nutrition 2008 sur le surpoids et l'obésité il n'y pas de comparaison possible avec l'enquête de 2002.

Les évolutions sur les divers baromètres 1996, 2002 et 2008 sont les suivantes :

- le pourcentage de personnes de 18 à 75 ans ayant consommé la veille au moins 5 fruits et légumes augmente : 2002 10,7% et 2008 12,4% avec en parallèle une baisse du pourcentage des petits consommateurs de fruits : 2002 75,9% et 2008 71,2% et des petits consommateurs de légumes : 2002 48,3% et 2008 42,6%
- la consommation de féculents (pourcentage d'individus ayant consommé au moins 3 fois des féculents la veille de l'interview) sur la période 1996-2008 est globalement stable
- la consommation de viandes, volailles, produits de la pêche et œufs est restée stable entre 1996 et 2008 : le pourcentage des adultes de 18-75 ans déclarant consommer du poisson au moins 2 fois par semaine a augmenté entre 1996 (41,4%) et 2008 (46,8%) après une baisse en 2002 (35,2%).
- la consommation (18-75 ans) de produits sucrés au moins 1 fois la veille connaît une légère diminution entre 2002 (77,3%) et 2008 (75,2%) après avoir une assez nette augmentation entre 1996 (72%) et 2002 (77,3%).
- le pourcentage des 18-75 ans ayant consommé des boissons sucrées au moins 1 fois la veille augmente entre 1996 (16,7%) et 2008 (20,4%)

Le baromètre santé nutrition 2008 confirme les résultats des baromètres précédents : il y a persistance des inégalités sociales en matière d'alimentation en France avec chez les personnes à faible revenu une alimentation moins diversifiée, avec moindre fréquence de consommation de fruits et légumes, de poissons et en revanche une fréquence de consommation de boissons sucrées

[178] Le baromètre santé nutrition 2008 est paru janvier 2010

plus élevée. Les déséquilibres alimentaires sont donc plus fréquents dans les populations défavorisées que dans la population générale.

Le baromètre 2008 a utilisé le concept d'insécurité alimentaire, avec d'abord restriction qualitative puis quantitative, pour identifier un sous groupe de populations très fragilisées socialement et présentant un fort risque de déséquilibres alimentaires : dans ce sous groupe la sécurité alimentaire est un meilleur garant de l'équilibre nutritionnel que l'éducation nutritionnelle. Des études ont selon le baromètre 2008 montré un risque augmenté de surpoids et d'obésité chez les femmes en situation d'insécurité alimentaire modérée.

2.1.8. Etat de santé de la population en France en 2008 Suivi des objectifs de la loi de santé publique (DREES Etudes et résultats décembre 2009)

La consommation d'alcool en France baisse d'un peu plus de 10% entre 1999 et 2007 (en lien pour l'essentiel avec la diminution de la consommation de vin) : la consommation moyenne annuelle d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus s'est stabilisée entre 2005 et 2007 à 12,8 litres

2.1.9. DOM

La prévalence de l'obésité est supérieure à celle constatée en France métropolitaine :

Tableau 10 : Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes à la Réunion, en Martinique, à la Guadeloupe et à Mayotte[179]

	Etude Reconsal 2002 La Réunion	Etude ESCAL 2003-2004 Martinique	Etude NutriMay 2006 Mayotte	Etude Consant 2007 Guadeloupe	Etude Maydia 2008 Mayotte
Obésité hommes	8	16,1	7,6	14	17
Obésité femmes	20	27,2	32,3	31	47
Surpoids hommes	38	38	24,8	37	35
Surpoids femmes	33	29	25,7	34	32

Même si les données ne sont pas toujours strictement comparables, compte tenu notamment des différences de classe d'âge, les DOM présentent tous un taux d'obésité, en particulier féminine, très préoccupant.

Selon l'étude Maydia 2008 sur le diabète à Mayotte c'est plus de la moitié des hommes et 79% des femmes qui sont en excès de poids.

2.1.10. Comparaisons internationales

Le document « Le défi de l'obésité dans la région européenne de l'OMS180 et les stratégies de lutte » de 2007 déjà cité au point 2.3. fait état d'une prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité chez l'adulte en France (selon une étude de 2003 chez les 15 ans et plus, données autodéclarées) de : pour l'obésité 11,4% des hommes et 11,3% des femmes et pour le surpoids 37,4% des hommes et 23,7% des femmes.

[179] Etude ESCAL sur la santé et les comportements alimentaires en Martinique (InVS/CIRE Antilles Guyane/ORS Martinique) ; Etude NutriMay sur l'alimentation, l'état nutritionnel et l'état de santé dans l'île de Mayotte (USEN InVS/Université Paris 13/CIRE Réunion Mayotte) ; Etude Maydia sur le diabète à Mayotte (CIRE Réunion Mayotte/InVS) ; Etude Reconsal sur les comportements alimentaires et l'activité physique des réunionnais (INSERM, ORS) ; Enquête Consant sur la surcharge pondérale et l'obésité en Guadeloupe (INSERM/CHU de Fort de France)

[180] Le bureau régional de l'OMS pour l'Europe s'est engagé à soutenir un deuxième plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012 qui comporte six domaines d'action qui recoupe les principaux axes du PNNS 2.

Il est délicat de comparer les chiffres de prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité à partir des différentes enquêtes menées dans les pays de la région européenne de l'OMS, en particulier parce que certaines d'entre elles proviennent de données auto déclarées et d'autres de données mesurées, que les tranches d'âge prises en compte sont variables et également en raison des époques variables de réalisation de ces enquêtes.

La comparaison des chiffres, avec les fortes réserves exposées ci-dessus, fait apparaître sur une quarantaine de pays un classement de la France, pour les adultes en termes de prévalence du surpoids+obésité la plus faible, dans le premier quart tant pour les hommes que pour les femmes.

Les deux pays en tête pour la plus faible prévalence du surpoids+obésité sont la Norvège (37,8% hommes, 25,5% femmes) et l'Ouzbékistan (31,9% hommes, 27,8% femmes) et les deux pays en tête pour la plus forte sont l'Albanie (79,3% hommes, 77,8% femmes) et la Bosnie Herzégovine (65,1% hommes, 61,4% femmes). Dans l'Union européenne Italie, France et Suède sont les pays à la plus faible prévalence, Royaume Uni, Malte et Hongrie les pays à la plus forte prévalence.

Selon l'International Association for the Study of Obesity IASO (2007) ce classement, basé comme celui de l'OMS sur des études d'époques variables, est - concernant la population féminine et pour les taux de prévalence du surpoids+obésité les plus faibles - globalement corroboré avec Italie (43,2%, 2003), France (49,3%, 2006), Danemark (48,6% 1992) et Suède (48,6% 2002) les mieux placés.

Si la France est plutôt bien placée en Europe sur le taux de prévalence du surpoids+obésité en revanche le relative index of inequality (RII), qui est le ratio entre le taux d'obésité des populations avec le plus bas niveau d'études et celles avec le plus haut niveau d'études, indique (Eurothine final, report 2007) que la France est parmi une vingtaine de pays européens le plus inégalitaire pour les hommes (avec un ratio voisin de 3) et le second (après le Portugal) le plus inégalitaire pour les femmes (avec un ratio voisin de 5).

2.1.11. Discussion

Les résultats du dernier baromètre santé nutrition de 2008 confirment dans leur globalité ceux de l'enquête INCA 2 notamment en matière d'augmentation de la consommation de fruits et légumes, de stabilité de celle des féculents et de diminution de celle des produits sucrés.

Sur 4 enquêtes disponibles pour 2006, et malgré les différences de méthodes, les taux de prévalence du surpoids et de l'obésité sont globalement voisins pour 3 d'entre elles, l'enquête ENNS majorant le surpoids des hommes et l'obésité des hommes et des femmes :

Tableau 11 : Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes en 2006 selon diverses enquêtes

	INCA 2 2006-2007	Obépi 2006	ESPS 2006	ENNS 2006
Prévalence surpoids hommes	38,9	37,5	37,9	41,0
Prévalence surpoids femmes	24,2	23,7	23,7	23,8
Prévalence obésité hommes	11,2	12,5	12,2	16,1
Prévalence obésité femmes	12	13,6	12	17,6

En 2006 environ la moitié de la population masculine présentait une surcharge pondérale (surpoids+obésité) pour moins de 40% de la population féminine.

Avec toutes les réserves qu'il est possible d'émettre à l'occasion d'un rapprochement de données issues d'enquêtes différentes, il peut cependant être tenté d'effectuer le regroupement sur la dernière décennie de ces données afin de dégager quelques grandes tendances :

Tableau 12 : Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes sur la période 2000-2009 selon diverses enquêtes

	2000 Obépi/ESPS	2003 Obépi/INSEE	2004 ESPS	2006 Obépi/INCA/ESPS/ENNS	2009 Obépi
Surpoids hommes	38,3/36,8	39,1/34,8	35,8	37,5/38,9/37,9/41	38,5
Surpoids femmes	23,5/21,6	24,5/21,2	22,7	24,2/23,7/23,7/23,8	26
Obésité hommes	10,3/9,8	12/9,8	11,1	12,5/11,2/12,2/16,1	13,9
Obésité femmes	10,0/9,6	11,9/10,2	11,1	13,6/12/12/17,6	15,1

Sur la période 2000-2006 la prévalence de l'obésité (hommes, femmes) progresse passant d'environ 10% aux alentours de 12% en 2006, soit une progression de 20%. Selon l'enquête Obépi 2009 ce taux passe à 14-15%, soit une augmentation d'environ 50% sur la période 2000-2009. En revanche la prévalence du surpoids apparaît à peu près stable sur la même période. La prévalence du surpoids est supérieure chez l'homme que chez la femme dans toutes les enquêtes, en moyenne d'un tiers à 50% supérieure chez l'homme que chez la femme. La prévalence de l'obésité est approximativement semblable dans les deux sexes, légèrement supérieure chez les femmes selon Obépi 2009.

Les enquêtes confirment l'existence d'une plus forte prévalence de l'obésité dans les populations précaires, en particulier s'agissant de l'obésité chez les femmes (étude Abena), et d'inégalités dans la survenue de l'obésité selon les catégories socioprofessionnelles avec creusement de l'écart entre 2000 et 2009 selon les enquêtes Obépi. L'étude Abena met en évidence le non respect par les populations précaires des repères du PNNS, ce que confirme le baromètre santé nutrition 2008.

La France en ce qui concerne son positionnement par rapport aux autres pays d'Europe, est encore aujourd'hui parmi les pays les moins touchés par l'épidémie d'obésité mais parmi ceux qui sont les plus inégalitaires selon le niveau d'études.

2.2. La prévalence de l'excès pondéral chez l'enfant, qui connaît une certaine stabilité depuis une dizaine d'années, est aggravée en cas d'appartenance à un milieu socio-économique défavorisé

2.2.1. Santé des adolescents scolarisés en classe de troisième de 2003-2004. (DREES Etudes et résultats N° 573 mai 2007)

Un cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire est organisé par la DREES et la DGS, la direction de l'enseignement scolaire DESCO, la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance DEPP et l'InVS. Concernant cette enquête auprès des élèves en classes de troisième ce sont environ 750 collèges privés et publics qui ont participé avec un taux de participation de 80%.

Selon cette enquête menée auprès des adolescents scolarisés en classe de 3ème en 2003-2004 la prévalence en France métropolitaine du surpoids est de 12,4% et celle de l'obésité de 4,3% sans différence significative selon le sexe. Dans les DOM la prévalence du surpoids est de 13,6% et celle de l'obésité 5,6% : à remarquer que selon Etudes et résultats N° 383 de janvier 2004 le chiffre de l'obésité en troisième dans les DOM était inférieur à la moyenne de la France entière (2,8% pour 3,3%).

Les facteurs socio-économiques sont déterminants :

Tableau 13 : Prévalence du surpoids et de l'obésité des adolescents des classes de 3ème selon la catégorie socioprofessionnelle

	surpoids	obésité
Cadres, professions intellectuelles supérieures	8,4	1,4
Professions intermédiaires	9,0	3,9
employés	10,9	2,8
Ouvriers qualifiés	14,2	5,6

Ces chiffres font clairement apparaître que les enfants issus des milieux les moins favorisés sont les plus exposés à la surcharge pondérale.

L'enquête montre aussi que la surcharge pondérale est en règle en augmentation entre la grande section de maternelle (6 ans) et le collège :

Tableau 14 : Elèves de 3ème : Prévalence selon leur poids de leur statut pondéral à l'âge de 6 ans

	normal à 6 ans	Surpoids à 6 ans	Obésité à 6 ans
Poids Normal en 3ème	92,7	6,0	1,3
Surpoids en 3ème	60,5	31,8	7,7
Obésité en 3ème	37,7	30,8	31,5

Environ 1/3 des obèses de 3ème étaient déjà obèses à l'âge de 6 ans et environ 2/3 des obèses de 3ème présentaient une surcharge pondérale (surpoids/obésité) à l'âge de 6 ans .Environ 40% des enfants en surpoids en 3ème présentaient une surcharge pondérale à l'âge de 6 ans. Plus de 90% des enfants à poids normal en 3ème étaient également à poids normal à l'âge de 6 ans.

En conclusion l'obésité et le surpoids à l'âge de 6 ans sont significativement associés à un risque accru d'obésité à l'adolescence. Le surpoids à l'âge de 6 ans est également associé à un risque accru de surpoids en classe de 3ème. D'où l'importance de dépister et lutter précocement l'obésité et le surpoids dans l'enfance.

2.2.2. Santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005 (DREES Etudes et résultats N° 632 avril 2008)

Le cycle triennal d'enquête a été réalisé en 2004-2005 auprès d'enfants scolarisés en classe de CM2 des écoles publiques. Il permet de comparer les résultats avec ceux de l'enquête effectuée 3 ans auparavant.

Tableau 15 : Evolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les élèves de CM2 entre 2002 et 2005

	2001-2002	2004-2005
Surpoids	15,8	16,0
Obésité	4,1	3,7
Surpoids+obésité	19,9	19,7

Entre 2002 et 2005 la surcharge pondérale en classe de CM2 est restée stable.

En revanche les inégalités selon la CSP du père ont tendance à augmenter :

Tableau 16 : Evolution de la prévalence de l'obésité entre 2002 et 2005 selon la CSP du père

	2001-2002	2004-2005
Cadres	1,3	0,6
Professions intermédiaires	2,3	2,0
Employés	3,8	2,9
ouvriers	5,1	6,1

Il est possible de constater la baisse la plus importante pour les enfants des cadres et une diminution moins accentuée pour les autres catégories socioprofessionnelles à l'exception des enfants d'ouvriers pour lesquels la prévalence de l'obésité augmente.

L'évolution entre les deux enquêtes selon que l'école est située en zone d'éducation prioritaire ZEP ou non :

Tableau 17 : Evolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité entre 2002 et 2005 selon la situation en ZEP ou hors ZEP de l'école

	2001-2002	2004-2005
Obésité ZEP	7,0	6,8
Surpoids ZEP	17,4	18,9
Obésité hors ZEP	3,6	3,2
Surpoids hors ZEP	15,1	15,6

Le surpoids et l'obésité touchent davantage les élèves scolarisés en ZEP que ceux scolarisés tant en 2001-2002 qu'en 2004-2005 : en revanche les inégalités ne s'aggravent pas dans la mesure où les taux évoluent relativement peu.

Dans les DOM la proportion d'élèves de CM2 en surcharge pondérale en 2004-2005 est de 22,2% pour les Antilles (12,5% surpoids et 9,7% obésité) et de 26,2% pour la Réunion (17,5% surpoids et 8,7% obésité). Les chiffres de 2001-2002 pour les DOM étaient de 20,5% pour les surpoids et de 6,4% pour l'obésité

2.2.3. Etude sur la corpulence des enfants scolarisés à Paris dans le secteur public (grande section de maternelle et CE2) ORS d'Ile de France 2009

Cette étude a été réalisée par l'ORS d'Ile de France avec le concours des services de santé scolaire de la Ville de Paris : elle repose sur une sélection aléatoire des écoles et des enfants sur 2008-2009 avec un échantillon représentatif des élèves des écoles maternelles et élémentaires publiques de Paris. Les enfants en grande section d'école maternelle sont âgés en moyenne de 5 ans et 7 mois et ceux en CE2 de 8 ans et 8 mois. Les élèves ont été pesés et mesurés

Tableau 18 : Corpulence des enfants de grande section d'école maternelle selon le sexe et selon le type de quartier

	surpoids	obésité	Surpoids+obésité
Garçons	8,7	1,9	10,6
Filles	10,4	3,5	13,9
Ensemble garçons+filles	9,6	2,7	12,3
Quartier prioritaire181	11,7	4,1	15,8
Quartier non prioritaire	8,4	2,0	10,4

Tableau 19 : Corpulence des enfants de CE2 selon le sexe et selon le type de quartier

	surpoids	obésité	Surpoids+obésité
Garçons	10,8	3,4	14,2
Filles	12,8	4,3	17,1
Ensemble garçons+filles	11,8	3,8	15,6
Quartier prioritaire	13,7	5,5	19,2
Quartier non prioritaire	10,5	2,7	13,2

Il est possible à la lecture de ces deux tableaux de constater que :

- pour les enfants de grande section d'école maternelle l'excès de poids concerne un enfant sur 10,
- pour les enfants de CE2 l'excès de poids touchant environ un élève sur 6, la proportion d'élèves avec un excès pondéral s'accroit de la grande section d'école maternelle au CE2
- la prévalence de l'excès de poids chez les filles est, à tous les âges, légèrement supérieure à celle des garçons
- la prévalence de l'obésité chez les enfants de grande section d'école maternelle et en CE2 est dans les quartiers prioritaires le double de celle des autres quartiers

En comparaison avec les chiffres de l'enquête triennale 1999-2000 réalisée en milieu scolaire (DREES Etudes et résultats N°250 juillet 2003) la prévalence de l'excès de poids chez les enfants serait moins élevée sur Paris par rapport à l'Ile de France et la France : en effet selon cette étude la proportion d'enfants de 5 à 6 ans en situation de surpoids est de 16,0% en Ile de France[182] pour un chiffre de 12,3% à Paris.

L'étude menée par l'ORS d'Ile de France s'est intéressée également à comparer aux enfants de CE2 ayant reçu une éducation nutritionnelle via le programme « Pikabouge[183] » en maternelle les autres enfants. Il s'avère que la corpulence est comparable chez les enfants mais que les connaissances nutritionnelles sont sensiblement meilleures pour les enfants ayant bénéficié de Pikabouge avec des pratiques alimentaires plus proches des recommandations du PNNS.

[181] Ecoles appartenant à une zone d'éducation prioritaire, à un réseau d'éducation prioritaire ou à un quartier en politique de la ville

[182] La moyenne en France métropolitaine + DOM est de 14,4% d'enfants de 5 à 6 ans en situation de surpoids selon l'étude publiée par la DREES en 2003. Cette même étude met en évidence une prévalence du surpoids chez les élèves scolarisés en Zones d'éducation prioritaires (ZEP) de 17,3% pour une prévalence de 13,9% pour ceux qui ne sont pas scolarisés en ZEP. Les régions qui ont de fortes proportions d'élèves scolarisés en ZEP comme l'Ile de France ont logiquement une plus grande proportion d'élèves en surpoids que la moyenne des régions françaises.

[183] Ce programme est une action de prévention dans les écoles maternelles à finalité de lutter contre l'obésité pédiatrique. Il a été conçu par le réseau de prise en charge de l'obésité en pédiatrie (REPOP) d'Ile de France en collaboration avec les services de santé scolaire de la Ville de Paris et l'Académie de Paris. Il se compose de mesures d'éducation nutritionnelle et relatives à l'activité physique.

2.2.4. Etudes individuelles nationales des consommations alimentaires INCA 1 (1998-1999) INCA 2 (2006-2007)

Les consommations alimentaires des **enfants** : relativement à la répartition des consommations alimentaires en fonction du type de repas, des similitudes avec les adultes sont très nettes pour les trois repas principaux : petit-déjeuner, déjeuner et dîner. Les consommations de féculents ont connu une diminution significative entre 1999 et 2007 chez les enfants de 3-14 ans (– 9%). Les aliments dont la consommation a diminué sont : le pain, les pommes de terre et apparentés. La diminution d'environ 10% de la consommation de produits laitiers chez les enfants de 3-14 ans est significative. La consommation de viandes, produits de la mer et œufs a diminué entre 1999 et 2007 chez l'ensemble des enfants (– 13%). Les consommations de fruits et de légumes sont restées stables entre les deux études.

Tableau 20 : Evolution des consommations[184] chez les enfants entre INCA 1 et INCA 2

	Enfants de 3-14 ans	Enfants de 15-17 ans
Groupe féculents	- 9,0%	ns
Groupe aliments sucrés	- 15,1%	ns
Groupe produits laitiers	- 10,5%	ns
Groupe viandes, poissons et œufs	- 12,7%	- 12,7%
Groupe des fruits et légumes	ns	ns

Une évolution à la baisse est constatée chez les 3-14 ans entre INCA 1 et INCA 2. Il semble exister une stabilité des consommations chez les adolescents sachant que les chiffres d'évolution obtenus pour cette tranche d'âge sont en règle non significatifs.

Par rapport aux adultes, les enfants semblent donc avoir une alimentation un peu plus glucidique (46,6% contre 44% pour les adultes) et moins protidique et lipidique. Cela peut s'expliquer par l'importance du goûter chez les enfants, qui est composé pour beaucoup d'aliments riches en glucides chez les enfants, les petits-déjeuners et les goûters contribuent davantage à l'apport énergétique total (respectivement 19 et 13%) que chez les adultes ; par conséquent, les repas du midi et du soir sont plus légers (34 et 31% de l'énergie totale) que chez les adultes.

Moins de la moitié des adolescents de 15-17 ans atteignent un niveau d'activité physique « entraînant des bénéfices pour la santé » (43,2%). Selon cette même définition, les garçons âgés de 15-17 ans sont bien plus nombreux (63,3%) que les filles (24,4%) à pratiquer une activité physique favorable à la santé.

La prévalence du surpoids (obésité exclue) est plus importante dans la population adulte masculine : 38,9% des hommes sont concernés, contre 24,2% des femmes. La prévalence de l'obésité ne diffère pas selon le sexe et touche 11,6% de la population adulte. Les taux de surpoids et d'obésité sont fonctions croissantes de l'âge chez les hommes comme chez les femmes. Par ailleurs, la prévalence de l'obésité chez l'adulte est inversement associée au niveau d'éducation : c'est particulièrement le cas chez les femmes (prévalence de l'obésité selon le niveau d'éducation : 27% primaire, 9% lycée et 6% enseignement supérieur). Enfin, un gradient significatif de l'obésité entre le Nord et le Sud est observé, avec des prévalences plus élevées au Nord.

L'excès pondéral dans la population infantile ne diffère ni selon le sexe ni selon l'âge et concerne 14% des enfants de 3-17 ans, parmi lesquels 2,8% sont obèses. La comparaison des prévalences du surpoids (obésité incluse) entre les études INCA 1 (1998-99) et INCA 2 suggère une stabilisation des taux depuis 8 ans chez les enfants. Par ailleurs, le surpoids (obésité incluse) est inversement

[184] En quantité moyenne

associé au niveau d'éducation du représentant de l'enfant. En revanche, contrairement aux adultes, aucun gradient géographique significatif n'a été mis en évidence.

Tableau 21 : Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants

	INCA 1 1998-1999	INCA 2 2006-2007
Enfants 3-17 ans	**3-14 ans185**	**3-17 ans**
Surpoids obésité exclue)	11,7	11,2
obésité	3,5	2,8
Surpoids (obésité incluse)	15,2	14

2.2.5. Enquêtes épidémiologiques nationales sur le surpoids et l'obésité ObÉpi

Les seules données concernant les enfants (de 2 à 17 ans) sont celles d'ObÉpi 2000 et 2003 sachant que dans ces études les poids et taille ont été déclarés par les sujets.

Tableau 22 : Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants selon le sexe

	ObÉpi 2000	ObÉpi 2003
Garçons		
Surpoids	11,1	10,4
Obésité	2,3	2,9
Surpoids et obésité	13,4	13,3
Filles		
Surpoids	10,7	11,1
Obésité	2,5	2,9
Surpoids et obésité	13,2	14,0
Total		
Surpoids	10,9	10,8
Obésité	2,4	2,9
Surpoids et obésité	13,3	13,7

A la lecture de ce tableau il apparait que les écarts entre garçons et filles sont faibles en matière de poids excessif (incluant l'obésité).

Il en est cependant autrement si l'on se fie à certaines publications de l'OMS : selon le N°2.3. fact sheet de mai 2007 "Prevalence of excess body weight and obesity in children and adolescents" European Environment and Health Information System ENHIS il existe dans tous les pays européens des écarts significatifs chez les enfants selon le sexe. Sur la période 2001-2002 en France les chiffres de prévalence sont les suivants concernant le poids excessif (y compris obésité) : à 13 ans filles 8,75% et garçons 13,75% et à 15 ans filles 10% et garçons 12,5%. La prévalence est toujours supérieure chez les garçons dans des proportions supérieures de 25 à 100% à celle des filles dans l'ensemble de la zone OMS Europe.

Cette différence garçons/filles ne semble pas présente à tous les âges de la vie : la publication de l'OMS de 2007 « Le défi de l'obésité dans la région européenne de l'OMS et les stratégies de lutte » indique les chiffres suivants pour des enfants de 7-9 ans (enquête de 2000, données mesurées) : 3,9% garçons et 3,6% filles pour l'obésité et 14,0% garçons et 14,7% filles pour le surpoids.

[185] Poids et taille déclarés par les sujets

2.2.6. Etude nationale nutrition santé ENNS 2006

Chez les enfants de 3-17 ans la prévalence de l'obésité s'élevait à 3,5% et celle du surpoids à 14,3%. La prévalence du surpoids incluant l'obésité était estimée à 18%.

Tableau 23 : Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants

	ENNS 2006
Enfants de 3-17 ans	
Surpoids	14,3
obésité	3,5
Surpoids (obésité incluse)	18%

Ces chiffres si on les compare avec ceux de l'étude INCA 2 sont plutôt supérieurs puisque l'étude INCA 2 fournit une prévalence surpoids+obésité d'environ 14% pour 18% selon l'étude ENNS 2006 : il s'agit pourtant de la même tranche d'âge d'enfants de 3-17 ans.

2.2.7. Baromètres santé nutrition INPES

Pour les 12-17 ans les chiffres sont les suivants :

Tableau 24 : Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants selon le sexe (baromètre 2002)

	Normal	**surpoids**	**obésité**
Garçons	87,4%	11,3%	1,3%
filles	92,9%	5,8%	1,3%

Les chiffres ci-dessus, qui concernent les seuls 12-17 ans et portent sur 2002, ne trouvent pas leur confirmation au vu des études et enquêtes précédemment évoquées : selon Obépi 2003 les taux de ce baromètre 2002 devrait être multiplié par 2 pour le surpoids des filles et par plus de 2 pour l'obésité des filles et des garçons alors même qu'il était possible de s'attendre à l'inverse compte tenu des tranches d'âge étudiées (12-17 ans baromètre, 2-17 ans Obépi 2003).

2.2.8. Discussion

Bien qu'il soit difficile d'étudier la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant étant donné le manque d'enquêtes répétées à intervalles réguliers selon la même méthode il peut être reconstitué le tableau de synthèse suivant :

Tableau 25 : Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants sur la période 1998-2007 selon diverses enquêtes

	INCA 1 1998-1999 3-14 ans	**Obépi 2000 2-17 ans**	**Obépi 2003 2-17 ans**	**ENNS 2006 3-17 ans**	**INCA 2 2006-2007 3-17 ans**
Surpoids	11,7	10,9	10,8	14,3	11,2
Obésité	3,5	2,4	2,9	3,5	2,8
Surpoids+obésité	15,2	13,3	13,7	18	14

Les chiffres figurant dans ce tableau indiquent, hormis l'enquête ENNS, une stabilité des taux sur la période 1998-2007.

Cette même stabilité est retrouvée dans les enquêtes triennales réalisées en milieu scolaire telles que celles concernant les élèves de CM2 entre la période 2001-2002 et la période 2004-2005 avec cependant des taux de prévalence supérieurs puisque surpoids+obésité avoisine les 20%. Des écarts de prévalence existent selon la situation en ZEP ou hors ZEP de l'école mais sans aggravation de ces écarts entre les 2 périodes.

Les différences de taux de prévalence de surpoids et d'obésité existantes entre adultes selon le niveau socioéconomique se retrouvent donc chez les enfants : les enquêtes triennales en milieu scolaire les mettent également en évidence en classe de troisième sur la période 2003-2004.

A noter que la prévalence surpoids+obésité en classe de troisième sur la période 2003-2004 (12,4% surpoids et 4,3% obésité) est plus basse que celle enregistrée en classe de CM2 sur la période 2004-2005 (16,0% surpoids et 3,7% obésité) : cette moindre prévalence du surpoids à l'adolescence s'accompagne cependant d'un risque accru d'obésité à l'adolescence en cas d'obésité ou de surpoids à l'âge de 6 ans.

2.3. Le niveau de pratique d'activité physique considérée comme favorable à la santé ne semble pas progresser et reste encore minoritaire dans la population

Selon l'expertise collective de l'INSERM « Activité physique : contexte et effets sur la santé » de 2008 a de nombreux effets bénéfiques pour la santé, en particulier sa pratique régulière est un facteur essentiel de prévention des maladies cardio-vasculaires, du diabète, du cancer du sein et du colon et joue un rôle fondamental pour éviter le gain de poids.

Les données sur l'activité physique reposent pour l'essentiel sur trois enquêtes nationales : INCA 2, baromètres INPES (santé 2005, santé nutrition 2008) et ENNS 2006[186]. Cependant l'une des difficultés pour apprécier les résultats de ces études est l'indicateur retenu : soit c'est le niveau d'activité physique « favorable à la santé » qui correspond au score élevé d'IPAQ, soit c'est l'équivalent de 30 mn de marche rapide par jour au moins cinq fois par semaine (qui est le repère de consommation du PNNS 2[187]) qui est classé dans la catégorie score modéré d'IPAQ. Selon le choix de l'indicateur les résultats sont évidemment très variables quant à l'importance de la population concernée.

2.3.1. INCA 2 2006-2007

Chez les adultes moins de la moitié de la population adulte (44,8%) atteint un niveau d'activité physique « entrainant des bénéfices pour la santé » tel que défini par le score élevé d'IPAQ, les hommes (48,4%) étant plus nombreux que les femmes (41,3%).

Chez les 15-17 ans 43% des adolescents atteignent un niveau d'activité physique « entrainant des bénéfices pour la santé » tel que défini par le score élevé d'IPAQ dont 63,3% des garçons et 24,4% des filles.

Chez les 11-14 ans faute d'indicateur synthétique validé il est possible d'utiliser la fréquence des cours d'éducation physique à l'école : un peu moins de 10% des élèves n'ont pas eu de cours la semaine précédant l'enquête, un quart une fois, 60% deux fois, un peu moins de 10% trois fois ou plus.

[186] Selon l'enquête ENNS 2006 une activité d'intensité modérée peut être considérée « comme le minimum à atteindre au regard de l'indicateur d'objectif et du repère du PNNS relatifs à l'activité physique ».

[187] Les recommandations ont évolué au niveau international et conduisent à considérer que la demi-heure de marche rapide par jour n'est pas le niveau d'activité physique « favorable à la santé » : cela pose la question du maintien de ce repère en l'état

2.3.2. Baromètres

Baromètre santé 2005
45,7% des individus de 15 à 74 ans pratiquent une activité physique favorable à la santé : 52,1% des hommes et 39,5% des femmes.

Baromètre santé nutrition 2008
Score élevé IPAQ

Selon ce baromètre moins de la moitié des Français âgés de 15 à 75 ans (42,5%) atteignent un niveau d'activité physique favorable à la santé. Les femmes sont proportionnellement moins nombreuses à atteindre ces recommandations (33,8% versus 51,6% pour les hommes).

Ces chiffres, qui sont à peu près en accord avec ceux d'INCA 2, sont à rapprocher de ceux du baromètre santé 2005 : ils paraissent indiquer une quasi-stagnation entre les deux baromètres santé de la pratique d'une activité physique avec cependant une tendance à la baisse chez les femmes.

Tableau 26 : Pourcentage des hommes et des femmes pratiquant une activité physique favorable à la santé

	Baromètre santé 2005	Baromètre santé nutrition 2008
Hommes	52,1	51,6
Femmes	39,5	33,8
ensemble	45,7	42,5

Score modéré IPAQ.
Baromètre santé 2005 : 79,3% dont 80,4% hommes et 78,2% femmes.

Activité physique et corpulence.
Le temps total d'activité physique ne diffère pas selon la corpulence mais il est observé une différence sur le temps d'activité physique de loisirs déclaré (20 mn par jour pour les sujets de corpulence normale versus 10 mn pour les personnes obèses).

Activité physique d'intensité élevée selon la catégorie socioprofessionnelle.
Selon le baromètre santé nutrition 2008 les cadres, les professions intermédiaires et les personnes sans activité sont les catégories socioprofessionnelles pour lesquelles la probabilité de pratiquer une activité physique favorable à la santé sont les plus faibles. En revanche la pratique d'un sport, qui constitue une part seulement de l'activité physique globale, est plus fréquente chez les « cadres et professions intellectuelles » et les « professions intermédiaires » (baromètre santé 2005).

2.3.3. ENNS 2006

Score élevé IPAQ
Les données fournies par l'ENNS 2006 minorent, par rapport aux enquêtes INCA et Baromètre santé, la proportion des individus pratiquant une activité physique favorable à la santé dans la mesure où les chiffres sont de 26,5% pour la population totale dont 29,5% pour les hommes et 23,6% pour les femmes.

Score modéré IPAQ
ENNS 2006 : 63,2% dont 63,9% hommes et 62,5% femmes. 71% des adolescents de 15-17 ans (78% des garçons et 65% des filles) pratiquent l'équivalent de 30 mn d'activité physique d'intensité modérée au moins 5 jours par semaine.

2.3.4. Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 2 février 2010 (InVS)

Une étude a été faite en 2005 sur une cohorte santé, inégalités et ruptures sociales (SIRS) constituée de 3000 adultes francophones de l'agglomération parisienne afin de déterminer les conditions et évènements de vie corrélés au surpoids des adultes. Tous âges et sexes confondus 36,4% des personnes sont en surpoids (pré-obésité+obésité).
Il apparaît que chez les femmes[188] (de 18 à 75 ans et +) la pratique régulière d'une activité physique (hors travail) est significativement associée à une moindre prévalence de surpoids :

Pratique régulière d'une activité physique	Fréquence dans l'échantillon	Prévalence surpoids
oui	45,2	29,3
non	55,8	39,6

Il semble possible d'en conclure qu'en termes d'habitudes de vie la pratique d'une activité physique régulière (hors travail) a un lien avec le surpoids. Cependant il n'est pas possible d'interpréter ce résultat en termes de déterminant de la prise de poids, l'inactivité physique pouvant tout autant bien être cause que conséquence du surpoids.

2.3.5. Discussion

Si les différentes études indiquent une pratique de l'activité physique d'intensité modérée pour près de 80% de la population en revanche l'activité physique d'intensité élevée est pratiquée par moins de la moitié, y compris chez les adolescents. Il existe un écart selon le sexe confirmé par toutes les études avec une moindre pratique féminine d'activité physique favorable à la santé. Cet écart selon le sexe est majoré chez les adolescents de 15-17 ans. Les cadres et les professions intermédiaires, à l'inverse de ce qui est observé pour l'obésité où ils figurent parmi les catégories socioprofessionnelles les moins touchées, sont celles de ces catégories qui font le moins d'activité physique à un niveau favorable à la santé. Enfin il y a une stagnation du pourcentage de la population pratiquant une activité physique favorable à la santé.

2.4. Un degré d'atteinte des objectifs nutritionnels des PNNS inégal

Chez les adultes :

Objectifs atteints (selon des proportions variables en fonction des objectifs) :
Augmentation de consommation de fruits et légumes : + 6,3% pour les hommes, + 14,1% pour les femmes, +10,3% pour l'ensemble Le baromètre santé nutrition 2008 confirme cette augmentation avec en 2008 12,4% des français âgés de 12 à 75 ans ayant mangé des fruits et légumes au moins 5 fois la veille de l'interview pour en 2002 10,7%.

Augmentation de la consommation de fibres : + 6,7% chez les femmes (pour un objectif de 50%)
Réduction de la consommation de sel : - 5,2% en moyenne avec passage de 8,1 g/j à 7,7 g /j
Poissons au moins 2 fois par semaine : légère augmentation chez les 18-75 ans selon le baromètre santé nutrition 2008

Objectifs non atteints
Réduction de 20% de la prévalence du surpoids et de l'obésité : compte tenu des données des enquêtes ObÉpi et ESPS - taux surpoids+obésité selon les enquêtes ObÉpi pour les hommes 48,6 en 2000 et 50 en 2006, pour les femmes 33,5 en 2000 et 37,8 en 2006 ; enquêtes ESPS obésité chez les hommes 9,8 en 2000 et 12,2 en 2006, obésité chez les femmes 9,6 en 2000 et 12 en 2006, surpoids hommes 36,8 en 2000 et 37,9 en 2006, surpoids femmes 21,6 en 2000 et 23,7 en 2006 - il existe chez les adultes une relative stabilité du surpoids et une augmentation de l'obésité.

[188] Le facteur activité physique n'a pas été étudié chez les hommes

Réduction des apports lipidiques : taux moyen de 38,5% pour les hommes et de 39,6% chez les femmes (pour un objectif de moins de 35%[189]).

Augmentation des apports glucidiques : taux moyen de 44% de l'apport calorique (pour un objectif de 50%).

Réduction de la consommation de glucides simples : + 5,9% (+ 4,9% pour les hommes, + 5,8% chez les femmes).

Augmentation de la consommation de fibres : absence d'augmentation chez les femmes (pour un objectif de 50%).

Favoriser la consommation de féculents : stabilité de la consommation.

Augmentation des apports en amidon : - 5,3% (hommes - 6,8%, femmes - 7,2%)
Diminution de la consommation d'alcool à moins de 8,5l/an/habitant : consommation estimée aux alentours de 13 l/an/habitant en 2005

Niveau de pratique de l'activité physique considérée comme favorable à la santé sans progression (enquêtes INCA 2, baromètres INPES) avec une pratique moins élevée chez les femmes que les hommes

Discordance d'atteinte de l'objectif
Selon l'enquête INCA 2 il y a une limitation de la consommation d'aliments sucrés : - 10,9% (- 8,8% femmes, - 13,5% hommes).

Selon le baromètre santé nutrition 2008 les 18-75 ans ont consommé plus de produits sucrés au moins une fois la veille de l'interview de 2008 (75,2%) qu'en 1996 (72%) avec augmentation du taux de consommateurs de boissons sucrées depuis 2002 passant de 19,5 à 22%.

Chez les enfants :

Objectifs +/- atteints : stabilité de la prévalence du surpoids et de l'obésité aux alentours de 14/15% selon INCA sur la période 1999/2000-2005/2006 et de 13/14% selon ObÉpi 2000-2003, consommation d'aliments sucrés (diminution pour les 3-14 ans),

Objectifs non atteints : consommation de fruits et légumes (stabilité), consommation d'amidon (diminution pour les 3-14 ans), limitation des boissons sucrées (stabilité selon le baromètre santé nutrition 2008)

Tant chez les adultes que chez les enfants la question des personnes de milieux socio-économiques défavorisés demeure pendante et préoccupante avec des écarts croissants en matière de surpoids et d'obésité entre les milieux les plus favorisés et ceux qui le sont le moins.

Au total :

Il est possible de conclure au vu notamment des résultats des enquêtes INCA 1 (1998-1999) et 2 (2006-2007) et Baromètres santé nutrition 1996, 2002 et 2008 que l'évolution de la consommation alimentaire est globalement lente sur une période de plus d'une dizaine d'années.

[189] A noter que, dans le cadre d'une auto-saisine, l'AFSSA, dans un avis en date du 1er mars 2010 relatif à l'actualisation des apports nutritionnels conseillés (ANC) pour les acides gras, a réévalué les ANC en lipides : en l'absence d'excès énergétique, l'AFSSA recommande que la part des lipides atteigne 35 à 40%, sachant que les acides gras saturés sont trop consommés par la population française avec 16% des apports énergétiques en moyenne pour un ANC inférieur à 12%

Cette évolution présente des résultats concordants en matière d'augmentation de la consommation de fruits et légumes (enquêtes INCA, baromètres santé nutrition) qui constitue l'un des objectifs du PNNS : le baromètre santé nutrition 2008 faisant l'hypothèse d'un lien entre cette augmentation et les actions de promotion de la consommation de fruits et légumes au cours de ces dernières années il est estimé dans cette publication que les résultats du baromètre nutrition santé 2008 (comme ceux des enquêtes INCA et ENNS) rendent nécessaire la poursuite de ces actions de promotion. Il reste cependant à confirmer cette hypothèse dans la mesure où d'autres actions d'information ne se sont pas traduites par des modifications de consommation. C'est le cas pour la consommation des boissons sucrées (sucres simples) qui ne connaît pas de véritable infléchissement selon le baromètre 2008 alors même qu'il semble exister une relation entre consommation régulière de boissons sucrées et développement de la prise de poids et entre surpoids/obésité et cancer (World Cancer Research Fund).

En revanche les autres objectifs peuvent être considérés globalement comme non réalisés, partiellement s'agissant de la réduction de la prévalence du surpoids puisqu'il est noté une stabilité, totalement s'agissant de la réduction de la prévalence de l'obésité qui continue sensiblement de croître chez l'adulte[190]. Selon les études ObÉpi les plus récentes le PNNS 2 ne témoigne pas de plus d'efficacité que le PNNS 1 sur ce sujet.

[190] Il convient pourtant de signaler que l'augmentation de l'obésité des adultes qui est constatée par les enquêtes Obépi sur 2006-2009 est la plus importante chez les 25-34 ans avec 19,5%, l'augmentation relative pour les autres tranches d'âge variant de +5,3% à +8,5%. Selon les auteurs des enquêtes Obépi il est possible en 2009 d'interpréter ce phénomène par le passage à l'âge adulte d'enfants ayant connu au cours des deux décennies précédentes durant leur enfance des conditions environnementales favorables à l'apparition de surpoids et d'obésité.

Sigles utilisés

AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire de l'alimentation
ALIA	Nom du programme "Alimentation et Industries Alimentaires"
ANFH	Association nationale de la fonction hospitalière
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ANAES	Agence nationale d'accréditation des établissements de santé
ANDES	Association nationale des épiceries solidaires
ANIA	Association nationale des industries alimentaires
ANR	Agence nationale de la recherche
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APHP	Assistance publique - Hôpitaux de Paris
ARPP	Autorité de régulation professionnelle de la publicité
ASP	Agence de services et de paiement
CAF	Caisse d'allocation familiale
CHU et CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CGAAER	Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux
CLAN	Comité de liaison alimentation et nutrition
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNSP	Conseil national de la santé publique
CNS	Conférence nationale de santé
CNA	Conseil national de l'alimentation
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVTS	Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNDS	Centre national pour le développement du sport
CNOSF	Comité national olympique et sportif français
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COPIL	Comité de pilotage (du PNNS)
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CREDOC	Centre de recherches pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CSA	Conseil supérieur de l'audiovisuel
DG AGRI	Direction générale de l'agriculture et du développement rural (commission européenne)
DG SANCO	Direction générale de la santé et des consommateurs

DGAS	Direction générale des affaires sociales (Devenue DGCS : Direction générale de la cohésion sociale)
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (fondues dans les nouvelles ARS)
DRAAF	Direction régionale de l'alimentation de l'agriculture et de la forêt
DGAL	Direction générale de l'alimentation
DGCCRF	Direction générale de la concurrence de la consommation et de la répression des fraudes
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJS	Direction régionale de la jeunesse et des sports
DRASSIF	Direction régionale des affaires sanitaires et sociale de l'Ile de France
DSDS	Direction de la santé et du développement social
EPODE	Ensemble prévenons l'obésité des enfants
EPS	Education physique et sportive
EFFORMIP	La santé par l'effort et la forme en Midi Pyrénées
EHPAD	Etablissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes
ENNS	Etude nationale nutrition santé
FCD	Fédération du commerce et de la distribution
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIAC	Fonds de Soutien aux Initiatives Associatives en matière de Citoyenneté
FHF	Fédération hospitalière de France
GEMRCN	Groupe d'études des marchés restauration collective et nutrition
GRSP	Groupement régional de santé publique
HACCP	Acronyme pour : Hazard Analysis Critical Control Point : méthode et principes de gestion de la sécurité sanitaire des aliments
HALDE	Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
HSCP	Haut conseil de la santé publique
HAS	Haute autorité de santé
HPST (loi dite)	désigne la loi « Hôpital, santé, patients et territoires » publiée au JO le 22 juillet 2009
ICAPS	Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité
IGAS	Inspection générale des Affaires Sociales
IMC	Indice de Masse Corporelle
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INVS	Institut de veille pour la santé
INCa	Institut national du Cancer
INCA (étude)	Etude individuelle nationale des consommations alimentaires
INRA	Institut national de la recherche agronomique
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale

IPAQ	L'International Physico Activité Questionnaire
IUFM	Institut universitaire de formation des maîtres
LMA	Projet de « Loi de modernisation agricole »
MAAP	Ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche
MDD	Marques de distributeurs
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MIN	Marché d'intérêt national
MSA	Mutualité sociale agricole
OMS	Organisation mondiale de la santé
ObEpi	Enquête nationale sur la prévalence de l'obésité et du surpoids en France
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OCHA	Observatoire CNIEL des habitudes alimentaires
ONDAM	Objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie
OQALI	Observatoire de la qualité de l'alimentation
PAA	Programme d'aide alimentaire
PAI	Programme alimentation et insertion
PASEO	Promotion de l'activité physique chez les personnes âgées sédentaires
PEAD	Programme européen d'aide aux démunis
PME	Petites et moyennes entreprises
PMI	Protection maternelle et infantile
PNA	Plan national de l'alimentation
PNNS	Programme national nutrition santé
PNSE	Plan national santé environnement
PROA	Programme régional de l'offre alimentaire
PRSP	Plan régional de santé publique
PNAPS	Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive
PNBV	Plan national « Bien vieillir »
PNRA	Programme national de recherche en alimentation
REPOP	Réseau pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie Révision générale des politiques publiques
RGPP	Réseau pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie Révision générale des politiques publiques
SCC	Stratégie et communication collectives
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR	Soins de suite ou de réadaptation
STAPS	Sciences et techniques des activités physiques et sportives
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
USEP	Union sportive de l'enseignement du premier degré
UNSS	Union nationale du sport scolaire
USLD	Unité de soins de longue durée
UGSEL	Union gymnastique et sportive de l'enseignement libre

UTEP	Unité transversale pour l'éducation du patient
WCRF	Fonds mondial de recherche contre le cancer

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Inspection générale
des affaires sociales
RM2010-057P

Conseil général de l'alimentation,
de l'agriculture et des espaces ruraux
N°2016

Evaluation des programmes nationaux nutrition santé PNNS2 2006-2010

ANNEXES TOME II

Établi par

Danièle JOURDAIN-MENNINGER Gilles LECOQ Jérôme GUEDJ

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

Pierre BOUTET Jean-Baptiste DANEL Gérard MATHIEU

Membres du Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux

- Avril 2010 -

Sommaire

ANNEXE 1 : LES MOYENS FINANCIERS DU PNNS2 5

ANNEXE 2 : LE LOGO PNNS 13

ANNEXE 3 : ETUDES EN RELATION AVEC LES THEMATIQUES DU PNNS. 15

ANNEXE 4 : EXEMPLES D'ACTIONS REGIONALES DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION ET DE L'OBESITE 23

ANNEXE 5 : ETAT D'AVANCEMENT DES ACTIONS FIGURANT DANS LE TABLEAU DE BORD DU PNNS 2 ET PORTANT SUR L'OBESITE 29

ANNEXE6 : LES RESEAUX NATIONAUX DE COLLECTIVITES LOCALES ACTIVES DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION, DE L'ENVIRONNEMENT OU DE LA SANTE33

ANNEXE 7 : LA SEDENTARITE ET L'ACTIVITE PHYSIQUE 37

ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE AUPRES DES DRASS ET DES DRAAF 39

SIGLES UTILISES 63

Annexe 1 : Les moyens financiers du PNNS2

1. LE MINISTERE DE LA SANTE

1.1. La DGS.

Il n'existe pas, à proprement parler, d'enveloppe de crédits budgétaires affectés précisément au PNNS. D'après les documents budgétaires mis en ligne par le ministère du budget, au titre des années 2006 à 2010[1], les actions relatives à la nutrition sont incluses dans le programme 204 « santé publique et prévention - SPP », géré par la DGS. Ce programme était divisé en quatre actions[2] de 2006 à 2008, puis il a été nommé « Prévention et sécurité sanitaire – PSS » et divisé en 7 actions[3] à compter de la LFI pour 2009, suite à l'absorption de l'ancien programme 228 « veille et sécurité sanitaires ».

Si le PNNS2 est bien mentionné explicitement dans la présentation stratégique du programme 204, sous la signature du Directeur général de la santé, M. Didier HOUSSIN, les actions concernant la nutrition bénéficient de crédits budgétaires qu'il est difficile d'individualiser au sein des actions du programme 204. Pendant la période 2006 à 2008, ils étaient rattachés à l'action 02 : « Déterminants de santé » ; depuis 2009 ils sont rattachés à l'action PSS 15 : « Préventions des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation ». En cohérence avec les documents budgétaires ci-dessus, le PNNS2 et les actions plus ou moins directement liées à la nutrition (alimentation et activité physique) ont bénéficié des montants de crédits annuels suivants, pour la période 2006 à 2010.

L'augmentation des crédits de la DGS pour ses actions nationales (ligne 1) constatée à partir de 2008 est le résultat d'une part, en 2008, de l'utilisation de crédits consacrés, au titre du plan cancer, à des actions d'expérimentation relatives aux liens entre nutrition et cancers, et d'autre part de la montée en charge du financement de la part de l'OQALI revenant au ministère de la santé (280.000 € en 2008, 450.000 € les années suivantes).

1.2. Les crédits délégués aux DRASS

Les crédits délégués aux DRASS sont utilisés par les GRSP pour le financement d'actions éligibles aux PRSP de chaque région. Or, dans la réalité, ces crédits sont délégués globalement aux DRASS par la DGS, au titre de toutes les thématiques, sans fléchages ni grille de répartition d'emplois en fonction de ces thématiques. C'est ainsi que la DGS (bureau des plans) considère que des actions de santé publique (ASP) financées au titre d'autres actions thématiques du programme 204,

[1] Pour 2006 et 2007, il s'agit de données relatives au projet de loi de règlement ; pour 2008, 2009 et 2010, il s'agit des données relatives au projet de loi de finances initial.

[2] 01 : Pilotage de la politique de santé publique
02 : Déterminants de santé
03 : Pathologies à forte morbidité/mortalité
04 : Qualité de la vie et handicaps

[3] 11 : Pilotage de la politique de santé publique
12 : Accès à la santé et éducation à la santé
13 : Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins
14 : Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades
15 : Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation
16 : Réponses aux alertes et gestions des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires
17 : Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain

peuvent comporter des aspects dans les domaines de la nutrition et des activités physiques. C'est ainsi que pour 2008, seule année dont les données en provenance des DRASS ont pu faire l'objet d'un traitement après validation[4], le bureau des plans estime que les montants consacrés par les GRSP à ces domaines de la nutrition (alimentation et activité physique) ont atteint environ 9 M€ en 2008, pour financer 1.300 actions, sur un total de 3098, soit 42% des actions.

Les données disponibles ne permettent toujours pas d'avoir une vision exhaustive précise des moyens consacrés aux actions dans les domaines de la nutrition et de l'activité physique, encore moins à celles directement référencées en tant que PNNS2.

Selon les données obtenues dans deux régions lors des déplacements effectués par la mission, on peut considérer que ce domaine de la nutrition mobilise environ 10 à 15% des financements des GRSP, et que les financements additionnels hors GRSP sont très variables selon les priorités des cofinanceurs, et, sans doute, selon le dynamisme des porteurs de projets (Voir encadrés).

Il est également difficile de mesurer l'importance des financements « affectés » au PNNS en comparaison des autres politiques de santé publique administrées par la DGS. Une estimation fondée sur les montants des crédits affichés en loi de finances donne les résultats suivants, pour les deux dernières années 2009 et 2010, qui ont vu le regroupement des deux programmes 204 et 228. Pour les seuls crédits de l'action PSS 15 (Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation) au sein du programme 204 (Prévention et sécurité sanitaire), les autorisations d'engagements affectés à la nutrition se sont élevés à 5,42 M€, soit 16% de 34,57 M€, en 2009 et à 5,13 M€, soit 14% de 35,39 M€, en 2010. En d'autres termes, le PNNS représente environ 15% de l'action PSS 15.

A ces montants il convient d'ajouter le montant des financements consacrés par l'INPES à la nutrition, soit un peu plus de 10 M€ par an, soit 10% du total du budget d'intervention de l'établissement (voir ci-dessous).

Sur l'ensemble du PNNS2, les montants strictement affectés au PNNS (voir ligne 2 du tableau) se sont élevés en moyenne à 2,4% de l'ensemble des crédits délégués aux DRASS par la DGS au titre du programme 204.

Lors des déplacements effectués par la mission nous avons pu obtenir des DRASS de Champagne-Ardenne et d'Aquitaine leurs propres estimations sur l'utilisation des crédits des GRSP sur la thématique nutrition.

[4] 2009 est en cours de validation par les DRASS, et 2007 en cours de traitement par le prestataire.

CHAMPAGNE-ARDENNE / GRSP 2009. Sources des financements

DRASS	Prévention et sécurité sanitaire	3 319 642 €
URCAM	Régime Général	985 410 €
URCAM	MSA	51 600 €
URCAM	RSI	22 050 €
reliquat 2008		126 653 €
autre enveloppe hors GRSP	FNPEIS	47 283 €
TOTAL		4 552 638 €

Cofinancements sur tous les dossiers relatifs à la nutrition financés en 2009	
Montant total, dont	**1 390 904 €**
Montant financé par le GRSP	**680 940 €**
Montants co-financés, dont	**709 964 €**
Conseil Régional	87 535 €
Conseil Général	116 035 €
Communes	72 142 €
CUCS/ACSE	73 884 €
Assurance Maladie	103 393 €
Jeunesse et Sport	69 641 €
CNASEA	4 420 €
fonds européens	23 547 €
CNSA	10 000 €
mutuelles / hôpitaux	8 315 €
INPES	22 658 €
autre	97 801 €

Ainsi, en Champagne-Ardenne en 2009, la DGS a financé 73% du budget du GRSP, le solde provenant principalement des différents régimes d'assurance maladie. Pour les actions dans le domaine de la nutrition, qui ont mobilisé 15% des financements du GRSP, des cofinancements additionnels ont été obtenus qui ont permis de doubler les moyens du GRSP.

AQUITAINE / GRSP 2009. Sources des financements

DRASS	Prévention et sécurité sanitaire	5 005 753 €
URCAM	Régime Général	1 712 920 €
URCAM	MSA	126 600 €
URCAM	RSI	79 067 €
Reliquat 2008		1 035 304 €
Produits divers		62 140 €
Autre enveloppe hors GRSP	FNPEIS	286 467 €
	Conseil Régional	13 271 €
TOTAL		8 321 522 €
Cofinancements sur tous les dossiers relatifs à la nutrition financés en 2009		
	Toutes actions nutrition	**Actions nutrition personnes âgées**
Montant total, dont	**905 398 €**	**184 948 €**
Montant financé par le GRSP	**610 352 €**	**152 301 €**
Montants cofinancés, dont	**295 046 €**	**32 647 €**
Conseil Général	20 691 €	
Communes	82 055 €	6 547 €
Education Nationale	500 €	
CUCS/ACSE	6 000 €	
Assurance Maladie	15 950 €	
CRAM	2 000 €	2 000 €
CAF	14 750 €	
Jeunesse et Sport	7 700 €	
MSA	19 915 €	14 100 €
Fondations	22 400 €	5 000 €
Travail emploi	12 115 €	
DDASS	12 000 €	
Autres	78 970 €	5 000 €

Ainsi, en Aquitaine en 2009, la DGS a financé 69% du budget du GRSP hors reliquat, le solde provenant principalement des différents régimes d'assurance maladie. Pour les actions dans le domaine de la nutrition, qui ont mobilisé 7,5% des financements du GRSP, les cofinancements additionnels ont représenté 48% des moyens en provenance du GRSP, soit un tiers du montant total affecté à ce domaine.

1.3. La DHOS

1.3.1. Accueil et prise en charge des patients souffrant d'obésité

Dans le domaine du PNNS, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la Santé est intervenue financièrement au titre de l'action « Amélioration et prise en charge des personnes souffrant d'obésité » (voir action n° 51 du tableau de bord) sous la forme d'un programme d'équipement des 31 centres hospitaliers universitaires régionaux (CHUR) en matériels et dispositifs médicaux pour l'accueil et la prise en charge des patients souffrant d'obésité. Un crédit de 4 M€ a été réservé sur le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privées (FMESPP) en 2007, et notifié aux ARH en avril 2007, à raison de 129.000 € par CHUR. Cette action a concerné 21 régions métropolitaines (la Corse n'a pas été retenue, car ne disposant pas d'un CHUR) et les régions de Martinique et de Guadeloupe. La région Rhône-

Alpes a bénéficié de trois équipements, les régions Bretagne, Pays de la Loire, Centre, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Lorraine de deux équipements.

Au 4 mars 2010, la situation était la suivante :
- 4 ARH (Franche-Comté, Martinique, Haute Normandie, Lorraine) n'avaient pas engagé les crédits correspondants à 5 équipements ;
- 11 équipements n'avaient pas encore fait l'objet de paiements ;
- des dépenses avaient été payés pour 1,5 M€, correspondant à 9 équipements terminés et 4 en cours d'installation.

Trois ans après le lancement de cette opération, le taux de réalisation n'était donc que de 9/31 (soit 29%), avec 4 équipements en cours d'installation.

1.3.2. Prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition

Depuis 2008, et pour une durée de trois ans, la DHOS a entrepris la mise en place, à titre expérimental, de 8 unités transversales de nutrition clinique (UTNC). Ces structures transversales et pluridisciplinaires sont implantées dans des établissements de santé pour prendre en charge les patients atteints de problèmes nutritionnels, en particulier de dénutrition.

Le financement de cette expérimentation a été octroyé sous forme de crédits MIGAC, à raison de 214.290 € par an pour 5 régions (Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Rhône-Alpes), de 152.660 € par an pour la région Lorraine, et de 275.910 € pour l'AP-HP de Paris, soit au total 1,5 M€ par an pendant trois ans.

1.4. L'INPES

Comme on l'a vu dans le tableau ci-dessus, l'INPES affecte environ 10 M€ par an aux actions dans le domaine de la nutrition (alimentation et activité physique). Selon les chiffres communiqués par l'établissement, ces dépenses se répartissent selon les emplois suivants, en millions d'euros :

Actions de communication financées par l'INPES

Enveloppes	2006	2007	2008	2009
Appels à projets			0,11	
Achat d'espace	4,45	5,10	5,00	5,40
Etudes	0,30	0,40	0,535	0,50
Honoraires et frais techniques	0,85	1,005	1,3	1,21
Impressions	1,631	2,20	2,131	1,05
Routage	0,5	0,6	1,02	0,4
Divers	0,37	0,695	0,774	1,44
TOTAL	8,1	10,00	10,87	10,00

Deux grandes types de dépenses se partagent le budget et l'activité de l'INPES dans ce domaine : l'achat d'espace qui correspond aux campagnes annuelles audiovisuelles, et les frais d'impressions qui correspondent à la fois à la déclinaison « papier » de ces campagnes at aux nombreux, pour ne pas dire multiples, documents édités par l'INPES en matière d'éducation nutritionnelle, de vulgarisation des objectifs du PNNS, de sensibilisation, de formation, etc…

1.5. L'assurance maladie

Là encore, le total des dépenses de l'assurance maladie au titre du PNNS n'est pas connu avec précision, car il n'est pas identifié dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) signées entre l'Etat et les caisses (CNAMTS, mais aussi MSA), ni ne fait l'objet de remontées des données des GRSP vers la CNAMTS.

Les crédits utilisés pour des actions dans le domaine de la nutrition ont représenté 8,7 M€ en 2007, soit 28% de l'enveloppe globale en faveur des GRSP inscrite à la COG pour cette année, seule année pour laquelle des chiffres ont été établis. On doit supposer que ce pourcentage restant à peu près constant, les dotations en faveur de la nutrition se sont élevées en moyenne à environ 9 M€ par an pendant la période 2006-2009 couverte par la COG.

Pour les actions hors GRSP, et selon les données fragmentaires obtenues de la CNAMTS, les dépenses liées à la nutrition ont représenté :
- 2,1 M€, soit 23% des dépenses « actions locales hors GRSP » en 2007
- 1,2 M€, soit 18% des dépenses « actions locales hors GRSP » en 2008
- 2,1 M€, soit 30% des dépenses « actions locales hors GRSP » en 2009

Au total, on peut donc estimer à environ 11 M€ par an le montant des crédits utilisés pour des actions locales dans le domaine de la nutrition (9 M€ au titre des actions GRSP et 2 M€ pour des actions hors GRSP)

2. LES AUTRES ADMINISTRATIONS

2.1. La DGCS : le programme alimentation et insertion (PAI)

La direction générale de la cohésions sociale (ex-direction générale des affaires sociales), rattachée traditionnellement au ministère chargé des affaires sociales est aujourd'hui rattachée au ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, et au Commissariat aux solidarités actives. Cette direction est notamment chargée de l'exécution du programme d'aide alimentaire en direction des personnes défavorisées, qui comprend notamment un volet national et un volet communautaire de mise à disposition gratuite de denrées alimentaires les associations de bienfaisance et les banques alimentaires.

Elle a confié la gestion de la procédure à l'Agence de service et de paiements (ASP, ex-CNASEA), qui a fourni les données chiffrées suivantes :

Aide alimentaire

	Aides aux plus démunis					
Année	**Montant national**	**Montant communautaire**				
		Produits Laitiers	**Produits Riz**	**Produits Céréales**	**Produits Sucre**	**Total communautaire**
2005	10 000 000	37 244 821	4 879 766	6 764 492	0	48 889 079
2006	12 849 104	31 328 809	8 076 250	867 054	0	40 272 113
2007	9 800 000	32 931 783	3 684 217	11 391 824	1 753 147	49 760 972
2008	17 621 000	34 572 350	5 484 632	9 156 643	11 691 132	60 904 759
2009	7 125 000	50 532 617	8 252 887	2 543 892	254 827	61 584 224
2010	7 255 857	78 103 609	(1)	(1)	(1)	78 103 609

(1) : inclus dans les produits laitiers

En effet, cette politique d'aide alimentaire est très fortement soutenue par l'Union européenne, en application du règlement du Conseil n° 3730/87 du 10 décembre 1987, modifié, qui prévoit la fourniture aux associations agréées dans chaque Etat membre de denrées agricoles prélevées sur les stocks d'intervention en vue de leur distribution aux personnes les plus démunies dans la Communauté européenne[5].

2.2. Le ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche

Le MAAP développe depuis de nombreuses années une politique alimentaire orientée naturellement sur la production agricole en quantité et en qualité (politique de l'offre alimentaire), et sur la sécurité sanitaire de cette production.

2.2.1. Le plan d'action pour une offre alimentaire sûre, diversifiée et durable

Début 2009, dans la logique de sa participation au PNNS et de son affirmation de ministère en charge de l'alimentation, le MAAP a lancé un plan d'action et de développement pour une offre alimentaire sûre, diversifiée et durable, qui a fait l'objet d'une circulaire du 2 janvier 2009. Pour le financement de ces actions par le MAAP, celui-ci a inscrit et prévu les crédits suivants :

- en 2009 : 2.219.000 €, se décomposant en 919.000 € pour des actions nationales (dont notamment le financement de la part du ministère de l'OQALI, pour 500.000 €), et 1.300.000 € sur une base de 50.000 € en moyenne par région, pour financer notamment le lancement de l'opération « Fruits à la récré », et le développement des produits issus de l'agriculture biologique dans la restauration collective publique.
- en 2010 : 2.961.000 € se décomposant en 881.000 € pour l'administration centrale, dont 450.000 € affectés au financement de l'OQALI, à parité avec le ministère de la santé, et 2.080.000 € sur une base de 80.000 € en moyenne par région, pour financer les actions inscrites au programme régional d'offre alimentaire de chaque région.

2.2.2. L'opération « Fruits à la Récré »

Lancée par une expérimentation sur l'année scolaire 2008-2009 sur crédits du MAAP (133.000 € dépensés en 2009), cette opération, qui consiste à servir un fruit pendant une récréation dans les écoles primaires des villes qui ont souhaité y participer a été étendue par la Commission européenne auprès des 27 Etats membres. Ce programme, doté de 90 M€, dont 12 M€pour la France, se met en place dans les écoles primaires depuis le 1er septembre 2009.

2.2.3. L'aide à la consommation de produits laitiers dans les écoles

Au sein de la politique agricole commune, mise en œuvre en France par ce ministère, existe depuis plus de trente ans un programme de mise à disposition de lait dans les écoles, cofinancé par l'Union européenne et chaque Etat membre.

[5] La discussion pour la prolongation de ce règlement européen est pour l'instant bloquée, du fait d'un recours de l'Allemagne devant la Cour de justice européenne, au motif que le Traité de l'Union ne prévoit pas de politique communautaire dans ce domaine, et qu'il s'agirait donc d'une extension illégale de la politique agricole.

Financements de l'aide à la consommation de produits laitiers dans les écoles

	Montant national	Montant communautaire	Montant Total
2005	1 428 364 €	15 053 944 €	16 482 308 €
2006	1 339 258 €	15 790 682 €	17 129 940 €
2007	1 554 378 €	14 758 336 €	16 312 713 €
2008	1 100 259 €	11 616 528 €	12 716 787 €
2009	1 184 673 €	14 032 519 €	15 217 192 €
2010	(2)	?	

(2) : prévision : 1 300 000,00 €. Le montant communautaire en 2010 devrait être de même ordre que les années précédentes.

Annexe 2 : Le logo PNNS

D'après les données recueillies auprès de l'INPES ou communiquées par ce dernier :

La procédure d'attribution du logo PNNS a pour objectifs d'amplifier la communication du PNNS, de garantir la cohérence des informations nutritionnelles et d'autoriser l'utilisation du logo PNNS pour des actions /documents réalisés par des promoteurs (association, collectivités territoriales, organismes publics ou privés, et entreprises publics ou privées).

L'autorisation d'utilisation de la marque « Programme National Nutrition Santé » dans les conditions prévues par le cahier des charges annexé à l'arrêté du 27 juin 2007, était attribuée par la ministre chargée de la santé, après avis de l'INPES. Un Comité national d'évaluation, instance consultative de l'INPES, a été créé en juin 2007 (Approbation par le CA de l'INPES). Les avis émis étaient signés par le président du comité. Ils étaient transmis à la DGS pour décision (*cf. schéma page 4 de la brochure « Procédure d'attribution du logo PNNS » liée à l'arrêté du 27 juin 2007*). La DGS notifiait la décision aux promoteurs.

L'arrêté du 15 octobre 2009 prévoit que l'autorisation d'utilisation de la marque « Programme national nutrition santé » dans les conditions prévues par le cahier des charges annexé, est attribuée par l'INPES pour le compte de l'Etat.

Pour mettre en œuvre cette mission, l'INPES a maintenu l'existence du comité national d'évaluation. Ce comité national a pour fonction d'analyser la conformité des demandes d'attribution du logo PNNS au regard du respect du cahier des charges et de la qualité des documents ou actions proposés. Il émet des avis signés par le président, qui sont transmis à la directrice générale de l'INPES pour décision[6]. La directrice générale notifie la réponse aux promoteurs.

Chaque dossier fait l'objet d'une analyse de recevabilité. [7]Tout dossier non recevable fait l'objet d'un courrier explicatif au promoteur. Pour les demandes dont la recevabilité est étudiée par un correspondant PNNS des DRASS (pour les projets régionaux et infrarégionaux émanant des associations, fondations, organismes publics et collectivités territoriales), elles ne sont transmises à l'INPES que lorsqu'elles sont considérées recevables.

Tout dossier jugé recevable est évalué par deux rapporteurs, désignés par le secrétaire de séance du comité. La désignation des rapporteurs se fait prioritairement en fonction du domaine d'expertise et tient compte de la disponibilité annoncée pour la présence aux réunions (conformément au calendrier prévisionnel annuel établi en début de chaque année).

Le comité se réunit mensuellement (à l'exception des mois de janvier et d'août) à l'INPES pour étudier les dossiers de demandes. Il n'existe pas véritablement de "file d'attente". Chaque dossier est vu dans un délai qui n'excède pas un mois et demi. Le comité élabore des avis concertés qui s'appuient sur les évaluations des deux rapporteurs et si besoin sur la doctrine interne fondée sur les analyses précédentes (afin d'assurer à la fois une adaptation et une cohérence des avis donnés). Les positions exprimées par les différents membres sont discutées par le comité avec le souci d'aboutir à une synthèse consensuelle, sans qu'il soit nécessaire de recourir au vote. Le comité émet 4 types d'avis :

- Avis favorable ;

[6] (*cf. schéma page 4 de la brochure « Procédure d'attribution du logo PNNS » liée à l'arrêté du 15 octobre 2009*).
[7] (*cf. brochure « Procédure d'attribution du logo PNNS »*).

- Avis favorable sous réserve de modification ;
- En l'attente d'amélioration ;
- Avis défavorable.

Composition du comité
Le comité est composé de membres pluridisciplinaires experts en nutrition, communication, éducation pour la santé et/ou activité physique, nommés au titre de leur institution ou à titre personnel pour leurs compétences (*confère tableau en annexe*).

Bilan de l'activité depuis juillet 2007
De juillet 2007 à février 2010, le Comité s'est réuni 19 fois.

Analyses de recevabilité et avis sur les dossiers de juillet 2007 à février 2010
Depuis juillet 2007, l'INPES a reçu 186 demandes : 34 ont été jugées irrecevables et 150 ont fait l'objet d'une expertise par les membres du comité.

Analyse des dossiers de demande des logos PNNS

Année	Nombre de dossiers			Avis émis			
	reçus	recevables	expertisés	favorable	favorable sous réserve	attente d'amélioration	défavorable
2007 (6 mois)	74	19	55	15	15	8	17
2008	58*	10	46	10	16	9	11
2009	40	4	36	6	16	8	6
2010 (2 mois)	14	1	13	6	3	0	4
Total sur 32 mois	**186***	**34**	**150**	**37**	**50**	**25**	**38**

** 2 dossiers ont été mis en attente mais les promoteurs n'ont pas donné suite*

Catégories des promoteurs
Les 186 demandes d'attribution du logo PNNS émanent de :
- 67 entreprises publiques ou privées ;
- 65 associations ;
- 43 organismes ou établissements à caractère public ou privé ;
- 5 collectivités territoriales ;
- 6 autres (fondation, personne à titre privée

Catégories d'utilisations des logos
Deux types de logo PNNS peuvent être attribués, soit "ce document est conforme au PNNS" soit "cette action est conforme au PNNS". Parmi les 87 supports ayant obtenu le logo PNNS (pour les dossiers ayant eu un avis favorable ou un avis favorable sous réserve de modification), 67 ont eu le logo « ce document est conforme au PNNS » et 20, « cette action est conforme au PNNS ».

Catégories d'utilisation des logos

Année	"Document conforme"	"Action conforme"	Total
2007 (6 mois)	21	9	30
2008	20	6	26
2009	17	5	22
2010 (2 mois)	9	0	9
Total sur 32 mois	67	20	87

Annexe 3 : Etudes en relation avec les thématiques du PNNS.

1. ETUDES ET OUTILS SPECIFIQUEMENT PNNS.

1.1. L'observatoire de la qualité de l'alimentation (OQALI)

L'observatoire de la qualité de l'alimentation (OQALI), prévu par le PNNS 2, a été créé en février 2008 par les ministères chargés de l'agriculture, de la santé et de la consommation (communiqué de presse du 11 février 2008). Cet Observatoire a pour missions de centraliser et traiter les données nutritionnelles, économiques et socio-économiques de l'alimentation, afin d'assurer un suivi de l'offre alimentaire des produits transformés.

La mise en œuvre de l'Oqali a été confiée à l'INRA et à l'AFSSA.

L'observatoire dispose d'un budget de 900k€ par an financés par la DGAl et la DGS et mobilise 7 scientifiques, 4 agents pour la codification et 4 encadrants. Créé officiellement en 2008, il a publié en 2009 son premier rapport d'activités, réalisé un site internet spécifique, engagé ou déjà réalisé plusieurs études sectorielles dans les secteurs de la charcuterie, du chocolat et des produits chocolatés, des apéritifs à croquer, des fruits transformés, des jus et nectars, des boissons rafraîchissantes sans alcool, des plats cuisiné frais ou surgelés, des glaces et de la panification industrielle. Il a entrepris la constitution d'une base de données informatiques et recueillis des informations pour plusieurs secteurs industriels participants : biscuits et gâteaux, céréales du petit déjeuner, charcuterie, produits laitiers ultra frais.

Afin de répondre à ses missions, l'observatoire collecte les données sur les caractéristiques nutritionnelles des produits pour mettre en place et alimenter régulièrement la base de données Oqali. Cette base de données comprend :

- la composition nutritionnelle correspondant aux paramètres fournis dans l'étiquetage nutritionnel de type 2 ;
- la présence et le type d'étiquetage nutritionnel utilisé ;
- la taille des portions ;
- la présence éventuelle de valeurs nutritionnelles à la portion ;
- la présence éventuelle de pictogrammes permettant de visualiser la composition nutritionnelle ;
- les recommandations de consommation (dans le cadre d'un repas équilibré) ;
- les allégations nutritionnelles et de santé figurant sur les emballages et leur position ;
- la liste des ingrédients ;
- les conseils de préparation et/ou de consommation, mentionnés sur les emballages des produits ; d'autres informations pouvant figurer sur les emballages (agriculture biologique, signes de qualité, absence d'additifs et de conservateurs) ;
- les nouveaux produits, ceux retirés du marché et les modifications (de composition nutritionnelle, formulation, étiquetage, taille de portion ou poids net) apportées aux produits.

L'observatoire recueille également des données socio-économiques pour les produits étudiés :

- prix moyens ;
- quantités vendues en France.

Les données rétrospectives sont également intégrées dans la base de données, afin de rendre compte des efforts déjà engagés par les industriels. Un des objectifs est, par ce suivi, de renforcer de manière pérenne l'approche partenariale développée par les pouvoirs publics pour inciter les filières agroalimentaires à aller dans le sens des objectifs de santé publique et des attentes des consommateurs.

Il constitue un outil original qui retient d'ailleurs l'attention de la commission européenne comme de l'OMS car il doit permettre selon ses concepteurs de mesurer et rendre publique, de manière objective, la concrétisation des efforts mis en œuvre par les acteurs des filières alimentaires, notamment dans le cadre des chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel prévues par le PNNS.

1.1.1. Etude nationale nutrition et santé (ENNS)[8]

Cinq des neuf objectifs prioritaires du PNNS portent sur l'alimentation (fruits et légumes, calcium, lipides, glucides, alcool), trois sur l'état nutritionnel (LDLcholestérol, pression artérielle et corpulence) et un sur l'activité physique. Chacun a été défini par une amélioration attendue d'un ou plusieurs indicateurs quantifiés. Ces objectifs ont été traduits en repères de consommation portant sur différents groupes d'aliments et l'activité physique, repères diffusés auprès du public par des guides et des campagnes de communication.

L'unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen) de l'INVS a été chargée de réaliser une étude dont l'une des finalités était de décrire la situation nutritionnelle en France selon ces indicateurs d'objectifs et ces repères. L'ENNS a donc été mise en place pour décrire les consommations alimentaires, l'état nutritionnel et l'activité physique d'un échantillon national d'enfants (3-17 ans) et d'adultes (18-74 ans) résidant en France métropolitaine. Le recueil des données alimentaires a consisté en trois rappels des 24 heures répartis sur une période de 15 jours, réalisés par téléphone chez les personnes de 15 ans et plus, et en face-à-face chez les plus jeunes. Pour les adultes, les mesures anthropométriques, de pression artérielle et les prélèvements biologiques ont été réalisés dans un centre d'examens de santé (CES) de l'assurance maladie ou à domicile grâce au passage d'un infirmier, selon des procédures standardisées. Les enfants ont été pesés et mesurés à domicile par les diététiciens en charge du recueil des données. Celui-ci comprenait également des questionnaires portant notamment sur l'activité physique et la sédentarité, les caractéristiques sociodémographiques, la consommation d'alcool, la prise de médicaments, l'exposition environnementale aux métaux lourds et pesticides… Les analyses descriptives présentées dans ce rapport sont pondérées en tenant compte du plan de sondage et redressées selon des caractéristiques sociodémographiques.

Les résultats mettent en évidence les thèmes nutritionnels ainsi que les groupes à risque qui devraient faire l'objet des prochaines priorités de santé publique. Ces analyses seront complétées par l'identification des déterminants associés aux caractéristiques nutritionnelles, en particulier d'un point de vue socio-économique, et par la comparaison avec les données ayant servi à établir les bases épidémiologiques du PNNS » (extraits du compte rendu de l'étude). Les premiers résultats ont été diffusés en décembre 2007 lors d'un colloque du PNNS.

Cette importante étude est encore en cours de valorisation et sa base de données devrait être très prochainement ouverte aux équipes de recherche.

Là aussi une prochaine étude est envisagée, vraisemblablement en 2012-2013 qui permettra de mesurer les évolutions des indicateurs suivis par cette étude, ceux du PNNS notamment et d'apprécier les effets éventuels du programme PNNS2.

[8] Sous titrée : Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS).

1.1.2. Le baromètre santé nutrition 2008

« Publié par l'INPES en janvier 2010, le « baromètre santé nutrition 2008 »[9] montre que les connaissances des Français et les mises en application des repères de consommation du PNNS ont évolué positivement. Globalement en effet, 75,9% de la population interrogée estiment manger de façon équilibrée, une opinion en augmentation de 3 points depuis 1996, date de la première enquête du « baromètre santé nutrition ». Plusieurs résultats concernent directement la problématique du cancer. Alors qu'en 2002, seules 2,5% des personnes interrogées déclaraient qu'il fallait manger 5 fruits et légumes par jour, elles sont 28,1% en 2008, soit onze fois plus. 60,8% savent que cette consommation -qui a légèrement augmenté entre 2002 et 2008- protège du cancer. Mais elle reste faible : 11,8% des personnes interrogées ont mangé au moins cinq fruits et légumes la veille de l'entretien, les 55 ans et plus étant les plus grands consommateurs (24,9% des femmes de 55 à 64 ans). Le prix de ces produits apparaît comme un obstacle de plus en plus important (42,9% pour les fruits, 37,1% pour les légumes).

On constate également que l'habitude de mettre du sel sur la table a baissé, passant de 61,7% en 2002 à 54,4 % en 2008. Elle demeure cependant présente chez plus de la moitié de la population. La poursuite de la baisse de la consommation d'alcool depuis le milieu des années 90 constitue aussi un élément encourageant : la proportion de personnes déclarant avoir bu la veille de l'enquête est de 37,4% en 2008, versus 39,4% en 2002 et 44,7% en 1996. Si les quantités absorbées ont aussi diminué dans les deux périodes (2,7 verres en 2008 versus 3,2 en 1996), on note toutefois que 32,8% des hommes et 22,8% des femmes ayant bu une boisson alcoolisée la veille de l'enquête ont dépassé les repères de consommation couramment diffusés (respectivement 3 et 2 verres par jour). Le vin rouge demeure la boisson alcoolisée la plus consommée (16,4% des déclarants), devant les spiritueux (9,4%) et la bière (6,9%).

En marge du « baromètre santé nutrition 2008 », sept enquêtes régionales ont été menées afin de disposer de données dans le cadre de la déclinaison du PNNS au niveau régional. Elles montrent que 57,5% des personnes de 15 à 75 ans n'atteignent pas un niveau d'activité physique d'une durée et d'une intensité suffisantes pour entraîner des bénéfices sur la santé.

La France dispose là d'une série d'études réalisées à plusieurs années d'intervalles (6 ans) qui depuis 1996 permet de suivre avec un degré de précision et une homogénéité méthodologique, l'évolution des comportements, des attitudes et des connaissances de la population française en matière de nutrition. C'est l'un des outils qui permet d'évaluer les effets des politiques nutritionnelles. Toutefois il faudra attendre la prochaine étude (dans 4 ans, résultats dans 5 ou 6 ans) pour disposer de données susceptibles d'être mises en rapport avec le PNNS2 dans la mesure où la plupart des actions initiées par ce dernier débutaient seulement au moment de la réalisation du baromètre 2008.

1.1.3. Etude ABENA (2004-2005) sur l'alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire

Etude réalisée en 2004-2005 par l'Usen (INVS) « L'étude des situations de pauvreté et de leurs effets sur les comportements alimentaires et la santé peut être approchée par l'analyse de l'alimentation des personnes ayant recours à l'aide alimentaire. Cette population est hétérogène et rassemble des trajectoires différentes allant du (de la) travailleur(se) pauvre au migrant(e) privé(e) d'accès légal au travail en passant par la figure centrale de l'allocataire d'un minima social. Pour tenter de faire face, les personnes concernées par ces situations de pauvreté peuvent avoir recours aux associations distribuant de l'aide alimentaire (épiceries sociales, banque alimentaire, associations caritatives…). Ce système de redistribution est donc du ressort de la société civile qui

[9] * Le « Baromètre santé nutrition 2008 » a été réalisé par enquête téléphonique auprès d'un échantillon de 4 714 personnes âgées de 12 à 75 ans (Extraits du compte rendu de l'étude). Le pilote du programme est la DGS et le référent technique l'INPES.

intervient par le biais des associations nationales et locales répondant dans la mesure de leurs moyens aux demandes d'aide alimentaire.

L'étude Abena 2004-2005 a été mise en place pour répondre aux besoins de connaissances scientifiques sur l'état nutritionnel des personnes en situation de grande précarité. Cette étude associe une enquête épidémiologique et une étude socio-anthropologique des populations ayant recours à l'aide alimentaire. L'étude socio anthropologique est le résultat de l'élaboration d'outils, de données et d'analyses développées en s'appuyant sur la littérature scientifique existante et la conduite d'entretiens auprès des requérants de l'aide alimentaire ainsi que des responsables des associations qui interviennent dans ce domaine. L'analyse des entretiens approfondis conduits auprès des unités familiales dans leurs lieux de résidence a permis d'appréhender les différentes stratégies alimentaires mises en place dans un univers quotidien marqué par les restrictions économiques et l'insécurité sociale de conditions d'existence précarisées. Les familles rencontrées mobilisent les "ressources" possiblement offertes par leur inscription professionnelle, familiale, amicale et de voisinage. L'analyse proposée s'appuie sur une typologie rendant compte de l'impact de ces différents supports sociaux sur les comportements alimentaires, les stratégies d'approvisionnement. Cette typologie met en évidence un niveau de dépendance à l'aide alimentaire qui varie en proportion inverse de la densité des supports sociaux. À niveau de ressources égal, l'existence ou non de possibilités de soutien est le principal déterminant de la part et du rôle joué par l'aide alimentaire dans l'alimentation familiale. Cependant, dans tous les cas, et même en présence d'un relationnel intense la notion qui prédomine est celle de fragilité qui se traduit par des effets délétères sur le comportement alimentaire et la santé. Cette étude permet de mieux comprendre la construction des situations de pauvreté, leurs effets sur les comportements alimentaires des personnes concernées et leur situation nutritionnelle révélée par l'enquête d'épidémiologie nutritionnelle. L'ensemble permet d'entrevoir des perspectives d'évolution de l'aide alimentaire » (extraits du compte rendu de l'étude).

Une prochaine édition de cette étude devrait être préparée en 2010 pour intervenir lors de l'hiver 2011-2012.

1.1.4. Etude Nutrinet Santé

L'objectif général de cette étude est de mieux évaluer les relations entre la nutrition et la santé et de comprendre les déterminants des comportements alimentaires. Il s'agit d'étudier, sur un large groupe de personnes vivant en France :

- Les comportements alimentaires et leurs déterminants en fonction de l'âge, du sexe, des conditions socio-économiques, du lieu de résidence, etc.
- Les relations entre les apports alimentaires, l'activité physique, l'état nutritionnel et la santé.

Tous les grands problèmes de santé seront étudiés, entre autre l'obésité, l'hypertension artérielle, le diabète, les dyslipidémies, les maladies cardiovasculaires, les cancers, etc.

Le but de cette étude est d'identifier des facteurs de risque ou de protection liés à la nutrition pour ces maladies, étape indispensable pour établir des recommandations nutritionnelles permettant de prévenir le risque de maladies et d'améliorer la qualité de la santé de la population actuelle et des générations futures.

De nombreuses études scientifiques (chez des malades ou volontaires sains, au niveau des populations, ou sur des modèles animaux ou cellulaires) ont mis en évidence le rôle joué par la nutrition comme facteur de protection ou de risque des maladies les plus répandues en France, comme dans l'ensemble des pays industrialisés, qu'il s'agisse des cancers, des maladies cardiovasculaires, de l'obésité, du diabète de type 2, des dyslipidémies, de l'hypertension artérielle. La nutrition n'est pas le seul déterminant de ces problèmes de santé. En effet, des facteurs génétiques, biologiques et environnementaux interviennent dans l'apparition de ces maladies. Pour

mettre en évidence le rôle spécifique des facteurs nutritionnels, il est indispensable de développer les études de « cohorte » (groupe de sujets suivis pendant plusieurs années) portant sur de très grandes populations. Au travers de ce type d'étude, on peut ainsi mesurer de façon précise les apports alimentaires mais aussi prendre en compte les autres déterminants, tels que l'activité physique, le poids, le tabagisme, les antécédents familiaux… et regarder les liens avec la santé et le risque de maladies. Il s'agit d'une étude dite de cohorte (c'est-à-dire portant sur un groupe de sujets suivis pendant plusieurs années) réalisée sur une large population (500 000 participants : « les Nutrinautes ») suivie pendant une période d'au moins 5 ans pour étudier les relations nutrition-santé. L'ensemble des « Nutrinautes » est suivi grâce au site Internet NutriNet-Santé pendant toute la durée de l'étude permettant aux participants de fournir aisément et gratuitement toutes les informations nécessaires pour que les chercheurs puissent avancer dans leur programme de recherche (extraits de la présentation officielle de l'étude).

1.2. D'autres études plus ciblées

- Sur la corpulence des enfants de CE1-CE2 ou les enfants scolarisés en grande section de maternelle, CM2 et 3ème ont été conduites, sous pilotage de la DGS ou DGESCO, avec comme référents techniques la DREES et l'InVS (Usen) (autres actions n° 99 du PNNS).
- Une autre étude sur les consommations alimentaires et l'état nutritionnel des personnes âgées de 75 ans et plus devrait être réalisée en 2010 et ses résultats disponibles en 2011.
- Etude sur la restauration scolaire
- Etude sur la consommation de produits de la mer : Calipso1

2. AUTRES ETUDES[10] EN RELATION AVEC LES OBJECTIFS DU PNNS MAIS REALISEES A L'INITIATIVE D'AUTRES ACTEURS.

2.1. Etude OBEPI-ROCHE

ObEpi-Roche 2009, 5ème édition de l'enquête nationale sur la prévalence de l'obésité et du surpoids en France L'enquête épidémiologique ObÉpi-Roche, Initiée par Roche en partenariat avec la KantarHealth SOFRES, permet de suivre l'évolution du surpoids et de l'obésité dans la population adulte française (18 ans et plus).

Réalisée tous les trois ans depuis 1997, l'enquête a recours à une méthodologie constante utilisant un questionnaire auto administré. En 2009, celui-ci a été renvoyé de manière exploitable par 25 286 personnes, formant un échantillon représentatif de la population française. Comme pour les éditions précédentes, elle a été conçue et supervisée par le Pr. Arnaud BASDEVANT (Responsable du pôle endocrinologie – diabétologie - métabolisme nutrition prévention cardiovasculaire de la Pitié Salpêtrière) et le Dr Marie-Aline CHARLES (épidémiologiste et directeur de recherche à l'INSERM -unité 780), auxquels s'est jointe Evelyne ESCHWEGE (directeur de recherche émérite - INSERM). (Extraits de présentation de l'étude).

2.2. Etudes sur les comportements d'achats (études CREDOC)

Ces études examinent les relations entre le pouvoir d'achat, la crise économique, la hausse des prix et leurs incidences sur les comportements de consommation alimentaires.

Extraits : «à partir de septembre 2007, l'augmentation des prix alimentaires est fortement ressentie par les consommateurs. En juillet 2008, les prix de l'alimentation ont augmenté de 6,7% par rapport à juillet 2007. Une telle augmentation de prix ne s'était pas produite depuis 1984 ».

[10] La liste n'est pas exhaustive.

L'attention portée aux prix dans le secteur alimentaire est à un niveau très élevé et a fortement progressé en un an. Les consommateurs, comparent de plus en plus les prix (+17%), achètent de plus en plus de produits en promotion (+16%) et font de plus en plus attention aux prix de tous les produits. Les critères d'achat labels et marques, n'ont jamais été aussi peu prisés. La perception du pouvoir d'achat et des prix est toujours fortement déconnectée de la réalité économique ».

Une synthèse des baromètres de consommation a été réalisée par le même auteur.
Résumé : « En l'espace d'une dizaine d'années, les habitudes alimentaires des Français, si elles n'ont pas radicalement changé, ont cependant connu de sensibles évolutions. Ces tendances sont directement imputables à une modification des modes de vie : de plus en plus de personnes vivent seules - d'où de plus nombreux repas pris seuls - interpénétration sphère privée / sphère professionnelle, aspiration à avoir du temps pour soi et refus des corvées. C'est pourquoi, comprendre comment la perception de l'alimentation a évolué est un sujet sur lequel le MAAP a voulu créer un baromètre. Un premier baromètre de l'alimentation avait été réalisé du 25 avril au 4 mai 2006 par l'institut BVA. Le CREDOC a réalisé la deuxième vague début juillet 2007. La troisième vague, sous la forme d'un nouveau baromètre, a été mise en oeuvre à la fin du mois de juillet 2008. L'étude visait à mieux connaître les habitudes alimentaires des français, appréhender la manière dont ces derniers perçoivent, d'une part, les relations entre l'alimentation et la santé, d'autre part, la qualité des produits alimentaires, et explorer le regard que le public porte sur les risques alimentaires et les crises sanitaires. »

2.3. Enquêtes individuelles et nationale sur les consommations alimentaires

Ces enquêtes datant de 1994 puis 1999 fournissent des données intéressantes mais qui méritent d'être actualisées.

2.4. Enquête OCHA

Le site www.lemangeur-ocha.com est un site conçu et géré par l'OCHA : observatoire Cniel des habitudes alimentaires. L'OCHA est un programme à long terme d'études et de publications créé en 1992 au sein de l'interprofession laitière, le CNIEL : Centre National Interprofessionnel de l'Economie Laitière. Sous l'égide d'un comité scientifique, l'OCHA explore les relations complexes que les mangeurs entretiennent avec leur alimentation et l'origine de leurs aliments avec une approche pluridisciplinaire privilégiant les sciences humaines et sociales. Le site de l'OCHA est un centre ressources sur les cultures et les comportements alimentaires ainsi que sur les façons de penser l'alimentation en relation avec les identités, la santé et les modes de vie. Si l'un des objectifs majeurs de l'OCHA est d'analyser les évolutions du modèle alimentaire français, il s'intéresse également à d'autres cultures alimentaires.

Ce programme conduit notamment des travaux intéressants sur les publics d'enfants et d'adolescents. « Comprendre comment les adolescents mangent en France aujourd'hui, ce qu'ils en disent, comment ils le vivent et se le représentent, en famille, en groupe, entre pairs ou seuls, a été la problématique de ce programme de recherche de l'OCHA mis en oeuvre depuis 2006 avec deux laboratoires du CNRS et co-financé par l'Agence Nationale de la Recherche. Une recherche sur le terrain mobilisant plus de quinze chercheurs et utilisant des méthodes d'ethnologie et d'anthropologie pour observer, comprendre, partager et réfléchir avec les jeunes sur ce qu'ils mangent, comment, à quels moments, où, pourquoi, avec qui. Comprendre aussi comment, pour les adolescents, manger renvoie à la construction de leur corps, à l'image qu'ils en ont et qu'ils veulent en donner, et comment par le manger se forge une part de leurs appartenances et de leurs identités et s'exprime un style, leur style. Parmi les études qui cherchent à faire le point sur la façon dont les adolescents mangent, « AlimAdos » se caractérise par une immersion prolongée d'une équipe de chercheurs auprès d'adolescents de différentes origines culturelles et sociales. Une telle démarche apporte une connaissance fine et précise des comportements et des représentations alimentaires à l'adolescence. Nourri de plus de 1500 entretiens et de plusieurs milliers d'observations, le N°14 des Cahiers de l'OCHA - "Alimentations adolescentes en France" - permettra au lecteur d'appréhender

les comportements alimentaires des adolescents dans leur diversité. « Diversité adolescente au sens où il n'y a pas un adolescent idéal-typique mais des individus façonnés par des environnements, des situations et des relations sociales différentes. Diversité alimentaire tant nos observations nous placent dans la multiplicité des aliments, des cuisines, des réseaux d'approvisionnement et des façons de manger. Diversité des populations, à l'image de notre société française creuset de métissages et de cultures d'origines diverses pour ces adolescents, leurs parents, leurs grands-parents…. » (Extraits de la présentation de l'étude).

Annexe 4 : Exemples d'actions régionales dans le domaine de la nutrition et de l'obésité

La présente annexe détaille quelques actions intéressantes dont la mission a eu connaissance à l'occasion de ses déplacements en régions qui ont pour caractéristiques d'être soutenues et financées par l'Etat ou l'assurance maladie et pour lesquelles il existe une participation des collectivités locales.

1. LA GOUVERNANCE AU NIVEAU REGIONAL PEUT ETRE UN BON OUTIL DE MOBILISATION DES COLLECTIVITES LOCALES POUR PEU QU'ELLE SOIT MISE EN PLACE

Le PNNS 2 prévoyait la création au niveau régional d'un comité régional de pilotage du PNNS présidé par le DRASS et articulé avec le groupement régional de santé publique GRSP. Ces comités régionaux ne sont cependant pas présents dans toutes les régions. Lorsqu'il existe ce comité semble être un bon moyen d'associer les collectivités locales désireuses de participer ainsi que le démontre l'exemple de la région Languedoc Roussillon.

Dans la région Languedoc Roussillon ce comité, renommé en 2007 commission régionale nutrition santé[11] à la suite d'une redéfinition de ses missions, a trois principaux objectifs : veiller à la cohérence de l'activité en matière de nutrition dans la région, constituer un groupe référent sur la thématique nutrition en région et favoriser la mobilisation des acteurs de la région autour de ces questions. Ce dernier objectif vise notamment à chercher à mobiliser les collectivités locales de la région sur le thème de la nutrition par l'intermédiaire :

- de la tenue des réunions plénières de cette commission à laquelle participent des représentants des villes de Narbonne et Montpellier, un représentant du conseil général de l'Hérault et un représentant de la région Languedoc Roussillon (en 2009 sept réunions plénières ont eu lieu) et celle de sous groupes de la commission (le sous groupe précarité comprend par exemple le représentant du conseil régional)
- d'une journée annuelle de rencontre, soutenue financièrement par le conseil régional et le GRSP, pour valoriser les activités en région dans le domaine nutritionnel et échanger sur les pratiques (2007 nutrition à l'échelle des territoires, 2008 nutrition à l'épreuve de la précarité, 2009 activités physiques et santé) : la plupart des participants travaillent soit dans une collectivité locale soit dans une association
- d'une politique de communication basée sur un site nutrition santé hébergé par celui du GRSP avec diffusion d'actualités aux villes actives de la région ainsi qu'aux villes membres du GRSP, par l'élaboration et la diffusion - avec le concours de la région Languedoc Roussillon - de fiches thématiques du baromètre santé nutrition avec analyse des résultats de cette enquête dans la région (ex : activité physique et sédentarité en Languedoc Roussillon, consommations alimentaires en Languedoc Roussillon…), par la réalisation d'un annuaire des ressources régionales en nutrition
- d'une sensibilisation des élus à la promotion de la santé, démarré au printemps 2008 et achevé fin 2009, porté par les comités d'éducation pour la santé de la région et financé par le GRSP et Sanofi-Aventis avec 382 élus ou cadres de communes concernés pour 271 collectivités différentes à l'occasion de 15 journées de sensibilisation en 2008 (3 pour chacun des 5 départements) et d'un accompagnement des élus à la mise en place de projets en 2009. Un projet sur cinq mis en place dans ce programme avait pour objet la nutrition.

[11] La mission d'évaluation a tenu une visioconférence avec une partie des membres de cette commission

2. EN MATIERE DE PREVENTION DE L'OBESITE INFANTILE LA SEINE SAINT DENIS TEMOIGNE DE L'IMPORTANCE DE L'ENGAGEMENT DES COLLECTIVITES LOCALES DANS LA DECLINAISON DU PNNS A PARTIR DES PRIORITES DU PRSP

En Ile de France le PRSP contient un axe destiné à « promouvoir les comportements favorables à la santé ». L'un des objectifs de ce PRSP est de « prévenir l'obésité infantile (0-11 ans), notamment par l'éducation critique à la consommation et dépister précocement le surpoids chez l'enfant ».

Bien que l'Ile de France ait un taux de prévalence de l'obésité inférieur à celui de la moyenne nationale il est compréhensible, compte tenu de l'importance numérique en Seine St Denis des populations défavorisées ou précaires qui sont plus particulièrement exposées à l'obésité, que la problématique de l'obésité soit perçue, en l'absence de données officielles[12], comme préoccupante par les professionnels de ce département. Le sujet du recueil et partage de données permettant une connaissance fine de la situation nutritionnelle des adultes et enfants reste pendant.

En Seine St Denis un peu plus d'un quart des crédits (27,5%) du GRSP pour le département est mobilisé en 2008 sur cette thématique de la nutrition soit 430 000 euros sur 1,3 millions d'euros pour 36 projets retenus : environ 1/3 des projets sont relatifs aux actions de dépistage et de prise en charge de l'obésité.

La PMI[13], qui dispose dans ce département d'un réseau dense et fréquenté[14], a initié plusieurs actions de prévention de l'obésité infantile visées dans le PRSP, notamment la promotion de l'allaitement maternel[15], les actions de prévention sur les représentations et les pratiques nutritionnelles[16]. La PMI dans le repérage des situations à risques a systématisé le calcul de l'IMC à l'occasion de toutes les consultations de 9 mois, 24 mois et à l'école maternelle à l'âge de 3/4 ans. Outre la PMI les médecins et infirmières scolaires sont investis dans les actions de prévention de l'obésité. La PMI et la médecine scolaire ont noué un partenariat étroit avec le REPOP. Cependant en Seine St Denis le REPOP ne comprend qu'environ 19 médecins ayant un rôle actif pour 1000 généralistes : cette faiblesse quantitative est un handicap pour la prise en charge des enfants dépistés (cf. infra REPOP Aquitaine). Les centres municipaux de santé participent aussi à ce repérage, de même que le centre d'examen de santé de Bobigny qui est géré par la CPAM.

Il est difficile d'avoir une vision d'ensemble des actions menées par les communes du département en 2008 mais une quinzaine de villes ont été retenues dans l'appel à projets du PRSP concernant les actions de lutte contre l'obésité. Dans cette mesure le rôle des collectivités locales en Seine St Denis peut être considéré comme un des points forts de la politique départementale de prévention de l'obésité des enfants : outre le Département lui-même et les deux villes actives PNNS (Drancy et Pantin) il existe un engagement de plusieurs villes sur les objectifs du PNNS et sur les orientations prioritaires du PRSP. Il est possible de citer le recrutement de diététiciennes, pour des consultations et des actions de prévention en milieu scolaire, pour au moins dix villes du département.

Concernant les populations défavorisées le conseil général a initié un projet pour répondre aux besoins de conseils diététiques des familles hébergées à l'hôtel et ne disposant pas de cuisine et de lieu de stockage des aliments frais. La situation nutritionnelle des populations en difficulté reste un

[12] Le centre d'examens de santé de Bobigny a relevé l'IMC de 37 000 consultants de 1997 à 2000 et a constaté un taux d'obésité de 17,1% (21,4% pour les femmes et 12,4% pour les hommes) à rapprocher des chiffres des études nationales Obépi 2006 (13,1%) et 2009 (14,5%)

[13] A noter que le schéma départemental de l'enfance qui contient un volet PMI n'évoque pas la prévention de l'obésité, ni dans les orientations générales ni dans les 14 fiches actions.

[14] Environ 61% des enfants de 0 à 2 ans et 53% des enfants de moins de 6 ans domiciliés en Seine St Denis ont été vus une fois en consultation médicale de PMI

[15] Actions de formation des sages-femmes, permanence téléphonique sur l'allaitement maternel dans une permanence PMI

[16] Distribution des outils de l'INPES, séances d'animation en salle d'attente, actions de promotion de l'activité physique avec les éducatrices de jeunes enfants

sujet encore loin d'être résolu malgré notamment l'intervention du réseau des épiceries sociales. La CAF propose pour les familles dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil un passeport loisirs qui leur permet de bénéficier d'activités sportives à titre gracieux : cette offre n'est cependant acceptée que par 20% des bénéficiaires. D'une façon générale l'activité physique est peu articulée avec les actions à contenu alimentaire ou diététique alors que les éducateurs sportifs ne semblent pas recevoir de formation sur la prise en charge des enfants obèses.

Malgré un certain éparpillement des actions et des financements un exemple de bonne pratique pourrait être la démarche de la ville de Montreuil qui associe un plan triennal de lutte contre l'obésité piloté par le service communal d'hygiène et de santé, un ciblage des familles en situation de précarité et en difficulté, une action de coordination des professionnels, un dépistage et recueil de données d'IMC (enfants de petite section école maternelle, CE1, CM1), deux diététiciennes salariées par la ville, des actions d'éducation nutritionnelle (promotion des fruits et légumes, suppression de la collation, actions de formations des professionnels, séances d'éducation nutritionnelle dans les établissements scolaires).

3. L'ACTIVITE DU RESEAU DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE EN PEDIATRIE (REPOP) EN AQUITAINE ET LE DEVELOPPEMENT DU VOLET EXTRAHOSPITALIER DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE EN CHAMPAGNE-ARDENNE SONT DE BONS EXEMPLES SUR LE TERRAIN DU CONSTAT PORTE AU NIVEAU NATIONAL

Compte tenu des déplacements qu'elle a effectués en régions la mission a choisi de décrire deux actions témoignant de la participation des collectivités locales concernées et se caractérisant par la pertinence de leur approche mais aussi par la limitation de leur périmètre

3.1. La mise en œuvre d'une politique coordonnée de prévention et de prise en charge de l'obésité infantile : le REPOP en Aquitaine

Le REPOP d'Aquitaine, comme les autres REPOP du territoire national[17], propose un dépistage précoce de l'obésité et une prise en charge[18] de proximité de l'enfant et de l'adolescent obèses ainsi que de sa famille (le médecin traitant est l'élément central du réseau), de caractère multidisciplinaire[19] et concertée avec partage des informations.

Le réseau REPOP en Aquitaine est financé par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et le Coordination des Soins FIQCS[20] sachant que d'autres sources de financement peuvent être sollicitées (départements, région notamment). Le budget 2009 du REPOP Aquitaine est de 553 026 euros, dont 507 576 euros au titre du FIQCS et 45 450 euros du GRSP. Le REPOP Aquitaine n'a pas perçu en 2009 de subvention d'une collectivité locale.

Une étude menée par le REPOP Aquitaine en collaboration avec l'Institut de santé publique d'épidémiologie et du développement sur les 376 premiers patients inclus conclut à une évolution globalement favorable des enfants suivis dans le réseau, d'autant plus marquée que l'enfant est plus jeune. L'évolution pondérale ne témoignant que d'une légère baisse de l'IMC pour les enfants suivis entre la première et la dernière consultation de suivi (cette baisse est d'autant plus faible que l'enfant est pris en charge tardivement) la poursuite de l'évaluation de cette modalité de prise en charge reste à faire.

[17] Il existe cinq réseaux REPOP à l'heure actuelle : Ile de France, Aquitaine, Franche Comté, Midi Pyrénées et Rhône Alpes.

[18] La nature du suivi est variable soit médicale uniquement, soit médicale et psychologique, soit médicale et diététique, soit médicale, psychologique et diététique (ce dernier suivi étant proposé aux enfants les plus vulnérables). Le recours à l'activité physique adaptée est également possible ainsi que des séances d'éducation thérapeutique

[19] Diététiciens, psychologues, enseignants d'activité physique, médecins scolaires/de PMI/hospitaliers…

[20] Le FIQCS a pour objet, selon l'assurance maladie, l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé

Il est prévu dans l'article 13 de la convention constitutive du réseau REPOP Aquitaine que le réseau «…bénéficiera également d'une évaluation externe, sous-traitée à un prestataire extérieur et indépendant, choisi et rémunéré directement par l'URCAM et l'ARH dans le cadre du FIQCS ». A la connaissance de la mission cette évaluation externe n'a pas encore été réalisée.

Le réseau REPOP Aquitaine, qui ne fonctionne qu'en Gironde (c'est un des critères d'inclusion nécessaire) avec un réseau très centré sur Bordeaux et sa périphérie immédiate, a été créé en septembre 2006 et fait état de 930 patients inclus depuis l'origine et environ 600 patients à l'heure actuelle en termes de file active (sachant que la prise en charge dure environ 2 ans). En dehors du nombre de professionnels adhérents au réseau (388 professionnels formés dont 252 médecins) et la possibilité de s'inscrire à un atelier d'activité physique adaptée (10 ateliers en Gironde) ce réseau présente les deux points forts suivants :

- Un accès facilité au plateau technique de l'hôpital[21] (CHU) : les enfants obèses sont pris en charge par le service d'endocrinologie et diabétologie pédiatriques du CHU de Bordeaux. Il existe une très bonne articulation réseau REPOP Aquitaine/CHU : des consultations[22] sont réalisées à l'hôpital des enfants du CHU par les salariés du REPOP (pédiatres coordinateurs, diététiciennes, psychologues). Il existe aussi une bonne coordination service endocrinologie adulte/service endocrinologie pédiatrique pour la prise en charge des adolescents → adultes. En outre depuis septembre fonctionne une unité d'éducation thérapeutique pour la prise en charge du diabète de l'enfant. L'un des principaux points faibles de la prise en charge hospitalière réside, malgré une élévation régulière du nombre de patients hospitalisés (29 en 2007, 40 en 2008, 49 au 1er octobre 2009) dans une capacité d'accueil insuffisante au regard des besoins
- Une insertion dans le Programme nutrition prévention et santé des enfants et adolescents en Aquitaine[23] qui est une déclinaison du PNNS ciblée sur enfants/adolescents. Les lignes de force de ce programme passent par des moyens humains dédiés sous forme d'un mi temps de coordonnateur, l'implication de très nombreux partenaires, la forte mobilisation du rectorat, la diversité des actions alimentation et APS. La stabilisation du surpoids et de l'obésité pour la population des CE2 est à mettre, pour les promoteurs, au crédit de ce programme. En revanche l'un des handicaps de ce programme est la faible proportion de collèges/lycées concernés (environ 5% des établissements).

Il est clair que les limites d'un réseau tel que le REPOP Aquitaine tiennent tout particulièrement en ses capacités de prise en charge soit géographique pour le REPOP lui-même, soit hospitalière pour le centre spécialisé que constitue le CHU de Bordeaux.

3.2. Dans la région Champagne Ardenne le développement, dans le domaine de l'éducation thérapeutique, d'une articulation hospitalière et extrahospitalière en matière de bilan médico-sportif et d'offre d'activité physique pour les personnes atteintes d'une pathologie chronique

Dans la région Champagne Ardenne un chapitre spécifique du SROS 2006-2011 est dédié à l'éducation du patient[24]. Des unités transversales d'éducation thérapeutique du patient[25] (UTEP) se sont créées dans certains centres hospitaliers tels que celui de Charleville Mézières afin d'apporter

[21] Soit hôpital de jour soit hospitalisation de 48H

[22] En 2008 936 consultations ont été réalisées

[23] .Ce programme, qui finance un mi-temps de coordonnateur dédié à ce programme, a obtenu en 2006 du prix OMS Europe pour la lutte contre l'obésité infantile. Il se décline selon 3 axes : dépistage précoce/prévention/prise en charge de l'obésité de l'enfant, amélioration de l'offre alimentaire en milieu scolaire et périscolaire et actions pédagogiques sur alimentation et APS. Les enfants concernés sont ceux des maternelles, élémentaires, collèges et lycées dans les 5 départements de la région Aquitaine.

[24] L'éducation thérapeutique du patient connaît un développement important en France depuis quelques années avec une multiplication des actions éducatives dans le domaine de la santé. Il ne s'agit plus seulement d'améliorer l'observance ou de mieux informer les patients il s'agit de faire du patient le premier acteur de sa santé en lui donnant la capacité de gérer, avec le concours et l'aide des professionnels, sa maladie

[25] En Champagne Ardenne les deux dénominations UTEP ou plates formes hospitalières d'éducation du patient (PFEH) coexistent.

une réponse structurée d'offre d'éducation thérapeutique. Ces unités, au nombre de sept dans cette région, ont notamment pour buts d'être un centre de ressources en éducation du patient, de coordonner les activités éducatives de l'établissement hospitalier, de promouvoir l'éducation du patient dans le système de soins intra et extrahospitalier.

Le financement des ressources humaines présentes dans les UTEP des établissements de santé est réalisé sur une enveloppe mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation MIGAC avec un montant total de 1 949 710 euros alloué par l'ARH en 2008 aux établissements dans le cadre de l'éducation du patient. L'offre des UTEP concerne différentes pathologies (diabète, asthme, insuffisance rénale chronique) ou problématiques de santé, l'obésité en faisant partie. Sur l'année 2007 pour l'ensemble des sept UTEP de la région Champagne Ardenne la file active a été de 1846 patients dont 225 sur l'obésité : il est recensé en 2007 277 nouveaux patients adressés pour 196 d'entre eux en intra-hospitalier. Sur les 7 UTEP 4 d'entre elles, dont celle du centre hospitalier de Charleville Mézières, prennent en charge la thématique de l'obésité. C'est avec le diabète de type 2 la thématique la plus représentée au sein des UTEP de la région. En termes d'importance de la file active l'obésité vient après l'activité de dépistage du SIDE et des infections sexuellement transmissibles, le diabète de type 2 et l'aide au sevrage tabagique.

Les UTEP de la région Champagne Ardenne[26] sont articulés avec le réseau sport-santé-bien être qui vise à rapprocher les usagers, les professionnels de santé et le milieu sportif[27]. Ce réseau permet de faire le lien entre les UTEP et les associations sportives conventionnées avec le réseau. Ce réseau permet de réaliser des bilans médico-sportifs dans des UTEP (Charleville-Mézières, Chalons en Champagne), dans des centres médico-sportifs (Charleville-Mézières, Chaumont), centre de réadaptation cardiovasculaire de Reims, centre pasteur de Troyes. Une fois ce bilan réalisé (notamment tests de condition physique) il est proposé d'accompagner l'usager ou le patient vers une structure conventionnée et proposant une offre d'activités physiques adaptée à la personne. Environ 105 éducateurs sportifs ont été formés sur l'ensemble de la région avec en particulier l'engagement de disciplines sportives telles que la natation, l'athlétisme, la randonnée pédestre, le judo.

Le financement du réseau repose en 2009 sur des subventions obtenues du ministère de la santé et des sports (116 000 euros), du conseil général de la Marne (45 000 euros), du FIQCS (35 000 euros) et de Sanofi-Aventis (20 000 euros) soit un total de 216 000 euros. Ces subventions permettent en particulier de financer l'équipe projet du réseau.

Selon le Professeur BERTIN, PU-PH de nutrition au CHU de Reims, l'état des lieux actuel est satisfaisant mais il reste à structurer l'offre éducative à l'échelon du territoire et de construire une approche qualitative de l'offre. La mission partage ce point de vue d'une insuffisance quantitative des structures d'éducation thérapeutique au regard des besoins d'éducation des patients atteints de maladies chroniques, notamment s'agissant de l'obésité.

[26] Ces structures regroupent diététicienne, éducateur médico-sportif, infirmière, psychologue et proposent de l'éducation thérapeutique basée sur un diagnostic éducatif, des activités éducatives portant sur la maladie avec ateliers diététiques, ateliers infirmiers, activités physiques adaptées, séances de relaxation, groupes de parole

[27] Au niveau national la direction de sports depuis la création du ministère de la santé et des sports a défini, au-delà de la politique menée jusqu'à présent en faveur des seuls sports de haut niveau, un nouvel axe de promotion du sport : le sport et santé pour tous publics. Dans ce nouveau cadre la direction des sports indique s'impliquer dans le plan bien vieillir, le PNNS et le plan sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Il s'agit notamment pour la direction des sports d'agir sur les fédérations sportives afin qu'elles s'ouvrent sur de nouveaux publics et élargissent leur champ d'action sur de nouvelles thématiques telle que la prévention santé

Annexe 5 : Etat d'avancement des actions figurant dans le tableau de bord du PNNS 2 et portant sur l'obésité

Il est tenté dans cette annexe de rapporter, selon le dernier tableau de bord tenu par la DGS disponible en date du 30 novembre 2009 (et des fiches spécifiques lorsqu'elles existent), l'état d'avancement des actions et en regard de porter les appréciations de la mission d'évaluation sur cet état d'avancement

1. DES ACTIONS ONT ETE EN TOUT OU PARTIE REALISEES EN CONFORMITE AVEC LEUR ECHEANCIER

La réalisation d'un certain nombre d'actions peut être considérée comme plus ou moins complètement acquise pour :

- la coordination générale de la question du dépistage et prise en charge de l'obésité[28],
- la formation pour les professionnels des établissements de santé sur l'obésité[29] sachant que si cette action se poursuit sur un rythme correct (selon le chiffrage DHOS fourni à la mission en octobre 2009 ce sont 17 sessions (2 jours par session) qui doivent se tenir sur la période d'avril 2009 à fin 2010 à raison de 14 à 15 personnes par session) il convient cependant de relativiser l'impact de cette formation qui concernera sur environ 18 mois moins de 250 personnes au regard de l'importance du public auquel elle est destinée[30]
- l'expérimentation des modes de prévention/prise en charge de pathologies nutritionnelles[31] : le tableau de bord de la DGS renvoie au plan qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques[32] mais pour autant le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ne fait aucunement mention au PNNS 2 à l'occasion de la description du contenu de la mesure n°8. Cette action d'expérimentation se décline notamment en un projet d'expérimentation sur le diabète[33] « Sophia » qui est à l'heure actuelle lancé depuis janvier 2008, et qui doit se poursuivre jusqu'en juin 2010, époque à laquelle une évaluation médicale et économique devrait décider ou non de sa généralisation.

[28] Remise en 2009 par le Pr Basdevant à la ministre de la santé et des sports d'un rapport avec des propositions d'actions pour l'amélioration des conditions de prise en charge des personnes obèses dans les établissements de santé

[29] 15 sessions prévues de formation avec l'ANFH sur l'obésité de l'enfant et celle de l'adulte (connaissance des spécificités de l'obésité, adaptation des comportements des soignants).

[30] Aides soignants, brancardiers, infirmiers, personnes d'accueil, assistants sociaux, psychomotriciens, ergothérapeutes, psychologues…

[31] Il s'agit, selon le programme daté de septembre 2006, de développement par l'assurance maladie de programmes personnalisés de prévention, d'éducation du patient et d'information concernant certaines pathologies qui peuvent être liées à des problèmes nutritionnels, telles que le diabète

[32] Le plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques comprend bien une mesure n°8 « Développer un accompagnement personnalisé des malades »avec un financement FNPEIS prévu de programmes personnalisés pour le diabète : une « expérimentation d'un programme de gestion coordonnée des patients diabétiques sur une base territoriale » est dévolue à la CNAMTS dans la mesure n°8.

[33] Il s'agit d'une expérimentation dans 10 départements pilotes d'accompagnement, notamment téléphonique, des personnes diabétiques qui acceptent d'adhérer à ce projet, en lien avec les médecins traitants de ces départements. Ce dispositif d'accompagnement baptisé « Sophia » a pour objectif d'aider les patients à mieux suivre les recommandations de leur médecin, à prévenir les complications et à améliorer leur qualité de vie. Le coût estimé de ce dispositif est d'environ 10 millions d'euros par an.

- l'équipement des pôles de référence pour l'accueil des personnes obèses[34] avec un financement ciblé de 4 millions d'euros soit 129 K€ par CHRU : cette action connaît un état d'avancement médiocre (subventions versées, acquisition des équipements en cours) dans la mesure où début 2010 moins d'un tiers des établissements ont fait les acquisitions du matériel médical et hôtelier dont ils ont besoin pour une notification de crédits aux ARH en avril 2007. Il revient cependant à la mission de reconnaître l'existence d'un suivi par la DHOS de cette action puisqu'elle a cherché à s'assurer, au-delà de l'attribution des crédits, de la bonne utilisation de ceux-ci[35]
- l'élaboration de bonnes pratiques pour le traitement chirurgical de l'obésité morbide[36] : action réalisée[37].
- l'amélioration de l'accueil des personnes obèses dans les établissements de santé sous pilotage DHOS[38] et avec en tant que référent technique le Pr BASDEVANT à la suite de la remise de son rapport.

2. UNE ABSENCE DE REELS PROGRES D'AUTRES ACTIONS QUI PEUT CONSTITUER, POUR CERTAINES D'ENTRE ELLES, UN HANDICAP SERIEUX A LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

2.1. La non progression de certaines actions n'est pas facteur de direct retentissement sur le niveau de prise en charge…

Il en est ainsi de :

- la lutte contre les phénomènes de stigmatisation[39] (action 46 : en cours, pilotage DGS) avec lettre de saisine de la HALDE adressée en avril 2009 pour demande d'état des lieux sur les discriminations dont peuvent faire l'objet les personnes obèses en tous domaines. →La position de la HALDE, alors que le tableau de bord la désigne comme référente technique avec l'INPES de cette action, est que l'objectif de cette autorité administrative indépendante (AAI) est de permettre aux victimes de faire valoir leurs droits mais qu'elle n'a pas vocation à se substituer aux administrations chargées de mettre en œuvre des politiques publiques de prévention. En outre la HALDE a transmis à la DGS un récapitulatif de ses délibérations portant sur le critère de l'apparence physique : il s'avère que cette AAI n'a pas en juin 2009 adopté de délibération rendant compte d'une discrimination avérée pour une situation de surpoids[40]. Il convient pourtant de remarquer que la HALDE elle-même reconnaît être peu sollicitée sur le critère de l'apparence physique compte tenu des difficultés pouvant être rencontrées par les personnes victimes de discrimination. En définitive cette action n'est pas réellement engagée

[34] La formulation de cette action est quelque peu ambiguë, l'équipement des 31 CHRU en matériels et dispositifs médicaux pour accueillir et prendre en charge médicalement les patients souffrant d'obésité devant être différencié de la constitution de centres référents

[35] Il convient cependant de signaler que le document de suivi de la DHOS datant de janvier 2009 ne détaille pas les équipements acquis.

[36] L'objectif de ces recommandations est d'améliorer à long terme la chirurgie, de réduire la survenue de complications et d'en réduire leur gravité

[37] En juillet 2009 des documents d'information sur cette prise en charge à destination des médecins traitants et des personnes obèses sont disponibles

[38] Selon la DHOS, cet objectif d'amélioration repose sur les 3 axes principaux 1° équipement des 31 CHRU en matériels et dispositifs médicaux pour accueillir et prendre en charge médicalement les patients souffrant d'obésité, 2° reconnaissance des CR pour la prise en charge des patients obèses sévères et 3° formation pour les professionnels de santé sur la prise en charge de la personne obèse en établissements

[39] Objectif : « modifier le regard porté sur les personnes obèses et lutter contre les obstacles rencontrés par elles dans la vie courante »

[40] A l'exception de la délibération n°2007-251 du 1er octobre 2007 qui concerne une saisine d'un particulier victime de harcèlement (isolement, suppression d'une partie de ses missions) du fait de son apparence physique (forte corpulence) : le réclamant ayant saisi le conseil des prud'hommes d'une demande de résiliation de son contrat de travail, la HALDE a transmis devant la juridiction prud'homale des observations constatant l'existence de faits constitutifs de discrimination

- le développement à destination des professionnels d'outils d'intervention en éducation pour la santé des enfants en surpoids[41] (Action 49a : en cours, pilotage INPES). A la fin novembre 6 réunions du groupe de travail ad hoc ont été tenues, l'écriture du document puis son impression restant à réaliser. →Cette action, contrairement à ce que l'on pourrait croire, compte tenu de son intitulé du tableau de bord à savoir « développer des outils » et compte tenu de sa numérotation, n'est pas une déclinaison de l'action 49, qui se réfère au chapitre « création de réseaux de prise en charge de l'obésité », mais se fonde sur une des cinq mesures inscrites dans le chapitre « Renforcer le repérage précoce et assurer la prise en charge ». La mission observe que cette action 49a (absente du tableau de bord d'avril 2008) ne figure pas en tant que telle dans les « propositions à mettre en œuvre pour les chantiers à mettre en œuvre en 2008-2009 » qui sont listées dans le rapport sur l'activité du comité de pilotage d'avril 2008. La mission s'interroge sur le processus qui a présidé à la prise de cette décision d'inscription de l'action 49a, qui au demeurant est encore à un stade assez peu avancé.
- l'expérimentation des modes de prévention/prise en charge de pathologies nutritionnelles (action 50b : en cours, pilotage CNAMTS). Cette action consiste à engager des médecins traitants dans un programme de prévention[42] sur le thème de l'obésité des jeunes[43]. Le niveau de réalisation est celui d'élaboration d'un projet d'action. →cette action est à un stade encore très initial. Il revient également de constater qu'aucune échéance ou calendrier de mise en œuvre n'a été déterminé.

2.2. …mais il n'est pas de même pour d'autres actions dont il est attendu que leur mise en œuvre s'accompagne d'un fort impact bénéfique en termes de santé publique.

Ces actions sont les suivantes :

- la systématisation du repérage en consultations d'enfants (action 48 : en cours, pilotage DGS/DeSco/DHOS) : cette action concerne notamment la PMI et la santé scolaire avec pour objectifs de développer le repérage et la prise en charge à un stade précoce du surpoids et de l'obésité. →La mise en œuvre de cette action apparaît à la lecture des tableaux de bord d'avril 2008 et de novembre 2009 conditionnée par la résolution de nombreuses interrogations sans réel progrès au cours des 18 derniers mois. Mise à part une fiche santé scolaire publiée en février 2009 aucune concrétisation de cette action n'est relevée. Une explication partielle réside dans l'absence d'existence, dans bien des régions, de réseaux de prise en charge des enfants obèses dépistés, cette absence n'étant pas incitative à dépister compte tenu du caractère assez vain d'un dépistage sans suite d'aval. Concernant plus spécifiquement la PMI il est possible de s'interroger sur le niveau d'intérêt porté par les services déconcentrés de l'Etat à ce que les conseils généraux, lorsqu'ils élaborent leur schéma départemental consacré à la protection maternelle et infantile, intègrent cette question du dépistage du surpoids et de l'obésité comme l'une de leurs priorités.
- la création de réseaux pluridisciplinaires et développer/valider les outils de formation (action 49 : en cours, pilotage DHOS) : les travaux ont débuté (recensement des réseaux existants, cellule de coordination mise en place). →la mise en place des réseaux connaît du retard dans la mesure où il était prévu dans le programme de septembre 2006 que dans les 2 ans se constituent autour de chacun des 31 CHU des réseaux de prise en charge de l'obésité infantile comme adultes sur la base de référentiels de pratiques et d'un cahier des charges national (le tableau de bord de mars 2007 fixait une échéance 2007-2008). Les réflexions de la cellule de coordination sur les questions de dépistage et de prise en charge de l'obésité (issue du comité

[41] Cette action vise à élaborer un outil documentaire pour tous les professionnels (santé scolaire, PMI,…) qui s'occupent d'enfants de 0 à 12 ans en surpoids afin de permettre de répondre très concrètement à toutes les questions posées à ces professionnels par ces enfants

[42] Cette action trouve ses fondements dans l'avenant 12 de la convention nationale des médecins qui couvre notamment le rôle du médecin traitant en matière de prévention et de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

[43] Il s'agit en particulier de favoriser l'identification des enfants à risque d'obésité ou de surpoids, d'améliorer la prise en charge de 1er niveau des enfants en surpoids et d'améliorer le dépistage des complications associées à l'obésité

de pilotage du PNNS) qui doit en particulier faire des propositions d'actions sur la place des réseaux ne semblent pas progresser. Le niveau de réalisation (« travaux débutés ») qui n'a pas varié entre le tableau de bord d'avril 2008 et celui de novembre 2009 traduit le peu d'avancée de cette action[44]. Ce retard pose un réel problème dans la mesure où il a des conséquences en termes de capacité et de qualité de prise en charge des obèses[45].

– l'élaboration de bonnes pratiques de prise en charge multidisciplinaire de l'obésité[46] (action 52 : en cours, pilotage HAS selon le tableau de bord, DGS selon la fiche spécifique de l'action[47]). L'action 52 vise à actualiser les recommandations de prise en charge de l'obésité de l'adulte (1998) et de l'enfant (2003) avec création des outils d'accompagnement utiles à la mise en oeuvre de ces recommandations. Cette actualisation repose sur des travaux à réaliser par différentes sociétés savantes qui feront l'objet d'une labellisation par l'HAS. Niveau de réalisation : début du travail des sociétés savantes en lien avec la HAS. → cette action n'a pas connu en réalité d'avancement depuis le bilan annuel du comité de pilotage d'avril 2008. A cette époque aucune étape n'avait été réalisée et à ce jour il s'avère que la HAS après avoir organisé deux réunions de comité d'organisation[48] n'a pas procédé au lancement des travaux du fait de la lourdeur de la procédure méthodologique et du coût pour les sociétés savantes. En contradiction avec ce qui figure dans le tableau de bord de novembre 2009 la procédure de labellisation a été abandonnée et l'actualisation sera intégrée dans le programme de travail de la HAS. Il est prévu par la HAS que les travaux débutent au 1er trimestre de 2010 avec publication dans 15 à 18 mois. Les questions devraient porter notamment sur la définition du parcours de soins et l'information du patient.

[44] La raison de cette lenteur au déploiement de ces réseaux semble résider dans le fait que la DHOS soit désireuse de développer des réseaux territoriaux non thématiques plutôt que des réseaux centrés sur une thématique particulière

[45] A côté des réseaux REPOP de prévention et prise en charge de l'obésité infantile qui sont au nombre de cinq des réseaux obésité adulte existent : 17 ont été identifiés par la DHOS en 2007-2008. Cependant même si ces réseaux sont intéressants par la qualité des soins prodigués et par le financement de prestations de paramédicaux et d'animateurs sportifs ils connaissent de fortes limites en raison du petit nombre de personnes concernées.

[46] Les thématiques pressenties selon le rapport du comité de pilotage d'avril 2008 étaient l'organisation des soins (thématique obsolète depuis la remise en 2009 du rapport du Pr Basdevant), l'éducation thérapeutique (arrêt des travaux en mars 2009 sur ce sujet à la demande du cabinet en attente de la parution de la loi HPST qui donne à l'HAS un rôle spécifique d'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique), la place de l'activité physique dans la prise en charge de l'obésité, les mesures diététiques

[47] Cette non concordance figure dans le rapport sur l'activité du comité de pilotage de novembre 2009. Dans le rapport d'avril 2008 le tableau de bord et la fiche spécifique indiquent l'HAS en tant que pilote. A noter que dans le tableau de bord de mars 2007 c'est la DHOS qui est mentionnée comme pilote

[48] La méthode d'élaboration de recommandations de bonne pratique utilisée par l'HAS repose notamment sur la création d'un comité d'organisation qui définit les limites des thèmes à aborder et les questions auxquelles les recommandations doivent répondre et qui propose une liste des participants au groupe de travail, d'un groupe de travail chargé de faire une synthèse des connaissances et de rédiger les recommandations et d'un groupe de lecture qui procède à la critique du document final. Le groupe de travail et le groupe de lecture sont composés d'experts et de non experts du domaine traité.

Annexe6 : Les réseaux nationaux de collectivités locales actives dans le domaine de la nutrition, de l'environnement ou de la santé

1. LES VILLES ACTIVES ET COMMUNAUTES DE COMMUNES ACTIVES PNNS

Les premières signatures de la charte ville active du PNNS datent de 2004 avec initiation d'un réseau en 2007 : il s'agit d'impliquer les communes ou communautés de communes dans la mise en œuvre d'actions ou de programmes en cohérence avec le PNNS. Un site internet en cours de refonte, qui est géré par une structure, Défi santé nutrition (DSN) financée par la DGS, vise à aider les villes à cette mise en œuvre au travers de l'information, du partage d'expérience et de la valorisation d'actions locales. Une convention triennale signée en décembre 2007 entre la DGS et Défi santé nutrition confie à DSN une mission d'animation du réseau des villes actives du PNNS et de facilitation de l'implication des collectivités locales.

L'adhésion à la charte villes actives nécessite une délibération du conseil municipal et la nomination d'un référent « actions municipales du PNNS » qui peut être soit un élu soit un technicien. La ville s'engage « à mettre en œuvre chaque année au moins une action issue de la liste proposée par le PNNS ou innovante et conforme au PNNS » ainsi qu'« à veiller à ce que, pour toutes les actions mentionnées dans l'article 2 (de la charte) et menées dans le cadre de la collectivité locale, soient utilisées exclusivement les recommandations issues des référentiels du PNNS ou des documents porteurs du logo du PNNS, à veiller à ce que toute action nutritionnelle impliquant la collectivité n'aille pas à l'encontre des repères de consommation du PNNS ». Cet engagement comporte également l'affichage du logo «Ville-active du Programme national nutrition santé » de façon explicite sur les documents afférents à cette action.

Il existe une grande variation de la taille des villes adhérentes, toutes les régions sont représentées mais un quart des départements ne possède aucune ville active. Le réseau compte à l'heure actuelle 195 villes actives pour un chiffre théorique de plus de 9 millions d'habitants concernés soit environ 15% de la population française[49]. Selon la publication « Actualités du PNNS[50] » le nombre d'adhésions était de 33 villes novembre 2007, 18 villes fin 2007, 8 villes mai 2008. Depuis décembre 2008 cinq villes supplémentaires ont adhéré à ce réseau le rythme d'adhésion connaissant un certain ralentissement.

Il importe pour apprécier l'impact réel de l'adhésion de noter qu'il n'est demandé à la collectivité adhérente de mettre en œuvre au minimum une action chaque année ce qui a pour effet de rendre le contenu de cette adhésion très variable selon les municipalités. Malgré les limites de ce réseau en termes d'implantation géographique et de contenu des actions il semble important de persévérer dans cette dynamique.

C'est dans cet esprit que s'est tenu le 25 novembre 2009 le premier colloque national des villes actives du PNNS à Nancy. Ce colloque a été précédé de différentes réunions régionales en janvier

[49] Ce pourcentage varie selon les régions : en Languedoc Roussillon les six villes PNNS Narbonne, Castelnaudary, Port la Nouvelle, Béziers, Nîmes et Montpellier représentent une population d'environ 500 000 habitants soit 20% de la population régionale

[50] A remarquer que cette lettre informative connaît une diminution de sa fréquence de publication 6 en 2006, 5 en 2007, 3 en 2008 et 1 en 2009

2009 (Haute Normandie), juillet 2009 (Ile de France), octobre 2009 (Aquitaine), novembre 2009 (Bretagne).

La mission a assisté le 22 octobre 2009 à la première rencontre des « collectivités territoriales actives du PNNS en Aquitaine » qui a réuni à Bruges en Gironde des représentants d'une dizaine de municipalités, dont celle de Bordeaux, d'une communauté d'agglomération (Pau), de la région Aquitaine, des conseils généraux de la Gironde et des Landes, de la CPAM de Bayonne, du rectorat de l'académie de Bordeaux, du CRAES-CRIPS Aquitaine, de la DRAAF, de l'URCAM et de la DRASS. Cette rencontre a permis de mettre en lumière la variété des modalités d'actions en faveur de la nutrition portées par les collectivités locales présentes.

Les départements ont la possibilité de devenir des départements actifs du PNNS : cependant début 2010 seules la Moselle (depuis janvier 2008), la Vendée et la Haute-Saône (depuis juin 2008) sont départements actifs du PNNS. La charte des départements actifs du PNNS est calquée sur la charte ville active, en particulier la mise en œuvre chaque année d'actions correspondant aux objectifs du PNNS. En Vendée par exemple ces actions trouvent leur traduction concrète en favorisant l'équilibre du plateau repas des collégiens, en soutenant la pratique de l'allaitement maternel, en encourageant les structures d'aide alimentaire à mettre en place un accompagnement éducatif nutritionnel des bénéficiaires, en développant l'accès à des activités physiques adaptées au profit de seniors.

Les départements ont en effet de très nombreuses possibilités d'agir dans le domaine nutritionnel : non seulement sur des populations ciblées collégiens, petite enfance, populations défavorisées, personnes âgées mais aussi auprès de tous publics via une offre d'équipements aménagés (création de pistes cyclables, forêts départementales aménagées, soutien aux associations sportives). Le fait de ne pas avoir adhéré à la charte ne signifie évidemment pas, comme la mission a pu le constater à l'occasion de ses déplacements, que la collectivité départementale se désintéresse du sujet de la nutrition. Il n'en demeure pas moins qu'il convient d'amplifier les efforts de promotion de ce label qui permet d'institutionnaliser et d'intégrer dans les priorités d'action du département la nutrition par le manger mieux et le bouger plus.

2. LES ECO MAIRES

Il s'agit d'une association de maires s'engageant pour l'environnement et le développement durable. Le but de cette association est de favoriser les échanges d'expérience et la mutualisation de compétences avec une recherche de valorisation des initiatives locales. Dans le domaine de la nutrition les Eco maires ont lancé la semaine des collectivités locales pour la nutrition « Mouv'eat » qui a obtenu le label PNNS et qui vise à donner une meilleure visibilité aux actions de collectivités en faveur de la nutrition : après une première édition en novembre 2007[51] ce sont 125 communes qui se sont mobilisées durant une semaine en novembre 2008, des réunions régionales étant organisées pour relayer cette démarche de communication. Une troisième édition est prévue pour novembre 2009.

3. LE RESEAU FRANÇAIS DES VILLES-SANTE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)

Le réseau français des villes-santé de l'OMS (RFVS) a été créé en 1989. Il compte actuellement 70 membres, la ville de Metz étant la dernière ville adhérente au réseau. Le RFVS a pour objet de soutenir et développer la coopération entre des villes qui ont la volonté de développer des politiques favorables à la santé.

[51] A titre d'exemple en 2007 la ville d'Ajaccio a mis en œuvre six actions principales durant cette semaine : équilibre alimentaire tous publics, équilibre alimentaire en crèches, qualité nutritionnelle du pain en restauration scolaire, promotion de la consommation de fruits et légumes, hygiène bucco-dentaire des enfants, éducation nutritionnelle des personnes handicapées

En mai 2008 le RFVS a signé une nouvelle convention avec la DGS. Le RFVS a adressé à l'ensemble des villes appartenant au réseau un questionnaire portant sur diverses thématiques dont l'une d'entre elles concernait l'alimentation et l'activité physique pour lutter contre le surpoids (avec pour public cible les enfants) : c'est cette thématique qui fait l'objet du plus d'actions (37 en provenance de 33 villes différentes). La majorité des villes interrogées font partie du GRSP et déclarent que leur politique de santé est proche de celle du Plan régional de santé publique (PRSP). Les villes indiquent également être particulièrement impliquées dans les politiques contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) et dans le déploiement des ateliers santé ville (ASV). Environ la moitié des villes-sante OMS sont également villes actives PNNS.

Annexe 7 : La sédentarité et l'activité physique

Cette annexe a pour objet de décrire selon le dernier tableau de bord tenu par la DGS disponible en date du 30 novembre 2009 (et des fiches spécifiques lorsqu'elles existent), l'état d'avancement des actions et en regard de porter les appréciations de la mission d'évaluation sur cet état d'avancement

Le bilan du PNNS présenté au CNSP en 2008 indiquait qu'il n'y avait pas d'avancée notable sur l'activité physique hormis l'augmentation du nombre de chartes pour les « villes actives » qui contiennent une référence à l'activité sportive et la remise de l'expertise collective de l'INSERM.

Il a été proposé par les responsables du PNNS devant le CNSP de lancer un chantier spécifique « activité physique » portant notamment sur la gouvernance (intégrer le comité national olympique et sportif -CNOSF- dans le comité de pilotage), de lancer un travail sur la rédaction de recommandations spécifiques pour la prise en charge de diverses pathologies, d'initier une réflexion portant sur les conditions de définition et de développement un environnement favorable à la pratique d'activité physique quotidienne, d'inciter à un travail avec les organisations syndicales dans l'entreprise, de coordonner un travail avec les différentes fédérations pour un « sport pour tous sur les divers territoires » et d' intégrer dans la réflexion sur la formation la question des métiers de l'activité physique.

Le bilan présenté à la fin de l'année 2009 devant le CNSP présente les actions et les mesures développées autour de l'**axe stratégique** : « environnement nutritionnel » incluant alimentation et activité physique », et l'activité physique est un **« chantier »,** qui décline plusieurs actions ; on retrouve aussi la référence à l'activité physique dans d'autres fiches action, ce qui n'en simplifie pas la lecture.

Le chantier formation : (actions 86 à 95) il s'agit essentiellement du suivi du rapport du Pr. MARTIN, dont peu de recommandations ont été mises en œuvre, sauf sur ce thème dans des actions de formation avec le CNFPT. Sont évoquées des références aux initiatives locales dont on souhaite la généralisation comme les formations transversales menées par l'expérience EFFORMIP en Midi Pyrénées pour les malades atteints de maladies chroniques et qui relèvent aussi du plan qualité de vie des malades atteints de maladies chroniques. L'articulation avec le rapport du Pr. Toussaint qui présente de nombreuses recommandations aussi sur la formation des professions de l'activité physique, selon leurs modalités présentes ou possibles n'est pas évoquée[52], pas plus que le rapport du Pr. Berstsch, commandé par les ministres de la santé, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le secrétariat d'Etat chargé des sports qui présente des pistes de réorganisation de l'offre publique de formation dans le secteur de l'activité physique[53].

Le chantier communication : (actions 8 a à f, action 15, actions 21 a, et b, actions 38 c, d e et f, action 82).

L'activité physique est intégrée dans le petit film de l'INPES de 2009 « à la découverte du PNNS », le site « manger bouger », renouvelé et actualisé, et les ouvrages de la collection « les synthèses du PNNS » constituent les actions principales engagées, en complément des différentes mallettes comme celle de l'INPES, de la Mutualité française pilote d'un programme expérimental

[52] Avec le débat sur l'appellation d' »éducateur médico-sportif », dont la formation lui permet une intervention dans des actions de réhabilitation de personnes souffrant de pathologies, et les éducateurs sportifs, à vocation générale et les éducateurs « coach athlé santé », qui ont vocation à travailler dans des clubs et à faire en sorte que les personnes puissent garder les acquis obtenus avec l'éducateur médico-sportif dans le cadre de la réhabilitation

[53] Pr. Bertsch. J, réorganisation de l'offre publique de formation en matière d'activité physique, de sport et d'animation, 2008

en direction du public scolaire des 11- 14 ans qu'elle finance « bouge, une priorité pour ta santé » et du CNOSF « mallette sport et santé », qui sont à la fois des outils de communication et de formation. Les documents de synthèse du PNNS en font partie.

Le chantier de l'activité physique elle-même se caractérise surtout par l'introduction du mouvement sportif au sein du comité de pilotage, et notamment le CNOSF et la fédération française de gymnastique volontaire (FFGV), (action n°1) et par les missions confiés à la Direction des sports.

Il faut noter que les deux orientations visant les sportifs de haut niveau d'une part et le développement des pôles ressources nationaux d'autre part illustrent le défaut de priorisation des objectifs du PNNS déjà signalé, entre l'approche par la compétition et celle du sport pour tous. A la décharge des acteurs du PNNS, l'évolution des fédérations sportives vers le concept de « sport pour tous « est encore récente et n'est pas encore unanimes partagée.

En outre, l'éducation physique et sportive de l'enseignement obligatoire apparaît peu dans le dispositif, sauf sous la forme d'outils en direction de la communauté éducative (action 21 a kit pédagogique « bien dans mon assiette, bien dans mes baskets », action 22a. » guides de nutrition ado », ou le document Eduscol, sous la responsabilité du ministère de l'éducation nationale, actions 77 à 81).

Le chantier chartes : villes actives, départements actifs, entreprises actives (actions n°6, 38 et 104) évolue peu hormis une référence aux colloques dont le colloque auquel la mission a assisté à Nancy en novembre 2009, et dont il faut dire que l'activité physique, même conjuguée avec le développement durable, apparaît peu. D'autres actions « PNNS » sont intégrées au niveau local dans le cadre de l'association « eco-maires » avec la semaine « Mouve eat », et un « département actif », la Moselle, développe cet axe ; l'action 38a a abouti à une enquête sur les actions municipales relatives à la promotion de l'activité physique en mairie, et l'action 38 b au projet de guide pour l'extension de l'expérience ICAPS décrite ci-dessous. Certaines actions, comme l'action 38 relèvent parfois de la communication et aussi du chantier charte.

Sur les entreprises, la déclinaison de la charte aurait dû faire l'objet d'un groupe de travail repoussé en 2010 en raison de la crise économique ; les initiatives des entreprises en matière d'activité physique sont peu nombreuses hormis l'exemple toujours cité d'un constructeur automobile situé à Rennes. Elles tendraient à se développer sans qu'à aucun moment la mission ait pu le constater sur le terrain ;

Le chantier action contre la dénutrition : (actions 59, 61, 82) l'axe « activité physique est quasi absent dans ces actions qui traitent de la partie alimentation de la nutrition, et concernent davantage la prévention secondaire et tertiaire qu'il s'agisse de la prévention de la dénutrition des personnes âgées (voir l'avis de l'AFSSA en janvier 2009) ou des personnes hospitalisées ;

Deux autres chantiers intègrent de manière anecdotique l'activité physique, le chantier « prise en charge de l'obésité », (actions 47, 49, 52) avec des exceptions, comme dans le cadre d'action de réseau, comme les UTEP –comme en Champagne Ardenne, ou le réseau Efformip ; et le dossier « surveillance » pour lequel les activités de recherche restent encore menées de manière inégale.

Annexe 8 : Questionnaire d'enquête auprès des DRASS et des DRAAF

Ministère de la santé et des sports - Ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche

IGAS - CGAAER

Mission conjointe d'évaluation du Programme national Nutrition-Santé (PNNS)

QUESTIONNAIRE RELATIF A LA DECLINAISON TERRITORIALE DU PNNS

Novembre 2009

Dans le cadre de la mission d'évaluation dont est chargée la mission conjointe IGAS-CGAAER, et à partir des informations recueillies lors de plusieurs déplacements en région à la rencontre de quelques uns d'entre vous, il nous est apparu utile de pouvoir évaluer plus exhaustivement les modalités de la déclinaison dans les différentes régions françaises, des actions initiées au titre ou en résonance avec le PNNS, dans les champs qui le concerne.

Le questionnaire qui vous est proposé est administré sous le logiciel SPHYNX qui permet une administration en ligne (avec des modifications possibles ultérieures jusqu'à la date de clôture indiquée) et une exploitation proffesionnelle des données recueillies (vous garantissant aussi que cet effort ne restera pas inexploité)Il vous est demandé de bien vouloir consacrer quelques instants à ce questionnaire, qui comporte certes beaucoup de questions (mais chacune ne vous concerne pas forcément) car il s'est efforcé de tenir compte des multiples formes de la déclinaison possible de ce programme ainsi que les nombreux acteurs susceptibles d'intervenir à ce titre.

La majorité des questions demande une réponse numérique (c'est à dire sous la forme de chiffres), quelques autres plus rares appellent du texte, généralement un nom ou un intitulé. Enfin à travers quelques questions ouvertes vous pouvez être appelés à vous prononcer sur un aspect particulier en fonction de votre expérience acquise).

Nous sommes conscients que les réponses à certaines de ces questions sont disponibles dans des enquêtes pour lesquelles vous êtes déjà sollicités, mais nous ne pourrons les traiter que si elles sont incluses et saisies dans le présent questionnaire ; c'est pourquoi nous vous remercions de bien vouloir accepter de les saisir néanmoins.

Nous vous remercions de votre contribution et vous serez rendus destinataires des résultats avant une réunion qui devrait vous inviter à nous rencontrer à Paris pour échanger plus directement sur le PNNS.

Sommaire

1. Données descriptives régionales Page 10
1.2 Sur le PRSP Page 11
1.2.1 actions relatives aux activités physiques Page 12
1.2.2 actions en direction des personnes atteintes de maladies chroniques Page 13
1.2.3 actions en direction des personnes en surpoids ou obèses Page 13
1.2.4 actions relatives à la dénutrition des personnes âgées Page 14
1.2.5 actions en direction des personnes hospitalisées Page 15
1.2.6 actions relatives au plan "Bien vieillir" Page 15
1.2.7 actions de formation des professionnels à l'éducation nutritionnelle Page 16
1.2.8 acteurs intervenant en direction des personnes hospitalisées Page 18
1.2.9 acteurs intervenant en direction des personnes âgées Page 19
1.2.10 acteurs intervenant en direction des personnes obèses Page 19
1.2.11 acteurs assurant la mise en place d'actions spécifiques Page 20
1.3 Sur la PROA Page 22

Sommaire

2. Gouvernance Page 25
2.1 Gouvernance des actions liées au PNNS2 Page 25
2.2 Existe-t-il des actions ou mesures rattachables au PNNS dans : Page 26

3. Ressources investies Page 28
3.1 Communication générale Page 28
3.2 Activités physiques Page 29
3.3 Prévention de l'obésité Page 30
3.4 Education nutritionnelle Page 31
3.5 Dénutrition des personnes âgées Page 32
3.6 Aides aux plus démunis Page 33
3.7 Villes actives PNNS Page 34
3.8 Prise en charge des personnes obèses Page 35

Sommaire

4. Evaluation Page 36
4.1 Communication générale Page 37
4.2 Activités physiques Page 38
4.3 Prévention de l'obésité Page 39
4.4 Education nutritionnelle Page 40
4.5 Dénutrition des personnes âgées Page 41
4.6 Aides aux plus démunis Page 42
4.7 Villes actives PNNS Page 43
4.8 Prise en charge des personnes obèses

Page d'enregistrement

1. Données descriptives régionales

6 / 44

Sommaire

Enregistrer

Données à extraire de Statiss (2009)

Population totale de la région (en nb d'habitants) :

	Hommes	Femmes
Population de plus de 75 ans		
Indice de vieillissement au 1er janvier 2009		
Population des moins de 6 ans		
Population des 6 à 16 ans		
Jeunes de 18 à 25 ans		
Personnes agées de 80 ans et plus		

	Hommes	Femmes
Nombre de décès pour cause de maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques		

1. Données descriptives régionales
1.1 Données générales

7 / 44

Sommaire

Enregistrer

	Garçons	Filles
Population scolarisée en collèges et lycées		

Nombre de villes PNNS :

	% population de ces villes concernées	Nombre de personnes directement concernées
Villes PNNS		

Nombre de villes EPODE :

	% population de ces villes concernées	Nombre de personnes directement concernées
Villes EPODE		

Population en situation de précarité économique (en %) appréciée sur la base des éligibles aux minima sociaux :

1. Données descriptives régionales
1.1 Données générales

8 / 44

Sommaire

Enregistrer

Prévalence du surpoids (dans pop. tot.) :

Prévalence obésité* (dans pop. tot.) :

	enfants	adolescents
Prévalence surpoids chez l'enfant*		
	Hommes	**Femmes**
Prévalence surpoids chez l'adulte*		
	enfants	**adolescents**
Prévalence obésité chez l'enfant*		
	Hommes	**Femmes**
Prévalence obésité chez l'adulte*		

1. Données descriptives régionales

9 / 44

Sommaire

Enregistrer

1.1 Données générales

Existe-t-il un MIN ? ☐ oui ☐ non

	Nbre exploitations vente directe	Nombre de PME agroalimentaire
Sur l'offre alimentaire		

	Nombre d'épiceries sociales	Nombre de bénéficiaires
Sur l'aide alimentaire		

	régionales	départementales	autres
Nombre d'associations bénéficiaires de l'aide alimentaire (redistribution)			

	d'origine loco-régionale	d'origine extérieure (nationale)
Tonnage redistribué par ces associations au titre de l'aide alimentaire		

1. Données descriptives régionales

10 / 44

Sommaire

Enregistrer

1.2 Sur le PRSP

Montant du budget global du PRSP

Nombre de "volets" ou axes prioritaires du PRSP :

Le PRSP comporte-t-il un volet spécifique PNNS ? ☐ oui ☐ non

Si oui, quel en est l'intitulé ?

1.2 Sur le PRSP

11 / 44 Sommaire Enregistrer

1.2.1 Actions relatives aux activités physiques

Le PRSP comporte-t-il des actions " activités physiques " ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions concernées

Montant global des subventions allouées

Comporte-t-il des actions sur l'activité physique des jeunes ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions

Montant global

Comporte-t-il des actions sur l'activité physique des adultes ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions

Montant global

Comporte-t-il des actions sur l'activité physique des personnes démunies ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions

Montant global

1.2 Sur le PRSP

12 / 44 Sommaire Enregistrer

1.2.1 Actions relatives aux activités physiques

Comporte-t-il des actions sur l'activité physique des personnes obèses ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions

Montant global

Activités physiques pour les personnes en maison de retraite ou en EHPAD ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions

Montant global

Le PRSP développe-t-il des actions sur les lieux de pratique sportive ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions concernées

Montant global des subventions allouées

1.2 Sur le PRSP

13 / 44

Sommaire

Enregistrer

1.2.2 Actions en direction des personnes atteintes de maladies chroniques

Le PRSP s'adresse-t-il aux personnes atteintes de maladies chroniques (en relation avec la nutrition) ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions concernées

Montant global des subventions allouées

1.2.3 Actions en direction des personnes en surpoids ou obèses

Le PRSP comprend-t-il des actions relatives à la lutte contre l'obésité et le surpoids ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions

Montant global

Comporte-t-il des actions sur l'obésité et le surpoids des jeunes ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions

Montant global

1.2 Sur le PRSP

14 / 44

Sommaire

Enregistrer

1.2.3 Actions en direction des personnes en surpoids ou obèses

Comporte-t-il des actions sur l'obésité et le surpoids des adultes ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions

Montant global

Comporte-t-il des actions sur l'obésité et le surpoids des personnes démunies ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions

Montant global

1.2.4 Actions relatives à la dénutrition des personnes âgées

Le PRSP comporte-t-il un axe relatif à la "dénutrition des personnes âgées" ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions

Montant global

1.2 Sur le PRSP 15 / 44 Sommaire Enregistrer

1.2.5 Actions en direction des personnes hospitalisées

Le PRSP comporte-t-il des actions en direction des personnes hospitalisées ? ☐ Oui ☐ Non

Nombre d'actions Montant global

1.2.6 Actions relatives au "plan bien vieillir"

Le PRSP comporte-t-il des actions relatives au plan "Bien vieillir" ? ☐ Oui ☐ Non

Nombre d'actions Montant global

Nombre de ces actions "Bien vieillir" relatives à l'activité physique et à l'alimentation

Nombre d'actions Montant global

1.2 Sur le PRSP 16 / 44 Sommaire Enregistrer

1.2.7 Actions de formation des professionnels à l'éducation nutritionnelle

Le PRSP comporte-t-il des actions de formation des professionnels à l'éducation nutritionnelle ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions Montant global

Dans le domaine de la nutrition en milieu scolaire ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions Montant global

Dans le domaine des activités physiques ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions Montant global

Concernant la dénutrition des personnes âgées ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions Montant global

1.2 Sur le PRSP 17 / 44 Sommaire Enregistrer

1.2.7 Actions de formation des professionnels à l'éducation nutritionnelle

Concernant l'aide aux plus démunis ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions Montant global

Concernant l'éducation nutritionnelle aux plus démunis ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'action Montant global

1.2 Sur le PRSP 18 / 44 Sommaire

1.2.8 Acteurs intervenant en direction des personnes hospitalisées

Nombre d'établissements de santé doté d'un CLAN :

Combien de ces établissements ont-ils un volet dénutrition dans le CPOM conclus avec l'ARH ?

Combien de ces établissements ont-ils une unité transversale de nutrition clinique ?

Nombre d'établissements de santé doté d'un référent nutrition :

Existe-t-il une UTEP ? ☐ Oui ☐ Non

Type d'UTEP ☐ Intra hospitalière ☐ Extra hospitalière

1.2 Sur le PRSP

19 / 44

Sommaire

1.2.9 Acteurs intervenant en direction des personnes âgées

Nombre d'EHPAD dans la région

Nombre de places en EHPAD dans la région

Nombre de conventions tripartites signées

dont nombre de conventions comportant un volet PNNS

1.2.10 Acteurs intervenant en direction des personnes obèses

Existe-t-il un réseau de type REPOP ou similaire ? ☐ Oui ☐ Non

Existe-t-il un centre de référence régional pour la prise en charge de l'obésité ? ☐ Oui ☐ Non

1.2 Sur le PRSP

20 / 44

Sommaire

Enregistrer

1.2.11 Acteurs assurant la mise en place d'actions spécifiques

Le schéma gérontologique départemental prend-il en compte la dénutrition des personnes agées ☐ Oui ☐ Non

Le schéma gérontologique départemental prend-il en compte le dépistage ou la prise en charge bucco-dentaire des personnes agées ☐ Oui ☐ Non

Le schéma gérontologique départemental prend-il en compte l'activité physique des personnes agées ☐ Oui ☐ Non

Nombre de réseaux gérontologiques :

Nombre de réseaux gérontologiques avec un volet dénutrition :

1.2 Sur le PRSP

21 / 44 Sommaire

1.2.11 Acteurs assurant la mise en place d'actions spécifiques

Combien de CLIC (comités locaux d'information et de coordination gérontologique) :

Comporte-t-il une action spécifique dénutrition (par exemple hygiène buccodentaire) ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions | Montant global

Comporte-t-il un axe relatif aux personnes démunies ? ☐ Oui ☐ Non

Nombre d'actions | Montant global

1. Données descriptives régionales

22 / 44 Sommaire Enregistrer

1.3 Sur le PROA (Offre alimentaire)

Est-il finalisé ? ☐ oui ☐ non

Comporte-t-il les opérations de type "un fruit à la récré" ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions | Montant global

Comporte-t-il des actions relatives à la qualité des produits destinés à la restauration scolaire ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions | Montant global

Comporte-t-il des actions relatives aux populations en situation précaire ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions | Montant global

1. Données descriptives régionales

23 / 44

Sommaire

Enregistrer

1.3 Sur le PROA (Offre alimentaire)

La récupération de fruits ou légumes invendus pour l'aide aux démunis est elle réalisée ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions ☐ Montant global ☐

Comporte-t-il des opérations spécifiques de découverte et de sensibilisation (saveurs, processus de production...) ? ☐ oui ☐ non

Nombre d'actions ☐ Montant global ☐

Comporte-t-il des initiatives pour la signature de chartes nutritionnelles ? ☐ oui ☐ non

Signature de chartes nutritionnelles : Combien de signées ☐

Signature de chartes nutritionnelles : Combien en cours de négociation ☐

Comporte-t-il des initiatives pour la signature de chartes nutritionnelles ? ☐ oui ☐ non

2. Gouvernance

24 / 44

Sommaire

Enregistrer

2.1 Gouvernance des actions liées au PNNS2

Un comité régional de pilotage du PNNS est -il en place (comité technique régional nutrition) ☐ oui ☐ non

Si oui, Combien de réunions/an : ☐

Le GRSP associe-t-il les collectivités territoriales ? ☐ oui ☐ non

Lesquelles ? ☐ régions ☐ communes ☐ départements ☐ communautés de communes

Associe-t-il d'autres directions régionales de l'Etat ? ☐ oui ☐ non

Associe-t-il l'ARH ? ☐ oui ☐ non

Les Organismes de Sécurité sociale ? ☐ oui ☐ non

Les organismes complémentaires ? ☐ oui ☐ non

Si oui lesquelles ? ☐

2. Gouvernance

25 / 44

Sommaire

Enregistrer

2.1 Gouvernance des actions liées au PNNS2

Un rapport annuel d'activités est-il établi sur le suivi de ces actions ? ☐ oui ☐ non

Une évaluation du PRSP a-t-elle été réalisée ? ☐ Oui ☐ Non

Une évaluation du PRSP est-elle en cours ? ☐ Oui ☐ Non

Existe-t-il des actions PNNS hors GRSP ? (CAF, CRAM, CAV, CPAM, FNPEIS....) ☐ oui ☐ non

Existe-t-il une structure de coordination des actions départementales ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez le ou les départements

2. Gouvernance

26 / 44

Sommaire

Enregistrer

2.2 Existe-t-il des actions ou mesures rattachables au PNNS dans :

- les schémas gérontologiques départementaux ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, indiquez les départements concernés dans la liste suivante :

- les schémas départementaux "enfance" et PMI ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, indiquez les départements concernés dans la liste suivante :

2. Gouvernance

27 / 44

Sommaire

Enregistrer

2.2 Existe-t-il des actions ou mesures rattachables au PNNS dans :

- les plans départementaux d'insertion et de lutte contre les exclusions ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, indiquez les départements concernés dans la liste suivante :

3. Ressources investies

28 / 44

Sommaire

Enregistrer

3.1 Communication générale

	Financements GRSP	Financements Hors GRSP
Europe		
Etat		
Conseil régional		
Conseil général		
Communes		
Associations		
Entreprises		
Organismes de Sécurité sociale		
Organismes complémentaires		
Autres		

3. Ressources investies

29 / 44

Sommaire

Enregistrer

3.2 Activités physiques

	Financements GRSP	Financements Hors GRSP
Europe		
Etat		
Conseil régional		
Conseil général		
Communes		
Associations		
Entreprises		
Organismes de Sécurité sociale		
Organismes complémentaires		
Autres		

3. Ressources investies

30 / 44

Sommaire

Enregistrer

3.3 Prévention de l'obésité

	Financements GRSP	Financements Hors GRSP
Europe		
Etat		
Conseil régional		
Conseil général		
Communes		
Associations		
Entreprises		
Organismes de Sécurité sociale		
Organismes complémentaires		
Autres		

3. Ressources investies

31 / 44

Sommaire

Enregistrer

3.4 Education nutritionnelle

	Financements GRSP	Financements Hors GRSP
Europe		
Etat		
Conseil régional		
Conseil général		
Communes		
Associations		
Entreprises		
Organismes de Sécurité sociale		
Organismes complémentaires		
Autres		

3. Ressources investies

32 / 44

Sommaire

Enregistrer

3.5 Dénutrition personnes agées

	Financements GRSP	Financements Hors GRSP
Europe		
Etat		
Conseil régional		
Conseil général		
Communes		
Associations		
Entreprises		
Organismes de Sécurité sociale		
Organismes complémentaires		
Autres		

3. Ressources investies

33 / 44

Sommaire

Enregistrer

3.6 Aides aux plus démunis

	Financements GRSP	Financements Hors GRSP
Europe		
Etat		
Conseil régional		
Conseil général		
Communes		
Associations		
Entreprises		
Organismes de Sécurité sociale		
Organismes complémentaires		
Autres		

3. Ressources investies

34 / 44

Sommaire

Enregistrer

3.7 Villes actives PNNS

	Financements GRSP	Financements Hors GRSP
Europe		
Etat		
Conseil régional		
Conseil général		
Communes		
Associations		
Entreprises		
Organismes de Sécurité sociale		
Organismes complémentaires		
Autres		

3. Ressources investies

35 / 44

Sommaire

Enregistrer

3.8 Prise en charge des personnes obèses

	Financements GRSP	Financements Hors GRSP
Europe		
Etat		
Conseil régional		
Conseil général		
Communes		
Associations		
Entreprises		
Organismes de Sécurité sociale		
Organismes complémentaires		
Autres		

4. Evaluation

36 / 44

Sommaire

Enregistrer

4.1 Communication générale

	Nb de bénéficiaires directs/an GRSP	Nb de bénéficiaires directs/an Hors GRSP
Europe		
Etat		
Conseil régional		
Conseil général		
Communes		
Associations		
Entreprises		
Organismes de Sécurité sociale		
Organismes complémentaires		
Autres		

4. Evaluation

37 / 44

Sommaire

Enregistrer

4.2 Activité physique

	Nb de bénéficiaires direct/an GRSP	Nb de bénéficiaires directs/an Hors GRSP	Nb de bénéficiaires directs/an GRSP	Nb de bénéficiaires direct/an Hors GRSP
Europe				
Etat				
Conseil régional				
Conseil général				
Communes				
Associations				
Entreprises				
Organismes de Sécurité sociale				
Organismes complémentaires				
Autres				

4. Evaluation

38 / 44

Sommaire

Enregistrer

4.3 Prévention de l'obésité chez l'enfant

	Nb bénéficiaires directs/an GRSP	Nb bénéficiaires directs/an Hors GRSP
Europe		
Etat		
Conseil régional		
Conseil général		
Communes		
Associations		
Entreprises		
Organismes de Sécurité sociale		
Organismes complémentaires		
Autres		

4. Evaluation 39 / 44 Sommaire

4.4 Education nutritionnelle Enregistrer

	Nb bénéficiaires directs/an GRSP	Nb bénéficiaires directs/an Hors GRSP
Europe		
Etat		
Conseil régional		
Conseil général		
Communes		
Associations		
Entreprises		
Organismes de Sécurité sociale		
Organismes complémentaires		
Autres		

4. Evaluation 40 / 44 Sommaire

4.5 Dénutrition personnes âgées Enregistrer

	Nb bénéficiaires directs/an GRSP	Nb bénéficiaires directs/an Hors GRSP
Europe		
Etat		
Conseil régional		
Conseil général		
Communes		
Associations		
Entreprises		
Organismes de Sécurité sociale		
Organismes complémentaires		
Autres		

4. Evaluation

41 / 44

Sommaire

Enregistrer

4.6 Aide aux plus démunis

	Nb bénéficiaires directs/an GRSP	Nb bénéficiaires directs/an Hors GRSP
Europe		
Etat		
Conseil régional		
Conseil général		
Communes		
Associations		
Entreprises		
Organismes de Sécurité sociale		
Organismes complémentaires		
Autres		

4. Evaluation

42 / 44

Sommaire

Enregistrer

4.7 Villes actives PNNS

	Nb bénéficiaires directs/an GRSP	Nb bénéficiaires directs/an Hors GRSP
Europe		
Etat		
Conseil régional		
Conseil général		
Communes		
Associations		
Entreprises		
Organismes de Sécurité sociale		
Organismes complémentaires		
Autres		

4. Evaluation

43 / 44

Sommaire

Enregistrer

4.8 Prise en charge des personnes d'obésité

	Nb bénéficiaires directs/an GRSP	Nb bénéficiaires directs/an Hors GRSP
Europe		
Etat		
Conseil régional		
Conseil général		
Communes		
Associations		
Entreprises		
Organismes de Sécurité sociale		
Organismes complémentaires		
Autres		

QUESTIONNAIRE RELATIF A LA DECLINAISON TERRITORIALE DU PNNS

Sommaire

Enregistrer

Nous vous remercions de votre participation

Pour mettre à jour vos réponses, retenez votre clé d'accès personnelle

(à saisir lorsque vous utilisez le lien intranet en "mise à jour")

Sigles utilisés

AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire de l'alimentation
ALIA	Nom du programme "Alimentation et Industries Alimentaires"
ANFH	Association nationale de la fonction hospitalière
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ANAES	Agence nationale d'accréditation des établissements de santé
ANDES	Association nationale des épiceries solidaires
ANIA	Association nationale des industries alimentaires
ANR	Agence nationale de la recherche
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APHP	Assistance publique - Hôpitaux de Paris
ARPP	Autorité de régulation professionnelle de la publicité
ASP	Agence de services et de paiement
CAF	Caisse d'allocation familiale
CHU et CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CGAAER	Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux
CLAN	Comité de liaison alimentation et nutrition
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNSP	Conseil national de la santé publique
CNS	Conférence nationale de santé
CNA	Conseil national de l'alimentation
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVTS	Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNDS	Centre national pour le développement du sport
CNOSF	Comité national olympique et sportif français
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COPIL	Comité de pilotage (du PNNS)
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CREDOC	Centre de recherches pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CSA	Conseil supérieur de l'audiovisuel
DG AGRI	Direction générale de l'agriculture et du développement rural (commission européenne)
DG SANCO	Direction générale de la santé et des consommateurs

DGAS	Direction générale des affaires sociales (Devenue DGCS : Direction générale de la cohésion sociale)
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (fondues dans les nouvelles ARS)
DRAAF	Direction régionale de l'alimentation de l'agriculture et de la forêt
DGAL	Direction générale de l'alimentation
DGCCRF	Direction générale de la concurrence de la consommation et de la répression des fraudes
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJS	Direction régionale de la jeunesse et des sports
DRASSIF	Direction régionale des affaires sanitaires et sociale de l'Ile de France
DSDS	Direction de la santé et du développement social
EPODE	Ensemble prévenons l'obésité des enfants
EPS	Education physique et sportive
EFFORMIP	La santé par l'effort et la forme en Midi Pyrénées
EHPAD	Etablissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes
ENNS	Etude nationale nutrition santé
FCD	Fédération du commerce et de la distribution
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIAC	Fonds de Soutien aux Initiatives Associatives en matière de Citoyenneté
FHF	Fédération hospitalière de France
GEMRCN	Groupe d'études des marchés restauration collective et nutrition
GRSP	Groupement régional de santé publique
HACCP	Acronyme pour : Hazard Analysis Critical Control Point : méthode et principes de gestion de la sécurité sanitaire des aliments
HALDE	Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
HSCP	Haut conseil de la santé publique
HAS	Haute autorité de santé
HPST (loi dite)	désigne la loi « Hôpital, santé, patients et territoires » publiée au JO le 22 juillet 2009
ICAPS	Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité
IGAS	Inspection générale des Affaires Sociales
IMC	Indice de Masse Corporelle
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INVS	Institut de veille pour la santé
INCa	Institut national du Cancer
INCA (étude)	Etude individuelle nationale des consommations alimentaires
INRA	Institut national de la recherche agronomique
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale

IPAQ	L'International Physico Activité Questionnaire
IUFM	Institut universitaire de formation des maîtres
LMA	Projet de « Loi de modernisation agricole »
MAAP	Ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche
MDD	Marques de distributeurs
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MIN	Marché d'intérêt national
MSA	Mutualité sociale agricole
OMS	Organisation mondiale de la santé
ObEpi	Enquête nationale sur la prévalence de l'obésité et du surpoids en France
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OCHA	Observatoire CNIEL des habitudes alimentaires
ONDAM	Objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie
OQALI	Observatoire de la qualité de l'alimentation
PAA	Programme d'aide alimentaire
PAI	Programme alimentation et insertion
PASEO	Promotion de l'activité physique chez les personnes âgées sédentaires
PEAD	Programme européen d'aide aux démunis
PME	Petites et moyennes entreprises
PMI	Protection maternelle et infantile
PNA	Plan national de l'alimentation
PNNS	Programme national nutrition santé
PNSE	Plan national santé environnement
PROA	Programme régional de l'offre alimentaire
PRSP	Plan régional de santé publique
PNAPS	Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive
PNBV	Plan national « Bien vieillir »
PNRA	Programme national de recherche en alimentation
REPOP	Réseau pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie Révision générale des politiques publiques
RGPP	Réseau pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie Révision générale des politiques publiques
SCC	Stratégie et communication collectives
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR	Soins de suite ou de réadaptation
STAPS	Sciences et techniques des activités physiques et sportives
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
USEP	Union sportive de l'enseignement du premier degré
UNSS	Union nationale du sport scolaire
USLD	Unité de soins de longue durée
UGSEL	Union gymnastique et sportive de l'enseignement libre

UTEP	Unité transversale pour l'éducation du patient
WCRF	Fonds mondial de recherche contre le cancer