

**La prévention sanitaire par une bonne  
hygiène nutritionnelle**

*Rapport présenté par*  
***Mme Anne AMSON et Mme Françoise BAS-THERON***  
***Membres de l'Inspection générale des affaires sociales***

***Rapport n° 2003 038***  
***Mars 2003***

## **Les politiques nutritionnelles de santé publique sont complexes à concevoir et à mettre en œuvre**

La nutrition apparaît aujourd’hui comme un déterminant de santé important, soit comme facteur de risque, soit comme élément protecteur, pour certaines pathologies majeures en santé publique : maladies cardio-vasculaires, diabète, obésité, certains cancers, ostéoporose...

La prise de conscience de l’impact de la nutrition est récente. Le délai, en France, à prendre la mesure du problème s’explique notamment par la carence du système national d’alerte et de surveillance sanitaires, par le sentiment d’être protégés par notre art culinaire et par le fait que la nutrition est une discipline mal implantée et mal reconnue dans le système de soins ; elle requiert aussi l’engagement d’acteurs relevant d’autres secteurs que celui de la santé (agro-alimentaire...). De surcroît, l’attention et la pression de l’opinion publique, sur le plan alimentaire, se sont plutôt portées, dans la décennie 1990, vers les problèmes de sécurité sanitaire.

Discipline insuffisamment investie, la nutrition se caractérise par des connaissances incomplètes et mouvantes, tant sur le plan de la recherche fondamentale et de l’épidémiologie que des comportements alimentaires. Ces caractéristiques soulèvent de nombreuses difficultés pratiques, de définition des stratégies et d’évaluation, dès lors qu’est posé un objectif visant à modifier le comportement des individus. De surcroît, intervenant dans un domaine à forte connotation psychologique et culturelle, la prévention par la nutrition peut susciter de complexes questions éthiques et de définition de normes.

Malgré ces difficultés importantes, les enjeux sanitaires et économiques liés en particulier à la progression de l’obésité et du diabète (type 2) plaident pour une démarche publique de prévention. C’est dans ce contexte que le ministère chargé de la santé a lancé, en janvier 2001, le programme national nutrition santé (PNNS, 2001-2005).

## **Des politiques surtout portées par le PNNS, qui impulse une réelle dynamique mais rencontre des limites**

S’inscrivant dans une démarche volontariste de la DGS, la prévention par la nutrition est également portée par plusieurs autres plans de santé publique (cancer, diabète de type 2, risques cardio-vasculaires), le PNNS étant cependant le programme phare. Largement orienté vers la prévention primaire, il développe une approche ambitieuse et globale. Des moyens financiers importants, par rapport aux autres programmes de santé publique, ont été dégagés. De l’amont (recherche, surveillance...) à l’aval (communication, contrôle de la réglementation...), le PNNS veut favoriser la coordination entre les principaux acteurs, grâce aux structures de travail créées. Nombre d’actions ont déjà été engagées. En bref, une réelle dynamique a été lancée.

Malgré l’appréciation globalement positive portée par les acteurs sur l’existence même du PNNS et sur l’engagement des pouvoirs publics, les moyens sont estimés insuffisants au regard de l’ambition des objectifs et, de fait, ne permettent pas de tenir le calendrier et de réaliser toutes les actions initialement prévus. Enfin, sur un certain nombre d’axes

stratégiques, les avancées sont lentes (implication des industriels de l'agro-alimentaire, recherche et surveillance, système de soins...).

Dans les trois régions où la mission s'est rendue, l'impact du PNNS va de la légitimation, quand les acteurs locaux avaient déjà investi le champ de la nutrition (Nord-Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon), à l'impulsion d'une nouvelle politique (Lorraine, sans doute plus représentative de la moyenne des régions). Les réalisations sur le terrain sont donc hétérogènes.

Le Nord-Pas-de-Calais est une région atypique, caractérisée par une situation sanitaire préoccupante (en matière d'obésité notamment) mais aussi par un partenariat fort entre les différents services de l'Etat et les collectivités locales. De nombreuses actions de proximité y sont menées. Le Languedoc-Roussillon dispose d'outils originaux, comme l'observatoire régional d'épidémiologie scolaire et le centre de prévention Epidaure ; le rectorat est un partenaire important. En revanche, la faible implication des collectivités locales explique un nombre encore limité d'actions. En Lorraine, la coordination et le travail en partenariat commencent à se mettre en place, parfois non sans mal. Le PNNS a cependant suscité plusieurs initiatives.

Les acteurs sur le terrain soulignent certains problèmes récurrents : les moyens estimés insuffisants, déjà évoqués au niveau central, la difficulté à articuler les nombreuses priorités fixées par le ministère, et les actions de l'Etat avec celles de l'assurance-maladie. L'engagement très inégal des collectivités locales et de l'Education nationale, des services Jeunesse et sports ou du secteur agro-alimentaire constitue un autre défi pour la mise en œuvre, par les services déconcentrés du ministère, de la politique de prévention par la nutrition. Ce d'autant que plusieurs partenaires potentiellement importants participent généralement peu aux politiques engagées localement : autres services de l'Etat que les DRASS, producteurs, professionnels de santé en ville et à l'hôpital autres que les « spécialistes ».

### **Illustration d'un axe d'action « sur le terrain » : une question sensible, la prévention et la prise en charge de l'obésité de l'enfant**

L'épidémie d'obésité chez les jeunes est inquiétante, tant par sa progression rapide que par son ampleur (prévalence de 12 à 16%). Malgré les incertitudes sur les causes et les stratégies efficaces, le PNNS prévoit de nombreuses actions pour un public jeune.

Quelques initiatives innovantes sont menées au plan local, mais restent isolées : système d'observation du Languedoc-Roussillon, conception d'outils pour les enseignants dans le Nord-Pas-de-Calais... L'organisation de petits-déjeuners dans les écoles est courante alors même que l'évaluation de cette action reste à faire et que la pertinence des collations, pratique répandue dans les classes maternelles, est contestée par certains experts.

Deux projets, conçus avant le PNNS, se distinguent nettement par leur ambition, leur approche globale et pluridisciplinaire, et leurs résultats :

- Fleurbaix-Laventie Ville Santé mobilise depuis 1992 la quasi-totalité de la population de deux communes du Pas-de-Calais : programme d'éducation nutritionnelle en milieu scolaire visant à influer sur les comportements alimentaires

- de toute la famille (1992-1997), mise en place d'une politique de prévention et de prise en charge individualisée de l'obésité (à partir de 2002) ;
- l'opération menée, dans les collèges, à l'initiative du conseil général du Val-de-Marne depuis 2000 : formation des adolescents pour les aider à mieux maîtriser leurs choix, amélioration de la politique nutritionnelle des établissements.

En prévention secondaire, la prise en charge des jeunes obèses, après un éventuel dépistage par des médecins communautaires (santé scolaire et PMI) et de ville, constitue une urgence, le système hospitalier ne pouvant plus faire face et étant de surcroît inadapté (sauf complications, obésité pathologique...). Ces constats sont à l'origine des projets de réseaux ville-hôpital de prise en charge précoce de l'obésité de l'enfant, comme REPOP Ile-de-France, en phase de démarrage.

Le Val-de-Marne peut également faire état, en prévention secondaire, d'une approche originale, d'accompagnement et de suivi individuel des adolescents obèses. La prise en charge est éducative plutôt que médicale, s'appuie sur un réseau pluridisciplinaire, en privilégiant notamment le réseau sportif et les professeurs d'éducation physique. Les premiers résultats sont très encourageants, en terme de satisfaction des adolescents concernés, de modifications comportementales et de d'évolution du poids.

Beaucoup reste à faire en matière de restauration scolaire. Deux questions mériteraient d'être davantage étudiées : l'offre alimentaire globale au sein des établissements et les consommations effectives des jeunes.

Plusieurs pistes se dégagent des expériences engagées : si un consensus sur une pédagogie positive, non stigmatisante et ludique s'établit au niveau des acteurs déjà impliqués, un large effort d'information sur ce thème reste à faire auprès de la population et des professionnels. Certains facteurs peuvent être considérés comme favorisant la réussite des actions : disposer d'un minimum de données de base pour évaluer, impliquer l'environnement proche des jeunes, agir dans la durée, avoir une approche pluridisciplinaire, mutualiser les ressources pédagogiques et méthodologiques.

Quant aux freins les plus souvent répertoriés, ils portent sur : les difficultés de financement, le faible investissement des médecins libéraux, la méconnaissance des outils, méthodes, expériences existantes, la grande variabilité de l'intérêt porté par certains partenaires importants (cf. *supra*), la difficulté à sensibiliser les parents, enfin l'intégration du sport, primordial pour les enfants.

## Recommandations

Le PNNS est volontariste et joue un rôle positif d'impulsion. Cependant, ses objectifs ambitieux risquent d'être difficiles à atteindre en cinq ans. L'indispensable poursuite d'une politique de prévention par la nutrition, au-delà de l'échéance du plan, devrait conduire à s'interroger sur les ambitions dans la durée et à poser un certain nombre de priorités d'actions. Cette perspective à long terme suppose un investissement accru en matière d'évaluation.

Dans l'optique de certains experts, partagée par la mission, où les décisions individuelles doivent être largement favorisées par des actions collectives, deux axes

stratégiques, certes particulièrement sensibles, doivent être approfondis : l'offre alimentaire et la communication.

Dans le champ de l'offre alimentaire, les réalisations du PNNS sont modestes alors que se pose notamment la question, à éclaircir, des partenariats avec les producteurs, et que les propositions d'actions formulées par les spécialistes de la nutrition restent sans suite (interdiction ou limitation de la publicité alimentaire destinée aux jeunes par exemple, comme en Suède). S'agissant de la communication institutionnelle, elle est, face au déferlement médiatique, peu adaptée (grandes campagnes nationales annuelles et plaquettes d'information). L'enjeu est d'être réactif, constamment présent, répétitif, décentralisé. La mission estime qu'il s'agit d'abord d'une question de conception, de méthode et d'organisation avant que d'être financière.

La simplification et une certaine pérennité des financements, la diversification et la mutualisation des outils disponibles constituent des pistes d'avancées rapides, moins problématiques, et réclamées par les acteurs de terrain.

Les partenariats que suppose une politique de prévention par la nutrition peinent à se mettre en œuvre. Les acteurs actuellement les plus impliqués sont ceux de la santé. Réaffirmer le caractère interministériel de cette politique et la repositionner comme telle, aux niveaux national et local, paraît nécessaire. De même, les rôles respectifs des divers échelons (central, régional, de terrain) gagneraient à être clarifiés. S'agissant de la méthode, la multiplicité et l'émiettement des actions doivent inciter à veiller à la cohérence des projets et à la mobilisation de tous les partenaires potentiels, certains étant incontournables (notamment les conseils généraux avec la PMI, l'école primaire et les organismes de protection sociale). Enfin, si, dans la chaîne dépistage / orientation / suivi et accompagnement de la prise en charge des personnes obèses ou à risque, la présence du médecin généraliste est souvent souhaitée, force est de constater que ni une définition précise de son rôle, ni les outils mis à sa disposition ne permettent de concrétiser ce vœu.

Telles sont les principales pistes qui, selon la mission, devraient guider la pérennisation d'une politique de santé publique de prévention par la nutrition, qui s'attache à l'objectif ambitieux et difficile de modifier les comportements de vie et est sans équivalent dans les autres pays de l'Union européenne.

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>4</b>
<b>1. DES POLITIQUES COMPLEXES A CONCEVOIR ET METTRE EN ŒUVRE.....</b>	<b>7</b>
1.1 LES DIFFICULTÉS DE CONCEPTION D'UNE POLITIQUE NUTRITIONNELLE DE SANTÉ PUBLIQUE.....	7
1.1.1 <i>Une prise de conscience récente et tardive sur un thème peu mobilisateur .....</i>	7
1.1.1.1 Une prise de conscience récente et tardive par les autorités .....	7
1.1.1.2 Un thème encore peu mobilisateur dans la population .....	9
1.1.2 <i>Des objectifs difficiles à déterminer .....</i>	10
1.1.2.1 Des connaissances incomplètes et mouvantes .....	10
1.1.2.2 La définition d'objectifs pose la question complexe des "normes" que se fixe la société .....	13
1.2 COMMENT AGIR ? LES PROBLÈMES DE MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE NUTRITIONNELLE DE SANTÉ PUBLIQUE .....	13
1.2.1 <i>Difficultés éthiques .....</i>	13
1.2.2 <i>Difficultés pratiques de définition de stratégies et d'évaluation .....</i>	14
1.3 MALGRÉ LES DIFFICULTÉS, UNE POLITIQUE PUBLIQUE DE PRÉVENTION PAR LA NUTRITION EST JUSTIFIÉE .....	15
1.3.1 <i>Un enjeu sanitaire lié à la progression de l'obésité et du diabète.....</i>	15
1.3.2 <i>Un enjeu économique confirmé en prévention secondaire ou tertiaire .....</i>	16
1.3.3 <i>Une faisabilité globale non établie, mais des facteurs favorables.....</i>	18
1.3.4 <i>La légitimité d'une démarche publique .....</i>	19
<b>2. DES POLITIQUES PORTEES SURTOUT PAR LE PNNS, QUI IMPULSE UNE REELLE DYNAMIQUE MAIS RENCONTRE DES LIMITES .....</b>	<b>20</b>
2.1 UNE POLITIQUE VOLONTARISTE PORTÉE PAR LE PNNS, MAIS DES OBSTACLES : LES MOYENS, L'INTERMINISTÉRIALITÉ .....	20
2.1.1 <i>Une approche globale en prévention primaire, soucieuse de développer les transversalités.....</i>	21
2.1.1.1 Une démarche de prévention primaire ambitieuse et globale, développée dans une optique de promotion de la santé .....	21
2.1.1.2 Certaines stratégies concernent également la prévention secondaire et tertiaire.....	22
2.1.1.3 La méthode : des moyens destinés à produire un "effet levier" .....	23
2.1.2 <i>La mise en œuvre au niveau central suscite reconnaissance et mobilisation, mais est fragilisée : multiplicité des décideurs réels, moyens estimés insuffisants.....</i>	26
2.1.2.1 De nombreux acteurs sont mobilisés, notamment dans le champ du ministère .....	26
2.1.2.2 Des écarts par rapport au plan d'action initial : la question des moyens, la réalité du pouvoir de décision .....	29
2.1.3 <i>Des avancées en prévention secondaire et tertiaire mais aussi des problèmes de moyens .....</i>	31
2.2 SUR LE TERRAIN, UN IMPACT DU PNNS EN TERME DE LÉGITIMATION OU D'IMPULSION, DES RÉALISATIONS PLUS HÉTÉROGÈNES .....	33
2.2.1 <i>Un impact en terme de légitimation ou d'impulsion.....</i>	33
2.2.1.1 Le Nord Pas-de-Calais : une région atypique .....	33
2.2.1.2 La nutrition en Languedoc Roussillon : des outils originaux pour un thème déjà connu.....	37
2.2.1.3 En Lorraine, la coordination commence à se mettre en place.....	39
2.2.2 <i>Des partenaires très diversement mobilisés et, encore, des problèmes de moyens .....</i>	41
2.2.2.1 Trop de priorités tuent les priorités ? .....	41
2.2.2.2 Le souhait des collectivités territoriales de s'impliquer dans la prévention est très variable .....	42
2.2.2.3 L'Education nationale, un levier très puissant...si les échelons territoriaux successifs s'engagent .....	43
2.2.2.4 Les autres "partenaires" : souvent peu présents.....	45
2.2.2.5 Le problème des moyens .....	45

### 3. ILLUSTRATION D'UN AXE D'ACTION " SUR LE TERRAIN " : UNE QUESTION SENSIBLE, LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE DE L'ENFANT ..47

3.1	UN CONSTAT INQUIÉTANT, DES CONNAISSANCES INCERTAINES .....	47
3.1.1	<i>Un constat inquiétant.....</i>	47
3.1.1.1	Une mesure de l'obésité de l'enfant qui n'est pas uniforme.....	47
3.1.1.2	Des chiffres attestant de la progression de l'obésité infantile.....	48
3.1.2	<i>Des causes mal connues, une grande incertitude sur les stratégies à mener .....</i>	49
3.1.2.1	Des causes mal connues .....	49
3.1.2.2	Une grande incertitude sur le plan des stratégies à mener .....	49
3.1.3	<i>Les recommandations des experts .....</i>	50
3.1.4	<i>Les objectifs et stratégies nationales : de nombreuses actions prévues pour un public jeune, notamment en prévention primaire. ....</i>	51
3.1.4.1	Les objectifs et stratégies nationales.....	51
3.1.4.2	Des actions engagées mais des retards importants.....	51
3.2	DES INITIATIVES TRÈS INNOVANTES AU PLAN LOCAL, MAIS ISOLÉES .....	52
3.2.1	<i>Des systèmes d'enquête et d'observation plus ou moins pérennes.....</i>	52
3.2.1.1	Des systèmes d'observation encore embryonnaires au plan local .....	52
3.2.1.2	Une exception : l'observation de l'épidémiologie scolaire et le modèle de surveillance alimentaire et nutritionnelle en Languedoc-Roussillon.....	53
3.2.2	<i>L'éducation nutritionnelle, de la théorie à la pratique, de l'école au milieu familial.....</i>	54
3.2.2.1	Petits déjeuners et collations : beaucoup d'actions mais des outils d'évaluation à améliorer et à diffuser .....	54
3.2.2.2	La mise à disposition d'outils pour les enseignants : "A la découverte du pain" à Lille et Epidaure à Montpellier .....	56
3.2.2.3	Fleurbaix-Laventie : l'éducation nutritionnelle dans deux communes du Pas-de-Calais.....	57
3.2.2.4	Le volet prévention primaire du programme "Alimentation des jeunes : Val-de-Marne, site pilote" .....	58
3.2.2.5	L'approche plus globale commence à faire école.....	59
3.2.3	<i>Les expérimentations de dépistage et de prise en charge des jeunes obèses.....</i>	60
3.2.3.1	L'urgence d'organiser le dépistage et la prise en charge des jeunes obèses .....	60
3.2.3.2	L'expérimentation de prise en charge précoce et de proximité : le "réseau ville-hôpital" (et PMI) à Paris .....	61
3.2.4	<i>L'alimentation des jeunes à l'école, question au carrefour entre la qualité de l'offre alimentaire et la politique d'éducation nutritionnelle .....</i>	66
3.2.4.1	La « cantine » : un autre lieu d'apprentissage.....	66
3.2.4.2	Le constat de la Lorraine : du travail en perspective.....	67
3.2.4.3	Deux questions peu investies : l'offre alimentaire et les consommations effectives des jeunes ..	67
3.2.5	<i>Les pistes qui se dégagent des expériences engagées.....</i>	68
3.2.5.1	Le consensus sur la "pédagogie" .....	68
3.2.5.2	Les facteurs de succès .....	69
3.2.5.3	Les freins .....	70
4.	RECOMMANDATIONS .....	71
4.1	S'INTERROGER SUR LES AMBITIONS DANS LA DURÉE ET INVESTIR DAVANTAGE L'ÉVALUATION ..71	71
4.1.1	<i>Réfléchir sur la nécessité de poser des priorités et des "cibles".....</i>	71
4.1.1.1	Rechercher une meilleure adéquation entre objectifs et moyens .....	71
4.1.1.2	Pistes en matière de priorités : ciblage, réduction des inégalités, jeunes, lutte contre la sédentarité .....	72
4.1.2	<i>Investir davantage le champ de l'évaluation.....</i>	74
4.1.2.1	Les bases de départ .....	74
4.1.2.2	...les méthodes et les "résultats" .....	74
4.2	COMMENT FAIRE ? APPROFONDIR CERTAINS AXES STRATÉGIQUES .....	75
4.2.1	<i>L'offre alimentaire ne peut rester à la frontière .....</i>	75
4.2.1.1	L'action sur l'offre est indispensable, difficile .....	75
4.2.1.2	... et à approfondir .....	76
4.2.2	<i>AdAPTER la communication.....</i>	77
4.2.2.1	Des impacts négatifs majeurs .....	77
4.2.2.2	...qui commandent des stratégies plus adaptées .....	77
4.2.3	<i>Des outils pour aider la mise en œuvre des actions de prévention.....</i>	78
4.2.3.1	Le financement .....	78
4.2.3.2	Analyser et diversifier les outils disponibles .....	78

4.3 AVEC QUI ? PLURIDISCIPLINARITÉ ET PARTENARIAT, DES EXIGENCES CONTRAIGNANTES .....	79
4.3.1 Repositionner la prévention par la nutrition dans l'interministériel.....	79
4.3.2 Clarifier le rôle des différents niveaux d'acteurs .....	80
4.3.2.1 Le niveau national : pilotage amont et aval .....	80
4.3.2.2 L'échelon régional.....	80
4.3.2.3 Le niveau opérationnel de proximité pour l'usager .....	81
4.3.3 Encourager les approches globales.....	81
4.3.3.1 Etre attentif à la cohérence des projets des acteurs.....	81
4.3.3.2 Mobiliser tous les acteurs .....	82
4.3.3.3 Clarifier le rôle du médecin généraliste, à la charnière entre prévention primaire, dépistage et prise en charge.....	83
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>86</b>

## **ANNEXES**

- Annexe 1 Signification des sigles utilisés
- Annexe 2 Liste des personnes rencontrées
- Annexe 3 OMS-FAO, Rome 1992, Extraits de la déclaration et du plan d'action sur la nutrition
- Annexe 4 programme national nutrition santé (PNNS)
- Annexe 5 Extrait du rapport de la mission « comparaisons internationales » sur les politiques nutritionnelles de santé publique en Angleterre, en Finlande et au Québec
- Annexe 6 diagramme sur l'évolution de la prévalence de l'obésité infantile en France depuis 1965 (source : Pr. Basdevant)
- Annexe 7 schéma : l'enfant et les déterminants en matière de nutrition (source : Pr. Basdevant)
- Annexe 8 Eléments complémentaires sur la prévention secondaire et tertiaire pour une bonne hygiène nutritionnelle à travers l'exemple de la prévention des complications du diabète de type 2.

## Introduction

Dans le cadre de la préparation du rapport annuel 2003 de l'IGAS, consacré à la prévention, une mission relative à la “prévention sanitaire par une bonne hygiène nutritionnelle” a été confiée à Anne Amson et Françoise Bas-Théron.

### 1. Contexte

La nutrition apparaît de plus en plus comme un “déterminant de santé”, qui intervient soit comme facteur de risque, soit comme élément protecteur dans l'apparition ou le développement de pathologies majeures en santé publique - maladies cardio-vasculaires, certains cancers, diabète, obésité, ostéoporose... :

- la nutrition est facteur de risque, en particulier quand existe un déséquilibre entre alimentation et activité physique. La prévalence de l'obésité, désormais qualifiée de maladie à part entière par l'organisation mondiale de la santé (OMS) qui lance un cri d'alarme sur son extension au plan mondial, augmente très rapidement depuis les années 90, notamment chez les enfants ;
- la nutrition peut être à l'inverse facteur de protection : ainsi, le rôle des fruits et légumes, de l'allaitement maternel, de certaines vitamines est mis en exergue, notamment pour protéger des maladies cardio-vasculaires ou de certains types de cancers.

Face à la prise de conscience de l'enjeu nutritionnel, la prévention des déséquilibres s'avère, *a priori*, difficile à mettre en œuvre :

- les mécanismes en jeu sont souvent complexes, le mode de nutrition se combinant avec des facteurs génétiques, environnementaux et métaboliques pour produire tel ou tel effet sur la santé d'un individu ;
- l'alimentation comme l'activité physique dépendent largement de comportements individuels, eux-mêmes dépendants de facteurs économiques, culturels, psychologiques ; les modifications de comportement sont d'autant plus difficiles à obtenir qu'elles doivent s'inscrire sur le long terme ;
- les questions relatives à la sécurité alimentaire interfèrent avec celles de l'hygiène alimentaire ; elles mettent certes en valeur le lien qu'il peut y avoir entre l'alimentation et la santé, mais elles captent aussi les efforts de la puissance publique et l'attention des citoyens ;
- enfin, les quelques études, mentionnées par les spécialistes, ayant eu pour objet d'évaluer des politiques de prévention ( primaire, secondaire ou tertiaire) dans le domaine de la nutrition concluent à des résultats généralement décevants.

Les autorités françaises ont néanmoins souhaité se positionner nettement sur le sujet : la présidence française de l'Union européenne en 2000 s'était fixée la nutrition comme priorité. En 2001, le ministre chargé de la santé lançait, sur une durée de 5 ans, le

« programme national nutrition-santé » (PNNS), directement inspiré d'un rapport du haut comité de la santé publique (HCSP), avec un budget en faisant un des programmes les mieux dotés de tous ceux gérés par la direction générale de la santé (DGS). La France est le seul pays européen à avoir adopté un tel plan. Par ailleurs, les plans ou programmes français de santé publique par pathologies (diabète, maladies cardio-vasculaires, cancer) reprennent les volets de prévention primaire du PNNS en les complétant par des actions nutritionnelles en prévention secondaire et tertiaire.

## **2. Champ de la mission**

Le champ de la mission a été celui de “l’hygiène nutritionnelle”, au sens d’équilibre alimentaire corrélé avec le niveau d’activité physique. En revanche, la mission n’a pas eu vocation à s’intéresser aux comportements déséquilibrés, comme l’anorexie ou la boulimie, dès lors que le symptôme est nutritionnel mais le déterminant mental, ni à la sécurité alimentaire, car l’entrée de son étude s’est faite par les comportements et non par les produits (comportement à risque et non produit à risque).

Dans son champ, la mission a eu pour objectif d’évaluer dans quelle mesure, dans le cadre des politiques mises en œuvre, et en tenant compte de leur caractère récent :

- la hiérarchisation des objectifs est pertinente au regard de l’évolution des données sanitaires, et en termes de calendrier, moyens, importance stratégique, faisabilité ;
- les stratégies d’éducation et de prévention des troubles alimentaires sont adaptées, en termes de cibles, de messages, de modes d’intervention, à la réalité des pratiques sociales ;
- les professionnels possèdent la formation, la crédibilité et l’audience idoines ;
- les différents ministères, services et institutions participent à la prévention : efficacité des modalités retenues pour associer les différentes institutions concernées, réalité du travail en réseau, présence des acteurs extérieurs…

## **3. Méthodologie**

La mission a mené ses travaux en croisant deux approches :

- la première approche, classique, a consisté à partir des dispositifs institutionnels existants ou se mettant en place, et notamment du PNNS ; celui-ci constitue en effet un élément important, même s’il est prématûre de vouloir procéder à une évaluation puisqu’il couvre la période 2001-2005. De même que le thème auquel le PNNS se consacre, ses effets réels ne pourront être appréciés que sur la durée ;
- la seconde approche a privilégié les acteurs de « terrain » pour analyser avec eux les actions menées, ce qu’ils considèrent comme les facteurs de succès ou les freins en termes de mise en œuvre et d’impact auprès des populations visées.

La mission a choisi d'illustrer plus particulièrement un aspect des politiques de prévention par la nutrition : la prévention de l'obésité de l'enfant, en raison de la croissance rapide du problème et de son caractère très préoccupant. Le PNNS fixe en outre un objectif général de stabilisation de la prévalence de l'obésité infantile.

De nombreux acteurs ont été rencontrés par la mission<sup>1</sup> :

- au niveau national : représentants des ministères, agences et organismes impliqués dans le PNNS, experts scientifiques et médicaux, association de malades...
- au niveau local : services de l'Etat impliqués et coordonnés par les DRASS ; les visites sur le terrain ont également permis de rencontrer des représentants des collectivités territoriales ; enfin, la mission a pu approfondir auprès de leurs chefs de projet deux expérimentations très novatrices : Fleurbaix-Laventie Ville Santé et Val-de-Marne.

Par ailleurs, une très abondante bibliographie a été consultée : dossiers fournis par les représentants des institutions rencontrées, rapports de recherche, sites Internet nationaux et internationaux... Certains sont signalés dans le texte du rapport ou en note.

### **Réserve :**

Compte tenu de l'ampleur du champ dévolu à la mission, celle-ci ne prétend pas à l'exhaustivité, tant en ce qui concerne les acteurs rencontrés, aux niveaux national et local, que les thèmes traités. Il s'agit plutôt d'un point d'étape sur certains aspects, dans un domaine dense, très mouvant et encore largement à explorer.

## **4. Plan**

La mission a articulé son rapport en quatre parties :

- la première décrit le contexte de mise en œuvre des politiques nutritionnelles, politiques dont la pertinence doit encore être évaluée ;
- la deuxième analyse les conditions de mise en œuvre des programmes ministériels, au niveaux national et régional (objectifs, stratégies, moyens, premiers constats) ;
- la troisième partie s'attache à explorer la stratégie mise en œuvre "sur le terrain" sur le thème de la prévention, du dépistage et de la prise en charge de l'obésité de l'enfant ;
- enfin, la dernière partie formule des recommandations, à partir des constats effectués.

---

<sup>1</sup> Cf. liste des personnes rencontrées en annexe.

## 1. DES POLITIQUES COMPLEXES A CONCEVOIR ET METTRE EN ŒUVRE

Les obstacles à une politique de prévention par la nutrition ayant pour objectif d'influer sur les comportements sont importants, tant sur le plan de la conception que de la mise en œuvre. Malgré des incertitudes quant à la faisabilité, les enjeux légitiment une démarche publique.

### 1.1 Les difficultés de conception d'une politique nutritionnelle de santé publique

La conception d'une politique de santé publique suppose, en principe, de disposer au préalable de bases de références solides. C'est encore loin d'être le cas dans le domaine de la nutrition, ce qui s'explique par une prise de conscience récente, voire tardive. Dans un champ qui reste largement à investir, la définition d'objectifs apparaît particulièrement difficile.

#### 1.1.1 *Une prise de conscience récente et tardive sur un thème peu mobilisateur*

Plusieurs facteurs peuvent expliquer que la nutrition n'ait fait l'objet d'une politique publique que depuis peu. Encore faut-il rappeler que la France est le seul pays ayant choisi de se lancer dans une telle entreprise à l'échelon national.

D'abord, la prise de conscience de l'importance de ce déterminant de santé est récente, au moins hors des cercles restreints d'experts. Ainsi, le rapport, publié en septembre 1998, du Haut comité de la santé publique portant sur « La santé en France 1994-1998 » dresse une liste des déterminants de l'état de santé liés aux comportements individuels et à l'environnement social (alcool, tabac, toxicomanies, accidents de la circulation, comportements sexuels à risque), et à l'environnement physique et au travail ; l'alimentation et la sédentarité n'apparaissent pas dans cette liste. La DGS va se saisir de cette question à partir de 1998, en nommant un comité d'experts, et ce sans doute en raison de la conjonction de plusieurs éléments : outre un contexte général porteur (cf. crises liées aux problèmes de sécurité alimentaire, principe de précaution, cri d'alarme de l'OMS...), la conviction du directeur général de la santé - par ailleurs spécialiste des maladies cardio-vasculaires - et sa capacité à mobiliser les autorités politiques semblent avoir constitué un élément déclenchant important.

##### 1.1.1.1 *Une prise de conscience récente et tardive par les autorités*

Trois facteurs, au moins, peuvent expliquer cette prise de conscience récente et relativement tardive - au regard de la situation sanitaire - quant à l'opportunité d'une politique de santé publique dans le champ de la nutrition. Ces facteurs peuvent d'ailleurs se retrouver dans d'autres champs aujourd'hui (problèmes d'environnement...).

➤ Une carence du système national d'alerte et de surveillance sanitaires

L'alerte au niveau international a été donnée au début des années 1990 par l'OMS qui avait proposé les grandes lignes d'action d'une politique nutritionnelle de santé publique<sup>2</sup>. Nombre des axes développés par l'OMS se retrouvent d'ailleurs dans les stratégies actuelles du PNNS.

Néanmoins, les problèmes de sous-alimentation et de carences nutritionnelles ont dominé les débats mondiaux, y compris en France où le risque de dénutrition de populations défavorisées a été à l'origine d'études ayant finalement fait apparaître un risque d'obésité préoccupant. Au cours des années 1990, de grandes enquêtes ont été lancées en France (SU.VI.MAX<sup>3</sup>) sous l'angle élimination des « carences ».

L'absence de remontées d'enquêtes locales a occulté également l'épidémie d'obésité infantile. C'est à travers des enquêtes successives (1997 et 2000) promues par un laboratoire privé (enquêtes Obepi, Institut Roche-INSERM-SOFRES) que la montée de l'obésité en France a été clairement mise en évidence au niveau national. La DGS a cependant commandé en 1999 une étude à l'InVS sur les enfants de 7 à 10 ans, qui indique que 16% d'entre eux sont obèses en 2000.

Par rapport aux tendances observées dans d'autres pays, la France s'est sentie longtemps protégée par son art culinaire et par le "french paradox"<sup>4</sup> (taux relativement faible de maladies cardio-vasculaires, imputé aux effets bénéfiques de notre alimentation). Or, un certain nombre de pathologies chroniques ayant la nutrition parmi leurs déterminants (diabète de type 2, obésité, ostéoporose...) peuvent ne se manifester que sur le long terme.

➤ La nutrition est une discipline mal implantée et mal reconnue dans le système de soins

Les spécialistes des questions liées à la nutrition ne bénéficient que d'une faible visibilité et d'une faible reconnaissance dans le système français de soins, à la différence d'autres pays :

---

<sup>2</sup> En 1989, déclaration de Saint-Vincent sur le diabète ; en décembre 1992, l'Organisation des Nations Unies pour l'agriculture et l'alimentation (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) parrainent conjointement une Conférence internationale sur la nutrition (CIN) à Rome, dont les pays participants ratifient la Déclaration mondiale sur la nutrition et le Plan d'action sur la nutrition et conviennent de mettre au point un Plan d'action national sur la nutrition dans leur pays respectif. Les pays en voie de développement ne sont pas seuls concernés car l'OMS dénonce le fait que « des maladies chroniques non transmissibles liées à une alimentation excessive ou déséquilibrée sont une cause fréquente de décès prématurés dans les pays développés comme dans les pays en développement... » et défend un axe d'action : « Promouvoir des régimes alimentaires appropriés et des modes de vie sains ainsi qu'évaluer, analyser et surveiller la situation nutritionnelle ». Cf. en annexe des extraits plus détaillés.

<sup>3</sup> SU.VI.MAX : supplémentation en vitamines et en minéraux.

<sup>4</sup> Malgré les résultats de l'enquête « Monica » de l'OMS, qui mettait en évidence de fortes disparités régionales.

<sup>5</sup> Dans la suite du rapport, la mission qualifiera l'obésité de « pathologie » ; cette notion n'est pas stabilisée, les causes, les conséquences et les différents types d'obésité étant encore mal connus et mesurés. Néanmoins, la mission reprend le concept d'« épidémie d'obésité » de l'OMS.

- la nutrition est une discipline mal reconnue ; elle est à contre-courant des tendances développées par la médecine dite moderne et de pointe : utilisation de technologies sophistiquées, spécialisation des médecins par organes ;
- la diabétologie (qui comporte un volet nutritionnel important) ne fait pas l'objet d'une qualification ordinaire, en conséquence, le concours de praticien hospitalier n'individualise pas cette spécialité au sein de la discipline "médecine" ;
- les décomptes d'activité - PMSI - comme la prise en charge en ville valorisent mal la diététique et la prévention ;
- le diabète et l'obésité sont des maladies chroniques, qui ne se guérissent pas ; peu d'obèses retrouvent un poids « normal » sur une longue période, même s'il y a des amaigrissements temporaires ; les traitements réalistes ont des objectifs relatifs, en ce sens qu'ils visent plutôt la stabilisation ou la non aggravation ; les médecins traitent donc surtout les complications. C'est une médecine aux résultats peu spectaculaires et peu valorisants pour les praticiens, dans un système de soins peu adapté à la prise en charge des maladies chroniques ;
- la nutrition est une discipline aux limites du sociétal, nécessitant des approches dépassant le seul champ strictement médical. Là encore, elle est à contre-courant des modes d'exercice, en ville mais aussi à l'hôpital.

➤ Les enjeux de la nutrition dépassent largement les compétences du seul ministère de la santé

Le délai à mettre en place une politique de santé publique peut aussi s'expliquer par la difficulté à aborder un champ apparaissant en partie du ressort du ministère chargé de l'agriculture. On peut noter que la déclaration OMS citée était commune OMS/FAO, que les principaux organismes de recherche en France sont l'INSERM et l'INRA. D'ailleurs un certain nombre de questions a été effectivement abordé dans le champ du ministère de l'agriculture (cf. avis du Conseil national de l'alimentation -CNA-, travaux des Etats généraux de l'alimentation).

S'intéresser à la nutrition, c'est donc aussi s'interroger sur le rôle de l'offre, de la production agricole, des industries du secteur agro-alimentaire, puissantes et dont les intérêts ne sont pas nécessairement convergents avec ceux de la santé publique.

Au-delà du ministère de l'agriculture, nombre d'autres institutions sont également susceptibles de jouer un rôle dans la mise en œuvre d'une politique de santé publique de prévention par la nutrition : soit au titre de pouvoirs concernant l'offre (concurrence et consommation, Europe, secteur des média...), soit au titre de leur présence dans la vie quotidienne du citoyen (système éducatif, associatif, sportif, petite enfance, loisirs, aménagement urbain...).

#### *1.1.1.2 Un thème encore peu mobilisateur dans la population*

De surcroît, la pression de la population est faible : seule la sous-nutrition - via des ONG ou organisations humanitaires (Restos du cœur) - ou les questions de sécurité alimentaire mobilisent fortement l'opinion suite aux nombreux problèmes des années récentes (veau aux hormones, vache folle...). Les problèmes de sécurité alimentaire qui ont marqué les années 1990 ont cependant eu un impact complexe : ils ont sans doute permis de prendre conscience que les produits alimentaires proposés sur le marché pouvaient ne pas être bons pour la santé.

Si la thématique de la « malbouffe » émerge, les préoccupations semblent plus souvent liées à des aspects de sécurité (OGM) et culturels (contre l'uniformisation, pour la préservation de l'identité) que sanitaires. L'opinion est en effet généralement plutôt favorable à la création d'une offre alimentaire supplémentaire ; par exemple l'installation de distributeurs de produits sucrés, de chips, de sodas...dans des lieux publics (écoles, quais de gare...) est perçue comme une avancée positive.

Quant aux personnes atteintes de maladies chroniques, elles sont souvent dans une situation de « déni » de leur maladie (cf. les faibles taux d'observance), culpabilisent (obèses) et s'isolent.

La prise de conscience des conséquences de la sédentarité semble encore plus lente et, sauf sous l'angle particulier du sport, souvent encore assimilé 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 (violence, qui a d'ailleurs fait l'objet d'un rapport récent au ministre de la culture) 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.

Le succès des régimes amaigrissants ou celui, auprès des mères de famille, des produits alléguant, indirectement, de nombreux bienfaits pour la santé et le développement harmonieux des enfants (comme « renforcé en calcium », « donne plus d'énergie et de vitalité ») conduisent cependant à estimer qu'existe une demande latente, non formulée, d'informations sur la nutrition et ses effets sur la santé. Le succès du guide alimentaire « La santé vient en mangeant » diffusé en septembre 2002 en serait un autre signe.

En définitive, il semble que la convergence des résultats des enquêtes effectuées par les chercheurs et des constats des praticiens hospitaliers (diabétologues, cardiologues, spécialistes de l'obésité) ait induit une prise de conscience. Dans le domaine du diabète, l'organisation d'un « suivi » de la déclaration de Saint-Vincent a favorisé cette prise de conscience.

### ***1.1.2 Des objectifs difficiles à déterminer***

#### ***1.1.2.1 Des connaissances incomplètes et mouvantes***

- Si les connaissances fondamentales progressent, de nombreuses questions restent sans réponse

Depuis quelques années, des expertises collectives françaises ont été réalisées dans le champ de la nutrition - expertises collectives de l'INSERM sur des thématiques ciblées, rapports du Haut comité de la santé publique - avec le souci, d'une part, de mettre en évidence le niveau de preuve scientifique, d'autre part, de fournir des recommandations aux décideurs.

De fait, la mise en place d'une politique nutritionnelle suppose l'articulation d'une chaîne complexe de connaissances : liens entre pathologies et facteurs de risque, liens

entre facteurs de risque et nutriments, entre nutriments et aliments, entre aliments et comportements alimentaires.

- Le lien entre nutrition, facteurs de risque et pathologies

S'appuyant notamment sur le travail d'un groupe d'experts mis en place par la DGS, un rapport du Haut comité de la santé publique<sup>6</sup> a établi en 2000 un bilan des connaissances quant aux liens entre pathologies, facteurs de risque et nutrition.

Le rapport du Haut comité estime que les pathologies constituant des enjeux majeurs de santé publique en France (certains cancers, maladies cardio-vasculaires, obésité, diabète, ostéoporose) ont, parmi leurs déterminants, un déterminant nutritionnel. Le Haut comité signale toutefois que la part de ce déterminant est mal connue, de nombreux autres facteurs entrant en ligne de compte (en particulier facteurs génétiques, alcoolisme, tabac...).

Le Haut comité analyse les effets des nutriments en termes de risques comme d'effets potentiellement protecteurs. Par exemple, en ce qui concerne le lien entre l'alimentation et le cancer, il considère que l'effet protecteur des fruits et légumes sur la plupart des cancers (notamment des voies aérodigestives supérieures) est certain, mais les mécanismes protecteurs et le type de fruits et de légumes protecteurs sont mal connus. La recommandation qui en découle est de manger des fruits et légumes variés. Le Haut comité considère aussi que les études sur la viande, le poisson et le sel ne sont pas concluantes, mais que, par précaution, il faudrait limiter la consommation de viandes rouges et de sel. Il y a donc, selon l'état des connaissances, plusieurs niveaux de recommandations.

Le Haut comité indique également qu'il n'existe pas de carences nutritionnelles établies au sein de la population générale. Il existe cependant des déficiences ou des risques de carence dans des populations spécifiques (femmes enceintes, personnes âgées...).

- Le lien entre nutriments et aliments

La première difficulté d'une transposition pratique des préconisations tient à ce que les individus n'absorbent pas directement des nutriments (glucides, lipides, protéines, vitamines, calcium, fer, etc) mais des aliments.

En outre, les besoins individuels diffèrent selon les personnes.

Plusieurs types d'outils doivent donc être élaborés et mis à jour :

- des tables de correspondance nutriments/aliments ;
- des « apports nutritionnels conseillés » ; ceux-ci fournissent une indication très globale de ce qui est conseillé à chacun puisqu'en suivant ces conseils, 97% de la population couvre ses besoins. Cependant, comme l'indiquait un nutritionniste à la mission, « on n'est pas des moyennes ».

---

<sup>6</sup> « Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et propositions », éditions ENSP, septembre 2000.

- Les consommations alimentaires, l'exercice physique, les données pathologiques sont mal cernés

Les perceptions et attitudes des consommateurs sont appréhendées notamment par le « baromètre santé » de l'INPES. Ces connaissances sont un préalable à l'infexion des comportements.

Ces études doivent néanmoins être complétées par des travaux sur les comportements alimentaires, telle l'étude INCA de l'observatoire des comportements alimentaires (aujourd'hui rattaché à l'AFSSA). Les différences régionales, les inégalités commencent à être mieux connues. Il existe plusieurs “France”, celle du « beurre » et celle de « l'huile ». Les modes de consommation diffèrent non seulement selon les zones géographiques, selon le type d'habitat urbain ou rural, mais aussi selon le statut socio-économique, le niveau d'éducation... Néanmoins, il reste beaucoup d'incertitudes sur les déterminants des comportements (contraintes externes, coût, culture...). De ce point de vue, le faible nombre d'équipes de sociologues travaillant en France sur ce type de sujets est un handicap.

Les données relatives à l'exercice physique sont encore plus lacunaires, compte tenu de la difficulté à effectuer des mesures exactes de l'intensité physique (par exemple, nécessité d'utiliser un podomètre). Certaines études recourent donc à des indicateurs externes, tels que le taux d'équipement en automobiles ou le nombre d'heures passées devant la télévision.

Les études épidémiologiques commencent à se développer (SU.VI.MAX déjà citée, enquêtes dans les écoles) mais le cadre méthodologique n'est pas toujours homogène, l'évolution des définitions et des critères rend les perspectives dans le temps difficiles à établir (obésité infantile, diabète), enfin les mesures dépendent de l'efficacité des dépistages.

Le croisement entre l'ensemble des études soulève par ailleurs quelques paradoxes au regard de l'augmentation des pathologies liées à l'obésité : en particulier, l'offre alimentaire est plus variée qu'autrefois et la consommation énergétique diminue, ce qui, *a priori*, est plutôt positif. L'augmentation des pathologies liées à l'obésité serait alors due à une baisse encore plus forte de la dépense énergétique.

Les comportements, tant des praticiens que des patients en prévention secondaire et tertiaire, commencent aussi à être analysés : plusieurs études montrent que les traitements ne respectent pas toujours les recommandations de bonnes pratiques. Au-delà des prescriptions, il convient également de souligner les problèmes liés aux difficultés d'observance thérapeutique.

- Les stratégies d'autres pays en matière de prévention par la nutrition ne sont pas toujours transposables

Les expériences étrangères, limitées, restent mal connues. Si, dans quelques cas rares, des conclusions semblent pouvoir être formulées notamment quant à la méthode<sup>7</sup>, la

<sup>7</sup> Cf. rapport de la mission IGAS « Prévention sanitaire, comparaisons internationales », extraits consacrés à la nutrition en annexe.

transposabilité n'est pas aisée. Les modes d'organisation et de fonctionnement (système sanitaire et social, rôle des collectivités locales, répartition des rôles entre le corps médical et les para-médicaux...) sont loin d'être neutres. A ces obstacles s'ajoutent le caractère fortement culturel du mode d'alimentation ainsi que les différences de l'offre alimentaire (type de fruits et légumes disponibles...). Au demeurant, les difficultés d'évaluation sont telles que les conclusions ne peuvent être que prudentes.

#### *1.1.2.2 La définition d'objectifs pose la question complexe des "normes" que se fixe la société*

Le rôle de la nutrition dans la prévention de certaines maladies met en évidence les paradoxes et les questions difficiles de la santé publique. Ceux-ci sont sans doute particulièrement prégnants quand il s'agit de comportements, ne constituant qu'une partie du risque et ne portant préjudice direct qu'à la personne elle-même.

Qui est « malade » ? Le professeur Joël Ménard<sup>8</sup> prend l'exemple des maladies cardio-vasculaires et souligne que « plus on a soigné les hyper-tendus, plus ils ont été nombreux ». L'amélioration du dépistage, la modification de la norme de prise en charge du risque ont conduit à l'augmentation du nombre de « malades » ; ce faisant, la mortalité par maladies cardio-vasculaires recule.

Sur un plan plus général, qui doit être éduqué, dépisté, soigné ? Des arbitrages financiers éventuels devraient en découler. La fixation de la « norme » n'est pas neutre pour la société, sur de nombreux plans : économiques, éthiques, affichage... La question de la qualification de l'obésité est centrale dans ce type de réflexion : s'agit-il d'un facteur de risque, d'une pathologie, est-il prématûr de qualifier cet état ? L'identification d'une pathologie par les politiques publiques a un impact fort et, en abaissant et donc en durcissant la norme, augmente le niveau d'exigence de « normalité ».

Comment s'articulent le point de vue de la société et celui de l'individu ? Quels arbitrages établir entre les visées sanitaires et/ou le coût potentiel de prise en charge des pathologies et les contraintes, les inquiétudes nées de l'identification pour un individu que, par son comportement, ou par son acquis génétique, il est porteur de certains risques. Quel « coût » en termes de bien être ? Si la réponse peut sembler relativement simple pour certaines pathologies (virales par exemple), elle est moins évidente quand le comportement est facteur de risque pour soi et a de multiples causes.

## **1.2 Comment agir ? Les problèmes de mise en œuvre d'une politique nutritionnelle de santé publique**

### ***1.2.1 Difficultés éthiques***

Les difficultés éthiques concernent notamment les personnes cibles et les messages sur un déterminant à caractère « social ». Elles renvoient aux interrogations sur la notion de « norme » : à quel moment estime-t-on pouvoir ou devoir intervenir, sachant que même

---

<sup>8</sup> Actes du colloque du 8 novembre 2001 sur « Le rôle majeur de la nutrition dans la prévention des cancers, des maladies cardio-vasculaires et de l'obésité », Rencontres parlementaires Santé-société-entreprise ; actes publiés par Altedia santé.

si les connaissances scientifiques évoluent ensuite, il y a une sorte d'effet de « non retour » en arrière ; ne risque-t-on pas de stigmatiser davantage ?

De plus, dans certains cas comme l'obésité, les difficultés chroniques, les effets « yoyo » sont fréquents et les « guérisons » sont rares. Il faut donc faire passer un message, et notamment celui de la perspective d'une amélioration seulement relative sans trop perturber par ailleurs. Ce type de message peut-il être dispensé à tous ?

Une difficulté supplémentaire vient de ce que, dans le cas de l'obésité, une amélioration semble d'autant plus probable que l'intervention peut se faire à un stade précoce (en âge et en gravité). Face à ces questions, les praticiens eux-mêmes se déclarent souvent démunis, avec la crainte sous-jacente, dans le cas d'une adolescente par exemple, de la conduire, par réaction, à un comportement inverse, de type anorexique.

Plus on s'adresse aux personnes tôt, plus on les fait rentrer dans la catégorie des « malades », avec tous les risques que cela génère (stigmatisation, anxiété). Et pourtant, il faut agir tôt (prévention secondaire).

Dans un contexte où se met en place un droit des malades, il est donc difficile de trouver des messages clairs et efficaces, ne créant pas plus de désordres que ceux qu'ils sont censés corriger.

Enfin, l'alimentation comporte des connotations culturelles et religieuses qu'il faut pouvoir aborder et prendre en compte.

### ***1.2.2 Difficultés pratiques de définition de stratégies et d'évaluation***

Des controverses ont eu lieu sur l'efficacité des politiques de prévention primaire destinées à modifier des comportements, notamment dans le domaine nutritionnel<sup>9</sup>. Nombre d'arguments peuvent en effet alimenter les interrogations : recul généralement faible des études, compétence et légitimité des acteurs pas toujours établies, méthodes et outils insuffisants... Quant à l'efficacité, il s'agit d'une notion relative : au regard des objectifs qui ont été fixés, des stratégies mises en œuvre...

Mettre en place une politique de prévention par la nutrition suppose donc de surmonter nombre de difficultés. Sans être exhaustif, celles-ci concernent notamment la méthode, la surveillance et l'évaluation :

#### ➤ Les difficultés de méthode

Viser le changement de comportement (et non le changement d'environnement) nécessite :

- une adhésion des personnes, sur le long terme. Or la peur, la contrainte sont des moteurs peu efficaces sur le long terme. Il faut donc trouver un autre stimulant : le plaisir ?

---

<sup>9</sup> Cf. notamment l'étude et les exemples cités par le PRS « maladies cardio-vasculaires » du Nord-Pas-de-Calais.

- la capacité de la personne à changer : or, l'alimentation est un déterminant de santé qui a lui-même des déterminants. Il est en tout cas avéré que si la connaissance est importante, elle n'est, seule, pas suffisante au regard d'autres facteurs : disponibilité alimentaire (par exemple, dans certaines zones géographiques, les disponibilités en crudités peuvent être restreintes ou guère incitatives), économiques (les calories bon marché emplissent les caddies), culturels (savoir faire la cuisine n'est plus une compétence forcément très utile, compte tenu de l'offre abondante et du mode de vie ; d'ailleurs, cette compétence régresse). Viser le changement de comportement sur le long terme nécessite donc d'agir sur de nombreux paramètres à la fois. Dans certains cas, des paramètres personnels entrent en ligne de compte : dépendance (alcoolisme), troubles psychologiques (dépression) ;
- de faire émerger un message clair, lisible, dans la multitude de messages contradictoires diffusés. En outre, le discours public (et médical) a sans doute tendance à perdre sa légitimité et sa crédibilité (démocratisation du savoir, « affaires » des années récentes : transfusion sanguine, maladie de la vache folle ou de Creutzfeld Jacob...).

➤ Les difficultés de la surveillance et de l'évaluation

- les sociologues ont mis en évidence, lors d'études de comportement, des décalages entre la consommation réelle des individus et la perception qu'ils en ont ; la consommation alimentaire est plus difficile à mesurer que celle de tabac ou d'alcool ;
- le lien entre aliments et nutriments est difficile à établir ; de plus, beaucoup de plats ne sont plus préparés par celui qui consomme (par exemple, que contient précisément le sandwich mangé ?) ;
- le métabolisme, les facteurs génétiques, l'activité physique, la chronobiologie (rythme des prises alimentaires) sont d'autres éléments qui interviennent.

La surveillance et l'évaluation ne prennent de sens que sur le long terme, de même que l'obésité ne résulte généralement pas d'un comportement récent mais d'habitudes enracinées sur des années.

### **1.3 Malgré les difficultés, une politique publique de prévention par la nutrition est justifiée**

#### ***1.3.1 Un enjeu sanitaire lié à la progression de l'obésité et du diabète***

Comme il a été indiqué, la nutrition est un déterminant de santé qui dépend, en partie, des personnes concernées. On ne dispose pas encore de toutes les connaissances permettant d'en mesurer l'importance au plan individuel, les questions génétiques et de métabolisme restant encore mal cernées et d'ailleurs susceptibles de poser, au niveau individuel, des problèmes éthiques.

De nombreuses maladies<sup>10</sup> ont un paramètre nutritionnel, comme possible facteur protecteur ou comme facteur de risque. On peut résumer en disant que l'influence de l'alimentation a été prouvée sur toutes les maladies favorisées par l'obésité, comme le diabète, l'hypertension ou l'arthrose, mais aussi sur certains cancers, sur l'ostéoporose et, indiscutablement, sur les troubles cardiovasculaires. L'obésité est donc un indicateur sanitaire de première importance.

Or, si la situation actuelle dénote une amélioration relative pour certaines pathologies (maladies cardio-vasculaires, certains cancers...), elle se dégrade en amont (obésité), ce qui laisse présager une augmentation des risques sanitaires à moyen terme. D'ores et déjà, le nombre de diabétiques de type 2 enregistre une progression très forte.

En prévention secondaire, des études épidémiologiques ont par ailleurs montré l'intérêt d'un changement des habitudes alimentaires dans le domaine du diabète pour retarder la survenue des complications<sup>11</sup>.

### **1.3.2 *Un enjeu économique confirmé en prévention secondaire ou tertiaire***

En prévention primaire, l'enjeu macroéconomique de la politique nutritionnelle est mal cerné : en effet, il s'agit d'actualiser à la période contemporaine l'impact d'effets à long terme d'une politique de prévention : or, la prévention ciblée sur les enfants peut n'avoir des effets bénéfiques que dans 50 ans, par exemple en évitant l'ostéoporose ! Les difficultés de méthode sont donc importantes, ce d'autant que les paramètres considérés comme pertinents aujourd'hui peuvent l'être moins à terme. C'est dire aussi que, faute de chiffrage aisés, la stratégie consistant à minimiser, aujourd'hui, les dépenses de prévention primaire pour un gain lointain peut présenter de nombreux attraits.

Il existe néanmoins des estimations selon lesquelles les coûts directs engendrés par une nutrition inadéquate représenteraient plus de 5 % du total des dépenses de santé dans les pays industrialisés (Kohlmeier et al., 1993).

---

<sup>10</sup> Source : site internet DGS : Les maladies cardiovasculaires sont aujourd'hui la 1<sup>re</sup> cause de mortalité en France (32 % des décès), à l'origine de près de 170.000 décès chaque année. Les tumeurs malignes représentent 29 % de l'ensemble des décès chez l'homme et 23 % chez la femme. Le nombre de nouveaux cas est estimé 240.000 par an. L'obésité concerne 7 à 10 % des adultes et 10 à 12,5 % des enfants de 5 à 12 ans. En France, sa fréquence augmente, chez les enfants, de façon inquiétante depuis quelques années. L'ostéoporose, qui entraîne une fragilité osseuse exposant les patients à un risque de fractures (en particulier du col du fémur) concerne 10 % des femmes à 50 ans, 20 % à 60 ans et 40 % à 75 ans. La prévalence du diabète, tous âges confondus, est estimée à 2-2,5 % de la population générale.

Près d'un adulte sur 5 présente une cholestérolémie supérieure à 2,50 g/l. Dans environ une grossesse sur 1.000, le fœtus présente un défaut de fermeture du tube neural (le plus souvent lié à un déficit en acide folique). La fréquence de la carence en fer est d'environ 29% chez les enfants de 6 mois à 2 ans ; de 14% chez les 2-6 ans et de 6% chez les 6-10 ans. Elle atteint aussi 15% des adolescentes et environ les deux tiers des femmes en fin de grossesse, une anémie survenant chez plus de 10% d'entre elles. La dénutrition touche environ 4% des personnes âgées vivant à domicile et 30 à 60% des personnes âgées hospitalisées. L'anorexie, pathologie d'origine essentiellement psychologique qui conduit à une dénutrition sévère, atteint environ 1,3% des adolescentes âgées de 15 à 20 ans. L'alcoolisme, qui n'est pas à proprement parler une maladie nutritionnelle, est responsable de 35.000 décès par an et représente 3,3% des décès chez les hommes et 1,4% chez les femmes.

<sup>11</sup> Etude britannique UKPDS sur une cohorte de diabétiques de type 2.

En prévention secondaire ou tertiaire, il peut être fait état de deux travaux, mentionnés dans un document établi par MM. Basdevant et Czernichow<sup>12</sup>. La première étude (Levy et al.) a établi le montant des coûts directs de l'obésité et des maladies associées en France en 1992 : 32,06 milliards de francs pour les soins ambulatoires et 34,09 milliards de francs pour l'hôpital (soit environ 10 milliards €). Ces coûts directs sont composés à parts égales de soins ambulatoires et hospitaliers, mais la structure des dépenses diffère : les dépenses hospitalières sont principalement liées aux pathologies vasculaires et aux cancers (surtout colo-rectal et génito-urinaire). L'hypertension artérielle, le diabète de type 2, les dyslipidémies pèsent principalement sur les soins ambulatoires (65% de dépenses liées aux médicaments, 25% aux honoraires des médecins, 10% aux examens de laboratoires).

La seconde étude citée (Detournay et al.)<sup>13</sup> aboutit à attribuer aux coûts directs de l'obésité un total de 0,64 milliard € soit 0,7% des dépenses de santé.

Enfin, une revue<sup>14</sup> de la récente littérature internationale, sur la période 1990 à 2001, permet d'établir le tableau suivant :

Tableau : Estimations de l'impact économique de l'obésité (% relatif des dépenses de santé) dans différents pays, suivant l'année estimée et l'IMC.

Auteurs	Année	Pays	IMC	% dépenses de santé
Lévy	1992	France	> ou = 27	2%
Wolf	1995	USA	> ou = 29	5,70%
Colditz	1995	USA	> ou = 30	7%
Swinburn	1991	Nelle Zélande	> ou = 30	2,50%
Birmingham	1997	Canada	> ou = 30	2,40%
Pereira	1996	Portugal	> ou = 30	3,50%

S'agissant du diabète, le rapport du Haut comité de la santé publique sur cette pathologie (1998) soulignait que le rapprochement des coûts et des avantages n'avait pas été effectué en France dans des études méthodologiquement contrôlées alors que c'est le cas dans certains pays étrangers<sup>15</sup>. Le HCSP concluait : « au total, l'insuffisance flagrante en France de recherches économiques autour du diabète représente un

<sup>12</sup> Université de Paris VI, Service de nutrition, Hôtel-Dieu, Paris : « Conséquences médico-économiques de l'obésité ».

<sup>13</sup> Etude basée sur des extrapolations de données de l'enquête sur la santé et les soins médicaux réalisés par l'INSEE et le CREDES en 1991-1992.

<sup>14</sup> Source : document précité de A. Basdevant et S. Czernichow.

<sup>15</sup> « Dans le cas du DNID, les programmes de formation et de sensibilisation ont particulièrement été étudiés en Allemagne. Un programme d'information sur la maladie et les bases d'un régime hypocalorique ainsi qu'un programme d'éducation des médecins généralistes aux risques de complications ont abouti en un an à une réduction de 50 % des prescriptions d'antidiabétiques oraux. Des analyses plus fines ont montré que le coût d'un programme de formation des médecins est intégralement compensé, en moins d'un an, par la diminution de la consommation d'antidiabétiques oraux.

Aux États-Unis, les évaluations des centres de formation et de traitement des diabétiques ont montré l'importance des bénéfices économiques retirés en terme de réduction des comas et des amputations, ainsi que de réduction de la consommation d'insuline et d'antidiabétiques oraux. Les stratégies recourant à l'éducation dégagent un ratio coût-efficacité favorable.

Selon Assal, citant Bartlett, une revue des études coût-efficacité des actions d'éducation du patient montre qu'un dollar investi dans ce type d'action entraîne entre trois et quatre dollars d'économie ».

handicap important pour l'émergence d'une politique de santé efficace concernant cette pathologie »<sup>16</sup>.

### 1.3.3 *Une faisabilité globale non établie, mais des facteurs favorables*

La faisabilité est liée à la possibilité d'agir sur les consommations alimentaires (ou les dépenses énergétiques), soit dans le cadre d'un choix volontaire du consommateur, soit dans le cadre d'un choix « involontaire », par une action sur l'offre alimentaire, destinée à contrebalancer les contraintes externes (coût, diversité de l'offre permettant un vrai choix...).

Certaines enquêtes illustrent les difficultés d'agir. Par exemple, l'enquête Euroaspire menée dans un cadre européen (Institute of European food studies, 1996) indiquait les obstacles à une alimentation saine invoqués par les Français : horaires de travail irréguliers (23%) et journées chargées (19%), renonciation aux aliments favoris (36%), manque de volonté (21%), prix (19%). Ces indications montrent bien les limites d'une démarche de santé publique volontariste en matière de nutrition.

Celle-ci, comme indiqué *supra*, est à la croisée de nombreuses autres politiques (ville, aménagement urbain, agricole...). La nécessaire approche globale suppose la mobilisation de nombreux acteurs, y compris à un niveau qui dépasse le contexte national (cadre européen).

Néanmoins, plusieurs facteurs peuvent favoriser l'élaboration et la conduite de politiques nutritionnelles de santé publique :

- il existe un consensus scientifique sur un certain nombre de données concernant le lien entre l'alimentation et la santé ; ce consensus semble bien documenté alors que par le passé, il y a eu des revirements, par exemple sur les méfaits de la consommation de pain...
- les travaux relatifs aux aspects génétiques, pour l'obésité notamment, peuvent, en partie, contribuer à la « déstigmatiser » et à aborder plus franchement la question ;

---

<sup>16</sup> « Ainsi, concernant les actions effectuées dans la lignée de la déclaration de Saint-Vincent, les coûts engagés eux-mêmes sont fort mal connus, et l'on ne dispose que de données partielles. L'éducation des patients peut par exemple coûter 900 F par an (1994) et par patient dans un centre comme le CETRADIMN du centre hospitalier de Roubaix (budget de 900.000 F/an pour 900 à 1.100 patients suivis annuellement) ; dix fois plus pour l'association AJD, qui dispose d'un budget de 12 millions de francs pour 8.900 enfants suivis (mais il s'agit de patients atteints de diabète insulino-dépendant), ou en moyenne 250 F par patient pour la Maison du diabète de Marcq-en-Baroeul, qui dispose de deux salariés, d'une documentaliste et de 14 bénévoles, et a accueilli, en 7 ans, 7.000 diabétiques avec un budget de fonctionnement annuel de 250.000 F. Ces évaluations recouvrent des réalités très disparates du point de vue de la durée et de l'ampleur de la formation, de l'importance du recours au bénévolat, ou du degré de la participation financière des patients. Ces coûts doivent en outre être augmentés de ceux de la formation des formateurs, qui connaissent les mêmes différences.

L'évaluation des résultats des actions ainsi menées connaît elle aussi de graves lacunes. L'une des évaluations entreprises, le bilan du CETRADIMN, montre néanmoins, après dix ans de fonctionnement, que, comparée avec des structures hospitalières de même recrutement mais ne comportant pas de centre d'éducation et de traitement en alternative à l'hospitalisation, cette structure réduit sensiblement le nombre de journées d'hospitalisation classique. Entre 1992 et 1994, on a constaté dans les services concernés du centre hospitalier de Roubaix, une baisse de 28,6 % du nombre de journées d'hospitalisation ».

<sup>17</sup> « Evaluation des économies potentielles à 10 ans suite à la mise en œuvre des recommandations dans le diabète de type II » étude URCAM Ile de France-CRESGE (Université catholique de Lille), 2002.

- la mise en place des agences et établissements du secteur sanitaire (AFFSA, InVS...) à la fin des années 1990 fournit des outils et notamment la possibilité de mobiliser plus facilement des capacités d'expertise ;
- la prise de conscience de la population sur les liens entre l'alimentaire et le sanitaire, à la suite des débats médiatisés concernant la sécurité alimentaire, permet de légitimer l'intervention des pouvoirs publics sur une sphère considérée comme « privée ». Sur certains points, comme l'étiquetage, les questions de sécurité alimentaire peuvent servir de vecteur à une réflexion sur les questions de qualité nutritionnelle.

En outre, en prévention primaire, les politiques peuvent s'adresser sans danger à la population générale ; un certain nombre de recommandations relatives à la prévention des pathologies sont cohérentes entre elles et, sauf cas très particuliers, pertinentes quelle que soit la situation individuelle : par exemple incitation à la consommation de fruits et légumes, à l'allaitement maternel, à l'activité physique modérée...

#### ***1.3.4 La légitimité d'une démarche publique***

Malgré les difficultés de conception et de mise en œuvre, une démarche publique coordonnée par l'Etat apparaît donc légitime, et pouvoir se fonder sur plusieurs éléments :

- Si les maladies cardio-vasculaires tendent à régresser, si des traitements sont progressivement découverts, les évolutions « naturelles » des modes de vie, et des comportements ne laissent pas d'être inquiétantes ;
- La fréquence et la gravité de la situation sont avérées même si l'efficacité des outils d'intervention l'est moins. Mais le mouvement se trouve aussi en marchant ;
- Certains acteurs se sont emparés de la question avant l'intervention de l'Etat (PNNS), ce qui a pu conduire à une certaine « anarchie » (des associations plus ou moins sérieuses se sont créées pour lutter contre le surpoids et l'obésité ...). L'offre d'information et de prise en charge n'était pas organisée ; les actions elles-mêmes étaient ponctuelles, éparpillées, non quantifiées, généralement pas évaluées ;
- La prévention, « globale », passe par de multiples canaux qu'il faut pouvoir articuler et coordonner ;
- Enfin, de nombreux acteurs attendent une lisibilité de l'action publique : les producteurs eux-mêmes seraient plus à même d'élaborer une stratégie en connaissant les orientations des pouvoirs publics.

L'ensemble de ces éléments constitue la toile de fond, le contexte dans lequel s'est inscrit la décision d'adopter le programme national de santé publique de prévention par la nutrition, le PNNS.

## 2. DES POLITIQUES PORTEES SURTOUT PAR LE PNNS, QUI IMPULSE UNE REELLE DYNAMIQUE MAIS RENCONTRE DES LIMITES

### 2.1 Une politique volontariste portée par le PNNS, mais des obstacles : les moyens, l'interministérialité.

Au niveau national, les instances politiques ont décidé d'inscrire la nutrition comme une priorité de la présidence française de l'Union européenne du 2ème semestre 2000. Le docteur Ménard, alors directeur général de la santé, expliquait en avril 1999 à la conférence nationale de santé cette décision par des raisons à la fois de promotion de la santé « à la française » et de prévention des évolutions sanitaires défavorables<sup>18</sup>.

Dans le prolongement de cette volonté politique, plusieurs programmes de santé publique préparés par la DGS ont ainsi inclus un volet nutritionnel :

- premier chronologiquement, le « programme national de lutte contre le cancer, 2000-2005 » annoncé le 1er février 2000 fixait comme priorité la lutte contre le tabac et l'alcool, tout en prévoyant des actions en 2000 dans le domaine de la nutrition, actions qui ont été ensuite reprises dans le cadre du programme national nutrition santé<sup>19</sup> ;

---

<sup>18</sup> « Notre pays intéresse les autres pays européens en raison du « paradoxe français ». Notre alimentation est sans doute l'un des facteurs importants expliquant pourquoi les maladies cardiovasculaires sont moins fréquentes en France que dans les pays nordiques ou anglo-saxons. Une autre raison est que l'on observe de plus en plus souvent un problème de mauvaise nutrition dans les situations de précarité, à tous les âges. La mauvaise nutrition du 21ème siècle remplace ainsi les malnutritions du 19<sup>ème</sup>. Le thème de la nutrition va donc être porté par la France au niveau européen en s'appuyant sur les travaux faits par l'université de Crète, auxquels les professionnels français participent. Nous avons à notre disposition deux études de cohortes, qui vont dans les quelques années qui viennent, donner des renseignements très intéressants. D'une part, Suvimax est mené en France avec 13.000 personnes volontaires par le docteur Hercberg et d'autre part une étude européenne de 340.000 personnes, appelée EPIC, est coordonnée par le centre international de recherche sur le cancer de Lyon. Le champ de la santé publique est donc aujourd'hui élargi à ... l'état nutritionnel de la population ».

<sup>19</sup> Extrait du « programme cancer » : « objectif n°1 (prévention) : nutrition et cancer.

Contexte : Les liens entre la survenue de cancers et les comportements alimentaires sont mal connus. On estime que près de 30 % de cancers seraient en partie favorisés par les comportements alimentaires (cancer du côlon, cancer de l'œsophage).

Objectif : réduire l'incidence des cancers par des comportements nutritionnels et un mode de vie appropriés.

Situation actuelle : La mortalité, l'incidence des cancers et leurs liens avec les comportements alimentaires sont observés depuis 1993 par diverses enquêtes nationales et européennes.

Mesures nouvelles : Développer la surveillance de l'état nutritionnel de la population française par la mise en place au sein de l'InVS d'une unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle. Favoriser la recherche sociologique en matière de nutrition. Renforcer l'information et l'éducation nutritionnelles. Promouvoir la prévention pour les personnes issues de familles à risques. Améliorer le niveau de connaissance et l'information des professionnels : médecins généralistes, éducation nationale, animateurs socio - culturels et sportifs. La nutrition est proposée par la France comme un des axes de santé prioritaires pour la présidence européenne (deuxième semestre 2000).

Moyens : Dès 2000 : 1,1 MF : unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle au sein de l'InVS, campagnes d'information et d'éducation ciblées (campagnes du CFES), financées par le FNPEIS. 5 MF, AFSSA : observation des consommations alimentaires et évaluation de leurs incidences sanitaires ».

Les travaux en cours (début 2003) préparant le plan national cancer soulignent également l'importance de la prévention par la nutrition.

- le programme pivot est le « programme national nutrition santé (PNNS), 2001-2005», annoncé par le Premier ministre à l'issue des Etats généraux de l'alimentation en décembre 2000, et présenté par le ministre chargé de la santé en janvier 2001 ;
- le « programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2, 2002-2005 » présenté le 9 novembre 2001 et le « programme national de réduction des risques cardio-vasculaires, 2002-2005 », annoncé le 5 février 2002, renvoient au PNNS pour les aspects de prévention primaire ; ils rappellent l'existence de mesures visant à diminuer l'obésité et prévoient des mesures complémentaires relatives à l'offre alimentaire (diminution de la consommation de sel en France de 20% sur 5 ans) et à la promotion de l'éducation thérapeutique.

Sur la base de ces programmes, les stratégies mises en place au plan national visent à impulser, organiser et coordonner des actions dans le cadre de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Le contexte a été favorable à une certaine synergie des actions menées, dans la mesure où la Cnamts a mis en place depuis 1998 des programmes pluriannuels de santé publique portant sur le diabète et l'hypertension artérielle, avec des relais locaux (URCAM, Services Médicaux, CPAM).

### **2.1.1 *Une approche globale en prévention primaire, soucieuse de développer les transversalités***

#### **2.1.1.1 *Une démarche de prévention primaire ambitieuse et globale, développée dans une optique de promotion de la santé***

Le PNNS est un programme de prévention primaire, avec néanmoins des aspects de prévention secondaire et tertiaire, qui reprend les orientations du rapport du Haut comité de la santé publique sur la politique nutritionnelle.

##### **➤ Des objectifs quantifiés et volontairement non hiérarchisés**

Le PNNS fixe un objectif général : améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Il est décliné en neuf objectifs prioritaires quantifiés et neuf objectifs spécifiques (cf. annexe).

Les 9 objectifs prioritaires du PNNS sont conçus comme un ensemble indissociable, favorisant dans leur globalité et par leur interaction la promotion de la santé. Toutefois, ces 9 objectifs généraux ne sont pas de même nature :

- Les objectifs de consommation et de comportement visent à augmenter la consommation de fruits et légumes, de calcium, de glucides, l'exercice physique, à baisser la part relative des apports lipidiques et la consommation d'alcool : ces objectifs peuvent se traduire par des recommandations à la population ;
- Les objectifs « contrôle » portent sur les marqueurs de risque, de nature biologique : cholestérolémie moyenne des adultes, pression artérielle systolique des adultes, obésité (adultes et enfants). Ces objectifs n'ont pas vocation à faire l'objet de recommandations, mais sont des indicateurs du statut nutritionnel de la population.

Cette série d'objectifs est donc en principe influencée par la réalisation de la première série des objectifs.

Aux 9 objectifs prioritaires s'ajoutent 9 objectifs spécifiques, ciblés sur certaines catégories de population, les risques de carences, l'allaitement maternel, les populations atteintes de pathologies nutritionnelles : promotion de la santé de la mère et du nourrisson (carence en fer, en folates, allaitement maternel), enfants et adolescents (statut en fer, calcium, vitamine D), personnes âgées et personnes en situation de précarité (carences, dénutrition), prise en compte des sujets suivant des régimes restrictifs, troubles du comportement alimentaire, allergies alimentaires.

Il faut également y rattacher l'objectif de réduction de la consommation de sel, mentionné dans le plan de réduction des risques cardio-vasculaires, qui est orienté vers la population générale.

Le niveau de ces objectifs a été longuement discuté par des experts : il est supposé être réalisable dans le délai de 5 ans prévu par le plan. L'impact sanitaire final ne serait mesurable qu'à long terme.

➤ Des stratégies complémentaires

Les difficultés éthiques signalées *supra* sont contournées : le programme annonce sa philosophie : il est axé sur la promotion d'une nutrition positive, en partie démédicalisée, bannissant l'interdit, acceptant la diversité des comportements alimentaires de la population et intégrant les dimensions du plaisir alimentaire.

Sa réalisation est construite autour de six stratégies d'intervention. Outre les mesures destinées à certains groupes de populations, les axes stratégiques s'attachent à : la recherche et la surveillance, l'information et l'éducation, le dépistage et la prise en charge par le système de soins, l'implication des autres acteurs (agro-alimentaire, restauration collective, consommateurs). Pour chaque stratégie, un certain nombre d'actions sont prévues (cf. annexe PNNS).

Une caractéristique importante du PNNS est donc l'ambition d'une approche globale, dépassant les domaines de compétences et les acteurs de la santé.

*2.1.1.2 Certaines stratégies concernent également la prévention secondaire et tertiaire*

➤ Les objectifs et axes inclus dans le PNNS

Plusieurs objectifs spécifiques s'inscrivent dans une stratégie de prise en charge secondaire ou tertiaire (troubles du comportement alimentaire, allergies, dénutrition) et trouvent un point d'application dans l'axe relatif à la prévention, au dépistage et à la prise en charge des troubles nutritionnels dans le système de soins.

Cet axe vise de manière assez large à augmenter le niveau de compétences au sein du système de soins et prévoit la fourniture d'outils de dépistage (exemple des disques indiquant l'indice de masse corporelle).

- Le développement de la prévention secondaire ou tertiaire s'inscrit en filigrane dans les autres plans (développement de l'éducation thérapeutique)

L'éducation thérapeutique dépasse le champ de la seule nutrition, pour inclure une observance plus globale des prescriptions du médecin (médicaments, suivi biologique, gestes thérapeutiques...). Les objectifs en la matière ne sont pas chiffrés.

Par ailleurs, les programmes de santé publique de la CNAMTS s'inscrivent dans cette même logique de meilleure application des recommandations en matière de traitement, mais si elles sont évaluées, leur objectif initial ne paraît pas chiffré (programmes diabète et hyper tension artérielle).

Certaines études (cf. CRESGE précité, pour le diabète) tablent sur une progression de 10% de l'observance (en passant d'un taux d'observance de 30 à 40%).

#### *2.1.1.3 La méthode : des moyens destinés à produire un “effet levier”*

L'ambition d'une approche globale qui caractérise le PNNS s'est accompagnée de la mise en place de moyens comparativement importants, tant en termes d'outils d'impulsion que financiers, pour assurer les conditions de sa mise en œuvre effective.

- Au niveau national, les moyens d'impulser une dynamique et de lancer des expérimentations

Pour suivre et éventuellement réorienter le programme, le PNNS prévoit un comité d'appui stratégique, composé des différents partenaires impliqués, experts, spécialistes en santé publique, usagers-consommateurs, acteurs économiques, sous la présidence du ministère chargé de la santé.

Le PNNS précise aussi parfois, pour les actions menées, les acteurs mobilisés : par exemple, pour les actions d'information, l'INPES, les CRES et CODES. Néanmoins, dans certains domaines, le rôle dévolu aux acteurs peut rester flou : c'est par exemple le cas pour la mise en œuvre des « recommandations de la circulaire relative à la restauration scolaire », qui dépassent largement le champ de compétences du ministère (Education nationale, collectivités locales...).

Dans les domaines amont et aval (recherche, surveillance, évaluation), la mise en place de l'USEN dote l'action publique d'un outil important et visible.

L'USEN - Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle - a été créée en 2000 au sein de l'InVS pour accompagner la mise en place des politiques impulsées par l'Etat sur le plan nutritionnel. Installée au sein de l'institut scientifique et technique de la nutrition et de l'alimentation (ISTNA) au conservatoire national des arts et métiers (CNAM) dans le cadre d'une convention avec l'InVS, cette unité a pour objectifs de :

- connaître la distribution des facteurs connus de risque et de protection liés à la nutrition (marqueurs du mode alimentaire ou indicateurs de l'état nutritionnel) au niveau de la population générale, et, notamment, de préciser leur fréquence, leur intensité, leurs déterminants, leur répartition (groupes à risque, inégalités socio-économiques...) ;

- surveiller, dans le temps, l'évolution de ces facteurs de risque (ou de protection) ;
- évaluer l'efficacité des actions de prévention et les mesures de santé publique sur ces facteurs de risque ou de protection ;
- mettre en évidence des facteurs de risque ou de protection émergents, notamment en fonction du développement de nouveaux aliments ou de comportements ;
- préciser et expliquer les relations entre les facteurs de risque et les pathologies.

L'USEN doit regrouper les données provenant de structures existantes qui collectent des informations dans le domaine de la surveillance de la santé et de l'état nutritionnel des populations. A cette fin, elle doit assurer la mise en réseau des structures actuelles impliquées : équipes de recherche INSERM, INRA, AFSSA - qui a repris les missions de l'observatoire des consommations alimentaires<sup>20</sup> -, observatoires régionaux de santé, centres de recherche en nutrition humaine, INSEE, centres d'examens de santé de la CNAMTS, INPES avec le baromètre santé... Ces organismes recueillent dans le cadre de leurs activités des données dans le champ de la nutrition, ont la gestion de cohortes (locales, régionales ou nationales) ou développent des études transversales répétées dans lesquelles des données sur les facteurs de risque ou de protection des maladies chroniques sont collectées.

Dans le cadre de ses activités de surveillance, l'USEN s'intéresse particulièrement chez l'adulte et chez l'enfant : aux apports nutritionnels et à leur évolution, aux données anthropométriques, à l'activité physique, au statut minéral et vitaminique, à l'évolution de facteurs de risque tels que cholestérolémie et pression artérielle, à l'influence des facteurs socio-démographiques, socio-culturels, comportementaux et environnementaux.

- Une approche partenariale pour développer une synergie entre les différents acteurs

Le PNNS s'intéresse à toutes les fonctions, coordonne ou favorise la coordination entre les principaux acteurs dans chacun des domaines suivants :

- la recherche fait l'objet d'un axe stratégique (axe n°6) qui implique à titre principal trois ministères, recherche, santé et agriculture, l'INSERM (sous tutelle santé et recherche) et l'INRA (sous tutelle agriculture et recherche) ;
- la fonction de veille, de « vulgarisation » et d'expertise scientifique au service des décideurs et opérateurs est assurée par plusieurs instances : Haut comité de la santé publique, AFSSA (comité d'experts spécialisés en nutrition humaine), Conseil national de l'alimentation ; dans le domaine médical, l'ANAES élabore ou valide

---

<sup>20</sup> Crée par arrêté en 1990 avec pour mission de fournir, notamment aux pouvoirs publics et à leurs instances consultatives, des éléments d'appréciation sur les incidences nutritionnelles et sanitaires des consommations alimentaires, avec des travaux réalisés par le CREDOC et l'INRA, s'appuyant sur des résultats d'enquêtes et de panels (INSEE, SECODIP...). Les rapports déjà diffusés portent, entre autres, sur la consommation d'édulcorants intenses, l'estimation de la population exposée à un dépassement de la DJA (dose journalière admissible) en nitrates, les pesticides à surveiller en priorité... Programme interministériel d'évaluation des risques alimentaires et nutritionnels, l'OCA dépendait des trois ministères en charge de l'agriculture, de l'économie et des finances et de la santé. Le CREDOC réalise des études de consommation d'aliments, de nutriments, d'ingrédients alimentaires ou de contaminants pour permettre aux experts toxicologues ou nutritionnistes d'éclairer les instances réglementaires aux niveau français et européen.

- des recommandations sur la base d'analyses scientifiques (par exemple sur l'éducation thérapeutique, l'obésité infantile) ;
- la surveillance est du ressort de l'InVS (qui s'appuie sur l'USEN), avec la nécessaire coordination mentionnée *supra* ;
  - la programmation des actions est discutée dans un cadre collectif (comité de pilotage) ;
  - le choix des projets expérimentaux financés par le PNNS fait également l'objet d'une approche collégiale (comité spécifique) ;
  - la communication est assurée à titre principal par l'INPES, avec généralement un travail en amont sur le contenu scientifique, et des consultations nombreuses ; les canaux d'information, dans les faits, sont très nombreux (par exemple CPAM, CRES, CODES, mutualité, association des maires de France, assemblée des départements de France...) ;
  - l'éducation est à titre principal du ressort de l'Education nationale pour ce qui concerne les enfants, avec le ministère chargé des sports (lutte contre la sédentarité) et les opérateurs en éducation de la santé - INPES, CRES, CODES ...- de plus en plus comme formateurs de formateurs ;
  - la fonction de contrôle de la réglementation est assurée par la DGCCRF (ministère de l'économie, des finances et de l'industrie) et par la DGAL (ministère de l'agriculture) ; la DGCCRF est porte-parole auprès des instances européennes et internationales (codex alimentarius) concernant les questions d'étiquetage.

➤ Des moyens financiers importants mais difficiles à évaluer globalement

S'agissant des moyens financiers consacrés à la prévention par la nutrition, ils ne sont pas aisés à identifier compte tenu, notamment au niveau local, de la multiplicité des acteurs et faute de comptabilité analytique dans la plupart des structures. Au niveau national, peuvent être identifiés les crédits suivants :

- les crédits d'Etat : en loi de finances initiale pour 2002, le ministère de la santé a obtenu pour le PNNS 2,6 millions €(17 MF). Ce montant a été reconduit en LFI 2003.
  - une partie est déconcentrée au niveau des DRASS (chapitre 47-11-20) pour le financement d'actions au niveau régional : en 2002, 1,07 millions € (7 MF) ;
  - ont été également déconcentrés aux DRASS 460.000 € (3 MF) pour le financement des actions retenues dans le cadre de l'appel à projets national ;
  - un complément de 300.000 €(2 MF) a été alloué au niveau régional ;
  - le solde non gelé - environ 460.000 €(3 MF) - a été utilisé au niveau national pour le financement de diverses actions : logo, études, conception d'un module de formation continue sur l'obésité de l'enfant ;
- les crédits du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) géré par la CNAMTS : 15 millions € (100 MF) sont destinés au financement du PNNS sur 3 ans (2001-2003). Leur utilisation a été la suivante :
  - en 2001 : 5 millions € pour le financement de la campagne fruits et légumes réalisée en 2001 et la budgétisation des guides alimentaires réalisés en 2002 ;
  - en 2002 : financement, pour 4 millions €, d'études et d'actions d'information et de communication, de leur suivi presse et de l'évaluation ;
  - en 2003, utilisation du solde de 6 millions €;

- le plan cancer 2000 disposait de 170.000 € (1,1 MF) pour la prévention par la nutrition, essentiellement pour les actions de surveillance de l'USEN. Le nouveau plan cancer - qui bénéficie de 35 millions € en 2003 - devrait consacrer une part importante, mais non individualisée, de ses crédits à la nutrition.

Cette revue des moyens financiers est partielle et incomplète. Il ne semble pas exister de synthèse de l'ensemble des moyens financiers consacrés à la prévention par la nutrition permettant d'avoir une vision exhaustive. On peut néanmoins retenir quelques caractéristiques qui semblent importantes :

- la prévention par la nutrition a fait l'objet d'un effort financier sensible de la part du ministère de la santé, inhabituel par rapport aux autres programmes de santé publique ;
- le montant global des dépenses engagées est vraisemblablement important ; ainsi, la DRASS de Lille estime que pour 1€ mis par l'Etat, il est dépensé au total environ 4€ pour la prévention, grâce à la mobilisation de nombreux autres partenaires ; si la région Nord-Pas-de-Calais est certes très atypique, il est vraisemblable que le cas n'est pas unique, même si les montants en cause sont inférieurs ailleurs ;
- une quantification globale s'avère très difficile pour au moins deux raisons : la première tient au caractère transversal des actions de prévention par la nutrition, qui peuvent être initiées dans le cadre de dispositifs poursuivant un objectif principal autre (actions en faveur de populations défavorisées, lutte contre le cancer, éducation au goût...); la seconde raison tient à la multiplicité des acteurs tant au niveau national (agences, organismes de recherche, ministères, organismes de protection sociale, entreprises des secteurs agro-alimentaire et pharmaceutique...), que local (collectivités locales, associations de professionnels, de parents d'élèves, structures de soins...). De surcroît, le niveau d'implication des différents acteurs est éminemment variable et n'obéit pas à une logique lisible ;
- le PNNS joue, du point de vue financier, un rôle fédérateur (regroupement, partiel, des moyens des uns et des autres) et mobilisateur certain.

### **2.1.2 *La mise en œuvre au niveau central suscite reconnaissance et mobilisation, mais est fragilisée : multiplicité des décideurs réels, moyens estimés insuffisants***

#### **2.1.2.1 *De nombreux acteurs sont mobilisés, notamment dans le champ du ministère***

- Les structures ont été mises en place

Le PNNS est coordonné au niveau national par la DGS - sous-direction des pathologies et de la santé -, où deux cadres médecins sont chargés du dossier au sein du bureau 5A. Ces coordonnateurs assurent le secrétariat des instances de pilotage et le suivi des plans de santé publique concernés. Pour le PNNS - comme pour les autres programmes-, un expert<sup>21</sup> a été nommé pour assurer le co-pilotage du projet avec l'administration et notamment l'animation de l'expertise scientifique.

---

<sup>21</sup> Professeur Hercberg.

Trois niveaux de structures de travail partenarial se superposent au niveau central :

- le comité stratégique du PNNS, créé par arrêté du 31 mai 2001, donne un avis sur les actions à mener et doit évaluer la mise en œuvre. Il est composé de 16 membres de droit<sup>22</sup> et de 6 membres<sup>23</sup> nommés par arrêté du ministre chargé de la santé ; le comité se réunit annuellement (soit une réunion en mai 2001, une en avril 2002) sous la présidence du ministre chargé de la santé ;
- le comité de pilotage est une structure opérationnelle ; il se réunit tous les mois, présidé par le vice-président du comité stratégique, qui est un scientifique, et associe les représentants des principaux organismes (plutôt du niveau chef de département ou chef de bureau) ;
- enfin, divers groupes<sup>24</sup> de travail ou comités sont créés en tant que de besoin : comité chargé de sélectionner les projets retenus dans le cadre de l'appel à projets de décembre 2001 et groupe de travail<sup>25</sup> sur « l'intégration de la dimension nutrition dans les programmes scolaires », coordonnés par un pilote qui peut être extérieur à la DGS, groupes chargés de la définition des modalités d'attribution du logo qui s'est réuni de septembre 2001 à septembre 2002 et de la préparation des guides alimentaires. Enfin, un nouveau groupe devrait se réunir à partir d'avril 2003 sur le thème « action municipale et PNNS ».

Les structures mises en place fonctionnent correctement : la cohérence d'ensemble est assurée par le comité de pilotage du PNNS, présidé par le Professeur Hercberg, responsable de l'USEN ; les actions de plusieurs organismes ont pu être fédérées.

➤ Une réelle dynamique a été créée

Nombre des actions prévues ont été engagées :

- des orientations ont été prises par voie de circulaire : en matière de restauration scolaire, de mise en œuvre dans les services déconcentrés du ministère de la santé ;
- le logo du PNNS a été créé en octobre 2001 ;
- dans le domaine de l'information, des campagnes ont été menées et des outils créés : en 2001, une campagne nationale de promotion des fruits et légumes a été réalisée, sous le pilotage de l'INPES ; à partir de 2001, le guide alimentaire pour tous a été préparé dans le cadre d'un groupe d'experts piloté par l'AFSSA. Le document, après avoir fait l'objet d'une concertation entre de nombreux experts pendant environ un an, a été formalisé par l'INPES. Il a été vendu en kiosque à l'automne 2002 à 220.000 exemplaires, à 2 € et a eu un incontestable succès de diffusion puisqu'il a été épuisé en quelques semaines ; 1.300.000 exemplaires destinés au public ont été distribués via les réseaux<sup>26</sup> (médecins, associations...) ; le guide alimentaire destiné

<sup>22</sup> Les 16 membres de droit : 6 ministères ou secrétariats d'Etat - intérieur, éducation nationale, agriculture, sports, recherche, petites et moyennes entreprises-commerce-artisanat-consommation -, ainsi que les 10 organismes suivants : AFSSA, InVS, INSERM, INRA, Conseil national de l'alimentation, CNAME, FNMF, INPES, Assemblée des départements de France (ADF), Association des maires de France (AMF).

<sup>23</sup> Les 6 membres nommés par arrêté du ministre : un représentant de l'Association nationale des industries alimentaires (ANIA), deux représentants des consommateurs, trois personnalités qualifiées.

<sup>24</sup> Il faut également mentionner, au sein du Conseil national de l'alimentation, qui est membre du comité stratégique du PNNS, le groupe « politique nutritionnelle » qui fait régulièrement le point sur le PNNS.

<sup>25</sup> Présidé par M. Ambroise Martin, AFSSA. Cf. arrêtés du 23 avril 2002, JO du 4 mai 2002.

<sup>26</sup> 1.000.000 exemplaires sont en réserve pour permettre des compléments d'approvisionnement.

- aux professionnels de santé a été diffusé à 150.000 exemplaires à l'automne 2002 ; des guides spécifiques sont en cours de préparation ;
- une rubrique Internet a été créée par la DGS sur le site du ministère de la santé, qui met en ligne des documents produits dans le cadre du PNNS ;
  - le niveau de connaissances s'enrichit : ainsi le CNA a rendu un avis, en janvier 2002, sur l'exclusion sociale et l'alimentation, qui fait le point d'études récentes ;
  - un appel d'offres a été lancé au niveau national en 2002 et en 2003 ; les DRASS ont financé directement des actions (cf. *supra*) ;
  - une mission sur la formation et le métier de diététicien a été confiée par le ministre au Professeur Krempf<sup>27</sup> (dépôt du rapport prévu pour mars 2003) ;
  - la dynamisation de la recherche se traduit par 3 axes :
    - des études ont été lancées par la DGS : alimentation des personnes âgées vivant seules à domicile, réduction des carences en énergie et micro nutriments des sans domicile fixe, actions menées par les associations travaillant au niveau des quartiers sur le thème de la nutrition ;
    - des appels d'offres sont lancés annuellement depuis 2001 dans le cadre de l'action Nutrialis du ministère de la recherche ; l'appel à projets 2002 portait sur les thématiques : « alimentation et cancer », « alimentation et obésité », « alimentation et maladies cardio-vasculaires », « tables de composition des aliments » ;
    - la réorientation d'équipes de chercheurs est encouragée par des actions incitatives, dites « actions thématiques concertées » ; au demeurant, l'INRA a fixé parmi ses six grandes priorités celle « d'améliorer l'alimentation, de préserver la santé des consommateurs et de comprendre leurs comportements ». L'INRA, qui consacre 11 % de ses moyens aux sciences de la nutrition, entend augmenter de 40 % ce budget au cours de la période 2001-2004.

➤ Une totale unanimité ?

Le PNNS bénéficie d'une appréciation globalement positive auprès des acteurs rencontrés par la mission. Il le doit d'abord au fait que les pouvoirs publics se sont engagés fortement et clairement, condition sinon suffisante, du moins nécessaire. La démarche globale choisie et le parti de présenter la santé de façon positive apparaissent pertinents. Il a enfin un rôle important de reconnaissance et de légitimation d'acteurs déjà impliqués, qui se sentaient isolés et non reconnus.

Certes, des bémols sont parfois perceptibles quant aux stratégies précises mises en œuvre (par exemple, sur le contenu des messages à diffuser au niveau national, sur le guide alimentaire, sur la pertinence du logo qui pourrait être apposé sur des actions s'inscrivant dans le cadre du PNNS). Si l'unanimité n'est peut-être pas si totale, la mission - au moins parmi les personnes rencontrées, qui n'épuisent pas le champ des acteurs - n'a pas clairement perçu de proposition alternative structurée. Peut-être parce que le PNNS a surpris par son ambition et par son souci de pragmatisme, c'est-à-dire d'avancer malgré tout dans un champ encore largement à défricher.

Les réserves les plus fortes semblent provenir des secteurs agricole et agro-alimentaire (sauf le secteur des fruits et légumes), selon tous les interlocuteurs et les documents

---

<sup>27</sup> Président du collège des enseignants de nutrition.

consultés ; mais la mission n'a pas eu le loisir d'investir de façon approfondie ce vaste domaine.

En fait, les critiques au niveau national portent surtout sur les difficultés de mise en œuvre du PNNS et, de façon paradoxale, sont souvent le fait de ceux qui y participent le plus activement.

#### *2.1.2.2 Des écarts par rapport au plan d'action initial : la question des moyens, la réalité du pouvoir de décision*

Nombre d'actions importantes ont été lancées ou menées dans le cadre du PNNS et ont nécessité un travail considérable. Néanmoins, si on se réfère aux actions et au calendrier prévus initialement, des écarts apparaissent.

- Les moyens sont estimés insuffisants eu égard aux stratégies prévues

Les moyens humains sont estimés quantitativement insuffisants : certes, l'équipe INPES a été renforcée (3 personnes sur environ 80 travaillent sur ce thème) mais à la DGS, la coordination du PNNS repose sur 2 personnes, ce qui peut paraître faible, compte tenu de l'ampleur du champ.

Surtout, le milieu de la nutrition dispose d'un nombre limité d'experts, pour les raisons indiquées *supra* (partie 1). Ce sont les mêmes qui sont toujours sollicités, pour intervenir à tous les niveaux. C'est épaisant pour les intéressés. De plus, ce n'est sans doute pas une solution à pérenniser sur le plan de l'organisation, de la conception même des fonctions. Même si la solution actuelle présente des avantages en terme de cohérence, l'élargissement du vivier doit constituer un objectif.

Les moyens financiers matériels font l'objet d'observations critiques à peu près unanimes ; même si tous reconnaissent l'effort de l'Etat, les crédits et procédures ne permettent pas de mener les actions dans le calendrier initialement prévu. Ainsi, le guide alimentaire 2002 a mobilisé l'essentiel des ressources à l'INPES. Etait prévue en 2002 une campagne médiatique nationale sur l'activité physique (après celle sur les fruits et légumes en 2001) qui ne pourra finalement avoir lieu qu'en 2003. Les disques de dépistage de l'obésité de l'adulte, prêts depuis début 2002, n'ont pu être envoyés aux professionnels de santé en même temps que le guide alimentaire professionnel, ils seront adressés seulement en septembre 2003, en même temps que les disques de dépistage pour les enfants, qui, eux, sont prêts depuis juin 2002... Ces retards sont dus aux problèmes de crédits et de marchés publics que rencontre l'INPES. Est également gelée la collection de livrets destinés aux professionnels de santé « Les synthèses du PNNS » : si le premier livret « Prévention des fractures liées à l'ostéoporose » a bien été diffusé en octobre 2001 (5.000 exemplaires pour les rhumatologues et gériatres), celui consacré à « Alimentation, nutrition et cancer », rédigé depuis janvier 2002, ne peut être ni édité, ni diffusé, en raison du gel des crédits et de l'absence de marché du SICOM. Une partie des 2,6 millions € du PNNS a subi le « gel républicain » (environ 300.000 €). Enfin, les crédits destinés à la prévention par la nutrition dans les autres programmes ou plans (maladies cardio-vasculaires, diabète) sont déjà imputés sur le PNNS et ne constituent donc pas un complément de financement.

Tous les interlocuteurs mettent en valeur la nécessité d'agir dans la durée, tout en maintenant une « pression constante » en matière d'information, tant sont nombreuses les sollicitations du public ; le coût des « spots » TV aux heures de grande écoute est inabordable pour des campagnes publiques, mais pas pour l'industrie. En conclusion, les acteurs estiment qu'ils peuvent agir, mais au prix d'arbitrages et de décalages dans le temps insatisfaisants eu égard aux enjeux et aux objectifs et qui décrédibilisent en partie le programme de prévention par la nutrition.

➤ La réalité du pouvoir de décision

Sur plusieurs des six axes stratégiques, certaines actions avancent avec difficultés.

En matière d'éducation (axe 1), l'intégration de la nutrition dans les manuels scolaires et la recherche de cohérence se heurtent à l'autonomie des éditeurs pour la rédaction des livres et à la liberté de l'enseignant pour le choix de ses supports de cours et de sa pédagogie.

La création d'un environnement favorable à une consommation satisfaisante se heurte, sur des actions précises comme l'installation de fontaines à eau dans les établissements scolaires, à l'autonomie des chefs d'établissements et à leur recherche de crédits<sup>28</sup>.

En matière de prévention, de dépistage et de prise en charge par le système de soins (axe 2), la mission a pu constater la lourdeur qu'implique le montage de projets novateurs, l'énergie que leurs promoteurs doivent y consacrer - bénévolement - ; ceci pour mener des actions dont la pertinence semble évidente, mais qui doivent mobiliser de multiples partenariats et vont à contre-courant de l'organisation et de la culture du système de soins (cf. par exemple, le projet de réseau ville-hôpital de prise en charge de l'enfant obèse en Ile-de-France ou encore le projet ville-hôpital d'éducation du patient diabétique en Languedoc-Roussillon). Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si les deux expériences les plus novatrices et globales analysées par la mission (Fleurbaix-Laventie Ville Santé et projet Val de Marne) ont été promues, avant le PNNS, en dehors des circuits « officiels » habituels (cf. partie 3).

Un accord sur l'existence d'un logo<sup>29</sup> PNNS et sur les termes du cahier des charges pour son attribution, est intervenu entre les trois directions concernées - DGS, DGAL, DGCCRF - (axe 3 : implication des industriels de l'agro-alimentaire). Les procédures conduisant à l'attribution du logo restent maintenant à définir. Néanmoins, compte tenu de l'opposition du secteur agro-alimentaire au logo et du caractère facultatif de la procédure de validation qui sera mise en œuvre exclusivement après demande de l'acteur économique intéressé, sa diffusion et son impact risquent d'être limités.

<sup>28</sup> Cf. article publié par Le Monde dans son supplément international du 20 janvier 2003 (article tiré du New-York Times) : le constat sur les distributeurs est le même - sinon pire - dans les écoles américaines, les « managers » étant très sollicités pour l'installation de distributeurs de « junk food ». Le Congrès devrait à nouveau s'emparer de la question de la restauration scolaire, considérée comme stratégique (27 millions d'enfants concernés). Actuellement 86% des écoles respectent les « standards » en matière de repas correspondant aux normes nutritionnelles... Mais le décalage entre la théorie et la réalité de la consommation des jeunes Américains dans leur école est très important.

<sup>29</sup> Le logo doit permettre au consommateur d'authentifier toute action (ou document) conçue et menée en conformité avec les objectifs nutritionnels du PNNS.

En matière de recherche et surveillance (axes 4 et 5), les équipes sur certaines thématiques sont peu nombreuses, les partenariats avec le secteur agro-alimentaire difficiles à trouver.

Un des atouts du PNNS est, comme cela a été indiqué, son souci d'adopter une approche globale, associant l'ensemble des partenaires concernés, tant il est certain qu'une politique de la nutrition dépasse largement le cadre du seul ministère de la santé. Mais c'est aussi ce qui constitue sa difficulté majeure. En définitive, nombre d'actions stratégiques dépendent :

- soit de partenaires dont les intérêts ne convergent pas nécessairement avec ceux de la santé publique (secteurs agricole et de l'industrie agro-alimentaire),
- soit de partenaires dont le « cœur de métier » peut être ailleurs ; ces partenaires sont de surcroît souvent caractérisés par l'éparpillement des pouvoirs de décision (Education nationale, sports, collectivités locales).

En définitive, ce sont les acteurs du secteur santé-solidarité qui sont, globalement, les plus actifs et les plus impliqués.

### **2.1.3 Des avancées en prévention secondaire et tertiaire mais aussi des problèmes de moyens ...**

- Pour le système de soins, des avancées en termes de conception des politiques

Au niveau central, le principal pilote sur ces aspects est le bureau E1 de la DHOS, chargé « de promouvoir le développement de l'éducation pour la santé et de la prévention dans les établissements de santé, notamment en ce qui concerne l'alimentation et la nutrition hospitalières, ainsi que l'éducation thérapeutique. »

La DHOS a constitué en 2001 trois groupes de travail coordonnés par un comité de pilotage, deux sur la restauration hospitalière, et un sur les réseaux ville - hôpital - obésité de l'enfant.

A la suite des travaux sur la restauration hospitalière, qui s'inscrivaient dans la continuité des rapports du professeur Guy-Grand de 1997 et 2000, lesquels dénonçaient particulièrement les problèmes de dénutrition à l'hôpital, le ministère de la santé a prévu la mise en place par circulaire de mars 2002 d'une structure nationale, le CNANES (comité national alimentation nutrition des établissements de santé). Celui-ci est chargé de 4 missions : recommandations, information, formation, évaluation, en lien avec les comités de liaison alimentation - nutrition (CLAN). Une circulaire de la même date définit les missions des CLAN au sein des établissements hospitaliers et propose une composition-type ainsi que des modes de fonctionnement.

Une dynamique importante a donc été lancée au niveau de la conception. Cela étant, les moyens et la mise en œuvre sur le terrain, que la mission n'a pas expertisés, semblent encore en deçà des objectifs (constitution de réseaux, fonctionnement effectif des CLAN).

Une évaluation publiée en juin 2002 conduite par Jean-Pierre Poulain à la demande de la DHOS - menée avant publication de la circulaire - dresse le constat que plus de 73% des établissements enquêtés n'ont pas de structure transversale sur l'alimentation nutrition. Les CLAN se trouvent surtout dans les grands établissements, le principal

obstacle étant le manque de moyens humains. En outre, seuls 20% des CLAN se préoccupent de dénutrition, l'objet essentiel étant la qualité des repas.

Quant aux moyens budgétaires, ils ont été inférieurs à ceux prévus ; alors que le PNNS prévoyait la création de 800 postes de diététiciennes et de 50 postes de praticiens hospitaliers sur 5 ans pour la prise en charge des patients hospitalisés et les consultations externes, la LFI 2002 prévoyait 65 postes de diététiciennes. En 2003, les ARH ne reçoivent pas d'instructions sur l'affectation précise des crédits destinés à créer des postes budgétaires. Le risque est grand que la nutrition ne soit pas considérée comme prioritaire.

➤ Les autres plans comprenant un volet nutritionnel

Les autres plans comportant un aspect nutritionnel - cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires - sont coordonnés par les bureaux 5A et 5D de la DGS. Ce dernier bureau est notamment chargé du secrétariat du comité de suivi du programme de santé publique sur le diabète, du suivi des actions ayant notamment pour objet de développer une politique nutritionnelle et d'aider les diabétiques à être acteurs de leur santé.

Le comité de suivi comporte 14 membres : diabétologues, diététiciens, représentants d'associations de diabétiques. Le bureau doit donc articuler son travail avec la DHOS (E1) s'agissant du volet éducation thérapeutique.

Au niveau national, un appel à projets relatifs à l'éducation thérapeutique du patient en groupe et en ambulatoire a été lancé en avril 2002 par la DHOS. Cet appel à projets a recueilli un grand succès, malgré un délai de dépôt très court, et illustre une forte attente des établissements pour le développement de l'éducation thérapeutique. Dans le cadre de cet appel, 378 projets ont été déposés. Les ARH et DRASS ayant effectué un travail préalable de priorisation, le comité de sélection a examiné les seuls projets ayant été qualifiés de prioritaires (152), correspondant à une demande de financement de 12 millions € alors que l'enveloppe disponible se montait à 3 millions €

Dix critères ont été retenus pour la sélection finale : épidémiologie régionale, rang de priorité ARH/DRASS, file active, qualité de l'organisation et compétence de l'équipe, mutualisation interservices, travail en réseau, complémentarité interétablissements, modalités d'évaluation prévues, cohérence du budget. Priorité a aussi été donnée aux projets visant à renforcer les services existants par du personnel paramédical.

Les projets sur l'asthme ont été financés pour 1,2 million € et ceux sur les maladies cardio-vasculaires pour 1,8 million €

L'exemple de la Lorraine est intéressant en ce qu'il montre la mobilisation des acteurs locaux, mais aussi l'impossibilité de donner suite, pour des raisons de moyens, à tous les projets considérés comme intéressants : 11 dossiers sur 26 avaient été classés prioritaires, représentant 356.477 € ; quatre projets ont finalement été retenus, pour 132.000 €: deux concernent le diabète et les maladies cardio-vasculaires (financement d'un demi-poste de diététicienne et d'une infirmière diplômée d'Etat à l'hôpital de Freyming-Merlebach, d'une diététicienne pour 32.000 € au CHR de Metz-Thionville) et deux autres l'asthme.

## 2.2 Sur le terrain, un impact du PNNS en terme de légitimation ou d'impulsion, des réalisations plus hétérogènes

Plusieurs outils coexistent au niveau régional pour concevoir un cadre stratégique et financer des actions de prévention : les programmes et schémas pilotés par la DRASS (PRS, PRAPS, SREPS), le SROS géré par l'ARH et le programme de gestion du risque de l'assurance maladie (URCAM, services médicaux, CPAM).

Une circulaire du 9 janvier 2002 de la DGS a invité les DRASS à mettre en œuvre le PNNS, en mettant en place des structures régionales, en réalisant un état des lieux des acteurs, des compétences et des actions dans le champ de la nutrition, en déclinant régionalement le PNNS vers les divers publics concernés, en mettant enfin en place un système de suivi.

### 2.2.1 *Un impact en terme de légitimation ou d'impulsion*

Certaines régions s'étaient mobilisées sur les questions de nutrition avant la conception du PNNS ; c'est le cas du Nord-Pas-de-Calais et du Languedoc-Roussillon. Dans ces cas, le plan national nutrition-santé a joué surtout un rôle de légitimation des acteurs déjà impliqués et des travaux engagés et a apporté aussi des moyens financiers, ce qui est loin d'être négligeable. Il a aussi pu perturber quelque peu les équilibres et partenariats établis. D'autres régions, qui semblent majoritaires en nombre<sup>30</sup>, mettent progressivement en place des structures et des outils pour développer cet axe. La Lorraine correspond davantage à ce schéma, le PNNS y jouant un rôle d'impulsion d'une politique nouvelle.

#### 2.2.1.1 *Le Nord Pas-de-Calais : une région atypique*

##### ➤ Une situation sanitaire préoccupante

Le Nord-Pas-de-Calais se caractérise par un cumul de facteurs de risques et de déterminants défavorables à la santé : notamment indicateurs socio-économiques préoccupants, nutrition déséquilibrée, taux de surpoids et d'obésité très supérieurs à la moyenne nationale, niveau de sédentarité plus fort qu'à Toulouse ou Strasbourg (étude MONICA), avec une démographie médicale et para-médicale globalement défavorable.

##### ➤ Une implication des pouvoirs publics antérieure au PNNS, un partenariat fort entre les acteurs

Dans ce contexte sanitaire défavorable, la DRASS Nord-Pas-de-Calais pilote six programmes régionaux de santé, qui ont fait l'objet de travaux préparatoires approfondis en 1998 et 1999. Ces PRS s'adossent financièrement au contrat de plan Etat-région 2000-2006, la région ayant intégré un axe « santé » à son « plan de rattrapage » pour lutter contre l'exclusion. Cette situation, unique en France, conduit à un partenariat

<sup>30</sup> La mission rappelle qu'elle n'a pu mener une enquête exhaustive. Les régions visitées, notamment Nord-Pas-de-Calais et Languedoc-Roussillon, ont précisément été choisies en raison de leur implication dans le champ de la nutrition. Pour l'ensemble des régions, la mission a cependant consulté divers documents (sites Internet, PRS, projet de contribution pour la loi quinquennale de santé publique) pour apprécier la part de la nutrition dans leur politique de prévention.

particulièrement fort, y compris financier. Ainsi, un appel d'offres commun aux différents PRS est organisé, qui s'appuie en outre sur une mutualisation des fonds des partenaires (Etat, conseil régional, conseils généraux, URCAM, CRAM, URMEL). Comme indiqué, l'effet démultiplicateur de l'effort financier de l'Etat est impressionnant.

En terme d'organisation de la politique nutritionnelle de santé publique, le thème alimentation est apparu à l'intersection des travaux de programmation des autres PRS, principalement le PRS cardio-vasculaire (à travers un « sous-programme »<sup>31</sup>), mais aussi les PRS santé des enfants et des jeunes, prévention des cancers et des conduites addictives et le PRAPS. Ce constat a conduit la DRASS à mettre en place un groupe de travail « inter-PRS alimentation ».

A partir de la fin du premier semestre 2000, ce groupe de travail a réuni une vingtaine de membres venant des services déconcentrés de l'Etat (la DRASS, les 2 DDASS, le rectorat), des collectivités territoriales (conseil régional, conseil général), de l'ORS, du CRES, de l'Institut Pasteur de Lille<sup>32</sup> (INSERM et service de nutrition), de l'URCAM, des services hospitaliers, sous l'animation du coordinateur du PRS cardio-vasculaire, médecin inspecteur de la DRASS. Un autre groupe de travail, consacré à l'activité physique, devait se réunir sous la direction du directeur régional de la jeunesse et des sports, membre du comité régional des politiques de santé.

Les politiques peuvent s'appuyer sur une volonté commune de travailler en partenariat et qui se traduit par une série d'outils et de programmes, notamment :

- la maison régionale de promotion de la santé (MRPS) à Lille rassemble en un même lieu, très central, plusieurs organismes tels que le CRES, l'ORS, le CRIPS, ce qui permet de proposer un « centre ressources » ;
- le CRES, le plus important de France avec 29 salariés, forme des professionnels ou mène directement des actions. Depuis 2002, il se concentre davantage sur des travaux méthodologiques, comme le recensement des acteurs et des outils ;
- le rectorat s'est engagé dans une démarche partenariale, sur la base d'un projet académique « santé-social » (1999-2003), finalisé en 2001, dont un axe est consacré à l'amélioration des comportements alimentaires, sous l'angle de la restauration scolaire et de l'éducation nutritionnelle. Ce projet, le premier à avoir des axes spécifiquement sanitaires, a été adressé à chaque chef d'établissement public.

Hors PNNS, la DRASS s'intéresse également à la prévention secondaire et tertiaire, puisqu'elle anime un groupe de travail d'experts en diabétologie, dont l'objectif est d'améliorer la prise en charge des personnes malades. Un réseau expérimental est installé dans la région (REDIAB).

---

<sup>31</sup> Deux sous-programmes dans le cadre du PRS cardio-vasculaire, conçus pour la durée du contrat de plan, devaient être suivis par un même groupe de pilotage : « promouvoir de nouvelles conduites alimentaires » dont les objectifs sont : augmenter de 20% en 7 ans la consommation de légumes frais et secs, diminuer de 30% en 7 ans la consommation de graisses en faisant porter l'effort sur la réduction de l'apport en graisses animales et promouvoir la pratique régulière d'une activité physique (non chiffré).

<sup>32</sup> L'Institut Pasteur de Lille est très actif en matière de nutrition (notamment actions de formation) et constitue un centre ressources important.

➤ Une dynamique quelque peu perturbée par le PNNS

Le groupe de travail « inter-PRS alimentation » a défini le cadre et les préalables d’actions dans le domaine de la nutrition : référentiel éthique en direction du public scolaire ou défavorisé, séminaire destiné aux porteurs de projet...

Les modalités de mise en place du PNNS ont cependant perturbé le fonctionnement du groupe de travail inter-PRS. Le groupe, dont le travail s’appuyait sur les PRS locaux, a analysé le PNNS pour vérifier la compatibilité des objectifs, et a intégré de nouveaux aspects. Surtout, les modalités suggérées par le niveau central pour animer la mise en place du PNNS au plan local (animation par un professionnel de santé) semblent avoir eu un effet contre-productif dans le cas particulier de la région Nord-Pas-de-Calais, qui avait stabilisé un mode de fonctionnement interne différent.

Si le souci d’assurer la cohérence entre un plan régional et un plan national (ultérieur) doit conduire à un réexamen ou un ajustement de la politique régionale, il conviendrait de laisser plus de latitude dans la mise en œuvre au plan local, les « équilibres » étant souvent complexes, ce d’autant que les partenaires sont nombreux.

➤ Des actions locales dynamiques

En 2000, l’objectif « promotion de nouvelles conduites alimentaires et de nouveaux équilibres nutritionnels » a suscité 31 actions, dont 22 ont été retenues. L’objectif « lutte contre la sédentarité et promotion de l’activité physique et sportive » a pour sa part donné lieu à 10 projets dont 7 financés, parmi lesquels 5 en milieu carcéral.

En 2001, une progression est logiquement constatée puisque des projets nouveaux s’ajoutent à la reconduction des demandes de financement des projets acceptés en 2000 : 77 projets ont été déposés, dont 57 pour l’alimentation, 10 pour l’alimentation avec l’exercice physique, 10 pour l’exercice physique. 45 projets ayant un axe « alimentation » majeur ont été financés, majoritairement dans un cadre pluriannuel, dont 7 avec une composante activité physique, 1 étant spécifiquement dédié à l’activité physique.

Les promoteurs des projets étaient : le CRES (437.000 €) et l’Institut Pasteur de Lille (507.000 €) avec lesquels ont été conclus des contrats d’objectifs et de moyens, l’Association Pain Qualité Santé (300.000 €), des établissements scolaires, des associations... Les cibles étaient : les enfants scolarisés (12 projets), les adultes (15 projets), les acteurs de terrain (9 actions de formation).

➤ Illustration : une action de proximité appréciée des usagers, l’atelier diététique de la Maison des deux quartiers à Roubaix.

Le centre social<sup>33</sup> « Maison des deux quartiers » (quartiers Pile et Sainte Elisabeth) de Roubaix est un équipement de proximité, polyvalent, pour les habitants : lieu d’accueil

---

<sup>33</sup> La mission a pu s’entretenir, au cours d’une réunion, avec l’ensemble des promoteurs du projet – le président, la directrice, la conseillère en économie sociale et familiale, la psychologue et la diététicienne – ainsi qu’avec une dizaine de personnes participant à l’atelier. Plusieurs d’entre elles étaient en « 2<sup>ème</sup> année ».

parents/enfants, halte garderie, activités pour tous, prévention, accompagnement individuel ou collectif (bénéficiaires du RMI...).

Le centre a notamment pour objectif de répondre aux besoins, qui peuvent s'exprimer dans des « groupes de parole ». Mais l'identification des besoins n'est pas toujours aisée. En l'occurrence pour l'atelier diététique, les travailleurs sociaux sont à l'origine de l'initiative : ils avaient constaté d'importants problèmes de santé. Alors même que la population des deux quartiers, souvent précarisée et devant faire face à de nombreux autres problèmes, exprime peu de demandes en matière de santé.

L'atelier diététique « Bien dans sa tête, bien dans son corps » a débuté en octobre 2000. Il est suivi par 25 personnes, réparties en deux groupes de femmes retraitées ou inactives, les séances ayant lieu l'après-midi. La grande majorité de ces femmes a des problèmes, plus ou moins importants, de surpoids. L'atelier a lieu, pour chaque groupe, tous les 15 jours (durée : 2 h à 2 h 30), de septembre à février puis 1 fois par mois. La possibilité - appréciée - de « faire une 2<sup>ème</sup> année » est ouverte. Chaque groupe travaille alternativement avec une psychologue<sup>34</sup> et une diététicienne.

L'approche est globale puisqu'avec les deux professionnelles sont abordées des questions telles que : travail sur le stress, l'image de soi, le manque de sommeil, l'activité sportive, réflexion sur la consommation alimentaire, diététique, apprentissage de la lecture des étiquettes, recettes de cuisine... D'autres activités proposées par le centre ou de l'initiative des participantes peuvent compléter l'atelier (randonnées pédestres, sophrologie, piscine...). Un bilan mensuel est établi.

Le coût des activités, pour les usagers, est symbolique (1,5€). Le centre a bénéficié de subventions (notamment du PRS et de la municipalité) pour la création de l'atelier<sup>35</sup>. Mais la recherche, tous les ans, de financement pour ce type de mini-action de proximité, est « épuisant », indique la directrice. L'atelier diététique a par ailleurs généré chez des adolescentes une demande à laquelle le centre ne peut actuellement répondre pour des raisons financières, ce qui est regrettable compte tenu de l'importance d'actions de prévention auprès de cette catégorie de population.

Les résultats sont très intéressants à plusieurs titres :

- si certaines participantes n'avaient jamais tenté d'action pour leur problème de poids - « je n'aurais osé en parler à personne » (s'il n'y avait eu l'atelier diététique),
- plusieurs autres avaient des expériences antérieures assez peu concluantes : « à l'hôpital, il faut être obèse et on se sent seul », « à l'hôpital, c'est le médecin qui décide », « avec la diététicienne (consultée en ville), j'ai fait un régime mais j'ai repris au bout d'un an », « les médecins donnent des régimes trop stricts, trop durs », « à l'association Y, ils étaient trop sévères, on se faisait engueuler si on reprenait du poids, il fallait se peser devant tout le monde, on était jugé » ;

---

<sup>34</sup> La psychologue et la diététicienne sont mises à disposition, pour le temps consacré à l'atelier, par l'hôpital de Roubaix avec lequel le centre a passé une convention (financée par les subventions).

<sup>35</sup> Le coût annuel de l'atelier est de 12.200 €. Le projet a été élaboré en partenariat avec l'IRPEPS, rattaché à l'hôpital de Roubaix et plus particulièrement à son centre de traitement du diabète et des maladies nutritionnelles (CETRADIMN).

- à l'atelier, « on est dans un lieu où se sent en confiance », « on se sent bien », « on est devenues amies », « on va à la piscine toutes les trois, on se connaissait pas avant » ;
- le « mot psy fait peur, on peut l'aborder, mais pas seul, en groupe » ;
- « regarder les étiquettes, c'est instructif et c'est valorisant » ; « comprendre le rôle de la tête dans l'alimentation, je trouve cela important » ;
- « à la maison, j'en parle à mon mari, à mes enfants ; cela commence à intéresser ma fille » (mère d'une pré-adolescente ayant de petits problèmes de poids).

En définitive, deux critères d'évaluation sont particulièrement positifs : d'abord, la satisfaction des intéressées est importante ; ensuite, plusieurs d'entre elles ont perdu du poids, parfois de manière très significative, et estiment disposer maintenant d'atouts pour consolider cet acquis.

Pour les responsables du centre, quelques mots-clefs peuvent caractériser la démarche : partir de la demande, réagir vite, proposer des actions de proximité, bannir l'interdit et le jugement, démédicaliser, avoir une approche globale et pluri-disciplinaire, travailler sur le long terme car, en définitive, il s'agit moins de modifier un comportement alimentaire qu'un comportement de vie.

#### *2.2.1.2 La nutrition en Languedoc Roussillon : des outils originaux pour un thème déjà connu*

##### ➤ Des indicateurs sanitaires qui se dégradent vite

Les indicateurs sanitaires du Languedoc-Roussillon sont relativement favorables par rapport au reste de la France, mais la région, qui était supposée bénéficier d'une culture alimentaire favorable - le fameux « régime méditerranéen » - connaît depuis quelques années une progression très rapide du surpoids et de l'obésité.

##### ➤ Des outils originaux

Outre un pôle de recherche important autour des questions d'agronomie, la région dispose d'un centre de compétences en prévention des cancers : Epidaure a été créé en 1988 par le centre régional de lutte contre le cancer de Montpellier, au titre de sa mission de prévention.

L'objectif d'Epidaure est de faire passer au public le message « je suis le premier gestionnaire de ma santé », pour faire réfléchir sur le comportement individuel. Il est nécessaire de commencer cette sensibilisation tôt (d'où les liens avec l'Education nationale, cf. *infra*). Les messages et actions sont ciblés sur certains déterminants de santé : tabac, alcool, alimentation, soleil. Ce sont des thèmes sur lesquels chacun peut agir, à la différence des antécédents familiaux et de l'environnement professionnel. Comme cela a été indiqué, un des atouts de la politique de prévention (pour le cancer, l'obésité, les maladies cardio-vasculaires...) est qu'un discours de santé cohérent peut être tenu, les déterminants étant communs.

La nutrition constitue donc de ce fait un thème de l'action d'Epidaure qui se développe sur 4 axes : formation de professionnels (de santé et enseignants), recherche sur la communication (comment toucher les gens), information (hall d'exposition), évaluation.

Les autres outils originaux développés dans la région Languedoc-Roussillon sont présentés dans la partie 3 sur l'obésité des jeunes : l'observatoire régional de l'épidémiologie scolaire (ORES), le centre de ressources prévention-santé de l'académie de Montpellier (à Epidaure).

➤ La nutrition, un thème déjà bien connu

Dès la première conférence régionale de santé, le Languedoc-Roussillon avait identifié les troubles du comportement alimentaire comme une priorité régionale de santé publique. Le jury de la conférence de mai 1998 privilégiait, parmi 4 axes d'actions ciblées, le thème de la nutrition des jeunes. La conférence 2002 a été entièrement consacrée à l'alimentation, la région estimant préférable de traiter chaque année un thème en profondeur. Les recommandations finales du jury de cette conférence sont d'autant plus intéressantes que la région possède du recul dans sa réflexion.

Le groupe de travail du PRS alimentation, constitué en 2000 par la DRASS, comprend 22 personnes d'horizons professionnels différents, impliquées, à des degrés divers, dans les problèmes de nutrition et d'alimentation : représentants de diverses administrations de l'Etat, des collectivités territoriales, du secteur hospitalier, d'associations (parents d'élèves). Le groupe s'est doté d'un bureau de 8 personnes et d'un animateur, praticien hospitalier spécialisé en obésité infantile.

La DRASS a proposé que le groupe déjà constitué suive aussi le programme national nutrition-santé. Sa composition correspond en effet « à 90% », aux recommandations du ministère (absence du ministère de l'agriculture et, cf. *infra*, problème des élus).

Comme dans le Nord-Pas-de-Calais, le groupe a cherché à articuler la déclinaison du PNNS avec son travail antérieur. Les missions générales du groupe sont : favoriser le travail en réseau et les coordinations, évaluer les actions et leur intérêt par rapport aux objectifs avec une forte préoccupation de recherche d'indicateurs, analyser les projets quant à leur demande de financement, impulser des actions de formation.

Le PNNS est perçu comme ayant « donné un coup de fouet » et a permis de crédibiliser les initiatives qui avaient débuté.

➤ Des actions en nombre encore modeste sur le territoire de la région

La DRASS et l'URCAM ont mis en place un fonds mutualisé, autour d'une définition de priorités de santé publique et d'un appel à projets commun. La région ne participe pas au financement d'actions mais subventionne l'AME<sup>36</sup>. Deux départements financent, par ailleurs et de leur côté, quelques actions.

Par rapport à la région Nord-Pas-de-Calais, le nombre d'actions menées dans la région paraît relativement modeste au regard de l'investissement important réalisé en amont

---

<sup>36</sup> AME : agence méditerranéenne de l'environnement, association de la loi de 1901 financée à 80% par le conseil régional. L'agence se consacre essentiellement aux questions d'agriculture, de déchets, de tourisme. Sur environ 30 agents, 1 personne - membre du PRS alimentation - est chargée du volet environnement-santé, dont la nutrition et co-pilote, avec le CRES, le projet collège-lycée.

(réflexion, outils d'observation). Cette situation découle en partie d'une faible implication des collectivités locales (cf. infra).

Au total, 8 actions ont été financées en 2002 ; 3 d'entre elles représentent près de 60% des crédits : un projet collège-lycée, les actions « diabète » menées par Epidaure, l'outil « baromètre » (de l'observatoire régional d'épidémiologie scolaire). Le seul projet collège-lycée représente 40% des crédits. Ce projet, dans sa 4<sup>ème</sup> année, est piloté par l'AME et le CRES ; il propose des journées techniques d'information aux personnels des établissements scolaires ; un « Guide Ressource pour agir » vient d'être diffusé, début 2003, à tous les établissements scolaires de la région (450), il comprend des fiches actions développant des exemples concrets d'action et des fiches information exposant des thèmes d'actualité, une aide méthodologique dégageant les grandes étapes d'un projet, le recensement des ressources existantes aussi bien documentaires qu'humaines. Il devrait constituer un outil très précieux pour les professionnels des établissements scolaires auxquels il est destiné. Mais en résumé, les 3 actions les plus importantes et les plus ambitieuses de la région sont portées par les mêmes acteurs.

Au total, les actions du PRS alimentation-nutrition ont représenté 51.925 € (dont 24.713 € apportés par l'Etat et 27.212 € par le FNPEIS) sur un total de 476.175 € pour les PRS.

#### *2.2.1.3 En Lorraine, la coordination commence à se mettre en place*

##### ➤ Des indicateurs de l'état nutritionnel médiocres

La région Lorraine se caractérise par des indicateurs sanitaires médiocres par rapport aux indicateurs nationaux, avec de fortes disparités infra-régionales. Le diabète est plus fréquent que dans le reste de la France, l'alimentation est trop grasse (enquête SU.VI.MAX).

##### ➤ Le PNNS permet à la Lorraine de s'investir sur le thème de la nutrition

Les PRS en Lorraine (dépendance aux produits, prévention des suicides et des tentatives de suicides) et le PRAPS n'avaient pas d'objectif spécifique en nutrition.

Pour appliquer la circulaire relative à la mise en œuvre du PNNS, et pour préparer un appel à projets en 2003, la DRASS a mené plusieurs actions :

- désignation d'un ingénieur en fonction à la DRASS comme chef de projet du programme nutrition à mettre en place ;
- établissement d'un premier état des lieux à partir des projets financés dans le cadre des PRS et PRAPS : 5 actions dédiées (ateliers santé pour des personnes en situation précaire) à la nutrition dans le cadre du PRAPS pour un total de 127.000 francs en 2001, 11 projets de « santé globale » portant notamment sur la nutrition (majoritairement, là aussi, des ateliers santé).

Le constat dégagé par la DRASS est celui d'une faible lisibilité au niveau régional et départemental. L'état des lieux reste très lacunaire compte tenu du faible retour d'informations de l'Education nationale pour les actions se passant au niveau des établissements, de l'URCAM pour les actions de promotion de la santé des CPAM et des autres acteurs.

A la suite d'une première réunion en juillet 2002, 3 groupes thématiques ont commencé à se réunir afin de dresser un état des lieux des pratiques régionales et d'établir des recommandations :

- « éducation nutritionnelle » : ce groupe est composé de 34 participants, plutôt « institutionnels » et associatifs : représentants des DDASS, médecin de la DRJS, infirmière conseillère technique du rectorat, inspection académique des Vosges, CRES, CODES, URCAM, Mutualité, CPAM, conseil général de Meurthe et Moselle, associations, CHU... ;
- « restauration collective et son environnement » : le groupe compte une dizaine de participants, avec des professionnels de terrain : représentants des écoles - intendante de lycée, chef de cuisine au collège -, de l'hôpital - diététicienne, responsable d'unité de production culinaire -, techniciens en restauration collective du rectorat, chargés de mission au CROUS, URCAM, diététicienne formatrice à la faculté de médecine ;
- « prise en charge des troubles liés à la nutrition » : la moitié des 10 participants sont médecins : CHU - praticiens hospitaliers, diététiciens -, un médecin d'Hospitalor, l'URCAM, un professeur de nutrition humaine dans une école d'ingénieurs, l'association des diabétologues et endocrinologues de Lorraine, un médecin de PMI en centre médico-social. On peut remarquer qu'il n'y a dans ce groupe ni médecin généraliste, ni infirmière, ni psychologue.

Le PNNS est perçu comme constituant une avancée culturelle dans la globalité de ses approches, incluant une stratégie orientée vers les industries agro-alimentaires.

#### ➤ Un partenariat complexe à établir

L'instauration du travail en partenariat s'avère complexe :

- les interlocuteurs départementaux semblent revendiquer une certaine autonomie par rapport au niveau régional : le CRES intervient sur les domaines où n'interviennent pas les CODES (travail en réseau), les conseils généraux n'ont pas tous la même approche en terme de santé, les découpages de l'assurance maladie ne coïncident pas forcément avec les autres découpages administratifs (Alsace-Moselle), la Mutualité joue un rôle important ;
- les hôpitaux ont des approches différentes et travaillent peu en partenariat, il existe peu de travail en réseau.

Cela étant, Nancy dispose de certains atouts : une école de santé publique, des formations en nutrition, un centre de recherche en nutrition humaine (absent des groupes).

La DRASS attend aussi du PNNS une dynamisation et un élargissement des travaux menés dans le cadre des SROS, qui sont actuellement à teneur très « médicalisée ». A la demande de l'ARH, qui souhaitait un travail de coordination entre schémas - SROS cardiologie, diabétologie, néphrologie, insuffisance rénale chronique, douleur -, un groupe transversal « SROS prévention » a été mis en place, avec l'appui méthodologique du CRES, pour traiter des questions de prévention, dépistage et éducation thérapeutique. Cependant, cardiologues et diabétologues travaillent pour l'instant séparément, les premiers ayant choisi le tabac et les seconds la nutrition.

➤ Le PNNS suscite des initiatives

Des expérimentations locales, dont trois exemples intéressants sont présentés ci-dessous, sont conduites par différents acteurs :

- une action est promue par le CRES et les quatre CODES ; elle est financée dans le cadre du PNNS avec un cofinancement de la CRAM, par le FNPEIS et le fonds d'action sociale ; son objectif est de rendre accessible une restauration de qualité hors du foyer pour des publics à petits budgets, le constat de départ étant que la restauration « hors foyer » représente 100 repas par an et par habitant. Le projet se propose d'accompagner cette offre de restauration d'une action éducative et d'information sur les activités physiques. Les publics et lieux visés sont quelque 70 personnes âgées pour des repas en maison de retraite, environ un millier de personnes pour des repas en sandwicherie et pizzeria en ville (CODES+CPAM), quelques milliers d'étudiants dans le cadre de la restauration universitaire (avec le CROUS), et enfin une dizaine de parents isolés en centre d'hébergement (avec l'UDAF) ;
- l'organisation de deux « journées nutrition-santé » a été programmée fin 2002 par la CPAM de Longwy, à titre exploratoire pour l'URCAM, qui a retenu le thème « nutrition » dans son programme 2003 : le samedi matin, dans les locaux de la mairie, les usagers se sont vus proposer un « parcours santé » comprenant une enquête alimentaire (sur logiciel) et des dépistages rapides (diabète, cholestérol, HTA). L'après-midi, une table ronde réunissant les médecins a proposé un débat avec le public. Au vu des résultats des dépistages, les médecins présents dans les locaux (diabétologue, cardiologue, nutritionniste) orientaient vers le médecin traitant, un diététicien ou un nutritionniste ;
- à titre là encore expérimental, le service de PMI du département de Meurthe-et-Moselle a proposé à des femmes étant au 4<sup>ème</sup> mois de leur grossesse un entretien de 45 minutes avec une sage-femme de leur choix (hospitalière ou libérale) sur différentes thématiques, mais surtout la nutrition, l'allaitement maternel, l'hygiène de vie ; cette action s'inscrit, ce qui semble être une « première », dans le cadre du réseau périnatalité et reçoit le soutien de l'URCAM, qui indemnisera les sage-femmes libérales.

## 2.2.2 *Des partenaires très diversement mobilisés et, encore, des problèmes de moyens*

### 2.2.2.1 *Trop de priorités tuent les priorités ?*

➤ Les priorités du ministère

Le niveau local rencontre des difficultés à assumer l'ensemble des priorités définies par le niveau national. Ainsi, une des DRASS rencontrées s'interroge sur la façon d'articuler les priorités de la circulaire budgétaire, celles de la directive nationale d'objectifs et des quelque vingt programmes de santé publique. Assurer les nécessaires cohérence et synergie entre des plans ou programmes complémentaires - par exemple,

périnatalité, nutrition, précarité - peut apporter des gains de productivité mais est aussi un élément de complexité supplémentaire.

La perception régionale est donc celle d'un empilement, d'une absence de priorisation, alors même que les hommes et moyens financiers ne permettent pas de tout assumer : il est « facile d'écrire un beau plan », encore faut-il que l'action puisse suivre.

En outre, la question de l'insertion dans ce cadre des propres priorités du niveau régional reste posée et résolue localement. Ainsi, en Languedoc-Roussillon, par rapport aux 9 objectifs et 9 sous-objectifs du PNNS, la conférence régionale de santé 2002 a déterminé l'ossature des priorités sans avoir l'ambition de décliner tout le programme national. Les objectifs régionaux sont exprimés autrement qu'au niveau national. Tous les membres du groupe nutrition du PRS dans cette région estiment que le PNNS doit être un cadre général mais que les régions ne peuvent remplir tous les objectifs.

#### ➤ L'articulation avec l'assurance-maladie

Une autre difficulté signalée dans une DRASS porte sur l'articulation des priorités de l'Etat et de celles de l'assurance maladie.

S'agissant des procédures, les priorités de l'assurance-maladie sont fixées dans le PRAM, le programme régional de l'assurance-maladie, qui laisse une faible marge de manœuvre au niveau régional par rapport aux directives nationales.

Quant au fond, l'assurance-maladie a une approche plus « économique », s'intéressant plutôt au dépistage précoce et à la prévention secondaire de la maladie, dans le cadre d'une logique de gestion du risque et d'une vision à plus court terme. Avoir des résultats et pouvoir les afficher sont parmi les critères de choix des programmes, critères difficilement applicables dans le domaine de l'éducation nutritionnelle dont les bénéfices sont retardés de plusieurs années, voire décennies.

Malgré ces différences d'approche, la collaboration sur le terrain semble plutôt bien s'établir.

Néanmoins une cohérence dans les approches respectives paraît opportune. Les services médicaux de l'assurance maladie peuvent-ils être complètement absents d'un programme comme le PNNS alors même que la prévention, par exemple de l'obésité, doit être conçue comme un « continuum », que se posent la question de l'articulation entre prévention primaire, dépistage, prise en charge, celles du rôle des médecins de ville, de leur formation... ?

#### *2.2.2.2 Le souhait des collectivités territoriales de s'impliquer dans la prévention est très variable*

Le partenariat avec les élus ne peut se décréter au niveau national. Il dépend fortement du souhait de ceux-ci de s'investir dans le champ de la santé, ou même d'intégrer les aspects sanitaires dans leurs politiques relatives à d'autres domaines.

Les régions Nord-Pas-de-Calais et Languedoc-Roussillon représentent à cet égard deux cas très différents, dans une palette vraisemblablement riche de positionnements variés.

Le Nord-Pas-de-Calais fait figure d'exception avec la territorialisation, en cours, de la politique de santé (prévention) : découpage de la région en 12 zones, chaque zone étant dotée d'un coordinateur financé par les collectivités locales, formé par la DRASS (formation-action), chargé d'établir un diagnostic sur sa zone. Cette étape doit permettre l'installation d'un comité local des politiques de santé et l'adoption d'un programme territorial, déclinant le PRS, voire allant plus loin, puis de territorialiser les enveloppes.

A l'inverse, en Languedoc-Roussillon, les collectivités locales et notamment le conseil régional marquent une grande réserve à s'engager sur les problèmes de santé et le système de soins, sauf exceptions (villes de Béziers et d'Alès). Les élus sont donc absents des instances du PNNS<sup>37</sup>.

Parmi les collectivités locales, toutes ont pourtant des compétences, de droit ou de fait, indispensables pour aider à promouvoir la prévention par la nutrition :

- le niveau régional, de par son rôle politique et d'impulsion ;
- les départements, notamment par les services de protection maternelle et infantile, peuvent jouer un rôle majeur de prévention et de dépistage auprès de certaines populations ; ainsi, dans le Languedoc-Roussillon, la PMI de l'Hérault est très active et participe au PRS nutrition alors que les autres départements de la région sont absents ; l'échelon départemental est également chargé de la restauration scolaire dans les collèges ;
- les communes sont pour leur part, et au seul titre de leur compétence de droit, chargées de la restauration scolaire dans les écoles maternelles et primaires.

En résumé, ne pas pouvoir disposer de l'appui des collectivités locales constitue un handicap certain.

#### *2.2.2.3 L'Education nationale, un levier très puissant...si les échelons territoriaux successifs s'engagent*

L'Education nationale représente un autre cas de figure : l'engagement du ministère a été réel ; des outils existent, par exemple :

- la loi d'orientation sur l'éducation de 1989 a inscrit le thème de l'éducation pour la santé parmi les priorités de la communauté éducative ; en 1990, des comités d'environnement social ont été créés, transformés en 1998 en comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC<sup>38</sup>) ;
- plusieurs circulaires portent sur la restauration scolaire<sup>39</sup> ; celle du 26 juin 2001 relative aux repas servis en restauration scolaire et à la sécurité alimentaire des aliments est co-signée par huit ministres ;
- un dépliant sur la restauration scolaire a été diffusé à 150.000 exemplaires au sein de l'Education nationale ;
- une charte pour l'élaboration et la diffusion en milieu scolaire de matériels pédagogiques dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition a été élaborée à

<sup>37</sup> Réserve des élus également pour le SREPS, schéma régional d'éducation pour la santé.

<sup>38</sup> Cf. « L'école citoyenne, le rôle du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté ». Rapport présenté à Monsieur le Premier ministre, en janvier 2002, par M. Jean-Pierre Baeumler, député du Haut-Rhin, maire de Thann.

<sup>39</sup> Il y a un projet d'enquête DESCO-AFFSA sur l'évaluation de l'application de la circulaire du 28 juin 2001 sur la restauration scolaire.

- l'initiative de l'Institut français pour la nutrition, avec des professionnels du secteur alimentaire, des scientifiques et des représentants du monde enseignant ;
- le ministère fait partie du réseau OMS des écoles européennes de promotion de la santé<sup>40</sup> ;
  - en octobre 2001, des classes à PAC (projet artistique et culturel) « Goût et art culinaire » ont été lancées par le ministre ;
  - celui-ci a écrit - avec le ministre chargé de la santé - le 4 avril 2002 aux inspecteurs d'académie, directeurs des services départementaux, pour leur faire connaître le projet pilote du département du Val de Marne (lettre également adressée aux présidents de conseils généraux) ;
  - le ministère est évidemment représenté dans le groupe du PNNS « Intégration de la dimension nutrition dans les enseignements scolaires ».

Bref, si le niveau ministériel participe pleinement à l'exercice, la réalité sur le terrain se laisse mal cerner. Le ministère reconnaît avoir une vision très partielle et incomplète des actions sur le terrain ; il en est de même au niveau régional (au rectorat et *a fortiori* dans une DRASS) ; les actions sont souvent émiettées et non évaluées. La réalité est donc très diverse.

L'engagement du recteur peut constituer un élément moteur majeur ; en Languedoc-Roussillon, l'observatoire régional d'épidémiologie scolaire et le centre de ressources-prévention sont des initiatives du rectorat. Le Nord-Pas-de-Calais fournit aussi des illustrations positives. Quant aux conseillers (médecins et infirmières) du recteur, ils sont généralement convaincus. Mais la situation se complique dès lors que l'on s'approche du « terrain » : inspecteurs d'académie, directeurs d'établissements, directeurs d'IUFM, enseignants, personnels des établissements. En résumé, pour agir, tout le monde doit être convaincu et volontaire.

Le rapport précité sur les CESC constate : « la très forte représentation des personnels de santé dans les différentes instances prouve que la charge de l'éducation pour la santé reste surtout confiée au médecin et à l'infirmière de l'Education nationale. En dépit du renforcement de sa dimension éducative, l'éducation à la santé n'est pas devenue une matière enseignée au même titre que d'autres disciplines... C'est un problème de formation des enseignants, mais pas seulement ». On peut lui emprunter une de ses conclusions<sup>41</sup> : « les directives ministérielles incitent aux projets d'établissements, au travail en équipe, aux pratiques interdisciplinaires... or tout le système de pilotage est constitué sur un principe de conformité aux normes qui évalue les professeurs individuellement, qui appelle les projets mais ne les évalue pas... ».

Dans ces conditions, la prévention par la nutrition ne représente évidemment pas la priorité, quand l'éducation à la santé est abordée (mais dans ce cas plutôt des conduites à risques : tabac, drogue, violence, MST). Le niveau de partenariat au niveau local est très hétérogène et variable. Enfin, des actions ponctuelles n'ont guère de sens si elles ne sont pas construites dans la durée, pour les mêmes élèves.

<sup>40</sup> Mais aucune école française n'est membre du réseau...

<sup>41</sup> Conclusion elle-même empruntée au sociologue François Dubet.

#### 2.2.2.4 *Les autres “partenaires” : souvent peu présents*

##### ➤ *Les partenaires « institutionnels »*

En dehors du Nord-Pas-de-Calais, l'Etat (la DRASS) est relativement seul sur la prévention par la nutrition, sans disposer d'un appui fort des représentants des autres départements ministériels : jeunesse et sports, agriculture... En revanche, le partenariat avec les URCAM semble bien fonctionner.

La circulaire DGS de janvier 2002 indique les axes d'action sans expliciter le *modus operandi*, et sans d'ailleurs un appui clair au niveau national : par exemple « avec les directions régionales et départementales de la jeunesse et des sports, vous analyserez les moyens de promouvoir l'activité physique pour tous, notamment les plus sédentaires ». Une circulaire interministérielle aurait sans doute eu plus de poids.

##### ➤ *Les producteurs*

Les relations avec le secteur agro-alimentaire et celui de la distribution ne sont pas ou sont très peu investies au niveau local. Il est clair que la question est très sensible.

##### ➤ *Les professionnels de santé*

L'implication des médecins libéraux apparaît très faible. En prévention primaire, ce constat peut s'expliquer par le souci de « démédicaliser ». Néanmoins, la même observation que pour les médecins conseils de l'assurance-maladie pourrait être faite.

A l'hôpital, les éléments porteurs sont généralement des spécialistes (de la nutrition, de l'obésité, du diabète...). Mais là encore, la situation n'est pas satisfaisante et repose principalement sur l'engagement et la conviction de quelques personnes.

#### 2.2.2.5 *Le problème des moyens*

Divers problèmes de moyens ont été signalés à la mission par les DRASS :

L'ensemble des membres du groupe PRS nutrition de Languedoc-Roussillon a soulevé une question sur la participation, qui peut être prenante, aux travaux du PNNS. La réalité peut être complexe en ce sens que les personnels y participent avec, bien sûr, l'accord de leurs institutions, mais celles-ci peuvent être moins disposées à donner gracieusement du temps-agent. Le contexte des partenariats difficiles à établir (collectivités locales) et/ou de budgets serrés (hôpital) peuvent expliquer cette difficulté.

Par ailleurs, outre la difficulté pour les DRASS à assumer en termes d'effectifs cadres, d'autres problèmes de ressources humaines entravant la mise en œuvre ont été relevés :

- des structures relais ou opérateurs importants comme les CRES et les CODES sont très fragiles (statut précaire, majorité d'emplois-jeunes) ;
- la participation des usagers (parents d'élèves, associations de défense des consommateurs) est rendue problématique, entre autres, par leur manque de disponibilité (bénévolat) et de « professionnalisation » (formation) ;

- les diététiciennes sont peu représentées, sauf si un hôpital accepte un prêt ou une mise à disposition, difficile dans le contexte démographique de cette catégorie de personnels à l'hôpital.

Sur le plan des autres moyens, ont été indiqués, outre l'insuffisance des crédits pour financer les actions, les délais très courts pour répondre à l'appel d'offre national, les enveloppes « fléchées » des ARH pour les établissements hospitaliers (CLAN) qui s'émoussent, la multiplicité des fonds malgré certains regroupements.

Une DRASS conclut : si l'on veut rééquilibrer le rôle de la prévention par rapport au curatif, il faut reconnaître cette mission.

### **3. ILLUSTRATION D'UN AXE D'ACTION " SUR LE TERRAIN " : UNE QUESTION SENSIBLE, LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE DE L'ENFANT**

Pour illustrer la manière dont se mettent en place les politiques publiques, la mission a choisi de s'intéresser à un objectif, la prévention de l'obésité infantile, qui ressort plutôt d'une politique à la fois primaire et secondaire. En terme de lutte contre l'obésité de l'enfant, il existe 3 niveaux possibles d'actions :

- des mesures à l'échelon des populations : prévention primaire,
- des mesures destinées à repérer les enfants particulièrement à risque de devenir obèses : prévention secondaire,
- des mesures destinées aux enfants déjà obèses : prise en charge.

Dans les faits, un *continuum* commence à s'instaurer entre prévention primaire, secondaire et tertiaire, pour reprendre la terminologie de l'OMS : la prévention primaire de l'obésité infantile s'accompagne d'actions expérimentales de dépistage et prise en charge ; l'idée commence à émerger de favoriser l'éducation du patient obèse dans un cadre familial, à la fois pour faciliter la compliance, mais aussi pour prendre en compte les facteurs héréditaires et prévenir des comportements à risque dans la fratrie des patients atteints.

#### **3.1 Un constat inquiétant, des connaissances incertaines**

L'obésité infantile est un phénomène connu aux Etats-Unis depuis plusieurs années. En France, l'alerte sur son augmentation rapide est récente et commence à être relayée par les medias. L'« épidémie » est d'autant plus inquiétante qu'elle touche davantage les enfants que les adultes. Elle pose à la santé publique des questions majeures, encore largement sans réponses, sur ses enjeux et conséquences psychologiques et physiologiques, à court, moyen et long termes.

##### **3.1.1 *Un constat inquiétant***

###### **3.1.1.1 *Une mesure de l'obésité de l'enfant qui n'est pas uniforme***

Les développements suivants relatifs à la définition de l'obésité de l'enfant, et ses difficultés méthodologiques, sont empruntés aux spécialistes<sup>42</sup>.

Pendant longtemps et encore couramment, l'obésité de l'enfant s'est définie en termes de distribution statistique dans une population : arbitrairement, il est décidé de fixer un

<sup>42</sup> Professeur Basdevant, Mme Rolland-Cachera, Mme Thibault (DGS) : Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey. Br Med J 2000; 320: 1240 – 1243.

seuil (par exemple des valeurs supérieures au 97<sup>ème</sup> centile de la distribution de l'IMC (indice de masse corporelle) pour une classe d'âge en tenant compte des variations physiologiques de l'adiposité au cours de la croissance. On dispose de telles valeurs de référence (établies par MF Rolland Cachera et col.), présentes dans les carnets de santé depuis 1995. Cette approche est logique, mais se heurte à une difficulté, celle de la population de référence : faut-il choisir la population actuelle ou celle étudiée il y a quelques décennies. Dans ce dernier cas, la prévalence de l'obésité évolue, mais on peut contester le choix arbitraire de la population de référence initiale.

Ces difficultés expliquent les tentatives pour aboutir à une définition internationale permettant des comparaisons et des suivis évolutifs de prévalence. En 2000, un groupe d'experts de l'International Obesity Task Force (IOTF) a élaboré une définition internationale de l'obésité chez l'enfant. Cette méthode assure une continuité entre les définitions de l'obésité de l'enfant et de l'adulte. Les seuils définissant les degrés 1 et 2 de surpoids chez l'enfant sont constitués par les courbes de centile de l'IMC atteignant à 18 ans les valeurs de 25 et 30 qui correspondent aux seuils du surpoids et de l'obésité chez l'adulte.

L'IMC se calcule par le rapport du poids sur la taille au carré :  $IMC = P / T^2$ . Par exemple, l'IMC d'un enfant de 44 kg et 1,43 m est :  $44/(1,43)^2 = 21,5$ . Chez l'enfant, les valeurs de référence de l'IMC, comme celles du poids et de la taille, varient au cours de la croissance. Ainsi, il n'est pas possible de se référer à une valeur de référence unique de l'IMC. Il existe en effet des variations physiologiques de l'adiposité au cours de la croissance auxquelles s'ajoutent les variations individuelles d'âge de survenue de la puberté. D'où l'importance pour le suivi individuel d'un enfant d'utiliser les courbes de références qui, de plus, vont permettre de visualiser l'âge de survenue du rebond de l'adiposité, qui, lorsqu'il survient précocement, est un marqueur reconnu du risque de voir se développer une obésité ultérieure.

### *3.1.1.2 Des chiffres attestant de la progression de l'obésité infantile*

L'expertise collective de l'INSERM réalisée à la demande de la CANAM, publiée en 2000 sous le titre "Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant", indique, sur la base de comparaisons avec les Etats-Unis, que 3% des enfants français (nés dans les années 1955-1960) étaient obèses (situés au dessus du 97<sup>ème</sup> percentile des courbes de corpulence française) contre 15% des enfants américains.

Aujourd'hui, plus de 20% des enfants américains âgés de 6 à 11 ans sont obèses. En France, pour les enfants de 5 à 12 ans, et en utilisant le même seuil (97<sup>ème</sup> percentile des courbes de corpulence françaises), la prévalence serait passée de 3% à 10-12% en 30 ans, soit une multiplication par un facteur 3-4 en 30 ans ; en 15 ans<sup>43</sup>, il y aurait eu un doublement, la prévalence passant de 6% à 10-12% en 1992-1995. L'étude précitée<sup>44</sup>, commandée par la DGS à l'InVS, évalue, en 2000, la prévalence à 16% chez les enfants de 7 à 10 ans.

<sup>43</sup> Sources de l'INSERM : études régionales : Institut Régional pour la Santé, Tours, étude INSERM en région parisienne, étude Fleubaix-Laventie.

<sup>44</sup> M-F Rolland-Cachera, K Castetbon, N Arnault, F Bellisle, M-C Romano, Y Lehingue, M-L Frelut and S Hercberg. Body mass index in 7 – 9-years-old French children : frequency of obesity, overweight and thinness. International Journal of Obesity (2002) 26, 1610 – 1616.

Les autres sources statistiques fournissent des chiffres variables selon la classe d'âge examinée, la date de l'enquête, la définition adoptée<sup>45</sup> :

- « La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire<sup>46</sup> » : 14% des enfants présentent une surcharge pondérale, dont 10% un surpoids modéré, 4% une obésité (5,5% en ZEP)(définition IOTF) ;
- Enquête sur la prévalence de l'obésité chez l'enfant menée par les services de santé scolaire de la ville de Paris en 1996<sup>47</sup> : 23% des garçons et 26% des filles ont un surpoids ( $>90^{\text{ème}}$  percentile), la prévalence de l'obésité étant proche de 14% ( $>97^{\text{ème}}$  percentile)(13,4% pour les garçons et 13,9% pour les filles).

En dépit de la variabilité des sources et des méthodes, toutes les données convergent vers le constat d'une augmentation rapide du surpoids et de l'obésité infantile.

Comme pour les adultes, des disparités régionales importantes ont été mises en évidence : les régions du Nord, l'Auvergne, la Lorraine, le Languedoc-Roussillon sont les plus touchées par ce phénomène. Plusieurs études ont également montré la surreprésentation des jeunes appartenant à un milieu défavorisé (par exemple, en ZEP) et un lien avec des pratiques de grignotage (produits sucrés ou gras). Néanmoins, ces comportements sont aussi observables dans la population générale.

### **3.1.2 Des causes mal connues, une grande incertitude sur les stratégies à mener**

#### **3.1.2.1 Des causes mal connues**

L'expertise collective de l'INSERM reconnaît que « les causes de cette épidémie sont encore mal cernées en dépit des efforts de la communauté scientifique dans le domaine épidémiologique, physiopathologique et génétique. L'augmentation de la prévalence résulte-t-elle de la sédentarisation croissante des modes de vie des sociétés occidentales qui s'accompagne d'une réduction de l'activité physique quotidienne et/ou d'une évolution de l'alimentation tant sur le plan quantitatif que qualitatif ou encore des modifications du comportement alimentaire ? Autant de questions auxquelles il faudrait pouvoir répondre pour définir des stratégies efficaces de prévention. ».

#### **3.1.2.2 Une grande incertitude sur le plan des stratégies à mener**

L'INSERM constatait également que « les premiers résultats des actions de prévention sont décevants ».

Face au faible impact sur l'IMC des diverses actions d'éducation nutritionnelle et de promotion de l'activité physique, l'INSERM émet plusieurs hypothèses :

- le but des interventions n'était pas orienté directement sur la prévention de l'obésité ;

<sup>45</sup> Noter que les chiffres sont très différents selon la définition retenue ; les travaux de l'ORES en Languedoc-Roussillon, qui donnent les résultats de la même enquête selon les deux définitions, le montrent bien. En revanche, les évolutions des chiffres obtenus selon la même méthode à des dates différentes sont significatives.

<sup>46</sup> Enquête DREES de Nathalie Grignon, réalisée en 1999-2000, Etudes et résultats n°155, janvier 2002, DREES.

<sup>47</sup> Enquête effectuée dans les écoles primaires publiques de Paris, sur 3.621 élèves de CM2 (âge moyen : 10 ans 6 mois) représentatifs.

- les outils d'évaluation pouvaient être inadaptés (variabilité de la mesure des plis cutanés) ;
- les modifications liées à la puberté interféraient avec l'effet des interventions.

L'impact sanitaire est complexe à mesurer car si l'entraînement sportif semble avoir peu d'effets sur le poids, il induirait réellement une substitution de masse maigre à la masse grasse.

### **3.1.3 *Les recommandations des experts***

L'INSERM formule des recommandations concernant :

- l'information et la formation des médecins, le dépistage (suivi de l'évolution de la courbe de corpulence<sup>48</sup>, par une pesée et une mesure systématique de tous les enfants, chaque année, à partir de l'âge de 6 ans) et la prise en charge médicale la plus précoce possible des enfants obèses. L'INSERM préconise notamment de développer la formation initiale et continue des médecins à la connaissance de l'obésité ; il insiste sur la formation des médecins et infirmières scolaires au dépistage de l'obésité en train de se constituer chez l'enfant. Il est suggéré de valoriser l'acte médical (généralement long) de prise en charge de l'obésité en définissant une codification de l'acte d'évaluation et d'éducation. Enfin, il faut lutter contre la stigmatisation de l'enfant obèse ;
- la prévention du développement de l'obésité par un rééquilibrage de l'alimentation et la lutte contre la sédentarité. Notamment, le temps passé devant la télévision durant l'enfance peut être considéré comme prédictif d'une obésité ultérieure. L'INSERM préconise de mettre en place au niveau du primaire une heure par jour d'activités physiques encadrée par un professeur d'activité physique. Les éducateurs sportifs doivent être formés ;
- le contrôle rigoureux des messages publicitaires sur les produits alimentaires à forte charge calorique, voire l'interdiction de ceux<sup>49</sup> destinés aux enfants, et la promotion d'un étiquetage compréhensible ;
- l'adaptation des laits premier âge pour les rapprocher de la composition du lait maternel ;
- le soutien des études d'intervention et le développement des recherches : comportement alimentaire de l'enfant, apprentissage des goûts, effets du stress... L'INSERM observe notamment que l'influence des facteurs génétiques dans l'obésité est établie ; néanmoins, l'obésité ne peut se réduire à la seule génétique. Ce sont les interrelations complexes entre différents facteurs qui déclenchent le phénomène de prise de poids conduisant à l'obésité. Aussi l'utilisation du dépistage génétique comme outil de santé publique semble prématurée.

---

<sup>48</sup> La survenue d'un rebond d'adiposité avant 6 ans doit être considérée comme un facteur de risque d'obésité ; après le rebond – environ 6 ans – les enfants dépassant la valeur du 97<sup>ème</sup> centile sur la courbe doivent être considérés comme obèses et pris en charge médicalement.

<sup>49</sup> Certains de ces messages énoncent des équivalences caloriques et nutritionnelles incomplètes ou équivoques.

Par ailleurs, au niveau de l'individu, des recommandations sont élaborées et diffusées par les sociétés savantes<sup>50</sup> et l'ANAES.

### **3.1.4 *Les objectifs et stratégies nationales : de nombreuses actions prévues pour un public jeune, notamment en prévention primaire.***

#### **3.1.4.1 *Les objectifs et stratégies nationales***

Parmi les 9 objectifs prioritaires que s'est fixé le PNNS, deux d'entre eux ont un lien plus direct avec la lutte contre l'obésité infantile : l'un vise à interrompre l'augmentation de sa prévalence chez les enfants, l'autre à combattre la sédentarité qui représente un facteur de risque majeur. L'objectif de stopper l'augmentation de la prévalence peut être atteint en limitant les nouveaux cas (prévention primaire) et en favorisant le retour des jeunes obèses à un poids normal (prévention secondaire). La lutte contre la sédentarité est également un dénominateur commun à tous les enfants, qu'ils soient obèses ou non.

Outre certaines actions générales susceptibles d'atteindre aussi certains publics jeunes ou de leur bénéficier (par exemple, la formation des personnels, les campagnes nationales...), nombre d'actions sont spécifiquement orientées vers les jeunes. Elles se trouvent principalement dans l'axe 1, informer, éduquer et créer un environnement favorable (prévention primaire) : guide spécifique pour l'alimentation des jeunes enfants, distribution gratuite de fruits dans les écoles primaires, amélioration de la restauration scolaire dans les cantines scolaires, intégration de la dimension nutrition dans les programmes scolaires, création d'outils pédagogiques, incitation des établissements à mettre en place des fontaines d'eau fraîche et à débattre avec les parents des distributeurs de sodas et produits sucrés.

Les actions de l'axe 2, consacré à la prévention, au dépistage et à la prise en charge par le système de soins, sont également susceptibles de bénéficier à un public jeune. Cet axe prévoit la diffusion de 150.000 outils de mesure de l'IMC de l'enfant pour les pédiatres, médecins scolaires, de PMI, généralistes à tendance pédiatrique. En matière de réseaux, les projets les plus innovants semblent être orientés vers les enfants (cf. *infra*).

#### **3.1.4.2 *Des actions engagées mais des retards importants***

Outre les actions engagées indiquées supra, qui ont pour cadre l'Education nationale, d'autres avancées peuvent être notées :

- harmonisation entre les définitions française et internationale de l'obésité infantile, qui permettra d'établir plus facilement des comparaisons entre pays ;

---

<sup>50</sup> Cf. notamment Cahiers de nutrition et de diététique, Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités, volume 34, 1999, hors-série, édité par la Société de nutrition et de diététique de langue française (SNDLF). Travaux de l'AFERO (association française d'études et de recherches sur l'obésité), de l'ALFEDIAM (association de langue française pour l'étude des maladies métaboliques) et de la SNDLF, élaborés conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'ANAES qui leur a attribué un label de qualité.

- impulsion d'enquêtes au plan national (DREES-médecins de l'Education nationale) ;
- depuis 2001, travaux de l'ANAES en vue de recommandations pour la pratique clinique sur, entre autres, l'allaitement maternel ;
- le groupe de travail, chargé dans le cadre du PNNS d'étudier la possibilité de développer l'enseignement de la nutrition dans les programmes scolaires, s'orienterait vers un statu quo s'agissant de la rédaction des programmes, mais vers des propositions de « boîtes à outils ». Il appartiendrait au niveau local, dès lors, de développer des politiques de formation.

S'agissant du dépistage et de la prise en charge de l'obésité de l'enfant, le lancement des expérimentations de réseaux ville-hôpital a reçu l'accord de la DHOS en 2002.

Dans le cadre de l'appel à projets lancé par la DGS, au premier semestre 2002, dans le cadre du PNNS, plus de 230 projets ont été adressés ; 41 ont été financés pour un montant de 773.900 € Au total, environ 25 programmes sur 41 ont pour public principal les jeunes ; selon l'âge des jeunes, leur environnement immédiat - éducateurs, parents... - est souvent associé. Les cibles privilégiées sont les écoliers et les collégiens, l'école maternelle et le lycée n'étant cependant pas absents des projets. Plusieurs projets associent d'ailleurs différents niveaux ( primaire et collège ou collège et lycée).

Dans ce contexte de mise en place d'actions sur le terrain, le retard important (1 à 3 ans, selon les cas), par rapport au calendrier initial, dans la conception ou la diffusion des outils, en raison de l'insuffisance signalée des moyens, apparaît dommageable :

- les « outils pour l'évaluation nutritionnelle » (version adultes et version enfants) destinés aux professionnels sont prêts mais ne seront diffusés, au mieux, d'après les prévisions actuelles, qu'à l'automne 2003 ;
- il en est de même pour le module de formation continue concernant la prévention et la prise en charge de l'obésité de l'enfant, et pour le logiciel de suivi de l'état nutritionnel de l'enfant ;
- le groupe de travail chargé d'élaborer le guide alimentaire enfants et adolescents se réunit depuis novembre 2002 ; une diffusion avant 2004 apparaît peu probable.

Or les outils à destination des professionnels de santé sont indispensables : par exemple, les carnets de santé des enfants présentent les courbes de corpulence au cours de la croissance (IMC) depuis 1995. Celles-ci ne sont, le plus souvent, pas renseignées faute à la fois de sensibilisation des médecins et d'outils leur permettant de réaliser ce calcul rapidement.

## 3.2 Des initiatives très innovantes au plan local, mais isolées

### 3.2.1 Des systèmes d'enquête et d'observation plus ou moins pérennes

#### 3.2.1.1 Des systèmes d'observation encore embryonnaires au plan local

Quelques rares actions innovantes sont généralement précédées et accompagnées de travaux pour mieux cerner la réalité des modes de consommation alimentaire, leurs déterminants, l'état sanitaire du public et permettre des comparaisons dans le temps et les évaluations. Des enquêtes ponctuelles sont également parfois menées. Néanmoins,

les dispositifs pérennes d'enquête et d'évaluation ne sont pas généralisés au niveau local. Les synthèses réalisées dans le cadre des consultations régionales pour l'élaboration de la loi quinquennale montrent bien que l'on dispose de données détaillées sur les pathologies associées à l'état nutritionnel (diabète, MCV...), mais les données en amont manquent.

Compte tenu des importantes différences de comportement, elles-mêmes déterminées en partie par des facteurs variés, le niveau local - vraisemblablement régional, avec des déclinaisons infra-régionales plus fines - est pourtant le mieux adapté pour affiner les travaux menés à l'échelon national. Disposer d'un minimum d'outils d'observation paraît une condition préalable nécessaire pour mieux cibler les actions.

Le Languedoc-Roussillon représente une exception notable dans ce paysage.

### *3.2.1.2 Une exception : l'observation de l'épidémiologie scolaire et le modèle de surveillance alimentaire et nutritionnelle en Languedoc-Roussillon*

Le rectorat de Montpellier est à l'origine d'un observatoire scolaire, qui est devenu l'observatoire régional de l'épidémiologie scolaire (ORES), pour disposer de données sur la santé des jeunes (suite de la CRS de 1996). La nécessité d'un recueil d'informations spécifiques à la région est apparue rapidement, en complément des études menées au plan national, pour aboutir à des résultats exploitables. En novembre 1999, pour répondre à cette nécessité, une convention tripartite était signée entre le rectorat, la DRASS et l'ORS, concrétisant la mise en place de l'ORES (sans personnalité juridique).

Les objectifs de l'ORES sont d'apporter une meilleure connaissance de l'état de santé des élèves, d'identifier les comportements à risque des adolescents, d'optimiser la pratique des professionnels de santé de l'Education nationale et de favoriser l'homogénéisation des pratiques. A cette fin, il a mis en place en milieu scolaire un recueil d'informations reproductibles auprès d'échantillons représentatifs de la population scolarisée.

Les recueils d'information auprès des élèves sont effectués par les médecins et infirmières de santé scolaire - préalablement formés - et sont exploités par l'ORS. En 2000-2001, ils ont porté sur les classes de 6<sup>ème</sup> : l'échantillon régional pondéré présente les résultats de 1.199 élèves, soit 3,8% des inscrits. En 1999-2000, le recueil avait porté sur trois niveaux : grande section de maternelle, 6<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>. Les résultats, donnés par département et pour l'ensemble de la région, sont très intéressants : données sur la corpulence des élèves (IMC) mais aussi nombre d'autres données sur la santé des élèves (taux de vaccinations, vision, audition, état bucco-dentaire, pathologies chroniques, troubles du langage,...), leur environnement<sup>51</sup> (télévision, ordinateur, jeux vidéo, pratique sportive et de loisirs...), les comportements à risques...

Ce dispositif est complété par un projet de modèle de veille du comportement alimentaire, développé par des équipes du ministère de la recherche travaillant à

---

<sup>51</sup> Sur ces items, il s'agit de « déclaratif », ce qui peut poser les questions de fiabilité évoquées.

Montpellier<sup>52</sup> (IAM, IRD, CIRAD). Le modèle de veille a pour objectif de suivre et d'expliquer l'évolution de trois maladies, liées à l'alimentation et aux modes de vie des populations : l'obésité (notamment chez les jeunes), les maladies coronariennes et le cancer du côlon. Après avoir identifié les déterminants de ces pathologies (par exemple, l'activité physique), le modèle propose des indicateurs approchés de ces déterminants (par exemple, des indicateurs de situation - description de la population, des scores d'activité physique, du nombre d'heures passées devant les équipements HiFi, vidéo... - et des indicateurs dynamiques - offre de loisirs...). L'idée est de parvenir à capter les évolutions et favoriser une prise de décision des autorités en matière d'intervention (information, éducation, équipements...)<sup>53</sup>.

Le cas du Languedoc-Roussillon montre la valeur ajoutée considérable que procure la synergie entre acteurs aux compétences complémentaires, le rôle majeur que peut jouer l'Education nationale quand elle s'engage réellement, et l'impact d'un environnement favorable en matière de recherche. L'ORES constitue un exemple d'autant plus intéressant qu'il utilise des moyens et des procédures existantes, en les améliorant.

### **3.2.2 *L'éducation nutritionnelle, de la théorie à la pratique, de l'école au milieu familial***

#### **3.2.2.1 *Petits déjeuners et collations : beaucoup d'actions mais des outils d'évaluation à améliorer et à diffuser***

L'organisation de petits déjeuners dans les écoles, à l'initiative notamment de collectivités territoriales, est un type d'action assez ancien.

Une charte déontologique a été élaboré en 1999 sous l'égide de l'Institut Français de Nutrition (dont les industriels sont partie prenante). Dans le cadre du pacte de relance pour la ville, l'UNCCASF<sup>54</sup> initiait en 1997 la mise en œuvre d'une action pédagogique de promotion de la santé dans les écoles préélémentaires et élémentaires des zones urbaines sensibles, dont le support était le petit-déjeuner :

- axé sur des enfants de milieux défavorisés,
- prenant en compte immédiat l'enfant et sa famille et la recherche des forces vives locales,
- avec un souci de reproductibilité (petit déjeuner, simple, sans prix prohibitif pour montrer qu'une nourriture saine et équilibrée peut être préparée pour une somme modique),
- sans favoriser la promotion des marques,
- avec la mise à disposition d'un guide d'action réalisé par le CFES.

---

<sup>52</sup> CIHEAM/IAM : Institut agronomique méditerranéen de Montpellier ; IRD : Institut de recherche pour le développement, UR 106 ; CIRAD : Centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement, Programme agro-alimentaire ; AME : Agence méditerranéenne de l'environnement ; INSERM/Centre de recherche et de lutte contre le cancer ; ORS : Observatoire régional de la santé Languedoc-Roussillon.

<sup>53</sup> Le projet a bénéficié d'une subvention de soutien au développement scientifique par le conseil régional du Languedoc-Roussillon. Les salaires des chercheurs sont pris en charge par leurs organismes employeurs. Le projet de recherche arrive à son terme. Ses promoteurs souhaitent le pérenniser. Les avis sont partagés sur la question.

<sup>54</sup> UNCCASF : union nationale des centres communaux d'action sociale de France et d'outre-mer.

Ces actions recevaient une aide de l'Etat (direction de l'action sociale, qui avait passé convention avec l'UNCCASF pour la mise en œuvre).

La question des petits déjeuners à l'école est, à plusieurs égards, ambiguë : c'est une façon pour les « marques » d'entrer facilement à l'école et dans les familles, dans des conditions souvent contestables ; la pertinence de telles actions n'est pas toujours établie dans la mesure où des enfants ont déjà pris un petit-déjeuner chez eux. L'effet est alors clairement contre-productif.

Sur les méthodes de mise en œuvre, les observations émises par le CCAS de la ville de Loos, rencontré par la mission, qui porte un tel projet depuis 1997, rejoignent les observations similaires recueillies par ailleurs : s'appuyer sur des enseignants volontaires est indispensable, peut poser problème (monopole de la pédagogie), et ne garantit pas la mobilisation, pourtant indispensable, des parents. De tels projets sont lourds à mettre en place alors que leurs limites sont pointées par les promoteurs : très grande difficulté à évaluer leurs résultats, rareté des outils d'intervention et parfois des intervenants, interrogations sur les suites à donner à de telles actions qui ne prennent du sens que dans la durée.

La collation est une autre pratique encore beaucoup plus répandue, et contestable sur le fond, dans les écoles maternelles. Les parents fournissent cette collation sous forme, principalement, de paquets de biscuits et sucreries ; et ce, à la demande des enseignants, qui les préfèrent aux fruits : comment en effet, si de surcroît il n'y a pas de « dame de service », faire éplucher - proprement - une mandarine, une banane ou une pomme à 25-30 bambins de 3 à 6 ans ?

Une spécialiste de l'obésité infantile, le docteur M.L. Frelut, pédiatre à l'hôpital Robert Debré, observe que cette tradition date de 1945, l'apport devant alors rétablir l'équilibre alimentaire et les besoins en calcium des enfants mal nourris pendant la guerre. Elle conclut qu'il serait temps de mettre un terme à la collation en maternelle.

Sur ce même thème, on peut rappeler l'origine du programme du Val-de-Marne (présenté *infra*) : deux rapports de l'Education nationale suggéraient, en 1996-97, que la pauvreté grandissante obligeait certaines familles en situation de précarité financière à retirer leurs enfants des cantines scolaires et que cela avait des conséquences sur leur état nutritionnel. Une étude a alors été menée en 1998 dans trois départements, le Val de Marne, le Doubs et l'Hérault. Aucune relation statistique n'a pu être établie entre l'existence d'une maigreur et la fréquentation des cantines scolaires d'une part, ni avec l'un ou l'autre des indicateurs de précarité d'autre part. En revanche, l'étude a fait apparaître un niveau d'obésité important chez les jeunes de 10 à 18 ans, dans les trois départements.

L'idée de la dénutrition chez les enfants reste donc bien ancrée dans les représentations collectives, alors que le problème général aujourd'hui, sauf situations particulières, est plutôt celui de la surnutrition ou de la malnutrition. A l'occasion de la rédaction, en cours, du guide alimentaire de l'enfant, un comité d'experts a travaillé sur ces questions de petits déjeuners et collations. Les recommandations que doivent élaborer l'Education nationale et la santé devraient permettre d'éclaircir quelque peu la situation.

### 3.2.2.2 *La mise à disposition d'outils pour les enseignants : “A la découverte du pain” à Lille et Epidaure à Montpellier*

La mise à disposition d'outils destinés aux enseignants, pour leur permettre d'approfondir en classe avec leurs élèves un ou plusieurs thèmes, est un facteur de réussite important pour initier des actions de prévention en milieu scolaire. Deux exemples d'initiatives intéressantes sont décrits ci-après :

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, un livret à l'usage des enseignants du 1<sup>er</sup> degré « A la découverte du pain » a été réalisé<sup>55</sup> par l'Institut Pasteur de Lille, avec les conseillers pédagogiques de l'Education nationale. Il se présente sous forme de documents et de fiches pédagogiques pour les enseignants et de fiches pour les élèves. Il constitue un support d'autant plus utile pour l'enseignant qu'il lui permet d'aborder le thème du pain de façon transversale et de l'intégrer dans toutes les matières du *cursus* : sciences, mathématiques, français, histoire...

Le centre Epidaure déjà cité propose une information scientifique sur la santé, en s'appuyant sur des outils pédagogiques interactifs et ludiques et également des actions en milieu scolaire, mises en place avec l'Education nationale, et des outils pour les enseignants<sup>56</sup>.

Le « plus » d'Epidaure en matière d'éducation des élèves est le lien permanent, structurel établi avec l'Education nationale : le recteur de l'académie de Montpellier a nommé un enseignant, installé à Epidaure, chargé de faire le lien entre la prévention sanitaire et les institutions de l'Education nationale.

Les messages, outils, jeux de rôle...sont élaborés par le médecin (d'Epidaure) et le pédagogue (de l'Education nationale). Le CRES intervient également, notamment pour les aspects de méthode, et dispose d'une pédagothèque.

Dans le domaine alimentation, outre les actions menées, plusieurs outils ont été produits : « Le diabète, cékoissa ? » (posters, exposition interactive), « Je mange bien » (CD Rom), « Mon restau en l'an 2002 » (poster, film), « Sain et sympa » (quizz électronique), principalement destinés aux cycles de l'école primaire... Par ailleurs, Epidaure crée une base de données de ressources pédagogiques évaluées en éducation pour la santé ; l'ensemble des outils évalués devraient être saisis dans la base en 2004.

Dans les deux exemples, les projets sont donc réalisés dans un cadre qui apporte à la fois la caution scientifique et pédagogique. C'est une situation qui semble cependant encore peu répandue, nombre d'acteurs déplorant le manque d'outils ; la mission a rencontré pour sa part plusieurs opérateurs qui (re ?)créaient eux-mêmes leurs propres outils.

---

<sup>55</sup> Le projet a été financé par le conseil régional et intégré dans le cadre des PRS.

<sup>56</sup> Depuis l'ouverture du centre, de septembre 1988 à octobre 2002, plus de 30.000 personnes (élèves et enseignants) ont bénéficié d'une animation scolaire et 15.000 professionnels de santé d'une formation, sur l'ensemble des thèmes.

### 3.2.2.3 Fleurbaix-Laventie : l'éducation nutritionnelle dans deux communes du Pas-de-Calais

L'expérimentation Fleurbaix-Laventie Ville Santé<sup>57</sup> (FLVS), deux communes voisines du Pas-de-Calais de quelque 4.000 et 2.000 habitants, est le projet le plus ancien mené en France puisqu'il a démarré en 1992 et en est actuellement à sa troisième phase. Il se distingue par sa durée mais aussi par son approche globale : en effet, sa caractéristique majeure est de mobiliser à la fois la population (enfants, parents) et l'ensemble des acteurs de proximité susceptibles de jouer un rôle : enseignants, médecins des communes, élus... Le souci d'inscrire les actions menées dans la proximité a été considéré, dès l'origine, comme un facteur-clé de succès. L'étude a fait l'objet de plusieurs publications et communications à des congrès.

La première phase, FLVS 1, menée de 1992 à 1997, avait pour objectif principal d'évaluer l'impact d'une information nutritionnelle transmise dans le cadre scolaire aux enfants sur les habitudes et les comportements alimentaires de toute la famille.

Les préalables puis les modalités du programme témoignent du souci de mettre en place les acteurs et les outils susceptibles d'assurer à son déroulement les meilleures conditions : élaboration du protocole par des équipes de l'INSERM<sup>58</sup> (1991), accord de l'Education nationale, des élus et des médecins locaux (1992), mise en place des outils pédagogiques et de l'infrastructure médicale (1992), recrutement d'une cohorte de 549 familles de Fleurbaix et de Laventie (1992), premières enquêtes alimentaires (1993), programmes d'éducation nutritionnelle dans les écoles (1993-1997), examens médicaux annuels de l'ensemble des enfants et de leurs parents (1993-1997), secondes enquêtes alimentaires (1997).

L'éducation nutritionnelle a bénéficié aux enfants des écoles et collèges (de 3 à 15 ans) pendant cinq ans ; elle concernait de manière transversale l'ensemble des matières, sans constituer un cours supplémentaire mais en intégrant la nutrition dans l'enseignement fondamental. Elle a pris de nombreuses formes : journées thématiques « produit » (les corps gras, le lait et les produits laitiers, le sucre et les produits sucrés...), des animations lors de déjeuners à la cantine, des visites pédagogiques (entreprises, fermes, commerçants...), des petits déjeuners pédagogiques, l'aide à l'élaboration des menus par une diététicienne...

Elle a requis une collaboration entre les enseignants (instituteurs en primaire, professeurs de biologie et géologie et d'EPS au collège), les IUFM, les médecins scolaires, les médecins nutritionnistes et généralistes, les référents scientifiques (CHU de Lille, INSERM), les élus. Les acteurs locaux ont bénéficié de formations.

Les résultats sont globalement positifs : les enfants de Fleurbaix et de Laventie ont de meilleures connaissances nutritionnelles que ceux des villes témoins. Cette meilleure connaissance nutritionnelle est associée à certaines modifications des habitudes alimentaires de toute la famille (diminution de la consommation de beurre, de frites) ; ces modifications comportementales ont des incidences sur les paramètres intermédiaires comme le poids.

<sup>57</sup> Le concept de « Ville Santé » fait référence à une notion OMS.

<sup>58</sup> Professeur P. Fossati et docteur E. Eschwege (INSERM U 21 Villejuif).

Dans les deux villes, l'obésité de l'enfant n'a pas augmenté en 10 ans alors qu'elle progressait respectivement de 95 et 195% chez les jeunes garçons et filles de la région Nord-Pas-de-Calais pendant la même période. Les études à plus long terme ont montré que les mères de famille ont pris moins de poids par rapport à celles des villes témoins. L'éducation des enfants aurait donc profité à tous. Après une phase 2 (1997-2002) orientée vers des recherches concernant les déterminants de santé, la phase FLVS 3 (2002-2007) « Donner à chacun les moyens d'être acteur de sa propre santé » prolonge les étapes précédentes, tout en les élargissant puisqu'elle a pour objectif de mettre en place une politique de prévention globale de l'obésité - en partant des facteurs de risque que sont l'équilibre alimentaire, la sédentarité et le tabagisme -, destinée à l'ensemble de la population des deux villes et basée sur un suivi individualisé.

Outre les caractéristiques de méthode mentionnées, l'expérimentation<sup>59</sup> (FLVS 3) devrait combiner une approche population (outils, méthodes) et une approche individuelle (selon le type de population, la pathologie) : le généraliste aura un rôle important de dépistage, de diagnostic et d'aiguillage vers les autres ressources mises en place (notamment un centre d'appel), et un suivi personnalisé sera assuré.

Enfin, deux aspects spécifiques méritent d'être relevés : les promoteurs<sup>60</sup> ont fait appel, dès le départ, aux industries agro-alimentaires et pharmaceutiques (6 partenaires, pratiquement les mêmes depuis 10 ans) pour le cofinancement du projet. Sans leur contribution, majeure, l'étude n'aurait pu se faire. L'autre aspect est l'importance attachée à la communication, tant vis-à-vis de l'extérieur, que de la population des deux communes, pour permettre une appropriation des objectifs de santé.

### *3.2.2.4 Le volet prévention primaire du programme "Alimentation des jeunes : Val-de-Marne, site pilote"*

Le programme Val-de-Marne est, d'après les informations recueillies par la mission, le seul autre projet d'ampleur déjà développé en France, avec Fleurbaix Laventie.

Sa genèse a été rappelée : étude, à la suite de rapports de l'Education nationale, sur le lien éventuel entre la fréquentation de la restauration scolaire et la situation de précarité financière des familles. Outre le constat, inattendu par rapport à l'hypothèse de départ, d'un niveau d'obésité important chez les jeunes de 10 à 18 ans, dans les trois départements, l'étude a retrouvé les liens déjà observés entre surpoids et précarité. Surtout, elle relie l'obésité des adolescents à certaines traditions culturelles, à l'organisation de la journée alimentaire, à une perception décalée de sa silhouette et à la moindre adoption de comportements de surveillance par les adolescents. Dans cette étude, une plus grande urbanisation coïncide toujours avec une plus grande fréquence de l'obésité et des facteurs de risque décrits.

Dans le Val-de-Marne, l'étude a été prolongée, en 2000/2001 par des ateliers de travail organisés par le conseil général, dont les conclusions se sont traduites par trois

---

<sup>59</sup> FLVS 2 (1998-2002) a pour objectif, par le suivi des familles ayant participé à FLVS 1, de comprendre les facteurs qui entraînent une prise de poids (de quelques kilos jusqu'au stade de l'obésité) dans une population "normale" évoluant dans son milieu naturel (passage enfant/adolescent, adolescent/adulte). Elle doit permettre la prise en compte des facteurs environnementaux, en particulier nutritionnels, mais également l'activité physique et les situations de vie.

<sup>60</sup> Coordinateur du projet FLVS : docteur J-M. Borys

programmes d'actions proposés aux établissements. Ceux-ci sont pilotés par la direction des interventions de santé (du conseil général) et l'inspection académique. Deux de ces programmes relèvent de la prévention primaire :

- la formation à destination des adolescents pour les aider à mieux maîtriser leurs choix en matière d'achat et de consommation de produits alimentaires ;
- l'amélioration de la politique nutritionnelle dans les établissements.

Le dispositif de formation visant à « faire des adolescents des consommateurs avertis » s'appuie sur une démarche de recherche-action : recherche de supports pédagogiques diversifiés et de mises en situation réelle, approche transversale favorisant l'intervention de nombreux professionnels (des établissements, mais également extérieurs), dispositif « clef en main » proposé aux utilisateurs des établissements pour ne pas alourdir leur travail. Les quatre modules du programme sont : mieux se connaître en tant que consommateur, mieux savoir déchiffrer les étiquettes et les messages publicitaires, mieux connaître la chaîne alimentaire, mieux connaître les grandes règles de l'équilibre alimentaire.

Le dispositif de développement d'une politique nutritionnelle dans les établissements vise en premier lieu à renforcer la restauration scolaire dans son rôle d'acteur en éducation nutritionnelle et à agir sur la consommation des jeunes. Cinq actions ont été retenues : favoriser la consommation de fruits, de lait, d'eau<sup>61</sup>, mutualiser les savoir-faire des cuisiniers, constituer un dossier pour les administrateurs, pour alimenter la réflexion au sein de l'établissement. Le programme Val-de-Marne est complété par un volet de dépistage et de prise en charge des enfants obèses (prévention secondaire : cf. *infra*).

L'origine du projet est intéressante ; celui-ci résulte davantage de la conjonction de facteurs fortuits que d'un schéma traditionnel : une étude qui débouche sur une question autre que celle posée, une absence, à l'époque, de lignes directrices nationales (programme conçu avant le PNNS), l'implication forte d'un acteur, le conseil général, agissant sur un champ frontière de l'exercice habituel de ses compétences. Comme pour FLVS, l'action est enclenchée car quelques acteurs<sup>62</sup> très motivés ont conscience des enjeux de la nutrition en terme de santé publique, notamment pour les jeunes, et, travaillant sur le terrain, parviennent à mobiliser les relais nécessaires.

### *3.2.2.5 L'approche plus globale commence à faire école*

D'autres projets ambitieux ont été initiés plus récemment. Ils peuvent être de moindre ampleur que FLVS (qui concerne quasiment toute la population des deux communes) et Val-de-Marne (qui vise, a priori, dans le cadre d'une montée en puissance, tous les collégiens de tous les établissements publics du département), mais sont également basés sur la mobilisation de tous les leviers et relais locaux volontaires, le travail en partenariat, la participation de tout l'environnement à l'éducation nutritionnelle.

---

<sup>61</sup> A titre d'illustration, 10.000 collégiens ont été concernés par la semaine du fruit, du 7 au 12 octobre 2002. Des fontaines d'eau et de lait doivent être également installées dans les établissements.

<sup>62</sup> Notamment le docteur E. Feur, coordinatrice du projet, Conseil général du Val-de-Marne.

Deux de ces projets peuvent être présentés succinctement : une de leurs spécificités est de prendre la question très en amont et de s'adresser à de jeunes enfants (jusqu'à 6 ans).

Un projet piloté par Hospitalor en Lorraine concerne 6 écoles maternelles, classes de moyens-grands. Les objectifs sont : la consommation d'eau, bouger, manger des fruits et légumes, veiller aux rythmes alimentaires. Les parents sont invités et formés. L'ensemble des éducateurs, les personnels de santé et de l'Education nationale sont formés (notamment par le CODES). Les enfants sont pesés et mesurés par les services de la PMI. En outre, les jeunes mères reçoivent des conseils nutritionnels à la sortie de la maternité (allaitement, boissons). En novembre 2002, l'action avait avancé en recevant un bon accueil global ; une excellente collaboration s'était instaurée avec les services de la PMI.

Dans le département de l'Hérault, un protocole d'accord entre le conseil général et l'inspection d'académie permet la mise en place d'une action départementale pour les jeunes enfants ; outre les actions d'éducation dans certaines écoles, un repérage des enfants présentant des problèmes de surpoids est fait en moyenne section par le médecin de la PMI pour aiguillage et prise en charge par le médecin traitant. C'est d'ailleurs à ce stade qu'apparaissent les problèmes de la prise en charge et de la prévention secondaire (cf. *infra*). La création de réseaux, en aval, va donc s'avérer indispensable. Dans l'Hérault, la PMI a par ailleurs engagé de nombreuses actions de formation des personnels participant à l'accueil des jeunes enfants : CLAE<sup>63</sup>, halte-garderies, crèches... Les assistantes maternelles agréées (nourrices) ont bénéficié d'une journée de formation continue consacrée au thème de la nutrition.

Un autre projet très intéressant et large a été signalé à la mission, celui du CHU de Toulouse, qui poursuit concomitamment des objectifs de prévention primaire, de dépistage et de prise en charge.

### **3.2.3 *Les expérimentations de dépistage et de prise en charge des jeunes obèses***

#### **3.2.3.1 *L'urgence d'organiser le dépistage et la prise en charge des jeunes obèses***

Le suivi des courbes de corpulence - dans le carnet de santé depuis 1995 - est un acte simple pour dépister l'obésité infantile. La remontée de la courbe avant l'âge de 6 ans (appelée rebond d'adiposité) relevée chez la plupart des sujets devenus obèses à l'âge adulte suggère que des facteurs favorisant le développement de l'obésité pourraient intervenir précocement dans la vie. La probabilité de persistance de l'obésité de l'enfance à l'âge adulte augmente avec l'âge de l'enfant, avec sa sévérité, et avec les antécédents familiaux d'obésité. Le risque associé à la présence d'antécédents familiaux est d'autant plus important que l'enfant est jeune<sup>64</sup>.

L'obésité sévère chez l'enfant est associée à des troubles orthopédiques, respiratoires, métaboliques et endocriniens ; elle nécessite une prise en charge médicale.

<sup>63</sup> CLAE : centres de loisirs associés à l'école, qui accueillent les enfants après l'école et le mercredi.

<sup>64</sup> Source : rapport INSERM précité.

L’obésité infantile est donc un problème grave en raison de ses risques d’évolution à court et moyen termes. Les spécialistes constatent que les centres spécialisés ont des résultats, en terme de diminution du poids, très limités, malgré les efforts des équipes, et que les résultats de la prise en charge sont d’autant meilleurs que cette prise en charge est précoce. Or, le système de soins, tant à la ville qu’à l’hôpital, n’est pas en mesure actuellement de répondre à ce problème.

Les projets de prévention par la nutrition chez les jeunes, développés avant ou à la suite du PNNS, sont très majoritairement ciblés sur la prévention primaire, comme le PNNS : très peu de projets financés en 2002 (appel à projets national) portent sur la prise en charge. Le plan prévoit cependant, dans l’axe stratégique 2 « Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins » plusieurs pistes d’actions. A l’exception de la diffusion d’un disque d’évaluation nutritionnelle enfant pour la pratique clinique, aucune action n’est orientée spécialement vers les jeunes.

La circulaire conjointe Santé-Education nationale du 3 mai 2002<sup>65</sup> vise, de façon générale, l’ensemble des problèmes de santé des enfants. Elle peut néanmoins constituer un levier pour la mise en place d’actions concernant les jeunes obèses, dans le cadre des PRAPS (publics défavorisés). Le travail réalisé à la DHOS sur la mise en place de réseaux ville-hôpital de prévention et de prise en charge de l’obésité de l’enfant s’inscrit en revanche directement dans le cadre du PNNS. Des sites expérimentaux, Paris (avec les 3 hôpitaux pour enfants) et Toulouse, ont été retenus. Si les résultats sont concluants, cette stratégie de réseau sera développée sur d’autres sites potentiels.

Plusieurs expériences sont donc en cours de lancement ; un des projets de sites pilotes, celui de Paris, est présenté ci-dessous. Est examiné ensuite un projet permettant un peu de recul et pouvant faire état de résultats, celui du Val-de-Marne.

### *3.2.3.2 L’expérimentation de prise en charge précoce et de proximité : le “réseau ville-hôpital” (et PMI) à Paris*

Le réseau REPOP Ile-de-France, site pilote<sup>66</sup>, est un projet de réponse à la conjonction de plusieurs phénomènes préoccupants, notamment :

- l’insuffisance de l’offre de soins : à Trousseau, environ 200 à 300 nouveaux jeunes patients sont vus chaque année pour plus de 2.000 appels par an. Pour environ 50

<sup>65</sup> Circulaire n°DGS/SD6/Education nationale/2002/281 du 3 mai 2002 relative à la mise en place d’un dispositif de partenariat visant à améliorer le suivi et le recours aux soins des enfants reprérés comme porteurs de problèmes de santé au cours de la visite médicale obligatoire effectuée au cours de la 6<sup>ème</sup> année de l’enfant. Noter que cette circulaire s’inscrit dans le cadre de la loi d’orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

<sup>66</sup> Sur la base d’un cahier des charges des sites pilotes, deux sites « dont les équipes sont déjà reconnues dans la prise en charge de l’enfant obèse » ont été retenus à titre expérimental :

Toulouse : Mme le Pr. M. Tauber, CHU-hôpital des enfants, unité d’endocrinologie, génétique et gynécologie médicale, et équipe multidisciplinaire de prise en charge de l’obésité de l’enfant et de l’adolescent (médecins du service, diététiciennes, pédopsychiatre, éducatrice, kinésithérapeutes, services diabétologie-maladies métaboliques-nutrition, service médecine du sport),

Paris, REPOP Ile de France, réseau de prise en charge de l’obésité en pédiatrie en Ile de France : M. le Pr. C. Ricour, Necker-Enfants malades, président de la sous-section de nutrition du CHU et président du comité d’orientation et de suivi de la nutrition hospitalière au ministère de la santé.

Moyens supplémentaires prévus sur 2002/2003 : 7 postes de diététiciennes et 3 postes de PH

Actions : élaboration d’objectifs communs, formation commune, référentiels, charte de qualité.

- appels téléphoniques par semaine, 4 à 6 patients peuvent être retenus, selon une sélection s'appuyant sur divers critères (importance de l'excès pondéral, motivation...). Beaucoup d'enfants obèses vus en consultation ont été perdus de vue. A Necker, en 2000, sur 222 nouveaux patients, 32 avaient de 4 à 6 ans (soit 14%) et en 2001, 40 sur 283. La situation dans les trois hôpitaux parisiens pour enfants - Troussseau, Necker, Robert Debré - est à peu près équivalente ;
- le constat, par les praticiens hospitaliers, de l'échec des prises en charge, pour plusieurs raisons qui se cumulent : la composante multifactorielle de l'obésité, les difficultés de sa prévention, le retard du dépistage, la nécessité de prise en charge par des acteurs de proximité et celle d'un suivi prolongé ;
  - les résultats préoccupants de l'enquête sur la prévalence de l'obésité chez l'enfant menée par les services de santé scolaire de la ville de Paris en 1996 (cf. *supra*) et d'une autre enquête nationale réalisée en 2001 par les médecins et infirmières de l'Education nationale (16,6% d'enfants obèses en agglomération parisienne).

Une stratégie différente et novatrice est donc apparue indispensable : améliorer le dépistage et la prise en charge de l'enfant et, pour ce, mettre en place autour de lui et de sa famille un réseau de proximité réunissant les compétences professionnelles des acteurs de santé en ville et à l'hôpital.

Le « circuit » prévu par le projet est le suivant :

- le dépistage concernera le début d'obésité ou le risque d'obésité ; il sera effectué soit par les structures de la DASES<sup>67</sup> (Paris) - PMI et santé scolaire<sup>68</sup> -, soit par le médecin traitant, libéral, pédiatre ou généraliste, membre du réseau ; le dépistage systématique lors du bilan obligatoire de 5-6 ans pourrait être étendu à tous les élèves de CM1 (examen biométrique) ;
- l'enfant, une fois dépisté par le médecin communautaire, sera adressé au médecin traitant<sup>69</sup> en ville, membre du réseau, qui assurera le suivi et la prise en charge ambulatoire de proximité, en liaison avec d'autres partenaires ;
- ces autres intervenants seraient : les para-médicaux de ville associés (kinésithérapeutes, psychologues, pédo-psychiatres...) et/ou les centres de ressources, les structures jeunesse et sport.

Les ressources prévues, outre les médecins communautaires et les médecins libéraux membres du réseau, sont notamment :

- des centres de ressources de proximité : structures de santé qui fourniront au médecin traitant les moyens et outils utiles à l'évaluation, à la prise en charge pluridisciplinaire et à l'éducation thérapeutique ;

---

<sup>67</sup> DASES : direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la ville de Paris. A Paris, les services de santé scolaire relève de la ville (entendue au sens large ville + département) et non de l'Etat.

<sup>68</sup> PMI : population de 50.000 enfants de 0 à 6 ans (centres de PMI, crèches et modes de garde en lien avec la PMI) ; santé scolaire : population de 138.000 élèves de 3 à 11 ans scolarisés dans les écoles maternelles et élémentaires publiques. Depuis 2000, le dépistage des enfants en risque de surpoids et obèses est effectué, lors du bilan de grande section de maternelle, par les médecins de santé scolaire du département de Paris. Un suivi annuel de ces enfants est recommandé. Le service de santé scolaire a réalisé 2 plaquettes, l'une pour mener des actions collectives de prévention primaire, l'autre pour les parents d'enfants à risque d'obésité.

<sup>69</sup> Si le médecin traitant n'est pas membre du réseau, le patient aura le choix de ne pas entrer dans le réseau ou de consulter un médecin du réseau uniquement pour son problème de poids.

- les 3 centres hospitaliers référents : ils prendront en charge les cas les plus sévères ; ils assureront la formation des membres du réseau et la coordination des partenaires ; ils possèdent déjà des structures de recherche et d'éducation thérapeutique ; ils effectueront l'évaluation pluridisciplinaire.

La prise en charge poursuit 3 objectifs : stabiliser l'IMC, modifier de façon durable les comportements de l'enfant et de sa famille (alimentaire, mode de vie), faire pratiquer régulièrement une activité physique structurée.

Une grande importance est attachée au suivi et à l'accompagnement de l'enfant et de sa famille.

Le support juridique du réseau est une association de la loi de 1901 appelée REPOP-Île-de-France, créée en mars 2002. Un certain nombre d'actions, préalables au démarrage effectif du réseau, ont été engagées depuis le début de 2001 : définition des outils de prise en charge, des modalités et critères d'évaluation, formation des médecins du réseau, mise en place d'un dossier médical commun et du système d'information, des structures de suivi (coordonnateur, secrétariat), demandes de crédits et de personnels.... Le réseau, qui vise à être opérationnel en 2003, devrait débuter de manière modeste, avec quelques pédiatres et généralistes de ville, pour attirer progressivement de nouveaux adhérents.

Les points forts du projet sont incontestablement son approche (globale, pluridisciplinaire, s'appuyant sur toutes les compétences nécessaires), les outils méthodologiques de la prise en charge (objectifs, aspects éthiques, formation, suivi, évaluation...), l'appui très appréciable des structures de santé de Paris.

Les aspects plus problématiques sont, de l'avis de la mission, ceux relatifs au financement (multiplicité des fonds et organismes à solliciter, retards...) et ceux concernant la participation des médecins de ville, notamment les généralistes, pourtant censés être l'élément central du réseau. De surcroît, le pilotage de ce type de projet est très lourd et repose sur l'engagement de quelques personnes motivées. S'agissant d'un problème majeur de santé publique, qui pose la question de l'organisation structurelle du système de soins, ce mode de fonctionnement ne devrait pas avoir vocation à perdurer, une fois dépassé le stade de l'expérimentation.

En région Lorraine, un autre projet, en phase de démarrage, a été signalé à la mission, initié par l'hôpital de Freyming-Merlebach, qui ne peut plus faire face à la demande : une consultation multidisciplinaire est organisée en ambulatoire dans le cadre du service de pédiatrie et concerne près de 200 enfants par an. Le constat pédiatrique est que la prise en charge est souvent tardive avec des résultats affirmés comme médiocres, à savoir une réduction, une stabilisation du poids persistant au-delà de 5 ans pour seulement 15% des enfants pris en charge. Les stratégies proposées aux enfants en amont de la consultation hospitalière sont diverses, allant de la négligence (tout s'arrangera avec l'âge...) et des régimes d'adultes appliqués aux enfants jusqu'à l'hospitalisation ou les séjours prolongés en centres spécialisés.

La conclusion des praticiens est que la prise en charge ne peut se faire qu'en ambulatoire, doit s'appuyer sur le service pluridisciplinaire de l'hôpital (médecin, diététicienne, kinésithérapeute, psychologue, puéricultrice, secrétariat), et trouver des

relais auprès des médecins de ville (généralistes et pédiatres) pour assurer un suivi à long terme des 1.000 enfants ciblés.

➤ Le volet de l'expérimentation Val-de-Marne relatif au dépistage et à la prise en charge des adolescents obèses en classe de 5ème

Les programmes bien avancés de prévention primaire basés sur une approche « large » (quant au contenu, aux partenaires, à la population visée), qui sont certes encore peu nombreux, semblent éprouver la nécessité de dépasser ce premier stade pour aboutir au dépistage et à la prise en charge. C'est le constat de la PMI de l'Hérault (cf. *supra*) qui reconnaît, après ses actions d'éducation puis de dépistage, la nécessité d'investir le champ de la prise en charge des enfants obèses. C'est le cas à Fleurbaix Laventie, qui débutait en septembre 2002 une phase 3 prévoyant une prise en charge de l'obésité par les médecins traitants (population adulte et enfants), c'est aussi celui de l'expérimentation du Val-de-Marne. Celle-ci, outre les volets relatifs à la formation des adolescents pour les aider à mieux maîtriser leurs choix et à l'amélioration de la politique nutritionnelle dans les établissements, a lancé en 2001 un volet axé sur le dépistage et la prise en charge des adolescents obèses.

Le projet thérapeutique du Val-de-Marne comme la démarche de prise en charge en réseau s'appuient sur les recommandations validées par l'ANAES en 1998 et sur l'expertise collective de l'INSERM de 2000 concernant l'obésité de l'enfant.

L'accès au dispositif de prise en charge repose sur :

- en amont, le repérage systématique et un premier bilan pluridisciplinaire effectué par le service de santé scolaire, associant étroitement les professeurs d'éducation physique et sportive (EPS) et les conseillers principaux d'éducation (CPE). En novembre 2001, les infirmières de l'inspection académique ont pesé et mesuré dans 94 collèges 2.261 élèves de 5<sup>ème</sup> (une classe par établissement) : 22%<sup>70</sup>, soit environ 460 élèves, ont été repérés comme « obèses ». L'obésité est une fois et demie plus fréquente chez les élèves scolarisés en ZEP ;
- l'incitation à une prise en charge individualisée. Le projet de prise en charge est élaboré avec l'élève dépisté et sa famille par le médecin scolaire, lors d'une consultation *ad hoc*. Un carnet de route, support du projet de prise en charge, est remis à l'adolescent. Ce carnet est un guide agréable d'informations, de conseils et de tests, en particulier sur l'activité physique. L'adolescent est adressé à son médecin traitant qui dispose des coordonnées des professionnels mobilisés. Les bilans à l'inclusion et à l'issue de la prise en charge prennent en compte l'avis de l'élève, du professeur d'EPS et de l'équipe éducative et enrichissent l'évaluation médicale.
- l'accompagnement et le suivi de chaque adolescent concerné. Différents acteurs sont susceptibles d'accompagner le projet élaboré avec le médecin scolaire : personnels exerçant en ville (médecins de famille, diététiciennes) et en institutions sanitaires,

<sup>70</sup> Définition utilisée : IMC supérieur ou égal au 97<sup>ème</sup> centile des références françaises. Sur les 22% d'élèves ayant un IMC supérieur ou égal à cette définition, 7% ont un IMC supérieur ou égal au seuil S 30 (définition OMS de l'obésité). En 1998, 18% des collégiens du Val de Marne étaient obèses (IMC>97<sup>ème</sup> centile des références françaises).

sociales, sportives, associatives, scolaires... (éducateurs sportifs, consultations hospitalières, monitrices-éducatrices intervenant auprès des familles en difficulté sociale...). Le réseau sportif scolaire et associatif de loisirs tient une place particulièrement importante, les professeurs d'EPS ayant un rôle central d'accompagnement de l'adolescent. Un carnet d'adresses des professionnels ressources est mis à disposition des partenaires du réseau. Des programmes d'information et de formation visant à faciliter et harmoniser l'accueil des adolescents ont été conçus pour les professionnels du soin et de l'activité physique. Au moins deux moments de dialogue dans l'année sont aménagés, entre les professionnels de santé et d'EPS et l'élève.

- l'organisation de modules éducatifs destinés à des groupes d'adolescents et à leurs familles. Il faut remarquer que, dans la très grande majorité des cas, la prise en charge est avant tout non médicale mais éducative. S'agissant d'adolescents, la portée éducative des messages est soutenue par une approche collective avec les pairs. S'agissant de réorganiser certains aspects de la vie quotidienne, l'implication des parents est centrale. Pour ces raisons, ont été conçus des ateliers<sup>71</sup> pratiques adaptés à des groupes de jeunes et à leurs parents. En 2002-2003, 10 ateliers « manger mieux, bouger plus, des plaisirs qui s'apprennent » sont organisés dans des MJC<sup>72</sup>, centres socio-culturels, services municipaux et proposés aux jeunes dépistés.

Parmi les 491 élèves répondant aux critères en 2001-2002, 72% ont été inclus dans le dispositif. Au total, 67% des jeunes inclus a effectué un parcours complet ou quasiment. Les modifications comportementales (alimentation, activité physique) et la satisfaction des jeunes sont les critères principaux en matière d'évaluation. Les premiers résultats suggèrent que proposer de façon systématique aux jeunes obèses une prise en charge de leur excès de poids suscite motivation, satisfaction et changements de comportements favorables à leur corpulence pour la majorité d'entre eux. Un sur dix refuse ou exprime son mécontentement.

Enfin, si l'évolution de l'IMC n'était pas le critère de jugement principal, parmi les jeunes obèses de degré 1 de début d'année, 19% n'ont plus de surpoids et 5% ont franchi le seuil du degré 2 d'obésité. Parmi les jeunes obèses du degré 2<sup>73</sup> d'obésité en début d'année, 30% ont réduit leur corpulence au niveau du degré 1.

Les points forts du programme sont : le caractère de la prise en charge, éducative et non médicale, le réseau qui mobilise surtout les secteurs para-médical et éducatif (au sens large), la prise en compte des aspects individuels (l'adolescent lui-même, ses parents) et collectifs (ses pairs), enfin ses premiers résultats, très encourageants.

Les aspects plus problématiques sont d'une part, l'énergie très considérable que suppose la mobilisation de tous les partenaires (pilotage assuré par environ 4 cadres ETP de l'équipe « études » de la direction des interventions de santé du conseil général), d'autre

---

<sup>71</sup> Ateliers ayant reçu un financement dans le cadre de l'appel à projets 2002 du PNNS.

<sup>72</sup> MJC : maison des jeunes et de la culture.

<sup>73</sup> Par convention, dans le projet du Val-de-Marne, l'obésité de degré 1 désigne les IMC compris entre le 97<sup>ème</sup> centile des références françaises et le seuil international d'obésité et le degré 2 les IMC supérieurs au seuil international.

part, la faible motivation et implication des médecins de ville et donc le risque d'absence de suivi sur le moyen terme.

### **3.2.4 *L'alimentation des jeunes à l'école, question au carrefour entre la qualité de l'offre alimentaire et la politique d'éducation nutritionnelle***

#### **3.2.4.1 *La « cantine » : un autre lieu d'apprentissage***

L'enjeu de la restauration scolaire est important : 6 millions d'enfants concernés (1 élève sur deux en moyenne, dont 3 millions dans le primaire, 1 milliard de repas servis par an). Si sur 21 repas consommés chaque semaine, seulement 4 ou 5 le sont dans le cadre scolaire, le restaurant scolaire peut être un excellent moyen d'inciter les écoliers à élargir leurs connaissances au-delà des grands classiques familiaux, de leur apprendre à déguster et différencier ce qu'ils mangent, à dépasser les programmes scolaires d'éducation à la nutrition, généralement limités aux seuls aspects biologiques de l'alimentation<sup>74</sup> et peut avoir une valeur pédagogique pour les parents.

La restauration scolaire peut remplir deux fonctions, complémentaires :

- une action d'éducation nutritionnelle, y compris pour favoriser un meilleur équilibrage des repas pris en dehors de l'établissement,
- une action directe sur les consommations alimentaires.

Un certain nombre d'initiatives, principalement sous forme de réglementations (cf. circulaires Education nationale précitées) ont déjà été prises. Plusieurs études ont été menées dans le cadre d'une réactualisation de la circulaire dite « de l'écolier » : étude de l'AFSSA, recommandations du GPEM-DA, avis du CNA...

Sur le terrain, de nombreux projets d'éducation par le biais de la restauration scolaire sont engagés. A titre d'illustration : le programme d'éducation nutritionnelle « Mon restau' en l'an 2000 »<sup>75</sup>, initié par la ville de Montpellier avec Epidaure<sup>76</sup>, dans le cadre de la restauration scolaire. C'est une action éducative menée auprès d'enfants de 6 à 11 ans pendant 3 années scolaires qui a concerné 4.100 enfants de 24 écoles. A terme, il devrait concerner 18.000 enfants de toutes les écoles maternelles et élémentaires de la ville. Réalisé sur la base du volontariat des équipes enseignantes, éducatives et techniques<sup>77</sup>, le programme est piloté par une équipe pluridisciplinaire, qui s'appuie, pour validation, sur un groupe d'experts (inspecteur d'académie, épidémiologiste, élu). Les objectifs visent, de manière ludique et festive, notamment à améliorer les connaissances des enfants, développer leurs aptitudes sensorielles et gustatives et leur

<sup>74</sup> Source : brochure sur le thème de la restauration scolaire « Votre enfant mange à la cantine... », réalisée par l'INC en février 2002 avec les directions des ministères partenaires du PNNS (DESCO, DGAL, DGCCRF, DGS) et les deux principales fédérations de parents d'élèves (FCPE et PEEP). Réalisée dans le cadre d'une campagne d'éducation sur la sécurité alimentaire conduite par l'INC à l'initiative de la commission européenne. Le thème de la sécurité alimentaire est abordé sans être omniprésent et la brochure traite largement de l'équilibre nutritionnel.

<sup>75</sup> Un support (CD) ludique, interactif, pour enfants, a été créé.

<sup>76</sup> Les partenaires du programme sont : Epidaure, mairie de Montpellier, Inspection académique, DRASS, URCAM.

<sup>77</sup> Outre les enseignants, le projet mobilise le directeur et la diététicienne de la cuisine centrale, les responsables des moyens et équipes techniques de la ville, les animateurs et agents techniques des restaurants scolaires.

esprit critique. Des outils ont été élaborés pour les équipes éducatives. Le dispositif d'évaluation est progressivement amélioré et s'emploie à élaborer des indicateurs de résultats. Les promoteurs concluent que, si des évolutions notables des attitudes et comportements des enfants n'ont pu être mesurées, la mobilisation et la dynamique créées, la réflexion collective engagée et le travail déjà mené avec les enfants sont des éléments positifs.

#### *3.2.4.2 Le constat de la Lorraine : du travail en perspective...*

Investir le champ de la restauration scolaire n'est cependant pas évident : le groupe thématique du PNNS « Restauration collective et son environnement » en Lorraine a ainsi visité les établissements de l'académie et en retient les éléments de synthèse suivants :

- les responsables de la restauration scolaire ne connaissent pas la circulaire du 28 juin 2001 sur la restauration scolaire... ;
- le premier des impératifs dans l'élaboration des menus est, pour la majorité des gestionnaires, le prix, mais suivi de très près par le souci d'équilibre et de qualité des produits ;
- les gestionnaires ont constaté une modification des habitudes alimentaires au cours des 10-15 dernières années, qui tend à s'intensifier ; le temps dévolu au repas s'est réduit (20 minutes). La consommation des condiments en libre-service est forcenée (ketchup et mayonnaise). Les élèves manifestent peu de curiosité alimentaire ;
- il y a peu d'actions menées en terme d'animation ou de repas à thèmes, sauf initiatives individuelles, très rarement le fait d'un partenariat - estimé pourtant indispensable - avec les enseignants, qui ne s'investissent pas ; le rôle essentiel des parents, également absents sur le plan nutritionnel, est souvent souligné ;
- la plupart des établissements ont installé (via le foyer socio-éducatif) des distributeurs de friandises et de boissons sucrées. Nombre d'entre eux servent des boissons sucrées lors des repas, sous la pression des élèves, voire des parents, ou de démarches commerciales agressives ;
- enfin, les chefs de cuisine manifestent un sentiment d'impuissance, se sentant seuls face à un vrai problème d'éducation nutritionnelle.

#### *3.2.4.3 Deux questions peu investies : l'offre alimentaire et les consommations effectives des jeunes*

Outre les questions évoquées en Lorraine (comment mobiliser les enseignants, les parents, faire des repas équilibrés pas trop coûteux...), certains aspects sont généralement peu étudiés et investis :

- l'offre alimentaire est encore rarement étudiée dans sa globalité, notamment en maternelle et dans le primaire : restauration, mais aussi goûters, collations du matin, fêtes d'anniversaire (projet d'étude en ce sens du rectorat de Lorraine). La politique des établissements est structurellement orientée, notamment pour des raisons

- économiques, vers l’élargissement de leur offre, sans répondre aux standards du souhaitable en matière nutritionnelle<sup>78</sup>; les recommandations ministérielles risquent de rester lettre morte sans recherche de solutions alternatives ;
- la consommation alimentaire effective est également une question, bien qu’importante, rarement abordée : de nombreux cas où des menus « diététiques » n’étaient pas consommés parce que ne correspondant pas aux goûts des enfants, ou de suralimentation quand les enfants consomment les restes des assiettes de leurs camarades ou procèdent à des échanges, sont mentionnés par les interlocuteurs. Au-delà d’une offre de qualité sur le plan théorique, il importe aussi de sensibiliser les personnels encadrant la cantine à ces aspects, et surtout d’être à l’écoute des enfants et de leurs goûts. Enfin, l’organisation des cantines est un problème soulevé par les enfants eux-mêmes (notamment, obligation de manger vite pour permettre plusieurs services).

### ***3.2.5 Les pistes qui se dégagent des expériences engagées***

Même si l’évaluation des « résultats » est difficile, notamment en prévention primaire, si beaucoup d’actions ne font que débuter, les expériences engagées, les réflexions des promoteurs permettent de dégager certaines pistes, d’inventorier les facteurs considérés comme étant de « succès », et aussi les freins à l’action.

Ces facteurs et ces freins sont d’ailleurs largement communs à la prévention primaire et à la prévention secondaire, la coupure entre l’une et l’autre n’ayant, de l’avis de la mission, guère de sens sur le long terme. L’un des défis majeurs va sans doute être de pouvoir articuler l’une et l’autre.

#### ***3.2.5.1 Le consensus sur la “pédagogie”***

Un consensus semble s’établir sur la « pédagogie », qui est d’ailleurs celle du PNNS : pas d’interdit, pas de stigmatisation...S’agissant d’enfants, les aspects ludiques, y compris dans la responsabilisation (carnet de suivi...) sont privilégiés.

Ce consensus ne concerne cependant qu’une partie des acteurs potentiels, les promoteurs et porteurs actuels de projets, les « experts »...Pour la population en général, les questions de nutrition sont encore largement synonymes de privations, d’interdits, de régimes...sans parler de certains membres des professions médicales. Un

---

<sup>78</sup> Enquête (ayant motivé l’expérimentation Val-de-Marne) effectuée dans trois départements auprès de 369 gestionnaires d’établissements : les collèges et lycées possèdent généralement la maîtrise de la logistique et de la gestion de la restauration qu’ils dispensent aux élèves et sont potentiellement en mesure d’orienter une politique sur ce sujet. Ils contrôlent la qualité des repas servis puisque ces restaurants sont majoritairement auto-gérés. Des efforts de diversification de l’offre interne sont entrepris par les établissements. Plus de la moitié d’entre eux essaient de compléter leur offre par des prestations internes de petite restauration ; cette offre interne est cependant très largement constituée d’aliments et de boissons sucrées : distributeurs de boissons sucrées dans 70% des établissements de l’échantillon, vente aux élèves par le foyer ou la coopérative d’aliments sucrés dans 58%, distributeur d’aliments sucrés dans 19%...Source : Santé publique 2000, volume 12, n°3, pp. 313-327 : « Fréquentation des restaurants scolaires dans les collèges et lycées de trois départements français ».

Observations du CROUS de Lorraine : les raisons économiques priment largement sur d’autres facteurs. Souci d’extrême proximité et d’évolutivité permanente, pour conserver la clientèle : par exemple, proposer des frites quand un Mac Donald s’installe à côté.

large effort d'information reste donc à continuer sur ce plan, dans l'esprit du guide alimentaire grand public.

Pour ce qui concerne la prise en charge, il n'existe cependant pas encore de consensus précis, ni de recommandations définitives ; des travaux sont en cours pour la définition de bonnes pratiques cliniques dans le cadre de l'ANAES (2003).

Les « recommandations » générales actuelles sont : dépistage précoce, prise en charge multidisciplinaire globale, collective, concertée et de proximité, éducation thérapeutique, accompagnement de l'enfant et de sa famille.

### *3.2.5.2 Les facteurs de succès*

Les aspects suivants semblent jouer un rôle positif important :

- Savoir d'où l'on part pour dire où on veut aller : pour sensibiliser les partenaires, les mobiliser sur le long terme, pouvoir évaluer les évolutions, cibler les actions, définir des stratégies fines, informer la population, en bref, faire partager ses objectifs et les rendre lisibles, il est nécessaire de disposer d'un minimum de données de base sur un ou, mieux, plusieurs champs : épidémiologie, caractéristiques des consommations, de l'offre de soins... Le niveau est forcément local, dépendant aussi de celui de l'action (région mais aussi bien commune...). Il est donc fondamental de fonder un projet sur un objectif, en s'appuyant sur un constat de départ et en prévoyant l'évaluation des résultats.
- Impliquer et faire participer au maximum tout l'environnement habituel et proche de l'enfant ou de l'adolescent : parents, école, pairs, activités para-scolaires s'y prêtant...
- Agir dans la durée, la répétition et assurer le suivi et l'accompagnement au long cours. Un message ponctuel et unique est inutile.
- Avoir une approche pluri-disciplinaire, pluri-professionnelle, faisant appel sans exclusive aux fonctions nécessaires (éducative, médicale...) ; ceci nécessite de développer les partenariats. Une difficulté provient de la multitude des intervenants potentiels. S'agissant de l'enfance, deux leviers paraissent absolument majeurs et à investir en priorité : les services de PMI (donc les départements) et l'école. Pour celle-ci, il est réaliste de s'appuyer, quand c'est possible, sur les services les plus convaincus et/ou les plus facilement mobilisables : la santé scolaire et les enseignants de maternelle et du primaire. Les uns et les autres peuvent intervenir en prévention primaire et/ou pour le dépistage.
- Avoir des supports pour faciliter l'organisation : ceci recouvre plusieurs aspects. Outre les questions logistiques, l'existence d'outils, notamment d'évaluation, et de méthodes pédagogiques validées est indispensable. Les « annuaires » de ressources sont appréciés (personnes ressources : médical, paramédical, social ; bases documentaires...). Les « ressources » doivent évidemment avoir une légitimité reconnue dans leur domaine (centre hospitalier, ...). Ces aspects « d'intendance » sont cruciaux.

### 3.2.5.3 *Les freins*

Les freins les plus souvent répertoriés sont les suivants :

- Les difficultés de financement : courses aux demandes de financement, multiplicité des fonds et financeurs, des dossiers à constituer... Elles engendrent une perte d'énergie considérable.
- Le faible investissement des médecins libéraux, pédiatres et, davantage encore, généralistes, notamment en matière de dépistage et de prise en charge des enfants obèses, alors que le discours officiel déclare vouloir les mettre au cœur du dispositif. De même, les ressources para-médicales libérales sont très peu sollicitées et/ou motivées.
- La méconnaissance des expériences en cours, des outils et méthodes existantes. Chacun réinvente ce qui existe peut-être déjà ailleurs.
- La variabilité des situations locales, non transposables, en terme institutionnel : par exemple, les caractéristiques parisiennes constituent un atout si la ville de Paris veut intervenir (la ville gère de nombreux services : PMI, santé scolaire, centres médico-sociaux ; le maire est aussi président de l'AP-HP). Dans d'autres cas, ceux qui disposent des outils ne sont pas toujours volontaires (départements pour la PMI). Le constat est identique pour l'Education nationale, où les stratégies locales sont très hétérogènes. Certains niveaux sont cependant structurellement plus difficiles à investir (l'enseignement secondaire : morcellement des horaires et disciplines, problème des questions transversales ; santé : pas le domaine d'expertise des enseignants...). Les services de santé scolaire ont des problèmes d'effectifs<sup>79</sup>.
- La difficulté à sensibiliser les parents des enfants.
- L'intégration du sport, primordial pourtant pour les enfants.

Enfin, il faut rappeler à nouveau le grand retard en matière de dépistage et de prise en charge de l'enfant obèse, à combler rapidement pour, entre autres, ne pas décrédibiliser les actions de prévention primaire.

---

<sup>79</sup> Sur les facteurs qui favorisent et entravent la prévention ( primaire et secondaire) de l'obésité par le médecin de l'Education nationale, voir le mémoire ENSP : « Obésité de l'enfant : pour une prévention partenariale à l'école », Anne Comoy, médecin de l'Education nationale, juillet 2002.

## 4. RECOMMANDATIONS

Au plan national comme au plan local, les politiques publiques visant à développer une meilleure hygiène nutritionnelle en sont, en France, à leurs débuts et revêtent donc un caractère largement expérimental. La mission estime donc prématûr de formuler à ce stade des recommandations visant à réviser les fondements de ces politiques. En revanche, elle émet quelques recommandations de méthode guidées par le souci d'en approfondir certains aspects pour accroître leur caractère opérationnel, à partir des observations recueillies sur le terrain, des enseignements des politiques étrangères et de ses propres constats.

Ces recommandations portent sur les trois axes examinés : les objectifs, les stratégies, les acteurs.

### 4.1 S'interroger sur les ambitions dans la durée et investir davantage l'évaluation

Le PNNS est particulièrement ambitieux et volontariste, en déclinant neuf objectifs nutritionnels prioritaires et neuf objectifs spécifiques, à échéance de sa durée, 5 ans. La non hiérarchisation des objectifs et la fixation des résultats en pourcentage, et non en valeur absolue, résultent de choix liés aux contraintes de connaissance de la situation de départ et d'une approche empirique (fixation des objectifs sur la base du rapport du Haut comité de la santé publique avant la détermination des moyens, actions, financements nécessaires pour les atteindre).

Or, il apparaît d'ores et déjà, que, malgré le rôle positif du PNNS en matière d'impulsion et de mobilisation, plusieurs aspects relatifs aux objectifs suscitent des interrogations, et qu'il serait raisonnable d'y revenir dès à présent. Une telle démarche ne constituerait en rien un désaveu de ce qui a été fait et est reconnu mais plutôt un signe de réactivité et de dynamisme. La mission suggère que la DGS, avec les participants du comité stratégique et autres experts éventuels, engage une réflexion sur les points abordés ci-après, qui ne prétendent pas être exhaustifs mais proposent seulement quelques pistes. Compte tenu des difficultés et de la nouveauté de la prévention par la nutrition, c'est même une veille et une réflexion permanentes qui devraient être envisagées.

#### 4.1.1 Réfléchir sur la nécessité de poser des priorités et des "cibles"

##### 4.1.1.1 Rechercher une meilleure adéquation entre objectifs et moyens

Eduquer, faire évoluer des comportements constituent autant d'objectifs qui ne pourront être atteints en 5 ans. S'engager dans une politique de prévention par la nutrition, c'est s'engager pour une course de très longue durée. Le PNNS, ou autre appellation marquant la détermination des autorités publiques, devra durer bien plus que 5 années.

Les incertitudes sur les données scientifiques, les méthodes efficaces d'éducation et de prévention, les résultats généralement décevants des expériences étrangères plaident pour une approche modeste et pragmatique. Les objectifs du PNNS, même s'ils sont effectivement bien interdépendants, apparaissent à cet égard extrêmement ambitieux, ce d'autant qu'il est vraisemblable que les moyens, déjà considérés comme insuffisants, risquent fort de ne guère augmenter.

A cet égard, nombre d'interlocuteurs de la mission ont souligné les interrogations que soulève pour eux le PNNS :

- les objectifs ne sont-ils pas trop nombreux pour être réalisables ? ne faudrait-il pas établir, dans un souci d'efficacité et de lisibilité, des priorités ?
- les objectifs sont-ils cohérents entre eux ? sont-ils suffisamment articulés ? par exemple, celui relatif à la diminution de la consommation d'alcool, important en France, est-il doté d'outils, d'actions concrètes ?

#### *4.1.1.2 Pistes en matière de priorités : ciblage, réduction des inégalités, jeunes, lutte contre la sédentarité*

- Préciser les objectifs selon plusieurs critères : cible, nature, besoins, moyens, données existantes, capacité à agir...

Si la prévention par la nutrition concerne l'ensemble de la population, approche effectivement choisie par le PNNS, différents niveaux devraient être envisagés, selon les besoins des populations : besoins en information générale, en éducation, en dépistage, en prise en charge...

Dès lors que le PNNS devient fédérateur de plusieurs politiques d'amélioration de l'hygiène nutritionnelle - politique de prévention primaire, mais aussi politique dirigée vers le système de soins - personnes obèses ou dénutries ou atteintes d'autres pathologies (diabète, cancer, MCV, ...) - , il conviendrait de distinguer plus clairement les objectifs attachés :

- à la population générale,
- à certaines populations à risque, en amont de l'entrée dans la pathologie,
- aux personnes devant modifier leur comportement alimentaire pour éviter des complications de pathologies déjà établies.

Pour ce, il faut connaître avec davantage de précision les besoins, quantitatifs et qualitatifs, des personnes cibles, comme des relais sur lesquels on veut s'appuyer. Or, le déficit d'information, quantitatif et qualitatif, à ce stade est important : par exemple, pour la prise en charge diététique des personnes obèses et/ou diabétiques et/ou atteintes de maladies cardio-vasculaires, des calculs grossiers appliquant le taux d'affection connu à la population donnent des chiffres considérables, qui demanderaient à être affinés au niveau régional.

De nombreux critères, à un niveau plus fin - régional - peuvent être pris en compte pour permettre un ciblage plus précis : données épidémiologiques, capacité à agir, délais d'attente actuels pour obtenir une prise en charge dans un établissement, existence de leviers....

Cette approche devrait conduire à ce que la démarche, menée dans le cadre du PNNS, de chiffrage des objectifs de santé publique, soit complétée en prévention primaire et entreprise pour la prévention secondaire et tertiaire au niveau national mais aussi régional.

➤ La réduction des inégalités de santé

Il est établi que certains groupes de populations sont davantage exposés : les jeunes, les personnes en difficulté économique et sociale, les migrants... Parfois, plusieurs facteurs de risque se conjuguent (cf. prévalence de l'obésité chez les jeunes en ZEP). Au niveau individuel, certaines personnes peuvent présenter davantage de risques : antécédents familiaux, rebond d'adiposité précoce chez l'enfant, arrêt du tabac, prise régulière de certains traitements, obèses diabétiques...

La nutrition pose donc, comme ailleurs en santé publique, la question des inégalités de santé, et celle du niveau pertinent des actions à engager pour atteindre les objectifs.

Les objectifs prioritaires en terme de déclinaison par population devraient être plus lisibles, tant en prévention primaire qu'en dépistage et prévention secondaire. Ils devraient sûrement être adaptés au niveau régional : par exemple, l'objectif d'« augmenter la consommation de fruits et légumes afin de réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25% » est-il également justifié partout en France et faisable ?

➤ Accorder plus explicitement une priorité aux jeunes

Une priorité plus explicite accordée aux jeunes (ainsi qu'aux futures mères), dans la lutte contre l'obésité, paraîtrait justifiée à la mission :

- la prévention est d'autant plus efficace qu'elle est précoce ;
- l'obésité infantile est en forte augmentation ;
- les enfants peuvent avoir un relatif effet d'entraînement sur leur entourage, en particulier leurs parents.

L'affichage de cette priorité devrait emporter des conséquences sur les stratégies, notamment en matière d'offre alimentaire, de partenariat avec l'Education nationale et les départements (PMI), et avec les publicitaires et industriels (cf. *infra*). Elle supposerait aussi d'avancer plus vite sur le dépistage du risque d'obésité et sur ses suites (la prise en charge).

➤ Investir davantage dans la lutte contre la sédentarité

Les experts rencontrés - notamment les praticiens hospitaliers - estiment que l'activité physique (dépense énergétique) est, au moins pour les jeunes, un déterminant majeur, aussi important, voire plus, que l'apport énergétique. La volonté politique forte qui a permis la mise en place d'actions dans le domaine de l'alimentation doit être de même niveau dans le cadre de la promotion de l'exercice physique. L'expérience de la Finlande illustre la nécessité d'articuler les deux types de politiques. En France, des initiatives ponctuelles (par exemple, Journée de l'exercice physique du comité de lutte contre l'hypertension artérielle) soulignent le besoin d'une stratégie nationale, un

rapport d'expertise commandé au niveau ministériel (initialement sur le dopage...) préconisant un « programme national pour l'exercice physique ».

Ce sujet présente aussi l'avantage d'être assez consensuel, sans heurter d'intérêts économiques divergents, même s'il soulève des difficultés opérationnelles, les acteurs les plus compétents pour mettre en place des actions ou dispositifs *ad hoc* étant différents et parfois éloignés de ceux concernés par l'alimentation (municipalités, associations, professeurs et moniteurs d'éducation physique et sportive, médecins du sport...). Sur le terrain, le constat est que ce champ n'est guère investi.

Un groupe de travail spécifique pourrait être créé dans le cadre du PNNS sur ce sujet, pour accompagner une démarche similaire à celle conduite dans le domaine de l'alimentation (expertises collectives, recherche, surveillance...) et permettre de disposer de références pour mieux mobiliser les acteurs concernés.

#### **4.1.2 Investir davantage le champ de l'évaluation**

##### *4.1.2.1 Les bases de départ...*

Mobiliser les acteurs locaux, pendant des années, sur des objectifs ambitieux suppose de disposer d'un certain nombre d'indicateurs, qui aient un sens pour les acteurs. Le constat est celui de la relative pauvreté des outils d'évaluation, à tous les niveaux.

Les SREPS, quand ils seront achevés, apporteront une meilleure visibilité quant aux ressources utilisables. Encore faudrait-il qu'ils soient complétés par une connaissance minimum, au niveau régional et local, de la situation de départ : état sanitaire de la population au regard de la nutrition, évaluation des besoins - en prévention primaire, éducation du patient...

Une réflexion, au niveau national, avec les opérateurs de terrain, pourrait permettre d'approfondir les outils locaux déjà disponibles (notamment au niveau des ORS), les compétences à s'associer (DREES, Education nationale...), les mutualisations possibles de méthode.

Un tableau de bord permettant d'identifier les indicateurs de départ, au plan national et par région, pourrait être un instrument de pilotage.

##### *4.1.2.2 ...les méthodes et les "résultats"*

Une des difficultés souvent signalées par les acteurs sur le terrain est celle de l'évaluation des actions. La quasi-totalité des expérimentations mises en œuvre font l'objet d'une auto-évaluation. C'est un indice positif dans la mesure où il révèle que la question de l'évaluation préoccupe aujourd'hui les acteurs publics. Ceux-ci se déclarent néanmoins souvent perplexes, sur cette question difficile, et tentent d'élaborer leurs propres outils.

L'évaluation recouvre plusieurs aspects, notamment :

- la possibilité, évoquée *supra*, de mesurer, *in fine*, l'atteinte des grands objectifs, au niveau d'un région notamment (indicateurs de niveau généraux) ;
- la possibilité, à un niveau plus fin, de s'interroger sur une action précise menée ; les indicateurs actuels font largement la place aux moyens et aux processus mis en œuvre. Une étape supplémentaire s'impose, avec une réflexion sur les résultats ;
- l'évaluation des expériences apparaissant comme efficaces et susceptibles d'être étendues s'avère d'autant plus nécessaire dans la période actuelle de recherche (quels méthodes et outils sont utiles ; que faut-il ne pas faire...) ; des mécanismes d'évaluation externe seraient également adéquats.

Le domaine de l'évaluation se prête bien à une réflexion collective, de préférence cadrée par des experts, à une mutualisation des réflexions et méthodes. Le niveau national est le mieux à même d'impulser des chantiers sur ce thème commun à tous, qui peut ensuite être confié à des chefs de file légitimes et reconnus.

Des expériences menées en Grande-Bretagne, on peut retenir que la fixation d'objectifs et l'évaluation – du fonctionnement du partenariat et de l'impact sur la santé et le bien-être – sont prévues dès le début de l'expérience. Le principe est celui d'une évaluation en continu par les promoteurs du projet et d'une évaluation nationale par des universités sur un échantillon d'organismes.

## 4.2 Comment faire ? Approfondir certains axes stratégiques

Selon le Pr. Basdevant, « Force est de constater que l'engagement des acteurs économiques est faible, et celui de la grande distribution quasiment nul. Le président des Etats Unis, que l'on ne peut suspecter de dirigisme étatique, soulignait en 2002 dans une intervention solennelle la nécessité de réagir aux effets désastreux des évolutions des modes alimentaires. Il préconisait une taxe sur les sodas, l'interdiction des distributeurs de collations dans les écoles, le contrôle des publicités alimentaires. Un éditorial du Lancet allait dans le même sens. C'est dire que la prévention de l'obésité suscite des interrogations profondes sur le fonctionnement des sociétés post-industrielles. Il existe à l'heure actuelle une tendance forte dans le milieu des spécialistes de l'obésité et de la santé publique à préconiser une « prévention sans effort ». L'argument est le suivant : l'obésité dépend avant tout de l'environnement....individuellement et collectivement la preuve est faite de l'incapacité (de l'individu) à « résister » aux effets de ces évolutions. Dans ces conditions, il ne faut pas baser la prévention sur les seules décisions individuelles mais développer des actions préventives collectives ne sollicitant pas l'individu ».

### 4.2.1 L'offre alimentaire ne peut rester à la frontière

#### 4.2.1.1 L'action sur l'offre est indispensable, difficile

La question de l'offre alimentaire se pose parce qu'il est clair, au moins pour les acteurs et observateurs les plus engagés sur le sujet de la nutrition dans les champs de la santé et de l'éducation, que l'action sur la seule « demande », celle du consommateur, n'est pas

suffisante pour faire évoluer durablement les comportements alimentaires. Le PNNS en prend d'ailleurs acte puisque que son troisième axe prévoit de « favoriser l'implication des consommateurs et des professionnels de la filière agro-alimentaire dans le cadre du PNNS ».

Le constat de la mission est que les actions développées dans le cadre du PNNS sont modestes au regard des questions posées par l'offre alimentaire, mobilisent une grande énergie pour des résultats encore incertains (logo, charte de l'IFN) :

- la première action vise à définir les conditions de conformité au PNNS de l'information promotionnelle mentionnant une valeur santé (depuis la production jusqu'au service de restauration collective) et de valorisation de cette conformité au moyen d'un identifiant (logo) ; au demeurant, la procédure de validation à la conformité au PNNS sera mise en œuvre exclusivement après demande de l'acteur économique intéressé ;
- la seconde action vise à renforcer la formation des professionnels de l'alimentation dans le champ de la nutrition.

La question est incontestablement difficile, les intérêts économiques et les objectifs des secteurs agricole, agroalimentaire et de la distribution n'étant pas, sauf exception, naturellement convergents et cohérents avec ceux de la santé publique. Elle est d'autant plus complexe qu'il existe des normes sanitaires, que les décisions peuvent relever d'un niveau supranational (Europe...), que la consommation d'un produit alimentaire n'est pas néfaste en soi (c'est sa part dans l'ensemble de la consommation qui peut poser problème, à la différence du tabac).

#### *4.2.1.2 ... et à approfondir*

Malgré les divergences d'intérêts, certains leviers semblent pouvoir jouer : les grands groupes - au niveau de leur direction stratégique - sont de plus en plus soucieux de leur « image » et ont le souci d'être réactifs aux préoccupations de l'opinion publique ; les consommateurs risquent d'être de plus en plus virulents<sup>80</sup>; certaines productions (fruits et légumes...) ne posent pas de problèmes en terme nutritionnel ; enfin, des avancées ont été obtenues (par exemple, diminution programmée de la teneur en sel dans certains aliments comme le pain).

La mission n'a pas, comme indiqué, approfondi la question de l'offre alimentaire. Deux aspects lui paraissent cependant devoir faire l'objet de réflexions plus abouties, voire d'une mise à plat par une expertise objective et argumentée :

- le développement des partenariats avec les producteurs. La question de la coopération avec le secteur productif et distributif, dans le cadre d'une politique pérenne de prévention par la nutrition, ne pourra être évacuée. Sur le terrain, comme indiqué, c'est un champ encore très peu investi, en raison de sa difficulté et de l'absence de repères sur la façon d'agir. Comme les coopérations vont nécessairement se développer en risquant de donner lieu à des dérapages compte tenu des moyens des IAA et de la distribution, et avec beaucoup d'interrogations de la part des acteurs publics locaux, il serait indispensable qu'un cadrage soit effectué.

<sup>80</sup> Cf. les procès intentés aux Etats-Unis par des personnes obèses contre certaines chaînes de restauration rapide, et la mise en place par ces mêmes chaînes de menus « allégés ».

- les outils d'action sur l'offre. Les propositions des acteurs du champ santé sont nombreuses. Elles portent principalement sur l'amélioration de l'étiquetage pour le rendre lisible et compréhensible par l'utilisateur<sup>81</sup>, la réglementation de la communication nutritionnelle dans les écoles, collèges et lycées, la lutte contre la publicité trompeuse et mensongère sur certains produits diététiques, la communication et les allégations sur la valeur santé (qui ciblent notamment les mères de famille). Certains prônent des mesures plus coercitives à l'égard de certains fabricants (chips, sucreries...) et l'interdiction de la publicité destinée aux enfants, à l'instar de ce que fait la Suède.

#### **4.2.2 Adapter la communication**

##### **4.2.2.1 Des impacts négatifs majeurs...**

Le constat des problèmes posés par la communication est également partagé par nombre des acteurs rencontrés<sup>82</sup> :

- le consommateur est submergé de messages multiples, vrais ou faux, nombreux, parfois contradictoires, dispensés quotidiennement par les médias ; ceux-ci se sont emparés depuis longtemps du thème des « régimes alimentaires » et se font aujourd'hui l'écho des nouvelles préoccupations relatives à l'épidémie d'obésité ;
- une cible récente des publicitaires est la tranche des 4-10 ans ; les enfants sont devenus, pour les produits qui les concernent (jouets, alimentation, jeux...) les meilleurs prescripteurs ; l'impact de la publicité alimentaire sur le comportement, notamment celui des enfants, mériterait d'ailleurs d'être étudié (cf. la proposition d'interdiction de publicité par la télévision, au moins pendant les heures d'écoute des enfants).

##### **4.2.2.2 ...qui commandent des stratégies plus adaptées**

Face au déferlement médiatique, la communication institutionnelle ne paraît pas suffisamment adaptée :

- les messages sont, pour des raisons financières, à périodicité très espacée, les « campagnes nationales » annuelles dans les grands médias risquent de passer inaperçues quand la pression publicitaire et les tentations sont quotidiennes ; les plaquettes d'information sont lues par certains publics seulement ; les mêmes messages ne sont pas compris identiquement par tous ; ils sont, de surcroît, brouillés par les interventions de soi-disant « experts » ;
- les réactions dans les médias grand public (TV, presse féminine...) sont insuffisantes ; elles sont le plus souvent le fait d'initiatives individuelles - qui ont le mérite d'exister - mais ne peuvent compenser les ravages faits par des moyens puissants ;
- les enjeux en termes de santé publique ne sont pas assez explicités ; le surpoids et l'obésité sont considérés essentiellement par la population et les intéressés comme

<sup>81</sup> Comme le remarquait une chercheuse, Mme Padilla, lors de la CRS Languedoc-Roussillon consacrée à la nutrition : l'agro-industrie brouille nos connaissances : dans une conserve de légumes, on consomme beaucoup de sel mais aussi du sucre....

<sup>82</sup> Ce thème, ainsi que celui de l'offre, a été aussi largement abordé par la CRS du Languedoc-Roussillon, consacrée à la nutrition, par les experts présents et unanimes.

un problème personnel d'image, sans que les risques en terme de santé soient bien perçus<sup>83</sup>.

Un des ressorts majeurs de l'expérience de Fleurbaix-Laventie est la communication, le « marketing » pour permettre une appropriation par la population des enjeux et des objectifs. L'un des enseignements de l'expérience finlandaise en Carélie du Nord est que l'adhésion de la population constitue un élément fort de réussite. La question est certes beaucoup plus complexe quand l'action est d'envergure nationale. La mission estime cependant indispensable qu'y soit approfondies les réflexions sur la communication sous deux aspects :

- celui de la publicité alimentaire à la télévision en direction des enfants ;
- celui de l'adaptation des outils de la communication publique, dont ceux de l'INPES : la question est sans doute d'abord de conception, d'organisation et de méthode avant que d'être financière : assurer la veille, réagir très vite, systématiquement, et être plus offensif, disposer de réseau d'experts légitimes susceptibles d'intervenir rapidement et souvent (TV, presse, radio...), être présent constamment, multiplier les moyens d'information « légers », répétitifs, décentralisés, adaptés à la diversité des publics (sans attendre la sortie de guides très longs à concevoir), faire passer des messages simples. La déclinaison des principes et méthodes d'action considérés comme souhaitables en matière de communication concerne tous les niveaux d'action, national et local.

#### **4.2.3 Des outils pour aider la mise en œuvre des actions de prévention**

##### **4.2.3.1 Le financement**

La question des outils peut d'abord s'apprécier au niveau des financements : le mouvement à poursuivre est celui de la mutualisation des ressources, notamment du point de vue du porteur de projets, pour lui éviter de déposer une multiplicité de demandes. Cette technique ne fait pas obstacle à ce qu'apparaissent les contributions respectives des différents financeurs. Un autre axe d'amélioration est celui de la stabilité des financements ; c'est un des points forts des expériences anglaises qui garantissent le financement sur 5 ans.

##### **4.2.3.2 Analyser et diversifier les outils disponibles**

La stratégie de partage des ressources, des outils méthodologiques, des démarches éducatives pour éléver le niveau de professionnalisme, est à poursuivre et à amplifier. Une des difficultés souvent soulignées par les acteurs de terrain a trait aux outils : difficultés à les concevoir, méconnaissance de ce qui peut déjà exister. Ce constat est paradoxal dans un contexte de prolifération des moyens rapides d'échanges et d'informations et alors même que certains ont déjà beaucoup investi. D'ores et déjà, plusieurs organismes –INPES, CRES, DRASS...- ont commencé à recenser les outils pédagogiques.

---

<sup>83</sup> Sur ces questions, l'émission de « télé-réalité » de M6 « J'ai décidé de maigrir » diffusée début 2003 (et les « spots » de publicité alimentaire qui la découpent) fournit une excellente illustration de l'utilisation médiatique qui peut être faite du thème.

Quelques principes de méthode pourraient guider la poursuite des actions déjà engagées. S'agissant des porteurs de projets, des équipes éducatives :

- mutualisation de l'ensemble des ressources répertoriées sur un ou plusieurs sites identifiés (mallettes pédagogiques pour les classes d'Epidaure, carnet individuel de suivi du Val de Marne, dossier « pain » de Lille, CD comme « Alimentaire, mon cher Joe » de Toulouse ou « Mon resto en l'an 2000 »...) ;
- partenariat fort avec les acteurs de terrain pour un partage des rôles, certains ayant déjà investi sur ces aspects (cf. Lille, Montpellier) ;
- procédure de validation des outils (à l'instar d'une initiative anglaise attribuant un label de qualité aux outils éducatifs créés par les institutions de soins) ;
- insertion d'une clause de diffusion des méthodes, outils et résultats lors du financement d'actions...

S'agissant des outils s'adressant à la population, certains travaux ouvrent des perspectives :

- exploration des possibilités ouvertes par les NTIC, pour faire un auto-diagnostic de sa consommation alimentaire, de l'exercice physique ;
- numéro vert téléphonique, pour dispenser des conseils nutritionnels de base (cf. Fleurbaix-Laventie), etc.

#### **4.3 Avec qui ? Pluridisciplinarité et partenariat, des exigences contraignantes**

La nécessité d'une approche pluridisciplinaire dans le domaine nutritionnel est reconnue par tous, et le PNNS s'est bien placé dans cette perspective. La question est ardue puisqu'elle suppose un mode de fonctionnement « horizontal », alors que les structurations (institutions, statuts, compétences, financement...) sont « verticales ». La mission suggère quelques pistes qui lui paraissent prioritaires pour contribuer à une meilleure compatibilité entre ces deux contraintes, la ligne directrice étant la satisfaction de l'usager et de ses besoins.

##### ***4.3.1 Repositionner la prévention par la nutrition dans l'interministériel***

Outre les secteurs agricole, agro-alimentaire (production, distribution) et de la communication, chacun s'accorde à souligner que les enjeux d'une politique visant à modifier les comportements nutritionnels dépassent largement ceux du ministère de la santé : aménagement urbain, voirie, restauration, équipements sportifs, politique de la ville...

Comme indiqué, les expériences étrangères militent pour une action plus directive sur l'environnement de la population. Les Etats Unis, confrontés depuis de nombreuses années à la montée de l'obésité, s'orientent désormais une politique de "prévention sans effort", qui mise sur la modification de l'environnement pour changer les consommations et le mode de vie. De l'expérience finlandaise de Carélie du Nord (prévention des maladies cardio-vasculaires) marquée par des résultats très positifs, l'enseignement majeur est qu'il faut agir sur la globalité : interdisciplinarité (volet agriculture, volet éducation), formation (notamment des personnels de santé primaire), communication (leaders d'opinion, programmes TV, guides de bonnes pratiques).

L'approche globale est d'autant plus nécessaire que les évolutions « naturelles » de l'environnement n'encouragent pas à l'optimisme. Le PNNS a pris des dispositions pour intégrer cette nécessité (cf. composition des instances). En outre, le comité stratégique a été, suite à l'arbitrage du Premier ministre, rattaché au ministre chargé de la santé.

Malgré ces aspects positifs, l'important décalage entre les enjeux et les « résultats » attendus des participants autres que du champ santé (cf. *supra* les différents constats), militent pour un positionnement plus fort et lisible de la prévention par la nutrition dans l'interministériel, au niveau national et régional, selon des modalités à définir.

#### **4.3.2 Clarifier le rôle des différents niveaux d'acteurs**

Une clarification des rôles respectifs des différents niveaux d'acteurs apparaît nécessaire, même si aujourd'hui chacun œuvre déjà en partie dans le champ qui doit être le sien :

##### *4.3.2.1 Le niveau national : pilotage amont et aval*

Le niveau national doit intervenir en amont et en aval :

- En amont, par le pilotage, en investissant, pour initier le mouvement, un certain nombre de champs stratégiques (comme l'offre, les principes de la communication...), en fournissant des éléments de cadrage et de méthode ainsi qu'en facilitant l'organisation de la mutualisation des outils et des bonnes pratiques. Certains domaines, notamment la surveillance au niveau national, la recherche, relèvent naturellement de sa compétence.
- En aval, il a un rôle majeur à jouer pour les aspects relatifs à l'évaluation.

Sur ces aspects, la participation des acteurs de terrain à la réflexion nationale est nécessaire<sup>84</sup>, voire la délégation à un chef de file (par exemple, réflexion sur les outils...).

Il revient également au niveau national de se positionner dans les différents dispositifs mis en place par l'OMS, dont la France est absente *de facto*, et dans la recherche et la surveillance collective dans un cadre européen : la France n'est pas un cas isolé, les consommations alimentaires dans certaines régions s'inscrivent culturellement dans des « interrégions ».

Il faut rappeler qu'au niveau central, la transversalité des questions nutritionnelles et le souci d'assurer un *continuum* entre prévention primaire et prévention secondaire suppose une collaboration importante entre les trois principales directions concernées - DGS (prévention primaire), DHOS (prévention secondaire et tertiaire ; système de soins et notamment rôle des paramédicaux) et DGAS (secteur social).

##### *4.3.2.2 L'échelon régional*

L'échelon régional apparaît bien adapté pour :

<sup>84</sup> La démarche adoptée dans le cadre de la préparation de la loi quinquennale de santé publique correspond à celle préconisée : partir des besoins du terrain.

- assurer la mise en place de la surveillance et de l'observation des indicateurs généraux de la région ;
- mobiliser les acteurs (collectivités locales, éducation nationale, jeunesse et sports...) ;
- avoir une certaine latitude dans la définition de ses propres priorités et leur hiérarchisation en matière de prévention par la nutrition, en s'appuyant sur le cadrage national ;
- assurer le financement des actions, en s'appuyant sur les critères et méthodes prédéfinis par une réflexion conjointe des acteurs nationaux et locaux ;
- assurer la cohérence des différents dispositifs ;
- être un lieu de synthèse et de diffusion des ressources disponibles et un relais en matière de communication ;
- assurer l'évaluation des actions engagées dans la région, en s'appuyant, toujours, sur un cadre méthodologique réfléchi en amont et ensemble.

#### *4.3.2.3 Le niveau opérationnel de proximité pour l'usager*

Le niveau territorial - département, commune, quartier, école... - est celui de la mise en œuvre ; la nécessité d'engager des actions à proximité de l'usager est un facteur-clef. Cet échelon doit pouvoir s'appuyer sur les méthodes, outils et ressources proposés mais aussi les enrichir. Ce niveau est également pertinent pour des actions de communication et l'évaluation de ses propres actions.

### **4.3.3 Encourager les approches globales**

#### *4.3.3.1 Etre attentif à la cohérence des projets des acteurs*

La multiplicité, l'émettement des actions caractérisent souvent les actions menées au niveau local. C'est une étape sans doute obligée dans une période de montée en charge et de mise en place, où sont impliquées principalement des institutions et des personnes motivées. Un investissement en termes de méthode apparaît cependant nécessaire pour éviter que la dispersion actuelle ne devienne un mode de fonctionnement pérenne. Les acteurs régionaux, qui disposent déjà d'un certain nombre d'outils (schémas, contrats, programmes...), paraissent devoir veiller à cette cohérence et éviter le « saupoudrage ».

Les stratégies globales de prévention sont nécessaires pour éviter les ruptures et les distorsions entre l'éducation, la prise en charge, le suivi d'une même personne : le souci d'une approche globale, partant des facteurs de risque pour remonter vers les diverses pathologies possibles doit guider les réflexions, pour éviter les cloisonnements. Les schémas régionaux, les différents réseaux doivent veiller à ces arborescences : par exemple, pour les personnes diabétiques susceptibles de développer une maladie cardio-vasculaire ou une rétinopathie, les arborescences permettent-elles d'assurer une continuité ? même question pour l'éducation dans le cadre du dépistage à l'école ou à la PMI du risque d'obésité chez l'enfant : qui prendra le relais du médecin communautaire sur les différents aspects<sup>85</sup> ?

---

<sup>85</sup> Autre exemple : les réseaux diabète peuvent recouvrir des objectifs et des réalités très divers au sein d'une même région : certains sont centrés sur le suivi des recommandations de l'ANAES, d'autres font du dépistage, d'autres font de l'éducation thérapeutique pour éviter les complications... La lisibilité de la stratégie est faible...

Une approche globale des facteurs de risque - alcool, tabac, sédentarité, nutrition - est également une piste à explorer (cf. Fleurbaix Laventie et l'approche d'Epidaure à Montpellier).

#### 4.3.3.2 *Mobiliser tous les acteurs*

La liste des acteurs à mobiliser peut apparaître comme un inventaire à la Prévert et un vœu pieux. Il paraît cependant utile de rappeler que de nombreuses compétences sont nécessaires, à mobiliser selon les besoins, et que c'est notamment aux niveaux régionaux et territoriaux de bien identifier les ressources et les leviers possibles. Les outils concrétisant le rapprochement des partenaires peuvent être divers : réseaux - officiels ou officieux -, conventions, contrats...

- Les praticiens hospitaliers<sup>86</sup> : s'il est reconnu que la prévention « primaire » relève plutôt de l'éducatif, du social et du culturel, il faut néanmoins éviter de conforter les cloisonnements, ce qui est parfois perceptible, et d'enfermer les professionnels dans un rôle d'« éducation » ou de « soin », ce qui conforterait les tendances naturelles actuelles. Une plus grande synergie entre prévention primaire, secondaire et tertiaire est au contraire à rechercher car, dans le domaine de la nutrition, l'éducation thérapeutique est largement de l'éducation à la santé et peut emprunter les mêmes techniques. Inversement, les acteurs de la prévention primaire peuvent se nourrir utilement de l'expérience des praticiens qui voient les « échecs ».
- Les autres personnels de santé - infirmières, diététiciennes, sage-femmes, et les autres professions para-médicales - sont déjà souvent parties prenantes aux actions en prévention primaire. Leur rôle pourrait être sûrement être encore accru, sous réserve des problèmes de ressources, et de certaines clarifications des compétences (notamment pour la prévention secondaire et tertiaire).
- Les travailleurs sociaux et les sociologues sont susceptibles d'identifier les besoins, d'expliquer les raisons des comportements et d'aider à adapter les réponses<sup>87</sup> (cf. le rôle des travailleurs sociaux et de la conseillère en économie sociale et familiale de la maison des deux quartiers à Roubaix).

S'agissant des institutions, certains partenaires paraissent devoir être « investis » et convaincus en priorité :

---

<sup>86</sup> Pour les praticiens libéraux, voir *infra*.

<sup>87</sup> Pour ce qui concerne les personnes défavorisées, l'avis du CNA du 22 janvier 2002 identifie bien les acteurs qui, ayant une connaissance souvent globale des familles, sont susceptibles de leur apporter une aide efficace : conseillères en économie sociale et familiale, techniciens d'intervention sociale et familiale (ex-travailleuses familiales), services de PMI. On peut également citer les ONG, les aides à domicile. Ces professionnels doivent développer leur capacité à transmettre un savoir-faire : cours de diététique, budget ménager, exercice physique.

- l'Education nationale<sup>88</sup> : rectorats, IUFM<sup>89</sup> et école primaire<sup>90</sup>,
- les départements (PMI, action sociale), les communes disposant d'un CCAS ;
- les organismes de protection sociale, au premier rang desquels l'assurance-maladie de façon systématique<sup>91</sup>, mais aussi les CAF<sup>92</sup> et la mutualité.

Les « usagers »<sup>93</sup> doivent faire l'objet d'une attention prioritaire partout. Malgré les difficultés à les mobiliser (moyens...), leur potentiel de pression sur les autres acteurs peut constituer un levier d'autant plus fort que la communication publique saura mettre en évidence les enjeux.

L'approche globale a conduit, en Grande-Bretagne, à la mise en place de *healthy living centers*, pour développer, dans les zones socialement défavorisées, des actions de promotion de la santé, de conseil en nutrition et d'activité physique en s'appuyant notamment sur les associations et les communautés. De même au Québec, où toutefois les actions de prévention menées actuellement sont peu orientées vers la nutrition, un levier important vient de ce que les services sociaux et de santé sont intégrés au sein d'une même administration. En France, l'idée des « maisons de santé », proches de l'usager, commencent à émerger.

#### *4.3.3.3 Clarifier le rôle du médecin généraliste, à la charnière entre prévention primaire, dépistage et prise en charge*

La situation théorique, quant à la place à accorder au généraliste, dans le chaînage de la prévention par la nutrition se caractérise par au moins deux traits :

- tout le monde s'accorde sur le fait que le médecin généraliste connaît bien les caractéristiques de ses patients (antécédents médicaux, famille, mode de vie, aspects psychologiques...) ; il apparaît comme devant occuper une place importante, et même privilégiée, pour permettre l'articulation entre le dépistage et la prise en charge, donc à la charnière entre préventions primaire et secondaire ;
- des dépistages des risques de pathologies liées à la nutrition sont organisés, de façon certes encore non systématique ; dans le souci de mobiliser les compétences de proximité, le suivi et la prise en charge sont renvoyés sur le médecin de « famille » (cf. supra partie 3, le problème n'étant pas limité à l'obésité infantile, ni à la médecine communautaire).

---

<sup>88</sup> Même si les stratégies vis-à-vis des jeunes ne peuvent et ne doivent pas transiter exclusivement par ce canal.

<sup>89</sup> Formation des maîtres, outils pédagogiques.

<sup>90</sup> Et évidemment des services de santé scolaire, généralement convaincus, sauf problèmes internes de ressources, qui peuvent conduire à poser la question du partage des tâches entre le médecin et l'infirmière scolaire et celle de leurs outils. Voir sur ces points le mémoire ENSP précité de Mme Comoy, médecin de l'Education nationale, qui suggère plusieurs pistes et outils.

<sup>91</sup> Même si l'assurance-maladie s'investit plutôt dans la prévention secondaire et tertiaire, nombre d'actions sont possibles : appels d'offres communs, guichets uniques, utilisation des centres d'examens de santé pour le dépistage, enseignements tirés des bases de données administratives et médicales...

<sup>92</sup> Tout dépend des actions menées. Si les actions portent sur les personnes âgées, les caisses d'assurance vieillesse doivent naturellement être présentes.

<sup>93</sup> Ils peuvent recouvrir des configurations très variables selon les lieux : associations de consommateurs, de malades, de parents d'élèves, de quartiers...

La situation réelle est sensiblement différente :

- le médecin généraliste - en attendant les résultats de la prise en compte progressive de la nutrition dans les études médicales - est généralement démunie face à un problème qui dépasse le cadre du soin ; la formation médicale continue, fréquentée par une minorité<sup>94</sup> (environ 20%), propose essentiellement des formations liées à une pathologie « aval » (notamment diabète et MCV) ; s'engager dans un diplôme universitaire de nutrition est théoriquement possible, encore faut-il disposer d'une offre proche, mais aussi en avoir le temps. En bref, le médecin généraliste est peu formé sur les questions de nutrition ; de surcroît, sa culture, centrée sur le soin, pose des problèmes de légitimité pour donner des conseils nutritionnels ou de lutte contre la sédentarité (sauf s'il a des compétences, par exemple, en diabète/médecine du sport) ;
- il est généralement submergé et manque de temps ; outre le problème démographique de la profession, les actes d'éducation, de suivi sont chronophages et non rémunérés.

Le résultat de ce décalage a été brossé : épidémie d'obésité surprise, explosion des pathologies associées (diabète de type 2....), constat<sup>95</sup> que le suivi, l'éducation, la prise en charge ne sont pas assurés, que l'hôpital ne peut aujourd'hui plus faire face et n'a d'ailleurs pas vocation à être omniprésent, absence de motivation des généralistes pour s'associer à des actions sur la nutrition, etc<sup>96</sup>.

Les expériences d'éducation thérapeutique mises en place à l'hôpital reposent largement sur le personnel para-médical, avec le médecin hospitalier ayant un rôle capital d'aiguillage, de détermination de la stratégie hygiéno-diététique la plus appropriée et de suivi médical. En outre, l'hôpital favorise la prise en charge collective, tout en ouvrant la possibilité de conseils individuels. Ce « modèle » pourrait servir de base de réflexion à la stratégie « en ville », et inspire d'ailleurs les projets de réseaux actuels.

---

<sup>94</sup> Voir les statistiques nationales (site Internet de la CNAMTS) sur les réalisations 2001 en FMC : nombre de stagiaires et thèmes.

<sup>95</sup> La circulaire conjointe précitée Santé-Education nationale du 3 mai 2002 indique que la moyenne des retours d'information des familles, après dépistage par le médecin scolaire d'un problème de santé, est de l'ordre de 35%, même si ces chiffres ne reflètent qu'une réalité partielle. Par ailleurs, il faut aussi garder présent à l'esprit que tout le monde n'a pas « son » généraliste ou médecin de famille, ce qui suppose la multiplication des points d'entrée possibles (pas seulement le généraliste), à identifier. Plusieurs campagnes de prévention à partir de « bus mobiles », sur les marchés par exemple, montrent que nombre de personnes pourtant atteintes de pathologies, ne consultent jamais et découvrent fortuitement la gravité de leur situation.

<sup>96</sup> La mission a rencontré, à l'Hôtel-Dieu de Paris, des personnes présentant une obésité morbide, qui vivaient recluses chez elles, avaient été « suivies » par leur médecin puis envoyées dans des centres hospitaliers ne s'estimant pas en mesure de les prendre en charge, d'où leur séjour au service de nutrition de l'Hôtel-Dieu...

Le médecin généraliste en ville devrait pouvoir jouer ce même rôle essentiel : dépistage (notamment du surpoids, de l'obésité et du diabète), premiers conseils, orientation, surveillance médicale, prévention des complications... En revanche, l'accompagnement éducatif non médical<sup>97</sup>, s'il est nécessaire, ne peut pas être effectué par le médecin.

Pour procéder à ces actions, un levier majeur est la mise à disposition d'outils ; certains sont prévus par le PNNS (disques pour le calcul de l'IMC, guide à l'usage des professionnels de santé, guide de bonnes pratiques de l'ANAES...). Ils doivent être complétés par des dispositifs « légers », que l'inventaire des ressources au niveau régional et/ou local doit fournir rapidement, pour leur permettre de « passer le relais » : outils d'aide à l'appréciation du besoin, listes des centre-ressources et des structures relais pour les aspects éducatifs, adresses à communiquer aux patients (associations, cours de diététique...).

Dans ce contexte, les professionnels chargés de l'accompagnement - diététiciennes, professionnels paramédicaux, aides ménagères... - ont un rôle majeur à jouer et doivent bénéficier en priorité des actions de formation.

Enfin, sur le plan de la rémunération du médecin libéral, un levier important pourrait être constitué par la mise en place, en discussion, d'une consultation longue. Un médecin hospitalier indiquait à la mission que la première consultation d'un enfant obèse pouvait nécessiter d'y consacrer de 30 à 45 minutes.

---

<sup>97</sup> Pour environ 10% des personnes, le fait que le médecin leur parle de leur comportement alimentaire - ou, plus rarement, de l'opportunité de développer l'exercice physique - peut les amener à procéder spontanément aux corrections utiles. Néanmoins, dans la très grande majorité des cas, un accompagnement s'avère nécessaire, surtout pour inscrire les modifications dans la durée. Cette estimation approximative a été donnée à la mission par des spécialistes de la question, aucune étude n'ayant été faite sur ce sujet.

## CONCLUSION

“ Bien manger et faire de l'exercice physique ”

Le défi est considérable, ce d'autant plus que c'est, *in fine*, l'individu ou le patient qui décidera de suivre - ou non - les conseils donnés.

Pour permettre de répondre à ce défi, la mission estime que trois aspects sont stratégiques et doivent guider l'action des autorités publiques :

- marquer la volonté de s'inscrire dans la durée. Les problèmes ne seront évidemment pas résolus à l'issue du PNNS, en 2005. Les réflexions doivent s'engager, dès à présent, sur les perspectives de l'« après-PNNS ».
- faciliter et accélérer la diffusion des outils - au sens large - à l'usage de l'ensemble des professionnels des secteurs éducatif, social et médical, qui sont au contact quotidien de l'usager. Les moyens pour ce faire doivent être stables et pérennes et, si possible, accrus.
- investir de façon beaucoup plus volontariste les champs de l'offre alimentaire et de la communication. Secteurs très sensibles, ils sont déterminants pour justifier *a posteriori* le modèle que veut promouvoir la France, en étant le seul pays européen - et sans doute au monde - à s'être doté d'un plan de santé publique de prévention par la nutrition au plan national.

Anne AMSON

Françoise BAS-THERON

## **ANNEXES**

## **Liste des annexes**

- Annexe 1 Signification des sigles utilisés
- Annexe 2 Liste des personnes rencontrées
- Annexe 3 OMS-FAO, Rome 1992, Extraits de la déclaration et du plan d'action sur la nutrition
- Annexe 4 programme national nutrition santé (PNNS)
- Annexe 5 Extrait du rapport de la mission « comparaisons internationales » sur les politiques nutritionnelles de santé publique en Angleterre, en Finlande et au Québec
- Annexe 6 diagramme sur l'évolution de la prévalence de l'obésité infantile en France depuis 1965 (source : Pr. Basdevant)
- Annexe 7 schéma : l'enfant et les déterminants en matière de nutrition (source : Pr. Basdevant)
- Annexe 8 Eléments complémentaires sur la prévention secondaire et tertiaire pour une bonne hygiène nutritionnelle à travers l'exemple de la prévention des complications du diabète de type 2.

**Annexe n°1 : signification des sigles utilisés**

<b>ADF</b>	Assemblée des départements de France
<b>AFERO</b>	Association française d'études et de recherches sur l'obésité
<b>AFSSA</b>	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
<b>AJD</b>	Association des jeunes diabétiques
<b>ALFEDIAM</b>	Association de langue française pour l'étude des maladies métaboliques
<b>AME</b>	Agence méditerranéenne de l'environnement (Languedoc-Roussillon)
<b>AMF</b>	Association des maires de France
<b>ANAES</b>	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
<b>ANC</b>	Apports nutritionnels conseillés
<b>ANIA</b>	Association nationale des industries alimentaires
<b>AP-HP</b>	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
<b>ARH</b>	Agence régionale de l'hospitalisation
<b>CANAM</b>	Caisse nationale d'assurance-maladie des professions indépendantes
<b>CCAS</b>	Centre communal d'action sociale
<b>CESC</b>	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Education nationale)
<b>CETRADIMN</b>	Centre de traitement du diabète et des maladies nutritionnelles (Centre hospitalier de Roubaix)
<b>CFES</b>	Comité français d'éducation pour la santé (remplacé par l'INPES)
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CIN</b>	Conférence internationale sur la nutrition (OMS-FAO)
<b>CIRAD</b>	Centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement
<b>CLAE</b>	Centre de loisirs associé à l'école
<b>CLAN</b>	Comité de liaison alimentation – nutrition
<b>CLCC</b>	Centre de lutte contre le cancer
<b>CM1, CM2</b>	Cours moyen 1 <sup>ère</sup> année, 2 <sup>ème</sup> année (dernière classe du primaire, avant l'entrée au collège en 6 <sup>ème</sup> )
<b>CNA</b>	Conseil national de l'alimentation
<b>CNAM</b>	Conservatoire national des arts et métiers
<b>CNAMTS</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>CNANES</b>	Comité national alimentation nutrition des établissements de santé
<b>CODES</b>	Comité départemental d'éducation pour la santé
<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance-maladie
<b>CPE</b>	Conseiller principal d'éducation
<b>CREDES</b>	Centre de recherches et de documentation économiques
<b>CREDOC</b>	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
<b>CRES</b>	Comité régional d'éducation pour la santé
<b>CRESGE</b>	Centre de recherches écoéconomiques, sociologiques et de gestion
<b>CRIPS</b>	Centre régional d'information et de prévention du sida
<b>CRLCC</b>	Centre régional de lutte contre le cancer
<b>CRNH</b>	Centre de recherche en nutrition humaine
<b>CROUS</b>	Centre régional des œuvres universitaires et scolaires
<b>CRS</b>	Conférence régionale de santé
<b>DASES</b>	Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la ville de Paris
<b>DDASS</b>	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
<b>DESCO</b>	Direction de l'enseignement scolaire, ministère de l'éducation nationale
<b>DGAL</b>	Direction générale de l'alimentation, ministère de l'agriculture
<b>DGCCRF</b>	Direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes, ministère de l'économie, des finances et de l'industrie
<b>DGS</b>	Direction générale de la santé, ministère de la santé

<b>DHOS</b>	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ministère de la santé
<b>DJA</b>	Dose journalière admissible
<b>DRASS</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>DRJS</b>	Direction régionale de la jeunesse et des sports
<b>ENSAI</b>	Ecole nationale supérieure d'agronomie et des industries alimentaires
<b>ENSP</b>	Ecole nationale de la santé publique
<b>EPS</b>	Education physique et sportive
<b>ETP</b>	Equivalent temps plein
<b>FAO</b>	Organisation des Nations Unies pour l'agriculture et l'alimentation
<b>FCPE</b>	Fédération des conseils de parents d'élèves
<b>FLVS</b>	Fleurbaix-Laventie Ville Santé
<b>FMC</b>	Formation médicale continue
<b>FNMF</b>	Fédération nationale de la mutualité française
<b>FNCLCC</b>	Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
<b>FNPEIS</b>	Fonds national de prévention d'éducation et d'information en santé (géré par la CNAMTS)
<b>FSE</b>	Foyer socio-éducatif
<b>GPEM-DA</b>	Groupe permanent d'étude des marchés de denrées alimentaires (ministère de l'économie, des finances et de l'industrie)
<b>HCSP</b>	Haut comité de la santé publique
<b>HTA</b>	Hypertension artérielle
<b>IAA</b>	Industrie agro-alimentaire
<b>IAMM</b>	Institut agronomique méditerranéen de Montpellier
<b>IFN</b>	Institut français pour la nutrition
<b>IMC</b>	Indice de masse corporelle
<b>INC</b>	Institut national de la consommation
<b>INCA</b>	Individuelle nationale sur les consommations alimentaires (enquête)
<b>INPES (ex-CFES)</b>	Institut national pour l'éducation de la santé (ex-Comité français d'éducation pour la santé)
<b>INRA</b>	Institut national de la recherche agronomique
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>INSERM</b>	Institut national de la santé et de la recherche médicale
<b>InVS</b>	Institut national de veille sanitaire
<b>IRD</b>	Institut de recherche et développement
<b>IRPEPS</b>	Institut de Recherche pour la Promotion de l'Education du Patient et de la Formation du Soignant. (Roubaix)
<b>ISTNA</b>	Institut scientifique et technique de la nutrition et de l'alimentation
<b>IUFM</b>	Institut universitaire de formation des maîtres
<b>LFI</b>	Loi de finances initiale
<b>MCV</b>	Maladie cardio-vasculaire
<b>MJC</b>	Maison des jeunes et de la culture
<b>MST</b>	Maladie sexuellement transmissible
<b>MONICA</b>	Monitoring of trends and determinants in cardio-vascular diseases (enquête OMS)
<b>NTIC</b>	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
<b>OCA</b>	Observatoire des comportements alimentaires
<b>OGM</b>	Organisme génétiquement modifié
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>ORES</b>	Observatoire régional d'épidémiologie scolaire (Languedoc-Roussillon)
<b>ORS</b>	Observatoire régional de la santé
<b>PAC</b>	Projet artistique et culturelle (classe à)

<b>PEEP</b>	Parents d'élèves de l'enseignement public
<b>PH</b>	Praticien hospitalier
<b>PMI</b>	Protection maternelle et infantile
<b>PMSI</b>	Programme médicalisé des systèmes d'information
<b>PNNS</b>	Programme national nutrition-santé
<b>PRAM</b>	Programme régional de l'assurance-maladie (de gestion du risque)
<b>PRAPS</b>	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
<b>PRS</b>	Programme régional de santé
<b>PSPH</b>	Participant au service public hospitalier
<b>REDIAB</b>	Réseau diabète
<b>RARE</b>	Réseau alimentation référence Europe
<b>REPOP IDF</b>	Réseau de prise en charge de l'obésité en pédiatrie en Ile de France
<b>RMI</b>	Revenu minimum d'insertion
<b>SECODIP</b>	Société d'études de la consommation, distribution et publicité
<b>SNDLF</b>	Société de nutrition et de diététique de langue française
<b>SROS</b>	Schéma régional d'organisation des soins
<b>SREPS</b>	Schéma régional d'éducation et de promotion de la santé
<b>UVIMAX</b>	Supplémentation en vitamines et en minéraux
<b>SVT</b>	Sciences de la vie et de la terre
<b>UDAF</b>	Union départementale des associations familiales
<b>UKPDS</b>	United Kingdom prospective diabetes study
<b>UNCCASF</b>	Union nationale des centres communaux d'action sociale de France et d'outre-mer
<b>URCAM</b>	Union régionale des caisses d'assurance maladie
<b>URMEL, URML</b>	Union régionale des médecins libéraux
<b>USEN</b>	Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle
<b>ZEP</b>	Zone d'éducation prioritaire

**Annexe n°2 : Liste des personnes rencontrées**

## **PARIS**

**Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées**  
DGS : M. Chauliac, Mme Thibault, responsables du suivi du PNNS

**Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie :**  
DGCCRF : Mme le Dr. Baelde, représentante du ministère au comité de pilotage du PNNS

**Ministère de l'éducation nationale**  
DESCO : Mme Neulat, représentante du ministère au comité de pilotage du PNNS

### **AFSSA**

M. Martin, directeur de l'évaluation des risques nutritionnels et sanitaires, représentant de l'AFSSA au comité de pilotage du PNNS

### **INPES**

M. le Dr. Dépinoy, directeur-adjoint, représentant de l'INPES au comité de pilotage du PNNS

### **InVS-USEN (InVS/CNAM)**

M. le Pr. Hercberg, directeur INSERM, directeur de l'USEN, vice-président du comité stratégique du PNNS, président du comité de pilotage du PNNS

### **CNAMTS**

M. Schoch, responsable du département des politiques de santé, représentant de la CNAMTS au comité de pilotage du PNNS

### **Experts**

M. Babusiaux, président du CNA, président de l'INC, membre du comité stratégique du PNNS en tant que personnalité qualifiée

M. le Pr. Basdevant, Hôtel-Dieu, membre du comité de pilotage du PNNS

Mme le Dr. Eschwege (INSERM)

M. le Dr. Fricker, nutritionniste, maladies métaboliques, Paris

M. le Pr. Ricour, Necker-Enfants malades, projet REPOP Ile-de-France

### **Association**

Mme Preiss, directrice de l'association française des diabétiques

### **IGAS**

Mme d'Autumne

M. le Dr. Most

## **DEPLACEMENTS EN REGION :**

### **Languedoc-Roussillon**

**DRASS** : M. le Dr. Keller, M. Romarin, M. le Dr. Gremy : pôle santé-prévention

**CHU de Montpellier** : M. le Pr. Monnier, chef du service de diabétologie

**CRLCC-Epidaure** : M. le Pr. Pujol, président de la Ligue nationale contre le cancer ;

M. Chevallier, responsable administratif d'Epidaure

**Education nationale** : M. Azorin (Epidaure)

**IAM** : Mme Le Bihan, Mme Padilla

**ORS et ORES** : M. le Dr. Le Désert, directeur de l'ORS

**PRS nutrition** (membres du groupe) : M. le Dr. Garandeau, **hôpital de Palavas**, coordinateur, Mme la chef de la **PMI de l'Hérault**, Mme le Dr. Dujols, **PMI de l'Hérault**, Mme Dantard, **URCAM**, Mme Captier, **ORS**, Mme Dormont, **AME-Conseil régional**, M. Veyrat, **Centre d'initiatives pour la valorisation de l'agriculture**, Mme Le Bihan, **IAM**, Mme Padilla, **IAM**, M. Azorin, **Education nationale-Epidaure**.

### **Lorraine**

**DRASS** : M. Chappellet, directeur régional, Melle Marx (SREPS), Mme le Dr. Gravelat  
**ARH** : Mme De Jong

**CHU-Hôpital d'Enfants de Nancy-Brabois** : M. le Pr. Vidaihlet (pédiatrie), M. le Pr. Ziegler (nutrition)

**Conseil général de Meurthe et Moselle** : Mme le Dr. Dequidt, médecin de PMI

**CPAM de Longwy** : Mme Berbin, directrice

**CRES** : Mme Barthelemy, directrice

**Ecole nationale d'agronomie et des industries alimentaires** : M. le Pr. Méjean

**Education nationale** : Mme le Dr. Aptel, médecin conseiller auprès du recteur de l'académie de Nancy-Metz

**Hospitalor (hôpital PSPH)** : M. le Dr. Kurtz, chef de service de pédiatrie

### **Nord-Pas-de-Calais**

**DRASS** : Mme Vuillaume, directrice régional, Mme le Dr. Coquelet

**Association Maison des deux quartiers, Roubaix** : président, directrice ; psychologue et conseillère en économie sociale et familiale animant l'atelier diététique ; 10 membres de l'atelier diététique.

**Centre hospitalier de Roubaix** : M. Maury, directeur, M. Willem, responsable de la cellule d'analyse stratégique

**CETRADIMN**, centre hospitalier de Roubaix : professionnels : médecins, diététicienne, psychologue, cuisinier ; un groupe de personnes diabétiques participant à un atelier.

**CHU de Lille** : Mme le Pr. Romon, chef du service nutrition

**Conseil général du Pas-de-Calais** : Mme le Dr. Coelenbrier, médecin coordonnateur

**CRES** : M. Cloart, directeur

**Education nationale** : Mme Vanhonaecker, infirmière conseiller auprès du recteur

**Institut Pasteur de Lille** : Mme Mariojouls, service de formation

**Villes de Fleubaix et Laventie** : M. le Dr. Borys, médecin nutritionniste, coordinateur des études Fleubaix-Laventie Ville Santé

**Ville de Lille** : Mme Milhau, responsable du service Solidarité

**Ville de Loos** : M. Lointier, directeur-adjoint du CCAS, Mme Veyrague

### **Val-de-Marne (Conseil général)**

Mme le Dr. Feur, chef du projet « Val-de-Marne »

**Annexe n° 3 : OMS-FAO, Rome 1992**  
**Conférence internationale sur la nutrition, Déclaration et plan d'action**  
**sur la nutrition.**  
**Extraits**

«Dans de nombreux pays, les maladies non transmissibles liées à des modes de vie malsains et à des régimes alimentaires inadaptés sont en augmentation. Avec l'apparition des sociétés d'abondance et l'urbanisation, le régime alimentaire tend à devenir plus riche en énergie et en graisses, notamment en graisses saturées, tandis que la consommation de fibres et de glucides complexes diminue et que celle d'alcool, de glucides raffinés et de sel augmente. En milieu urbain, l'exercice physique et la dépense énergétique sont souvent moindres et on assiste simultanément à une augmentation du tabagisme et du stress. Tous ces facteurs et d'autres facteurs de risque, joints à l'augmentation de l'espérance de vie, sont associés à une prévalence accrue de l'obésité et de l'hypertension, des maladies cardio-vasculaires, du diabète sucré, de l'ostéoporose et de certains cancers, ce qui entraîne des coûts sociaux et des dépenses de santé énormes. Dans certaines régions, le régime alimentaire est souvent responsable également de caries dentaires. (...) Les changements d'alimentation et de modes de vie par suite de la migration vers des régions plus riches peuvent avoir des répercussions aussi bien négatives que positives sur l'état de santé, exposant les immigrants, et en particulier les minorités, à un risque accru de maladies non transmissibles liées à l'alimentation. La prévention primaire et secondaire de ces maladies est donc importante.

Les gouvernements, associés à d'autres groupes, devraient:

- a) Evaluer l'apport alimentaire et l'état nutritionnel de la population.
- b) Déterminer dans quelle mesure il existe un lien entre l'alimentation et la maladie dans leur propre situation, en tenant compte des évaluations internationales et nationales effectuées et des dernières découvertes scientifiques. Examiner si les objectifs alimentaires sont appropriés compte tenu de la fréquence des maladies chroniques liées au régime alimentaire et à ses carences.
- c) Elaborer des politiques couvrant tous les aspects de l'amélioration des approvisionnements alimentaires et de la nutrition adaptées à la situation dans chaque pays; soutenir et encourager la création de jardins familiaux, la production d'aliments traditionnels et les habitudes alimentaires propices au bien-être nutritionnel.
- d) Sur la base des recommandations relatives à l'apport énergétique et aux nutriments, prodiguer des conseils au grand public en diffusant, par le biais des médias et d'autres moyens appropriés, des principes diététiques qualitatifs et/ou quantitatifs correspondant aux différents groupes d'âge et aux différents modes de vie et adaptés à la population du pays.
- e) Organiser et soutenir l'élaboration de programmes appropriés d'éducation nutritionnelle au niveau des collectivités parallèlement à des stratégies de communication également appropriées, telles que l'étiquetage à visée nutritionnelle, pour permettre aux individus et aux familles de choisir une alimentation saine, et veiller en priorité à ce que ces programmes atteignent bien les groupes visés.
- f) Encourager l'adaptation des informations nutritionnelles et des informations destinées aux consommateurs et celle des programmes d'intervention aux différents milieux

socio-économiques, compte tenu des obstacles linguistiques, des comportements culturels et des croyances concernant les aliments, la santé et la maladie.

- g) Promouvoir dès le plus jeune âge une connaissance de l'alimentation et de la nutrition, de la sécurité alimentaire, de la préparation des aliments, des régimes alimentaires et modes de vie sains dans le cadre des programmes d'étude des élèves, des enseignants et du personnel de santé, et de la formation des agents de vulgarisation agricole.
- h) Encourager les services de restauration collective et le secteur de l'alimentation à promouvoir une alimentation saine.
- i) Prendre des mesures appropriées pour décourager l'abus d'alcool, de médicaments et de tabac.
- j) Parrainer et promouvoir des programmes d'exercice physique à la portée de tous, ciblés sur les enfants et les groupes à haut risque, et offrir des activités récréatives et sportives avec la participation d'organismes communautaires, publics et privés.
- k) Promouvoir l'emploi et de meilleures conditions de vie dans les zones rurales pour empêcher une émigration massive vers les villes.
- l) Appuyer des interventions spéciales en matière de nutrition et d'éducation des consommateurs ainsi que des activités de suivi pour les groupes d'immigrants qui peuvent avoir besoin d'une attention particulière. »

**Annexe n°4 :**  
**Programme national nutrition santé (PNNS)**

## CONTEXTE

Il est, actuellement, démontré que l'alimentation et l'état nutritionnel participent de façon essentielle au développement et à l'expression clinique des pathologies les plus répandues, en France, comme dans l'ensemble des pays industrialisés (maladies cardiovasculaires, tumeurs malignes, obésité, ostéoporose, diabète, hypercholestérolémie etc.).

Celles-ci ont un coût économique considérable puisqu'on estime à 30 milliards de francs par an, les coûts directs et indirects des maladies cardiopathies ischémiques. Ceux attribuables à l'obésité atteindraient près de 12 milliards de francs par an.

A contrario, un équilibre nutritionnel, une consommation variée avec une répartition satisfaisante des quantités ingérées permettent par la consommation régulière d'aliments et de plats largement disponibles en France, de préserver un bon état de santé et la qualité de vie.

Conscients de ces enjeux, la France a fait de la nutrition l'une des priorités de sa présidence de l'Union européenne. Une résolution sur ce thème a été votée lors du conseil des ministres européens le 14 décembre 2000.

En 1999, la direction générale de la Santé avait sollicité l'avis de différents experts nationaux.

En mai 1999, la ministre de l'Emploi et de la Solidarité et le secrétaire d'État à la Santé et à l'Action sociale demandaient au Haut Comité de la Santé publique (HCSP) une étude globale de la situation.

Le rapport "Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France" contenant divers recommandations a été remis à la secrétaire d'État à la Santé et aux Handicapés, en juin 2000.

Le premier ministre, dans son discours de clôture des États généraux de l'alimentation du 13 décembre 2000, a annoncé le lancement, en janvier 2001, d'un programme national " Nutrition-Santé " (PNNS), coordonné par la secrétaire d'État à la Santé et aux Handicapés, en lien avec les membres du gouvernement chargés de l'éducation nationale, de l'agriculture et de la pêche, de la recherche, de la jeunesse et des sports et de la consommation. Il en a fixé les grandes orientations.

Le présent plan s'appuie sur les travaux du Haut Comité de Santé publique, du Conseil national de l'alimentation et des directions techniques des différents ministères impliqués, en concertation avec l'Assemblée des départements de France, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, l'Institut de veille sanitaire, la Caisse nationale d'assurance maladie, la Fédération nationale de la mutualité française, des personnalités scientifiques, des représentants de consommateurs.

Le PNNS associe l'ensemble des acteurs publics et privés impliqués dans les champs d'intervention retenus : recherche, formation et surveillance, actions de terrain, de promotion, d'information, de prévention et de soins, offre alimentaire, distribution et contrôle.

## **Objectif général du programme**

Le programme national " Nutrition-Santé " (PNNS) a comme objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition.

## **Les neufs objectifs nutritionnels prioritaires en termes de santé publique**

Neuf objectifs nutritionnels ont été retenus comme prioritaires en termes de santé publique.

1. 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 % ;
2. Augmenter la consommation de calcium afin de réduire de 25 % la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des apports nutritionnels conseillés, tout en réduisant de 25 % de la prévalence des déficiences en vitamine D,
3. Réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35 % des apports énergétiques journaliers, 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),
4. 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, en réduisant de 25 % la consommation actuelle de sucres simples, et en augmentant de 50% la consommation de fibres, – Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne dans la population des adultes ;
5. Réduire l'apport d'alcool chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet apport ne devrait pas dépasser l'équivalent de 20 g d'alcool pur par jour (soit deux verres de vin de 10 cl ou deux bières de 25 cl ou 6 cl d'alcool fort). Cet objectif vise la population générale et se situe dans le contexte nutritionnel (contribution excessive à l'apport énergétique) ; il n'est pas orienté sur la population des sujets présentant un problème d'alcoolisme chronique, redévable d'une prise en charge spécifique,
6. Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne dans la population des adultes,
7. Réduire de 10 mm de mercure la pression artérielle systolique chez les adultes,
8. Réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>) chez les adultes et interrompre l'augmentation, particulièrement élevée au cours des dernières années, de la prévalence de l'obésité chez les enfants,
9. Augmenter l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant l'équivalent d'au moins une demi-heure de marche rapide par jour. La sédentarité étant un facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue chez l'enfant.

## **Les neufs objectifs nutritionnels spécifiques**

- Réduire la carence en fer pendant la grossesse ;
- Améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment, en cas de désir de grossesse ;
- Promouvoir l'allaitement maternel ;
- Améliorer le statut en fer, en calcium et en vitamine D des enfants et des adolescents ;
- Améliorer le statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées ;
- Prévenir, dépister, limiter la dénutrition des personnes âgées ;

- Réduire la fréquence des déficiences vitaminiques et minérales et de la dénutrition parmi les populations en situation de précarité ;
- Protéger les sujets suivant des régimes restrictifs contre les déficiences vitaminiques et minérales ; prendre en charge les problèmes nutritionnels des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire ;
- Prendre en compte les problèmes d'allergies alimentaires.

## **Principes généraux**

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

Les mesures et actions développées dans le cadre du PNNS s'appuient sur certaines règles :

Le choix alimentaire individuel est un acte libre.

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.

Le choix d'aliments et de plats comme le comportement alimentaire global doivent être éclairés par une information scientifiquement valide, compréhensible, et indépendante. Les actions mises en œuvre par le PNNS ont comme finalité de promouvoir, dans l'alimentation, les facteurs de protection et de réduire l'exposition aux facteurs de risque vis-à-vis des maladies chroniques et, aux niveaux des groupes à risque, de diminuer l'exposition aux problèmes spécifiques.

Le PNNS prend en compte tant la composante apports nutritionnels que la composante dépenses, en particulier la dépense énergétique liée à l'activité physique, afin de maintenir un équilibre entre les deux.

Globalement toute action visant la consommation alimentaire humaine en général est orientée par les objectifs nutritionnels prioritaires. Chacune des actions prévue et mise en place, si elle vise un objectif particulier parmi les objectifs prioritaires, ne doit pas aller à l'encontre d'un autre de ces objectifs. Les stratégies et actions doivent être cohérentes, sans contradiction, ni explicite ni par omission.

## Six axes stratégiques

1. Informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant  
Eduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant
2. Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins
3. Impliquer les industriels de l'agro-alimentaire et la restauration collective ainsi que les consommateurs au travers des associations de consommateurs et de leurs structures techniques
4. Mettre en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population
- 5 Développer la recherche en nutrition humaine : recherches épidémiologiques, comportementales et cliniques
- 6 Engager des mesures et actions de santé publique complémentaires destinées à des groupes spécifiques de population

### **1. Pour des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant**

#### ➤ Informer

L'un des axes principaux du plan nutrition est de diffuser une information simple, claire et exhaustive autour des 9 objectifs nutritionnels prioritaires définis par le Haut comité de santé publique. Cette information doit viser la population générale mais aussi les publics qui ont des besoins nutritionnels spécifiques : les femmes enceintes, les enfants, les adolescents et les personnes âgées. Elle prendra la forme d'actions média et hors média et sera articulée au plan national et local. L'information précise, adaptée à chaque cas particulier, répondant à une demande individuelle, ou nécessitée par une pathologie avérée ou débutante est du ressort du personnel de santé à différents niveaux (cf. actions vis à vis des professionnels de santé).

Objectifs	Vulgarisation d'un logo de communication Diffusion d'un guide alimentaire national Diffusion de guides spécifiques par public Lancement d'une campagne média tous publics pour la promotion des fruits et légumes Création d'un site internet Développement des réseaux de proximité
-----------	---

### ➤ Eduquer

Si l'information est une condition nécessaire pour favoriser le choix d'une alimentation équilibrée, elle n'est pas toujours satisfaisante. Il est important de mener un travail éducatif avec les plus jeunes afin de leur donner très tôt le goût du "bien manger" et de créer un environnement favorable à leur liberté de choix.

Objectifs	Publication de la circulaire relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité alimentaire Intégration de la dimension nutrition dans les programmes scolaires Production et diffusion d'outils pédagogiques Analyse de la conformité au PNNS du matériel pédagogique produit par les firmes agroalimentaires
-----------	---

### ➤ Orienter

Enfin il est également nécessaire d'agir sur l'offre des produits. En effet, la consommation quotidienne est aussi liée aux possibilités qu'offre l'environnement. Améliorer l'accès aux produits reconnus comme bons pour la santé sera aussi le moyen de faire évoluer positivement la consommation.

Objectif : Fournir aux jeunes, dans le cadre d'activités scolaires ou extra scolaires un environnement cohérent avec les objectifs nationaux

## **Informer**

### 1.1 Un logo de communication

*Constat* : L'opinion publique manque aujourd'hui, sur le thème de la nutrition, de messages et de repères fiables et validés en terme de santé publique.

*Objectifs* : Trois objectifs prioritaires

- Authentifier toute action conçue et menée en conformité avec les objectifs nutritionnels du PNNS.
- Assurer une cohérence à la communication du programme
- Rétablir la confiance dans les messages de la communication santé-nutrition

*Action* : Un logo sera créé en 2001. Toute action, publique ou privée, identifiée conforme au PNNS pourra en bénéficier après une demande volontaire.

*Calendrier* : Création et diffusion du logo : 2001

### 1.2 Un guide alimentaire national

*Constat* : Les connaissances de l'opinion publique en matière de nutrition sont aujourd'hui trop souvent approximatives. Certaines idées fausses perdurent. De plus, les priorités et les recommandations de santé publique ne sont pas toujours claires.

*Objectif* : Mettre à la disposition du grand public un document de référence qui permette de disposer d'une information complète et validée sur les principes de base d'une alimentation équilibrée.

*Actions* : Un guide alimentaire national sera réalisé et diffusé à 4 millions d'exemplaires auprès de la population. Ce document donnera les éléments pour choisir son alimentation quotidienne, sur la base des objectifs du PNNS. Il sera vendu en kiosque et donné gratuitement à certains publics. Une édition pour les professionnels relais, en particulier de la santé, plus complète sera conçue pour une diffusion d'environ 300 000 exemplaires.

*Calendrier* Réalisation : 2001, Diffusion : 2001-2004

### 1.3 Des guides spécifiques par public

*Constat* : Les jeunes enfants, les femmes, les femmes enceintes, les adolescents et personnes âgées ont des besoins nutritionnels spécifiques. Par exemple, la personne âgée a besoin d'une alimentation particulièrement riche en calcium pour prévenir l'ostéoporose tandis que la femme enceinte doit spécifiquement veiller aux carences en fer et en folates.

*Objectif* : Permettre à chacun de ces publics de disposer d'une information adaptée à leurs besoins

*Actions* : Des versions adaptées du guide national seront élaborées pour les jeunes enfants, les femmes, les femmes enceintes, les adolescents et personnes âgées. L'édition d'environ 500 000 exemplaires de chacun de ces documents est prévue. Des éditions professionnelles relais seront réalisées (santé, éducation, restauration collective...).

*Calendrier* : Edition/diffusion en 2002

### 1.4 La promotion des fruits et légumes par une campagne média tous publics

*Constat* : Les Français consomment de façon insuffisante des fruits et légumes : on compte 55% et 64% de petits consommateurs de fruits chez les hommes et les femmes de 45-60 ans et de respectivement 72% et 64% de petits consommateurs de légumes. Un petit consommateur de fruits et légumes est défini comme consommant quotidiennement moins d'une portion et demie de fruits et moins de deux portions de légumes (pomme de terre exclue).

*Objectif* : Donner des repères simples de consommation

*Actions* : en 2001, une campagne médiatique de promotion de la consommation des fruits et légumes, marquée du logo PNNS, sera réalisée afin de toucher le public le plus large possible. La priorité annuelle sera déclinée et relayée dans divers champs d'intervention (milieu scolaire, restauration collective...). Les campagnes seront relayées localement sous l'égide de comités régionaux d'éducation à la santé. Un thème nouveau fera l'objet d'une nouvelle campagne chaque année.

Une distribution gratuite de fruits dans les écoles primaires, sera réalisée en lien avec les mairies, les producteurs et les associations.

*Calendrier* Diffusion campagne média : 2001, La distribution des fruits : 2001/ 2002

### 1.5 Crédation d'un site internet

*Constat* : Des questions très spécifiques se posent quotidiennement sur la nutrition. L'utilisation d'internet, comme vecteur d'information sur la nutrition doit être valorisée.

*Objectif* :

- Mettre à disposition du public une information personnalisée
- Répondre à des interrogations spécifiques.

*Actions* : Un site internet, identifié par le logo PNNS, sera créé. Il proposera des menus avec recettes correspondantes, permettant l'atteinte des objectifs nutritionnels.

*Calendrier* : Conception : 2001, Mise en place : 2002

## 1.6 Développement des réseaux de proximité

*Constat :* Les structures pouvant s'impliquer dans le champ de la nutrition ne sont pas suffisamment développées. Pourtant les relais de proximité sont indispensables pour accompagner les actions nationales et transmettre les informations adaptées aux différents publics.

### *Objectif*

- Démultiplier et adapter localement l'action nationale
- Développer une communication de proximité.

### *Actions*

- L'activité nutrition des structures d'éducation préexistantes, comme les Comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé (CRES et CODES), sera développée en lien et en cohérence avec les Comités Régionaux des Politiques de Santé, les Programmes régionaux de santé (PRS), les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), ainsi que les Directions régionales et départementales de l'action sanitaire et sociale (DRASS et DDASS). Les personnels de ces structures seront formés sur les objectifs du PNNS. Elles auront pour mission de faciliter le recrutement de diététiciens dans les structures d'appui et de coordination locales, ainsi que de mettre à disposition les informations utiles pour le développement des activités adaptant le programme national.
- Le développement d'actions de nutrition (intégrant la composante éducation à la nutrition) par des associations relais sera encouragé, en particulier celles menées dans les quartiers difficiles.

*Calendrier :* Mise en place : 2001, Extension des dispositifs locaux : 2001-2004

## **Eduquer**

L'enfance et l'adolescence sont des étapes déterminantes pour l'acquisition de comportements alimentaires favorables à la santé et le développement de l'activité physique.

L'action en milieu scolaire et extra scolaire, complémentaire du milieu familial, nécessite une cohérence entre plusieurs composantes : une offre alimentaire satisfaisante sur le plan nutritionnel ; une pédagogie qui favorise l'acquisition de comportements de consommateur exerçant son esprit critique face à la diversité de l'offre.

Toutes les actions de ce chapitre seront menées en partenariat avec le Ministère de l'éducation nationale et/ou le Ministère de la jeunesse et des sports, le Ministère de l'Agriculture et de la Pêche.

## 1.7 Vers une amélioration de la restauration scolaire dans les cantines scolaires

*Constat :* Les repas pris à l'école sont une étape importante pour le développement des enfants et pour leur éducation au goût et à la nutrition.

*Objectifs :* Améliorer les repas scolaires tant du point de vue de leur qualité nutritionnelle que celui de la sécurité des aliments.

### *Actions*

Publication de la " circulaire relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments", signée par Jack Lang, Ministre de l'Education Nationale, Jean Glavany, Ministre de l'Agriculture et de la Pêche, Dominique Gillot, Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés et François Patriat, Secrétaire d'Etat aux

PME, au Commerce, à l'Artisanat et à la Consommation. Elle s'appuie sur les recommandations du Groupe permanent d'étude des marchés de denrées alimentaires et de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments(AFSSA).

#### *Calendrier Immédiat*

##### 1.8 Intégration de la dimension nutrition dans les programmes scolaires

*Constat* : La nutrition est insuffisamment abordée dans les programmes scolaires, de plus elle ne correspond plus à l'évolution rapide des comportements alimentaires.

#### *Objectif*

- Faciliter la prise en compte de cette évolution dans les programmes scolaires.
- Assurer la cohérence des contenus des manuels et programmes scolaires, avec les objectifs du PNNS.

#### *Actions*

Le groupe d'experts émanant du Comité stratégique du PNNS formulera, en lien avec le Conseil national des programmes, des propositions pour l'orientation des programmes scolaires dans le domaine de la nutrition.

Au sein des IUFM et des écoles de formation de professionnels de l'enfance, il conviendra de prévoir l'intégration du domaine de la nutrition dans les modules existants,

Par ailleurs, un module d'enseignement de nutrition sera développé au sein des IUFM, des écoles d'animateurs et de la formation complémentaire des formateurs de ces écoles.

#### *Calendrier*

Programmes et manuels scolaires : analyse en 2001

Travail sur les programmes en 2002-2003

Module d'enseignement : 2002-2003

##### 1.9 Outils pédagogiques

*Constat* : La généralisation de l'accès à l'informatique dans les écoles et les lieux accueillant les enfants constitue un support important pour la transmission de savoirs.

*Objectif* : Rendre accessible des informations sur la nutrition par un outil interactif, ludique et pédagogique.

*Action* : Un CD-Rom " Alimentation Nutrition " destiné aux enfants du cycle primaire sera diffusé en lien avec le guide alimentaire enfants et adolescents, tant à l'école que dans les centres accueillant les enfants de cet âge.

*Calendrier* : 2002

##### 1.10 Analyse de la conformité au PNNS du matériel pédagogique produit par les firmes agroalimentaires

*Constat* : Les firmes agroalimentaires produisent couramment du matériel d'information à destination du jeune public. Cependant les informations proposées ne correspondent pas toujours à des objectifs nutritionnels clairs.

*Objectif* : Faciliter l'analyse de la conformité et de la cohérence avec le PNNS du matériel pédagogique proposé.

#### *Action*

- Déterminer, avec les acteurs concernés, notamment l'éducation nationale, des experts en nutrition, des représentants de parents d'élèves et de consommateurs, les critères de conformité au PNNS du matériel pédagogique, en s'appuyant en particulier sur la charte de l'Institut Français de Nutrition (IFN).

- Mettre en place par le Comité stratégique du PNNS un comité de validation des conditions de conformité au PNNS. Ce comité sera constitué essentiellement par des experts, des pédagogues, des représentants de parents d'élèves.

*Calendrier* : Début en 2001

### **Orienter**

*Objectif* : Fournir aux jeunes, dans le cadre d'activités scolaires ou extra scolaires un environnement d'offre alimentaire cohérent avec les objectifs nationaux.

*Action*

- Mettre en œuvre les recommandations de la circulaire relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments (mentionnée précédemment)
- Inciter la mise en place de fontaines d'eau fraîche dans les établissements.
- Favoriser les débats au sein des conseils d'établissements sur l'implantation de distributeurs de boissons/aliments en vue de prendre en compte leur qualité nutritionnelle. Les associations de parents d'élèves et de consommateurs seront consultées pour l'élaboration des modalités de cette action.

*Calendrier* premier semestre 2001

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

Les personnels de santé sont des informateurs crédibles et écoutés par la population sur le domaine de la nutrition. Ils sont responsables du dépistage et de la prise en charge des pathologies liées à la nutrition.

- |                  |   |
|------------------|---|
| <i>Objectifs</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Faciliter l'accès à la consultation de nutrition</li> <li>Développer la prise en charge nutritionnelle à l'hôpital</li> <li>Utilisation d'un disque d'évaluation nutritionnelle en pratique clinique</li> <li>Préciser les fonctions et les métiers de la nutrition, réviser les programmes d'enseignement des professionnels de santé</li> <li>Recommandations pour la pratique clinique</li> <li>Diffusion de synthèses scientifiques actualisées</li> </ul> |
|------------------|---|

### 2.1 Faciliter l'accès à la consultation de nutrition

*Constat* : Les consultations de diététique et de nutrition, pour être menées à bien, demandent du temps. Il n'existe pas actuellement de cadre précis dans lequel peuvent se tenir des consultations de diététique et de nutrition.

*Objectif* : Faciliter l'accès à la consultation de nutrition, tant à l'hôpital qu'en ville

*Actions*

- expérimenter la mise en place de consultations diététique et nutrition au sein des réseaux de soins en collaboration avec la CNAM.
- développer les consultations de nutrition et de diététique au sein de l'hôpital par la création sur 5 ans de : 800 postes de diététiciens destinés à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés et au développement des consultations externes de nutrition à l'hôpital ; 50 postes de praticiens hospitaliers exerçant leur activité tant dans le cadre des consultations externes que de la prise en charge des patients hospitalisés.

*Calendrier* : 2001, début d'expérimentation en réseau de soins à partir de 2002, développement des consultations en établissements de santé et réseaux soins.

## 2.2. Développer la prise en charge nutritionnelle à l'hôpital

*Constat* : L'alimentation dans les établissements de santé est un facteur de confort et de l'accueil. Partie intégrante de la démarche de soins, elle participe à la prévention et à la prise en charge des problèmes nutritionnels.

*Objectif* : Elaborer les lignes d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé.

### *Actions*

- mise en place au 1er trimestre 2001 d'un comité d'orientation (médecins, directeurs d'établissements, responsables d'unité de restauration, diététiciens, infirmiers et représentants des usagers) chargé de :

1. mettre en place dans les établissements de santé une structure transversale de liaison sur l'alimentation nutrition
2. faire évoluer les pratiques des professionnels pour mieux prendre en compte les attentes des personnes hospitalisées
3. renforcer la démarche qualité dans la fonction restauration nutrition

*Calendrier* : Propositions et recommandations : 2001

## 2.3. Utilisation d'un disque d'évaluation nutritionnelle en pratique clinique

*Constat* : Il existe déjà quelques outils et formats de référence en pratique nutritionnelle clinique, cependant il ne sont pas suffisamment connus et utilisés.

*Objectif* : Favoriser l'évaluation systématique par le personnel de santé de l'état nutritionnel des personnes ; que ce soit dans le domaine de la prévention (dépistage précoce) ou de la prise en charge.

### *Action*

- concevoir et diffuser des outils et des livrets d'accompagnement :
- diffuser 300 000 disques adultes aux médecins, diététiciens, établissements de soins ;
- diffuser 60 000 outils enfants pour les pédiatres, médecins scolaires, de PMI, généralistes à tendance pédiatrique.

*Calendrier* : 2001.

## 2.4 Préciser les fonctions et les métiers de la nutrition. Adapter les formations des professionnels aux enjeux actuels

*Constat* : La nutrition est une discipline sous-enseignée dans de nombreuses filières de santé.

Les fonctions à remplir en matière de nutrition, depuis l'information du grand public à la prise en charge thérapeutique spécialisée, nécessitent une mise à plat complète.

*Objectif* : Les fonctions à remplir en matière de nutrition, depuis l'information du grand public à la prise en charge thérapeutique spécialisée, nécessitent une mise à plat complète. En effet il s'agit de renforcer l'efficacité et la complémentarité des divers métiers de la nutrition en ville, dans les établissements de santé et dans le cadre des réseaux de soins. Il est aussi nécessaire d'assurer une harmonisation avec nos partenaires européens et d'estimer de façon prospective les besoins quantitatifs des divers types de professionnels.

### *Actions*

- commander un rapport sur le sujet à des personnalités reconnues dans ce domaine, choisies en accord avec les sociétés de nutrition et de diététique.
- susciter une discussion et une réflexion autour du rapport lors d'un colloque qui devrait être européen.

- réviser les formations et les programmes d'enseignement initial et continu, sur la base du rapport et de la discussion qu'il soulèvera, en vue de renforcer la composante nutrition de santé publique.

*Calendrier* : 2001-2002 pour l'analyse, 2002-2003 pour la révision des enseignements

## 2.5. Etablir des recommandations pour la pratique clinique dans le domaine du dépistage et de la prise en charge des troubles nutritionnels

*Constat* : Des recommandations scientifiquement validées ont déjà été formulées sur l'obésité.

*Objectif* : - fournir un "état de l'art" pour les formations initiales et continues, la pratique préventive et curative des personnels de santé, vis à vis de certaines pathologies ou groupes spécifiquement à risques.

*Action* : - développer et diffuser des recommandations pour la pratique clinique sur d'autres thématiques touchant à la nutrition :

- 1.nutrition des femmes enceintes
- 2.diagnostic et prise en charge de la dénutrition à l'hôpital
- 3.évaluation de l'état nutritionnel des patients
- 4.nutrition des personnes âgées à domicile
- 5.allergies alimentaire

*Calendrier* : 2001 pour les points 1 et 2 ; 2002-2003 pour les points 3, 4 et 5

## 2.6 Veille scientifique et diffusion de synthèses actualisées

*Constat* : La veille scientifique est nécessaire dans un domaine où la connaissance évolue rapidement et influence les pratiques de conseil par les professionnels. Par exemple, le rôle de la nutrition dans la prévention de certaines pathologies tel le cancer demeure méconnu par les médecins.

*Objectif* : Une meilleure information des professionnels relais avec des moyens adaptés.

*Actions*

rédiger des synthèses actualisées, à partir de la veille scientifique, par une coordination Agence française de sécurité sanitaire des aliments - Institut de veille sanitaire (AFSSA-InVS), selon des normes de qualité d'expertise.

les mettre en forme et les diffuser aux professionnels, en s'appuyant sur l'expertise du Centre français d'éducation pour la santé (CFES).

*Calendrier* : 2001 pour la synthèse sur le cancer, les thèmes ultérieurs seront définis avec les instances scientifiques et professionnelles

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

Des discussions seront menées avec les industriels de l'agro-alimentaire, les professionnels de la distribution et de l'artisanat alimentaire et les consommateurs afin de voir comment les informations promotionnelles peuvent prendre en compte les objectifs du PNNS.

Objectifs :      Définition des conditions de conformité au PNNS et valorisation de cette conformité  
                    Former des professionnels compétents dans le champ de la nutrition

### 3.1 Définition des conditions de conformité au PNNS . Valorisation de cette conformité

*Objectif*: Faciliter l'analyse par le consommateur de la conformité aux objectifs du PNNS de l'information promotionnelle sur la valeur santé des produits et services alimentaires.

*Action*

- définir, en lien avec les représentants des acteurs concernés –filières alimentaires, consommateurs, administrations– les conditions pouvant permettre la validation de la conformité au PNNS de l'information promotionnelle mentionnant une valeur santé (depuis la production jusqu'au service de restauration collective), et la valorisation de cette conformité par le PNNS, au moyen d'un identifiant. La procédure de validation à la conformité au PNNS sera mise en œuvre exclusivement après demande de l'acteur économique intéressé.

### 3.2 Renforcement de la formation des professionnels de l'alimentation dans le champ de la nutrition

*Constat* : Les professionnels de l'agro-alimentaire et des filières alimentaires sont des acteurs actifs de la politique nutritionnelle.

*Objectif*: Les produits que les professionnels de l'agro-alimentaire et des filières alimentaires sont susceptibles de développer doivent correspondre à une demande des consommateurs et prendre en compte la qualité nutritionnelle. Leur formation essentiellement axée sur la science de l'aliment doit être mieux ouverte vers des préoccupations de santé publique.

- Actions*
- appuyer les initiatives actuelles allant dans ce sens.
  - analyser les cursus de ces écoles.
  - proposer aux diverses écoles des compléments de nutrition humaine.

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

*Constat* : La surveillance de l'état nutritionnel de la population et de ses sous groupes à risque est nécessaire à l'évaluation de l'évolution de la situation et du niveau d'atteint des objectifs fixés. L'analyse de l'évolution des attitudes et des comportements alimentaire est nécessaire à la conception/réorientation de certaines actions.

Le nombre de produits alimentaires actuellement commercialisés est tout à fait considérable, et l'innovation dans ce domaine est très rapide. Il est donc fondamental, pour la surveillance de l'atteinte des objectifs du PNNS, de mettre en œuvre les moyens adéquats pour que les tables de composition des aliments soient actualisées et enrichies en permanence.

*Objectif*

L'étude de la consommation alimentaire est nécessaire à l'évaluation du niveau d'atteinte des objectifs fixés par le PNNS. De même, la surveillance de l'état nutritionnel de la population et des sous groupes à risques et nécessaire à l'évaluation de la situation nutritionnelle.

En effet, la conception et la réorientation éventuelle de certaines actions impliquent l'analyse de l'évolution des attitudes et des comportements alimentaires.

#### *Actions*

- mettre en place, en vue d'une surveillance de l'atteinte des objectifs du PNNS, une méthodologie de surveillance
  - \* de l'état nutritionnel et de ses déterminants au niveau de l'InVS (Unité de surveillance épidémiologique nutritionnelle, USEN)
  - \* des consommations alimentaires en lien avec l'AFSSA
  - \* des attitudes et des comportements en relation avec le baromètre nutrition du CFES.
- harmoniser les outils avec nos partenaires de l'Union Européenne, afin de disposer de bases de décisions semblables.
- actualiser au niveau de l'AFSSA les tables de composition des aliments, selon les normes internationales .
- développer des saisines spécifiques pour des évaluations particulières (par exemple sur la restauration scolaire ou hospitalière, des populations à risques spécifiques...).

*Calendrier 2001*

### **5. Développer la recherche en nutrition humaine : recherche épidémiologique, comportementale, clinique**

*Constat* : Seuls les acquis de la recherche permettent de disposer d'un fondement scientifique, voulu par tous les acteurs, pour orienter les objectifs et la stratégie de la politique nutritionnelle.

*Objectif* : Développer la recherche en nutrition orientée vers la santé publique, notamment grâce à un travail inter-institutionnel en réseau.

*Actions* :

- mettre en place le Réseau Alimentation Référence Europe (RARE), sous l'égide du Ministère de la Recherche

Ce nouveau réseau de recherche technologique a pour objectif le développement d'actions de recherche d'envergure, entre la recherche publique et les partenaires socio-économiques de l'agriculture, des industries alimentaires, de la distribution et les représentants des consommateurs. Organisé en consortiums – ou groupes de programmes scientifiques complémentaires-, ce réseau aura différentes composantes recouvrant les domaines de la sécurité microbiologique, de la science des aliments, et de la nutrition humaine.

Ce dernier volet, correspondant à l'action Nutrialis, est orienté vers l'étude des comportements alimentaires et la prévention des grandes pathologies (cancer, obésité, cardiovasculaire) par la nutrition.

- favoriser le développement de la recherche sur la nutrition en santé publique au titre des actions de recherche clinique menées dans les centres hospitaliers, et par la participation des organismes publics (INSERM, INRA), avec la volonté d'accroître significativement la cohérence de l'effort national dans le domaine de la santé publique.
- favoriser l'activité des CRNH (Centres de Recherche en Nutrition Humaine) existants et développer des thèmes non encore couverts et cohérents avec les objectifs du PNNS.

Les études économiques relatives aux analyses coût-bénéfice immédiat (par exemple réduction des prescriptions d'examens complémentaires, des médicaments et du nombre de consultations par les actions de prévention) ainsi que les études d'intervention sur des cohortes seront également favorisées.

- évaluation du PNNS en 2003 et en fin de programme (2006)

#### *Calendrier*

Mise en place du réseau RARE , dont l'action Nutrialis en 2001

Développement des orientations de recherche en nutrition de santé publique, à partir de 2002.

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

L'ensemble des activités destinées à des groupes spécifiques nécessite des actions visant information des professionnels et information – éducation du groupe cible.

La répartition des actions selon les thématiques particulières sera décidée annuellement. Pour 2001, une priorité sera donnée à la prévention de la carence en folates pour les femmes en désir de grossesse ainsi qu'à la promotion de l'allaitement maternel et à la carence en calcium et vitamine D chez les personnes âgées en institution.

#### *Objectifs*

Réduire la carence en fer pendant la grossesse

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

Promouvoir l'allaitement maternel

Améliorer le statut en fer, en calcium et en vitamine D des enfants et des adolescents

Améliorer le statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées

Prévenir la dénutrition des personnes âgées

Lutter contre les déficiences vitaminiques et minérales chez les personnes suivant des régimes restrictifs et les problèmes nutritionnels des personnes présentant des troubles du comportement alimentaire

Lutter contre les déficiences vitaminiques et minérales chez les personnes en situation de précarité

### 6.1. Réduire la carence en fer pendant la grossesse

*Constat* : la fréquence de la carence en fer durant la grossesse demeure particulièrement élevée en France.

*Objectif* : réduire les conséquences délétères de la carence en fer et de l'anémie chez la femme enceinte.

#### *Actions*

- mettre en œuvre une combinaison des deux stratégies majeures d'intervention, en accord avec les recommandations pour la pratique clinique :
- supplémenter en fer les femmes enceintes
- donner des conseils nutritionnels spécifiques, intégrés dans une information globale sur l'alimentation et l'exercice physique durant la grossesse.(Guide spécifique pour les femmes enceintes)

Pour cela,

- Diffuser auprès du corps médical et des sages femmes les recommandations
- Diffuser le guide alimentaire spécifique aux femmes enceintes .

*Calendrier* 2002 – 2005 : supplémentation à partir de 2002

## 6.2. Amélioration du statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment en cas de désir de grossesse

*Constat* : des anomalies de fermeture du tube neural liées à un déficit en folates chez la femme en début de grossesse sont observées.

*Objectif* : réduire l'incidence de ces anomalies.

### *Actions*

- poursuivre et développer la sensibilisation des personnels de santé, des enseignants (essentiellement de biologie, Science et Vie de la Terre) et des femmes en âge de procréer, en particulier les jeunes. Cette information sera transmise au travers des centres de planning familial, des PMI, des pharmacies, de la presse féminine, jeune et familiale

Conseils nutritionnels adaptés (cf brochure "Bien se nourrir au féminin" éditée par le CFES avec les ministères de la Santé, de l'Agriculture et de la Pêche), guide alimentaire spécifique .

Préconiser une supplémentation systématique en folates en cas de projet de grossesse.

Supplémenter à dose suffisante les femmes particulièrement à risque.

*Calendrier 2001-2005* : éducation, information ; 2002 et années suivantes supplémentation

## 6.3. Promotion de l'allaitement maternel

*Constat* : on constate le retard de la France par rapport aux autres pays européens dans la pratique de l'allaitement maternel, y compris sa durée.

*Objectif* : Combler ce retard en fournissant aux femmes et aux mères un contexte favorable à un choix en faveur de l'allaitement maternel et à la prolongation de sa durée.

### *Actions*

- s'appuyer sur les recommandations pour la pratique clinique concernant la nutrition de la femme enceinte .
  - rédiger et diffuser un document scientifique validé à destination des professionnels relais sur l'intérêt santé de l'allaitement maternel dans un pays comme la France ;
  - renforcer l'application des directives européennes sur la promotion des substituts du lait maternel (y compris dans les maternités);
  - former les personnels des maternités à l'aide à l'initiation de l'allaitement à la naissance,
  - favoriser durant les consultations prénatales une information satisfaisante des femmes sur l'allaitement
  - informer, à ce moment, les femmes sur l'introduction des aliments de compléments
- calendrier 2001-2005*: éducation, information

## 6.4. Amélioration du statut en fer, en calcium et en vitamine D des enfants et des adolescents

*Constat* : du fait de leurs besoins physiologiques importants, les enfants et adolescent(es) ont plus de risques pour certaines déficiences nutritionnelles.

*Objectif* : Prévenir ces déficiences en tenant compte de la connaissance épidémiologique.

### *Action*

- intervenir en direction de ce groupe en s'intégrant dans les actions concernant la population générale, en particulier dans le système scolaire.
- concevoir et diffuser un guide alimentaire destiné aux adolescents en 2002 (déjà mentionné).

- diffuser une information ciblée dans les régions françaises de faible ensoleillement afin de développer la supplémentation hivernale, sous contrôle médical, en vitamine D (100 000 UI).

*Calendrier 2002-2005 : éducation, information ; 2002 et années suivantes supplémentation*

#### 6.5. Amélioration du statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées

*Constat : Les fractures chez les personnes âgées sont trop souvent une des conséquences de l'ostéoporose.*

*objectif : Réduire la fréquence de ces fractures.*

##### *Actions*

- favoriser la supplémentation mixte en calcium et vitamine D chez les personnes âgées.
- rappeler, chez les personnes âgées vivant à domicile, l'intérêt d'une supplémentation en vitamine D éventuellement associée à un supplément calcique.

Elles s'appuieront sur les recommandations pour la pratique clinique traitant de la thématique " nutrition des personnes âgées ".

Ces actions seront complémentaires du guide spécifique par public "personnes âgées" et des recommandations pour la pratique clinique de l'ANAES, en vue d'améliorer tout au long de la vie et particulièrement durant l'enfance et l'adolescence la constitution de réserves de calcium osseux.

*Calendrier : 2001-2005 : éducation, information ; 2002 et années suivantes supplémentation*

#### 6.6. Prévenir la dénutrition des personnes âgées

*Constat : La dénutrition s'observe de plus en plus chez les personnes âgées. Elle est soit primaire, soit secondaire à une pathologie.*

*Objectif : Prévenir la dénutrition chez les personnes âgées en prenant en compte la diversité des situations dans lesquelles se trouvent ces personnes âgées.*

##### *Actions*

- analyser les problèmes nutritionnels et alimentaires (accessibilité, consommation, préparation) des personnes âgées (>75 ans) 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. (disque d'évaluation nutritionnelle)
- favoriser l'implication des familles dans la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées. (guide spécifique).

*Calendrier : 2001 : évaluation des problèmes ; 2002-2005 : éducation, information ; 2002 et années suivantes : mise en œuvre des recommandations ANAES*

#### 6.7 Lutte contre les déficiences vitaminiques et minérales; et les problèmes nutritionnels

- chez les personnes suivant des régimes restrictifs
- des personnes présentant des troubles du comportement alimentaire

*Constat : La pratique sauvage des régimes restrictifs peut provoquer des troubles nutritionnels majeurs. Un tel état nutritionnel peut aussi être observé chez les personnes présentant des troubles du comportement alimentaire (en particulier l'anorexie).*

*Objectif:* Limiter le développement de carences chez les personnes ayant un comportement alimentaire à risque. Prendre en charge les causes de ces états avec les spécialistes des troubles du comportement alimentaire.

*Actions*

- proposer des recommandations pour la pratique clinique (ANAES).
- prendre appui sur les travaux du groupe européen travaillant sur les régimes très restrictifs.
- informer le milieu médical .
- analyser les causes de ces états avec les spécialistes des troubles du comportement alimentaire

#### 6.8 Lutte contre les déficiences vitaminiques et minérales et les dénutritions chez les personnes en situation de précarité

*Objectif:* Prévenir les déficiences nutritionnelles des personnes en situation de précarité. En s'appuyant sur les réseaux associatifs.

*Actions*

- sensibiliser et former les différents acteurs en contact avec ces populations à leurs problèmes nutritionnels spécifiques.
- favoriser les actions des associations relais pour améliorer la qualité nutritionnelle de l'alimentation proposée.
- favoriser les initiatives novatrices où l'alimentation est aussi le support d'une réinsertion sociale.
- concevoir et diffuser des outils d'éducation nutritionnelle spécifiques.

*Calendrier :* dès 2001 jusqu'en 2005

#### 6.9. Personnes allergiques

*Objectif:* Limiter le risque de développement de phénomènes d'allergies alimentaires.

*Actions*

- élaborer des recommandations notamment sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'allergie alimentaire. Diffuser ces recommandations aux personnels de santé. (cf. point 2.5)
- informer les femmes enceintes et allaitantes ayant des antécédents familiaux atopiques en vue d'éviter de consommer les aliments les plus sensibilisants (œufs, arachides, poissons...). (guide spécifique femme enceinte)
- promouvoir l'allaitement maternel
- étudier la mise en place d'un étiquetage exhaustif et précis. Cette action est en cours, sous l'impulsion de la France au niveau européen.
- étudier les moyens permettant aux consommateurs souffrant d'allergie alimentaire à faire des choix, notamment en restauration collective. (guide spécifique)
- développer le réseau d'allergo vigilance InVS-AFSSA
- intégrer ce sujet à la formation de différents professionnels : métiers de Bouche, restauration, professeurs de biologie, élèves des écoles d'ingénieurs agronomes et des écoles vétérinaires...

La circulaire relative à l'accueil des enfants et des adolescents atteints de maladies chroniques évoluant sur une longue période a été publiée en novembre 1999. Elle prévoit notamment la prise en compte des élèves atteints d'allergie ou d'intolérance alimentaire.

**Annexe n°5 : Extraits du rapport de la mission « comparaisons internationales » sur les politiques de santé publique concernant la nutrition en Angleterre, en Finlande et au Québec**

# LA PREVENTION SANITAIRE PAR UN BON EQUILIBRE NUTRITIONNEL

## L'exemple de l'Angleterre

<b>1. LES POLITIQUES MENÉES AU ROYAUME-UNI.....</b>	<b>1</b>
1.1 LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ .....	1
1.2 LES HEALTHY LIVING CENTRES : UN EXEMPLE DE STRATÉGIE INTÉGRÉE POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ DANS LES ZONES DÉFAVORISÉES .....	3
<b>2. LES POINTS FORTS ET LE CARACTÈRE TRANSPOSABLE DES EXPÉRIENCES EN FRANCE .....</b>	<b>4</b>
2.1 LES ACTIONS EN FAVEUR DE LA NUTRITION : UN SUIVI ET UNE ÉVALUATION AU NIVEAU LOCAL DÈS LE DÉBUT DES PROGRAMMES .....	4
2.2 PRENDRE DAVANTAGE EN COMPTE LA SANTÉ DANS LES POLITIQUES SOCIALES TERRITORIALISÉES : S'INSPIRER DES HEALTHY LIVING CENTRES .....	4

### 1. Les politiques menées au Royaume-Uni

La prévention de l'obésité, la promotion de l'équilibre nutritionnel et de l'activité physique sont, avec la lutte contre le tabagisme, les principales politiques de prévention du cancer et des maladies cardio-vasculaires et de réduction des inégalités. Les objectifs fixés pour 2010 sont une réduction de 40% de la mortalité par maladie cardiovasculaire et de 20% de la mortalité par cancer pour les moins de 75 ans. Les inégalités de santé, mesurées par la mortalité infantile et l'espérance de vie à la naissance, doivent être réduites de 10%.

#### 1.1 La prévention de l'obésité

La prévention de l'obésité s'appuie au Royaume-Uni sur une promotion de l'équilibre nutritionnel et de l'activité physique. En 1998, 21% des femmes et 17% des hommes étaient obèses soit un triplement du taux en 20 ans. La prévalence de l'obésité parmi les enfants augmente rapidement. Les différences sociales sont importantes puisque seules 14% des femmes de la catégorie sociale supérieure sont obèses contre 28% des femmes des classes sociales défavorisées.

S'agissant de la prévention de l'obésité des enfants, la politique menée est une **promotion de l'allaitement maternel** qui permet également de réduire les risques de maladies infectieuses (gastro-entérites et infection des oreilles). Seules 62% des mères appartenant aux classes sociales défavorisées ont opté pour l'allaitement maternel en 2000 contre 92% pour celles qui appartiennent à la classe sociale supérieure. Si cette différence sociale s'est réduite depuis 1995, seuls 70% des nouveaux nés bénéficient de l'allaitement maternel. L'objectif pour la période 2003-2006 est une augmentation de 2 points chaque année de ce taux. Une campagne nationale de promotion de l'allaitement maternel (une semaine en mai), ciblée sur les professionnels que sont les généralistes, visiteurs de santé et sages-femmes, est relayée par des actions locales pour

« normaliser » cette pratique dans la société. Un outil d'évaluation très simple (*Local infant feeding audit*) a été conçu pour les *primary care trusts* afin, qu'à partir d'une enquête auprès des jeunes mères, ils puissent mesurer l'évolution de la pratique de l'allaitement maternel.

En matière de nutrition, une **promotion de la consommation de fruits et légumes** a été organisée dans les écoles (National school fruit scheme) puis en direction de populations défavorisées (programme « five a day » soit cinq fruits ou légumes par jour). Les analyses scientifiques montrent que la consommation d'au moins cinq portions de fruits et légumes chaque jour pourrait réduire de 20% la mortalité par maladie chronique (cardiovasculaires, cancer). Or, le Royaume-Uni a l'un des plus faible taux de consommation de fruits et légumes en Europe : en moyenne, trois portions par jour pour les adultes et seulement deux pour les enfants ; en outre les inégalités sociales sont marquées.

- Dans les écoles, le programme qui vise à fournir gratuitement un fruit à tous les enfants de 4-6 ans, est mis progressivement en place et doit couvrir 564 000 enfants dans 3 500 écoles à la fin 2002 (l'extension aux sept autres régions est prévue pour 2004). Certaines régions testent la distribution de légumes. Un outil d'évaluation est actuellement développé pour évaluer l'impact de ce programme sur le régime alimentaire des enfants. Le coût du programme est estimé à £60 M (94,8 M€) et bénéficie d'un financement de la loterie nationale (*New opportunities fund*<sup>1</sup>) pour £42 M en 2002-2004.
- Le programme « five a day » vise à développer, dans les zones socialement défavorisée, la consommation de fruits et légumes. Des projets locaux, fondés sur l'implication des communautés résidentes, se mettent en place dans 66 *primary care trusts*. Le *New opportunities fund* apportera £10 M (1,58 M€) aux projets sélectionnés en novembre 2002 et mars 2003.

Des *healthy living centres* (cf. infra) sont mis en place dans les zones défavorisées pour assurer la promotion de la santé, de l'équilibre nutritionnel et de l'activité physique. Plus largement, le gouvernement britannique prépare une stratégie sur l'alimentation et l'agriculture qui inclura un volet nutrition. Un guide de nutrition a été établi par la Food standard agency pour diffuser des conseils diététiques simples et pratiques à la population : il inclut des recommandations sur la consommation d'alcool<sup>2</sup> de sel, de sucre et de graisses.

En matière de nutrition, un sujet croissant de préoccupation concerne la consommation de sel : en 1994, le Comité scientifique consultatif sur la nutrition (Scientific advisory committee on nutrition) a conclu que la consommation de sodium était un facteur de risque important pour l'hypertension et recommandé une réduction de la consommation moyenne de 9 g à 6 g par jour. Des négociations sont en cours avec l'industrie agro-alimentaire, les produits transformés apportant 75% de la consommation de sel ; elles s'avèrent difficiles et seraient sans doute plus efficaces si elles étaient menées à l'échelon européen.

<sup>1</sup> Le New opportunities fund (NOF) finance, avec les fonds de la loterie, des projets dans les domaines de l'éducation, de la santé et de l'environnement.

<sup>2</sup> 3 à 4 unités d'alcool par jour pour les hommes et 2 à 3 par jour pour les femmes. 1 unité d'alcool équivaut à un verre de vin ou un quart de litre de bière.

Le ministère de la santé s'estime moins avancé dans son programme de **promotion de l'activité physique** : une telle action impliquerait le ministère de la culture, des média et des sports, les autorités locales, la gestion des transports... 60% des hommes et 70% des femmes n'ont pas une activité physique suffisante (30 minutes d'activité modérée sur au moins cinq jours de la semaine sont recommandées). Alors qu'une heure d'activité physique par jour est recommandée pour les enfants, 40% des garçons et 60% des filles ont une activité physique inférieure. La politique menée a consisté à développer les équipements sportifs dans les écoles. L'enjeu est de faciliter l'accès à ces équipements pour l'ensemble de la population et de préparer la population au changement que constitue le passage à la retraite (notamment pour ceux qui avaient un travail manuel ou physique). Le NOF investit £581 M (918 M€) pour l'éducation physique et le sport.

- un programme d'actions pilotes pour développer l'activité physique dans les zones défavorisées a été annoncé en mai 2002 avec un financement de £2,5 M (3,95 M€) : chacune des neuf régions va mettre en place un projet pilote conduit par les primary care trust et subventionnés par le ministère de la santé, Country Agency et Sport England ;
- une étude sur les avantages de l'activité physique pour la santé et un rapport sur ses avantages économiques sont en cours de préparation afin de développer la base scientifique d'une politique de promotion de l'activité physique.

## **1.2 Les Healthy living centres : un exemple de stratégie intégrée pour la promotion de la santé dans les zones défavorisées**

Lancé en 2000, le programme des healthy living centres vise à développer, dans les zones socialement défavorisées, des actions de promotion de la santé, de conseil en nutrition et d'activité physique en s'appuyant notamment sur les associations et les communautés. Le programme bénéficie d'un financement de £300 M (474 M€) sur 5 ans par le NOF, chaque centre recevant environ £750 000 (1,2 M€). Environ £300 M complémentaires doivent provenir des autorités sanitaires, des collectivités locales et de la politique de la ville. Les projets ainsi mis en place doivent s'autofinancer à l'issue des cinq années et le centre doit chercher des ressources externes (sponsors, subventions européennes...).

En 2002, environ 350 projets ont été sélectionnés, 20% de la population britannique disposant ainsi d'un healthy living centre. Chaque centre peut développer les services qui lui paraissent le plus adaptés aux besoins de sa population. Le centre de Enfield, approuvé en septembre 2001, vise à améliorer la santé par la nutrition et l'activité physique : il couvre une population de 78 000 personnes résidant dans des quartiers défavorisés avec une forte proportion de minorités ethniques. Le projet a été élaboré par le primary care trust en partenariat avec 11 associations locales (personnes âgées, jeunes, minorités ethniques) qui sont représentées dans le comité de pilotage. Le centre a obtenu sa subvention de £1 M en février 2002 et s'est installé dans un centre de loisirs. Il a mis en place seize projets dont un programme d'activité physique pour les personnes qui ont eu une attaque cardiaque (10 à 12 semaines), une activité de jardinage pour favoriser la consommation de fruits et légumes, des cours de gymnastique pour les personnes âgées ou les femmes asiatiques, des cours de cuisine diététique....Un plan de développement définit ces projets avec la contribution des différentes communautés et

fixe des indicateurs de performance. L'objectif est d'accueillir dans les activités du centre environ 16 000 personnes au cours des cinq prochaines années.

Une évaluation est prévue à mi-parcours par le ministère de la santé et en continu par les centres eux-mêmes. L'évaluation nationale sera conduite sur un échantillon de 10% des centres par un consortium composé de plusieurs universités, de la London school of economics et du Medical research council. Une des difficultés est la profusion des initiatives et programmes en faveur de la santé (promotion de la santé, prévention des grossesses précoce, prévention du VIH...) : il ne sera pas évident de mesurer l'impact isolé des healthy living centres.

Selon certains responsables de PCT, la création des centres aurait d'ores et déjà deux avantages majeurs pour la prévention :

- renforcer les moyens financiers consacrés à la promotion de la santé ;
- cibler l'action sur des populations qui ne s'inscrivent pas toujours chez un généraliste et échappent au système de soins.

Les centres ont également un objectif social plus large de développement des échanges entre les générations ou les groupes ethniques.

## **2. Les points forts et le caractère transposable des expériences en France**

### **2.1 Les actions en faveur de la nutrition : un suivi et une évaluation au niveau local dès le début des programmes**

Les programmes de promotion de l'allaitement maternel, de la consommation de fruits et légumes dans les écoles et les zones défavorisées peuvent être cités. Ce qui semble caractéristique et intéressant, c'est surtout la volonté d'outiller les services locaux de moyens de suivre et évaluer l'impact de leurs actions.

Les résultats ou les politiques menées en faveur de l'activité physique ne sont pas encore très concluants. A noter la démarche d'une évaluation des effets sur la santé et sur l'économie pour élaborer une stratégie de promotion de l'activité physique qui soit « evidence based ».

### **2.2 Prendre davantage en compte la santé dans les politiques sociales territorialisées : s'inspirer des healthy living centres**

Le programme des healthy living centres est intéressant comme exemple de stratégie globale, à la fois sanitaire et sociale, qui permet à la population de participer aux choix des objectifs et des services de prévention. L'approche par communauté ethnique est cependant éloignée de la pratique française. Si l'on devait s'en inspirer, ce serait pour instiller dans nos politiques sociales territorialisées – notamment dans la politique de la ville – une optique santé plus affirmée (si ce n'est pas encore le cas). Il semble en effet que ces expériences relèvent davantage du travail social que de la santé publique et de la prévention sanitaire stricto sensu : le nombre de personnes concernées

par ces programmes risque de rester faible ; par ailleurs, l'implication des communautés les plus dynamiques conduit aussi à s'interroger sur leur représentativité et la capacité de ces projets à atteindre des populations plus marginales.

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de la méthode :

- la stabilité du financement sur cinq ans,
- la fixation d'objectifs et l'évaluation – du fonctionnement du partenariat et de l'impact sur la santé et le bien-être – prévue dès le début de l'expérience. Retenir le principe d'une évaluation en continu par les promoteurs du projet et d'une évaluation nationale par des universités sur un échantillon d'organismes.

## **PREVENTION SANITAIRE EN FINLANDE : LA PREVENTION DES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES**

---

### **1. Un exemple de prévention réussie : la prévention des maladies cardio-vasculaires**

#### **1.1. Une méthode fondée sur la recherche, la formation et l'expérimentation**

La Finlande, dans les années 1970, avait le taux le plus élevé de mortalité imputable aux maladies cardio-vasculaires des pays développés. A la même époque, l'analyse des facteurs de risques indiquait que le taux de cholestérol, l'hypertension artérielle et la consommation de gras saturés étaient plus élevés en Finlande que dans l'ensemble des pays développés.

Or, si les maladies cardiovasculaires représentent encore actuellement la moitié des causes de mortalité, elles ont fortement diminué depuis 20 ans.

La politique de prévention engagée par les autorités sanitaires finlandaises est partie d'une région de Finlande, la Carélie du Nord, qui affichait les taux les plus élevés de mortalité dus aux maladies cardiovasculaires. A la suite d'une demande de la population relayée par les députés de la région, un programme spécifique a été lancé en 1972.

Ce programme reposait sur une approche communautaire globale pour la prévention des MCV. Il avait comme objectif initial une réduction de ce taux de mortalité exceptionnellement élevé, et des objectifs secondaires destinés à agir sur les déterminants de la santé : réduction du tabagisme, du haut taux de cholestérol, diminution de l'hypertension artérielle, avec un ciblage sur les hommes d'âge moyen.

Ce programme, comme tous les programmes de santé publique menés en Finlande, s'est appuyé sur des programmes de recherches menés dans le cadre de l'institut national de santé publique, et sur des programmes de formation principalement animés par le centre national de recherche et de développement pour la santé (STAKES).

L'équipe de projet s'est appuyée sur les recherches médicales et épidémiologiques qui montraient que la réduction substantielle des MCV devait nécessairement passer par la diminution importante des facteurs de risques associés. Les données comportementales et sociales ont été utilisées pour élaborer le contenu et les activités du programme, d'où une approche communautaire du projet faisant appel à une série de modèles théoriques afin d'influencer les comportements.

Le projet avait ainsi pour but d'augmenter les connaissances, d'utiliser la persuasion, de fournir les éléments d'un soutien social et d'aider à créer un environnement favorable au suivi de ces programmes.

Progressivement, il a intégré la prévention des styles de vie à risque pendant l'enfance et l'adolescence, et a été appliqué à d'autres régions de Finlande. Il a aussi servi de modèle pour expérimenter à l'échelle nationale ces mesures novatrices pour l'époque en matière de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé.

Cette méthode comprend la modification du comportement, le changement des manières de communiquer, la diffusion des innovations, et l'information théorique.

## **1.2. Une méthode fondée sur l'interdisciplinarité, la formation et la communication**

Les différentes composantes administratives de la santé (y compris les centres de santé primaires), le ministère de l'agriculture et de l'éducation ont participé à ce programme. Les écoles ont notamment été très impliquées et la tradition du repas gratuit par jour servi dans les école a servi de support à une amélioration des comportements alimentaires.

Le « *système national de surveillance finlandais* », créé en 1995 et dépendant de l'institut national de santé publique, a pour objet de collecter et diffuser au plan national toute l'information relative au programme de nutrition. Ses interlocuteurs sont principalement les journalistes, les chercheurs, les enseignants, les industriels et les professionnels de santé.

**Une partie importante du programme a consisté à former les différents groupes de personnels, et notamment les personnels de santé primaire** (infirmières de santé publique, médecins), des journalistes, des membres d'associations. Dans un deuxième temps, une action de communication plus globale a été lancée auprès des leaders d'opinion et responsables communautaires, pour qu'ils s'engagent à promouvoir des modes de vie sains. Des programmes de télévision ont aussi été diffusés à partir de 1978. Des guides de bonnes pratiques en nutrition ont été diffusés dans tout le pays depuis 1978.

En outre et au plan national, la formation repose sur une longue tradition : la formation universitaire à la diététique existe depuis 1947, allant jusqu'au Master of Sciences délivré par l'Université, mais une formation générale à la diététique a aussi été mise en place dans différentes professions comme l'hôtellerie, la restauration, la restauration collective mais aussi au sein des services sociaux et de santé.

**Des services spécialisés ont été organisés pour prendre en charge la lutte anti-tabac, pour abaisser le taux de cholestérol, ou l'hypertension, avec une action spécifique dans le milieu de travail.**

Des actions conjointes ont été menées avec le ministère de l'agriculture, l'industrie alimentaire, et de nombreux secteurs commerciaux pour modifier l'alimentation du bétail, pour réduire le sel dans les productions alimentaires (par des dispositions réglementaires en 1993), promouvoir la consommation de produits locaux adaptés (baies...) mais aussi pour pallier les conséquences économiques de la modification des comportements alimentaires. Il s'agit notamment la réduction de la consommation de beurre et de produits laitiers. Des actions sur les techniques agricoles elles-mêmes ont été menées (addition de sélénium aux engrains). Il faut néanmoins relativiser toute action incitative qui serait menée par l' »effet prix » : les autorités Finlandaises ont subventionné dans la même période les productions animales qui ne faisaient pas partie des modes d'alimentation recommandés comme étant les plus « diététiques », et les productions végétales (fruits et légumes), recommandées pour un bon équilibre alimentaire, se voyaient néanmoins taxées, ce qui a eu pour conséquence de les rendre plus onéreuses...sans entraver pour autant la forte augmentation de leur consommation par la population.

### **1.3. L'évaluation a commencé dès le début de sa mise en œuvre, en 1972.**

Articulé autour du protocole d'évaluation MONICA<sup>1</sup>, organisation multinationale dépendant de l'OMS, le programme d'évaluation s'est appuyé sur un échantillon randomisé, avec une province témoin, représentant 6,6% de la population, avec trois enquêtes (1982, 1987, 1992), menées auprès de plus de 33 000 personnes de 25 à 64 ans, avec un questionnaire auto-administré, la mesure de différents paramètres dont la pression sanguine ainsi que la détermination du taux de cholestérol dans le sang. Le taux de réponse a été de l'ordre de 90%. Depuis 1997, le questionnaire inclut un bilan du comportement alimentaire sur une durée de trois jours.

### **1.4. Les changements sur les facteurs de risque et sur les taux de mortalité ont été importants**

La proportion des sujets masculins à haut risque a été réduite en 20 ans de 54 à 19% en Carélie du Nord, la proportion de femmes présentant deux à trois facteurs de risques est passée de 36 à 8 % sur la même période.

**La modification des comportements alimentaires a été un des éléments importants de ces bons résultats.**

En 1972, la mortalité due aux maladies coronariennes était, pour les hommes de 35 à 64 ans, de 647 pour 100 000 en Carélie du Nord, ce taux est passé à 289 en 1992, et pour les femmes du même âge, de 114 à 36.

Ce programme a permis, en insistant sur le taux de cholestérol, la pression artérielle et la prévention du tabagisme, une réduction de moitié de la mortalité due aux MCV. Etendu à d'autres régions de la Finlande et couplé avec la promotion de l'activité physique, il a permis à la Finlande de réduire de manière importante son taux de mortalité du à cette maladie.

Néanmoins, on constate un reprise de mauvais comportements alimentaires chez les jeunes urbains (hamburgers) et une augmentation de la sédentarité. Enfin, les études montrent un accroissement des inégalités sociale devant la santé, la modification des comportements alimentaires et le tabagisme en étant un des éléments importants.

C'est pourquoi les autorités Finlandaise ont souhaité compléter ces actions en faveur d'une nutrition plus saine avec la promotion de l'activité physique.

Parallèlement à ces constatations, il apparaît que le diabète de type1, particulièrement répandu chez les jeunes, ne cesse de croître, et sa prévalence est la plus élevée du monde ;

## **2. La lutte contre le tabagisme**

La Finlande a réussi à faire baisser le nombre de fumeurs, et le pourcentage en 1998 de fumeurs était sensiblement moins élevé que dans les autres etats européens (30% des hommes et 20% des femmes de 15 à 64 ans fument).

---

<sup>1</sup> Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease

La loi finlandaise sur le tabac interdit la publicité pour le tabac, et limite le tabagisme dans les locaux publics et sur les lieux de travail (des journées de congés sont accordées aux travailleurs qui souhaitent s'arrêter de fumer pour suivre les programmes d'arrêt du tabac). Les locaux réservés aux non-fumeurs sont prévus dans les lieux publics depuis 1999, et la vente en est interdite aux mineurs.

Les jeunes, et surtout les jeunes filles, ont un taux de tabagisme élevé (plus d'un sur cinq). C'est sur le tabagisme des jeunes que sont désormais axés les programmes de prévention.

### **3. La promotion de l'activité physique**

Outre l'insertion de la promotion de l'activité physique dans les programmes de réduction des maladies cardio-vasculaires comme le programme mené en Carélie, des programmes spécifiques expérimentaux ont été menés dans le cadre du ministère des affaires sociales et de la santé au début des années 1990. Partant du constat que les Finlandais ne pratiquaient pas assez d'exercice physique, (moins de la moitié des adultes et à peine un tiers des enfants ont une activité physique, seul un tiers de la population adulte a une activité physique suffisamment importante pour qu'on en mesure les effets bénéfiques sur la santé) avec les conséquences connues en matière de santé (maladies cardio-vasculaires, obésité), les autorités finlandaise ont engagé un programme de développement de l'activité physique de la population.

Dans les années 90, ce programme expérimental s'est surtout attaché à populariser l'idée que l'activité physique était importante pour l'état de santé de l'ensemble de la population. Le taux important de diabète de type 1 et 2 a renforcé cette prise de conscience, notamment pour le diabète de type 2, très lié à la pratique d'une activité physique.

Parmi les programmes expérimentaux, le programme initié au plan national, « *Fit for Life* » a surtout ciblé les adultes et en particulier les personnes âgées ; il a trouvé sa traduction dans la loi sur le sport de 1999 (*Sports Act*), qui a notamment pour objet de faciliter l'accès au sport de l'ensemble de la population.

Le ministère des affaires sociales et de la santé a souhaité renforcer ces incitations et a créé, à la demande du Gouvernement, un « *Comité pour le développement de l'activité physique* », composé de membres de l'administration et de parlementaires. Ce Comité donne des orientations générales et facilite la coopération interministérielle. Il ne distribue pas de subventions.

Le financement de ces mesures incitatives est assuré par les municipalités, qui peuvent recevoir des compléments de financements de la part de l'Etat lorsque les municipalités développent des projets innovants, notamment dans le cadre de leur politique sociale.

Mais l'essentiel des ressources provient des produits des jeux de hasard.

Le Gouvernement Finlandais a adopté une résolution en avril 2002 pour mettre en place une stratégie, en liaison avec la stratégie en faveur de la nutrition, destinée à accroître la sensibilisation à l'activité physique, y compris sur le lieu de travail. Cette stratégie repose sur la coopération interministérielle, sur des actions de recherche, sur la promotion de l'activité physique adaptée à chaque âge de la vie. Elle s'attache notamment à inciter les municipalités à en faire une partie importante de leurs politiques sociales.

## 4. Intérêt de ces politiques de prévention

Le programme de prévention des maladies cardiovasculaires est particulièrement intéressant. Il est vrai que les critères de réussite sont à mesurer à l'aune du point de départ, puisque les taux de mortalité étaient particulièrement élevés.

L'adhésion de la population à l'idée d'un programme de prévention, qui constitue un élément fort de réussite en matière de prévention, était également un point important puisque la population a incité ses parlementaires à intervenir compte tenu de l'importance de ce taux de mortalité.

Mais la méthode retenue est particulièrement remarquable en ce sens qu'elle est fondée sur une approche globale :

- s'appuyant sur des programmes de recherche
- incitant à une action interministérielle qui associe les principaux partenaires de l'administration ayant un rôle à jouer dans la sensibilisation et la mise en œuvre du programme (santé, éducation, agriculture, sports...)
- développant des actions de formation à tous les niveaux
- associant très étroitement les médias et les personnalités influentes à la diffusion de ces concepts de promotion de la santé
- associant le lancement du programme à la mise en œuvre immédiate de son évaluation, avec une méthode originale de suivi des populations

## **LA PREVENTION SANITAIRE : LA NUTRITION AU QUEBEC**

---

Les actions de prévention sanitaire organisées au niveau du ministère de la santé et des services sociaux intègrent un programme concernant la nutrition et l'alimentation au Québec.

L'importance croissante de la surcharge pondérale, qui concerne 1,5 millions de québécois, le taux croissant de personnes atteintes de diabète (+65% en dix ans, plus d'une personne de plus de 45 ans sur 10 est diabétique), l'importance des MCV, première cause de décès au Québec, le manque d'activités physiques n'ont pas encore débouché sur un politique de promotion de la santé globale qui intègre une action en faveur d'une meilleure alimentation.

### **1. Les actions de prévention ne sont pas encore conçues dans le cadre d'une approche globale des maladies cardio-vasculaires**

#### **1.1. Les actions menées s'appuient sur des enquêtes anciennes**

La première action menée au Québec en faveur d'une alimentation saine et équilibrée a été menée en 1977, en subventionnant des repas dans des écoles de quartiers défavorisés.

En 1979, une première enquête publique sur la nutrition a été effectuée au Canada, suivie en 1985 d'une nouvelle enquête : la méthode utilisée s'appuie sur des questionnaires, avec un rappel dans les 24 heures, et un questionnaire de fréquence, assorti d'une entrevue avec une infirmière.

En 1990 une enquête longitudinale a été menée sur le développement des enfants de 0 à 5 ans, avec une série d'indicateurs, dont la nutrition.

Ces enquêtes ont été effectuées par un institut de recherche Santé Québec, qui dépendait directement du ministère de la santé et des services sociaux.

Il n'existe pas d'enquêtes plus récentes.

#### **1.2. Des recherches sont en cours**

L'INSPQ, depuis sa création en 1998, a lancé un groupe de travail sur les problèmes de poids, avec deux objectifs :

- fournir des éléments scientifiques pour réglementer l'industrie des produits amaigrissants
- contribuer à l'élaboration de programmes destinés à promouvoir les activités éducatives dans les programmes scolaires.

L'INSPQ participe à un projet de système de télésurveillance, et travaille avec les médecins sur une approche clinique pour les diabètes de type 2.

### **2. Les actions en faveur d'une meilleure alimentation ne font pas partie des priorités**

#### **2.1. Un projet pour les produits alimentaires**

Il est également prévu (mais au stade du projet) un travail avec les agriculteurs et les éleveurs sur la composition des produits. Les normes adoptées au Canada pour les produits issus de l'agriculture et de l'élevage sont les normes américaines et la loi sur l'étiquetage, renforcée

par des préconisations contenues dans la loi de santé publique de décembre 2001, n'sont pas obligatoire.

## **2.2. La prévention du diabète**

Il s'agit d'un programme fédéral adapté par chaque province, dans le cadre d'une approche centrée sur les habitudes de vie.

Les médecins libéraux sont très impliqués dans cet accompagnement. Ils sont mis à contribution pour contribuer à l'analyse épidémiologique, qui utilise beaucoup les fichiers médicaux, les données de diagnostic qu'ils fournissent.

Les associations de malades sont très impliquées dans la mise en œuvre de recommandations concernant le soin, la nutrition et l'activité physique.

**Le ministère de la santé et des services sociaux envisage de développer ces approches globales en l'élargissant aux malades atteints de maladies chroniques, en particulier les MCV.**

## **2.3. Des actions en direction des populations défavorisées**

**Les actions menées en direction des populations défavorisées impliquent moins une approche nutritionnelle qu'une série de mesures destinées à renforcer le lien social.**

Un programme spécifique, doté d'un budget de 35M\$, sur 3 ans, est destiné à fournir un soutien alimentaire aux élèves (déjeuners gratuits), et des petits-déjeuners dans une centaine d'écoles du Québec sur 3 500. Des subventions, versées notamment par des industriels, y contribuent. Le ministère est réticent dans la mesure où l'équilibre nutritionnel n'est pas respecté, et pour des questions éthiques.

Le programme « naître égaux, grandir en santé » que les CLSC mettent en œuvre contient aussi des actions de prévention pour agir sur l'alimentation. Mais comme l'a montré l'évaluation menée par l'université de Montréal, la cible initiale représentée par les enfants de petit poids à la naissance n'a pas été atteint. En revanche, les mères de ces familles défavorisées ont ressenti un bien-être psychologique par le renforcement du lien social.. Les actions menées dans le cadre des cuisines communautaires s'inspirent aussi de cette approche.

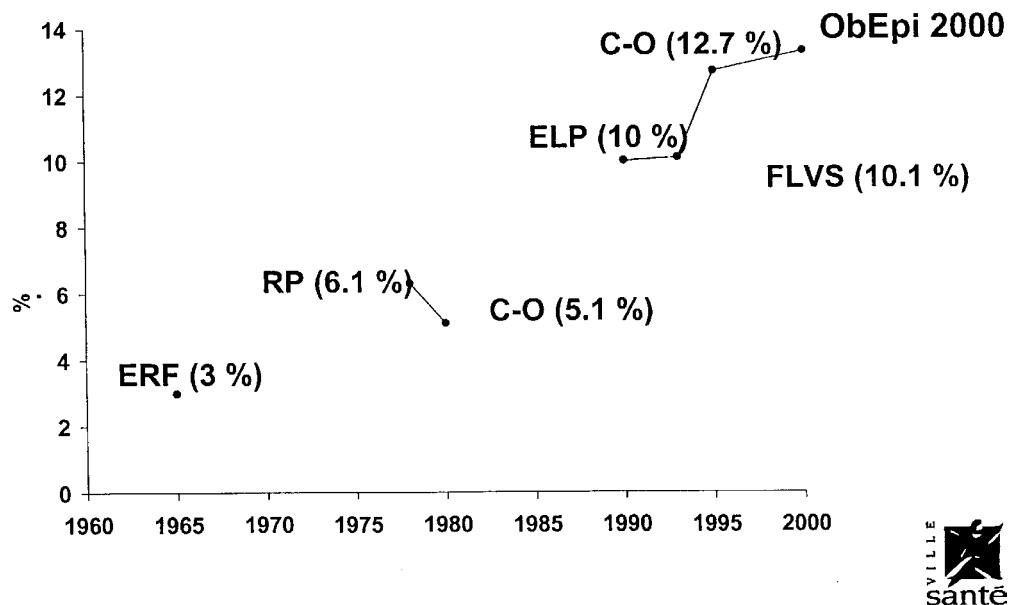
Parmi ces programmes, on peut aussi citer le programme d'incitation à l'allaitement maternel, surtout pour les femmes fonctionnaires, ou le programme scolaire « bien dans sa tête, bien dans sa peau », avec un renforcement de la formation des instituteurs pour intégrer la formation à l'éducation alimentaire et physique.

**Le Québec n'est pas très avancé dans la mise en œuvre d'une politique de prévention des maladies cardio-vasculaires qui intégrerait la nutrition. Ce n'est plus un dossier prioritaire depuis 5 ans. Le programme de santé publique 2003/2012 devrait inclure un volet nutrition dans une approche globale.**

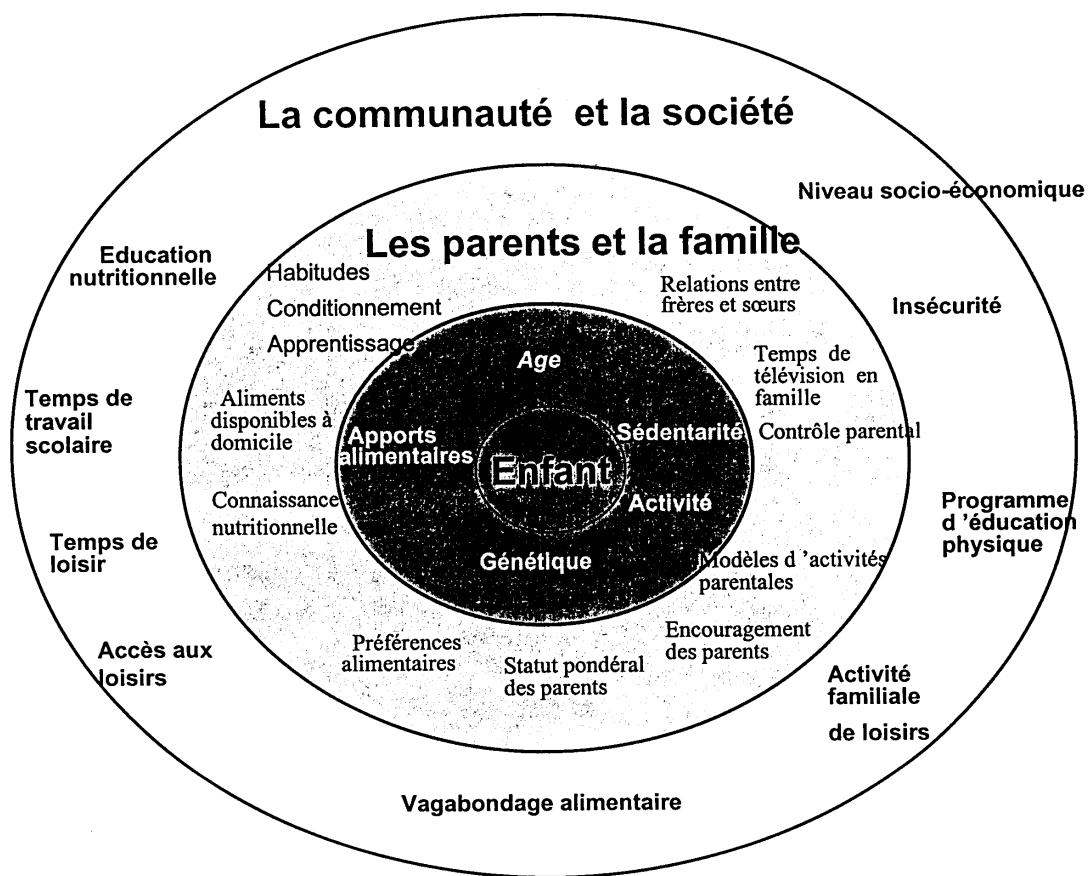
Ce « virage de la prévention » devrait aussi prendre en compte la promotion de l'activité physique, qui fait l'objet d'un plan 200/2005 élaboré par un service du ministère (Kino sports) pour mener des actions en partenariat avec les administrations, les municipalités, les entreprises et les associations.

**Annexe n°6 : Diagramme sur l'évolution de la prévalence de l'obésité infantile en France depuis 1965 (source : Pr. Basdevant)**

## Prévalence de l'obésité infantile en France depuis 1965 (enfants de 5 à 12 ans)



**Annexe n°7 : Schéma : l'enfant et les déterminants en matière de nutrition (source : Pr. Basdevant)**



D'après Davidson (Obesity reviews, 2001 2.159)

**Annexe n°8 : Eléments sur la prévention secondaire et tertiaire pour une bonne hygiène nutritionnelle à travers l'exemple de la prévention des complications du diabète de type 2**

## **Eléments complémentaires sur la prévention secondaire et tertiaire par une bonne hygiène nutritionnelle, à travers l'exemple de la prévention des complications de diabète de type 2**

La mission a recueilli, à l'occasion de ses investigations, des éléments sur la prévention des complications du diabète de type 2. Ils sont présentés dans cette annexe.

- Une maladie chronique grave, en forte augmentation, en raison notamment du vieillissement de la population*

Le diabète, essentiellement de type 2, toucherait en France environ 2,5 millions de personnes<sup>1</sup>, dont environ 20%, non dépistés, ignoreraient en être atteints. Il existe de fortes disparités régionales, les DOM étant particulièrement concernés, et, en France métropolitaine, le Nord-Pas-de-Calais par exemple. Lié au vieillissement (pour le diabète de type 2, moyenne d'âge d'environ 64 ans), comme au mode de vie (la majorité des diabétiques de type 2 présentent une surcharge pondérale d'origine génétique et/ou comportementale), le diabète est en augmentation. C'est une maladie chronique, le plus souvent asymptomatique, dont la gravité résulte de ses complications possibles (cécité, insuffisance rénale, gangrène, maladies vasculaires).

- Le rôle primordial dans le traitement de la diététique et de l'activité physique*

Les connaissances scientifiques sur cette maladie évoluent progressivement en fonction des études épidémiologiques menées et le recul qu'elles procurent - la plus célèbre, UKPDS-United Kingdom Prospective Diabète Study sur 12 ans, la plupart des autres sur 4/5ans. D'après les données disponibles, la diététique, ainsi qu'une activité physique suffisante, joueraient un rôle primordial dans le traitement, quelque soit d'ailleurs le type de diabète. Les objectifs sont le contrôle du poids en assurant un apport nutritionnel équilibré et adapté, éviter ou minimiser les fluctuations glycémiques, participer au contrôle des facteurs de risques cardio-vasculaires, aider à réduire l'évolution de certaines complications microvasculaires.

- La prise en charge du diabète repose sur une tradition de pluridisciplinarité et de travail en partenariat*

C'est une des disciplines les plus avancées sur le plan de la pluridisciplinarité. Les acteurs, au niveau national, - médecins, paramédicaux, chercheurs, associations - ont une expérience de travail partenarial<sup>2</sup>.

Le travail partenarial médecins-paramédicaux-patients aboutit en 1989 à la Déclaration de Saint-Vincent (résolution admise à l'unanimité des membres présents : représentants

---

<sup>1</sup> Le niveau de glycémie qui définit le diabète a varié au cours du temps, ce qui conduit à des variations du nombre estimé de diabétiques et de la progression du diabète dans la population.

<sup>2</sup> Par exemple l'ALFEDIAM, Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques, société savante, organise un congrès annuel et des symposia qui permettent de discuter des avancées scientifiques et, plus récemment, des pratiques de soins. Le président de l'ALFEDIAM préside le Conseil Supérieur du Diabète qui regroupe les principales associations impliquées en diabétologie (AFD, AJD, Ligue des diabétiques, ALFEDIAM). L'association réunit les chercheurs, les médecins et les soignants non médecins (infirmières, diététiciennes, pédicures, kinésithérapeutes, éducateurs...) s'intéressant en France et dans les pays francophones au diabète et à différentes maladies métaboliques. La prise de conscience par les médecins de l'utilité de la multidisciplinarité en éducation a abouti en effet à la création depuis 1986, d'une branche paramédicale de l'ALFEDIAM, ouverte aux diététiciens, assistantes sociales, infirmiers. Les activités de l'ALFEDIAM se développent avec les sociétés savantes et associations s'intéressant au diabète, au niveau national et international.

de l'OMS, Fédération internationale du diabète, associations, services de santé) visant à améliorer la qualité des soins et la recherche dans le domaine du diabète.

Le Haut comité de la santé publique a publié en 1998 un rapport<sup>3</sup> dressant le constat de l'état de la discipline et formulant une série de recommandations.

- *Les établissements de santé développent l'éducation thérapeutique du patient diabétique*

La DGS a mené en 1999, à partir d'un échantillon aléatoire d'établissements de santé, une enquête<sup>4</sup> dont il ressort que les activités d'éducation du patient diabétique restent les plus fréquentes (22 %) et sont les plus structurées (organisation, formation des intervenants, durée des interventions, etc). L'hôpital est le premier pôle d'éducation thérapeutique.

La qualité de cette éducation reste encore largement non mesurée, néanmoins des travaux commencent à être menés sur la question (par exemple à l'INPES, par le département d'éducation du patient-professionnels de santé créé mi-2001 qui a analysé en 2001 les stratégies éducatives et les outils de huit sites de prise en charge de patients diabétiques avec pour objectif de mutualiser les bonnes pratiques et les outils).

- *La situation actuelle est cependant insatisfaisante à plusieurs titres*

Depuis que le diabète de type 1 est pris en charge, l'éducation est considérée comme fondamentale car la prévention des complications aiguës et chroniques dépend de la compréhension de la pathologie.

Le nouvel enjeu fort est celui de la forte progression du diabète de type 2. Or, sur le plan quantitatif, le nombre de structures éducatives disponibles est dérisoire par rapport à la population potentiellement concernée de 1.200.000 patients atteints de DNID (diabète non insulino-dépendant). De toute évidence, les services hospitaliers reçoivent les cas les plus lourds. Mais la grande majorité des diabétiques relève d'une prise en charge en médecine de ville, par des généralistes, en liaison avec des spécialistes. Si, hors de l'hôpital, quelques structures existent - associatives, réseaux ville-hôpital<sup>5</sup> - elles sont largement insuffisantes pour répondre à l'ampleur du problème.

Sur le plan qualitatif, les diabétologues sont formés aux questions d'éducation thérapeutique (en raison de la prise en charge du diabète de type 1). Mais, compte tenu de la démographie médicale, les patients (type 2) sont plus souvent suivis par un médecin généraliste. Or celui-ci n'est pas formé à la prise en charge nutritionnelle ; l'intégration de ce volet dans l'éducation thérapeutique et donc dans la mission essentielle des « soignants » n'est pas évidente.

---

<sup>3</sup> Rapport du groupe de travail "Diabète : prévention, dispositifs de soins et éducation du patient", mai 1998.

<sup>4</sup> « Les pratiques en éducation du patient dans les établissements de santé français en 1999 » (synthèse sur le site Internet du ministère)

<sup>5</sup> Exemple : création du réseau diabète baptisé REVEDiab, officialisée en août 2001 par la signature des deux ministres. Ce réseau bénéficie d'un financement de l'ARH de près de deux millions de Francs sur 3 ans, dans le cadre du FAQSV (Fonds d'aide à la qualité des soins en ville).

- *Illustration : le point de vue des patients du CETRADIMN de Roubaix*

La mission a discuté, avec leur accord et de manière anonymisée, avec une douzaine de patientes réunies un vendredi après-midi dans le cadre d'un groupe de parole. Les malades partagent souvent les mêmes difficultés :

- un passage par différents praticiens (généralistes, nutritionnistes, diététiciens en cabinet libéral) et différents régimes, conduisant à des pertes de poids importantes, suivies de reprises de poids au moins aussi importantes, et accompagnées d'un sentiment d'échec et de culpabilité ;
- des délais importants d'attente pour obtenir un rendez-vous à l'hôpital (6 mois) et être intégré dans un groupe de parole, co-animé par une diététicienne et une psychologue.

- *Les stratégies émergentes favorisent l'éducation thérapeutique de groupe et la coordination des soins*

Le diabète fait partie des thématiques prioritaires de l'assurance maladie. Il en est de même pour l'Etat.

Au niveau national :

Les objectifs sont peu définis, aussi bien à la CNAMTS qu'au niveau de l'Etat (par rapport au PNNS). Les stratégies de l'Etat comme de la CNAMTS visent à favoriser ainsi une prise en charge rapprochée et précoce, ce qui suppose d'améliorer les pratiques des professionnels de santé (médecins libéraux, généralistes ou spécialistes).

Hormis celles qui se réfèrent au PNNS (prévention générale et par exemple fourniture d'outils permettant de mesurer rapidement l'IMC), les principales actions réalisées ou entreprises sont les suivantes :

- élaboration de recommandations de bonnes pratiques cliniques par l'ANAES et l'AFSSAPS, mettant l'accent sur l'éducation thérapeutique et le respect des règles hygiéno-diététiques ; ces recommandations reposent sur plusieurs études menées à l'étranger, concernant l'efficacité des stratégies thérapeutiques basées sur les médicaments et/ou la diététique ; ces études, qui confirment la pertinence des stratégies diététiques, disposent très rarement d'un recul supérieur à 4 ans permettant d'avoir une connaissance suffisante des effets à moyen/long terme des stratégies diététiques et de lutte contre la sédentarité ; les effets à court terme sont néanmoins confirmés ;
- dans le cadre d'un programme de santé publique de 1999 à 2001, la CNAMTS a mené deux enquêtes sur le niveau d'observance par les médecins et les malades des recommandations, l'une en amont (1998) d'une « campagne » de visites confraternelles, l'autre en aval de cette campagne ;
- dans le cadre du plan diabète, la priorité a été portée sur l'éducation thérapeutique de groupe, en ambulatoire, suivie par des équipes hospitalières ou libérales.

Dans le cadre du plan diabète de l'Etat, en outre trois arrêtés du 20 mars 2002<sup>6</sup> créent deux groupes de travail du programme de santé publique diabète, « amélioration des soins podologiques », « dépistage, prévention et information », et un comité de suivi, permettant de fonder le cadre de travaux ultérieurs.

---

<sup>6</sup> JO du 19 avril 2002.

### Au niveau régional :

Quatre régions ont choisi de consacrer un PRS au diabète : le Centre, la Martinique, la Guadeloupe, la Réunion. Le PRS diabète de la région Centre retient 3 axes d'action, dont un en prévention primaire (éducation nutritionnelle des jeunes), un en prévention secondaire (dépistage) et un en prévention tertiaire (prise en charge). Le troisième volet est copiloté avec l'URCAM Centre.

Par ailleurs, le niveau opérationnel du plan diabète est le niveau régional puisque les réseaux diabète sont dorénavant financés sur décision de l'URCAM et de l'ARH.

L'ARH Nord Pas-de-Calais a ainsi mis en place un groupe de travail d'experts en diabétologie, organisé par la DRASS, et chargé de faire le point sur l'offre de soins.

#### - *Expérimentations locales*

##### *Le CETRADIMN à l'hôpital de Roubaix :*

A l'hôpital de Roubaix, l'expérience du Centre d'Education pour le Traitement du Diabète et des Maladies de la Nutrition sert de support à un projet transversal de « Fédération d'éducation du patient ».

Créé en 1982, le CETRADIMN fait partie du centre hospitalier de Roubaix (c'est de fait son service de diabétologie) mais est installé dans une maison particulière, de l'autre côté de la rue, et les patients qui le fréquentent se sentent dans un milieu extra-hospitalier. Son activité concerne essentiellement la diabétologie et les maladies de la nutrition. Il a été complété par l'Institut de Recherche pour la Promotion de l'Education du Patient et de la Formation du Soignant (IRPEPS).

L'hôpital de Roubaix développe son activité dans une zone fortement marquée par des problèmes de précarité. Le CETRADIMN de Roubaix est souvent cité à titre d'exemple, non seulement parce qu'il a développé des initiatives originales mais aussi parce qu'il a communiqué sur son expérience, en sachant tirer le cas échéant leçon de ses échecs. Or, l'échec est aussi riche d'enseignement. Une des pistes importantes actuelles de travail est l'articulation avec les aspects – et services – sociaux. C'est dans le cadre d'une telle collaboration que les actions de la Maison des deux quartiers de Roubaix (cf. rapport) ont pu être menées.

##### *Le réseau Diabeduc à Montpellier :*

A Montpellier, se met en place le réseau Diabeduc.

Celui-ci a été initié au CHU<sup>7</sup> qui organise des séances d'éducation à la santé pour les diabétiques, pour éviter les complications ; ceux-ci sont réunis par petits groupes de 5-6 patients, pour des sessions de 2 jours :

la première journée est commune à l'ensemble des patients et porte sur l'éducation nutritionnelle, avec un atelier cuisine ;

la seconde journée s'adresse à deux groupes distincts : adaptation des doses pour les diabétiques de type 1 (insulino-dépendants), éducation thérapeutique pour les diabétiques de type 2.

---

<sup>7</sup> Professeur Monnier, chef du service maladies métaboliques. Service : environ 5.000 consultations par an, dont environ 1.000 diabétiques et 600 à 700 hospitalisations.

La prise en charge est tripartite et assurée en binôme : médecin-infirmière et diététicienne-médecin. Environ 120 à 150 patients bénéficient chaque année de cette formation (sur quelques 1.000 diabétiques vus).

Le réseau ville-hôpital Diabeduc doit débuter en 2003 par une formation destinée aux médecins généralistes, sous réserve de leur recrutement - qui semble difficile – assuré par l'URML, et aux endocrinologues. Les médecins formeront ensuite les patients, à raison d'environ 2 à 3 séances par an pour chaque médecin.

Les modalités de rémunération des médecins généralistes sont intéressantes à signaler : rémunération des journées pendant lesquelles les médecins se forment (au tarif appliqué en formation médicale continue), rémunération à 3 C de l'heure de formation dispensée aux patients<sup>8</sup>.

Le réseau s'appuie sur le modèle suivant : le référent académique (CHU), les formateurs (médecins endocrinologues libéraux et hospitaliers), les éducateurs (les médecins généralistes), les patients. Il s'appuie sur les recommandations de l'ANAES.

- *Premiers constats et pistes : mieux connaître les besoins des patients, trouver des outils, d'immenses besoins financiers potentiels*
- La connaissance des besoins des patients : les modules d'éducation thérapeutique organisés par les hôpitaux sont assez standardisés, avec des options (demi-journées différentes) pour les diabétiques de type 1 et 2. Certains hôpitaux essaient de mettre en place des stratégies plus ciblées (par exemple, le CH de Roubaix). Or, cet aspect semble essentiel à une bonne assimilation du patient : les stratégies éducatives devraient privilégier le cadre collectif, mais avec une déclinaison globale des programmes selon le type de diabète (1 ou 2), le sexe, voire les cultures, l'âge et le niveau de compréhension des patients. Quant à l'activité physique, elle est encore trop peu intégrée aux stratégies thérapeutiques.
- Les outils pédagogiques destinés aux professionnels de santé - connaissances et méthodes - ne sont pas encore au point. La mise en place des réseaux est encore assez lente. L'association nationale de coordination des réseaux diabète (ANCRED) en recense une cinquantaine. Une évaluation de leur pertinence serait nécessaire : s'agit-il d'un bon instrument ? que recouvre-t-il exactement ? quelle garantie apporte-t-il de fournir une aide utile au généraliste pour l'aiguillage du patient (en fonction du taux de glycémie, de la situation psychologique...) ?

La notion d'éducation thérapeutique demanderait à être précisée, par rapport à celle d'information : en quoi dépasse-t-elle la simple information ; que recouvre-t-elle exactement dans ses modalités (par exemple, tenue d'un carnet de suivi), dans l'accompagnement.

---

<sup>8</sup> Le Pr. Monnier déclare s'être inspiré en partie d'une expérience menée à Düsseldorf. Cf. aussi rapport IGAS 2002 052 (Internet, site de la documentation française) sur le système de santé et d'assurance-maladie en Allemagne : le contenu de la convention-cadre sur le diabète conclue entre l'union des médecins libéraux de Rhénanie du Nord et les caisses d'assurance-maladie est précisé ci-après.

- Les documents destinés aux malades sont une autre piste à creuser car beaucoup d'informations sont dispensées de manière verbale : documents avec des listes d'adresses, utilisation de supports audiovisuels (très peu existent), alors que l'équipement des ménages en magnétoscopes est très important et peut constituer un outil de partage familial.

- S'agissant des acteurs, une place prépondérante est dévolue aux professionnels médicaux et paramédicaux, ce qui se justifie au plan du suivi des complications, mais beaucoup moins pour le volet d'éducation hygiéno-diététique. L'utilisation d'autres leviers que purement médicaux paraît nécessaire, comme des « structures relais » (diététique, activité physique, soutien psychologique).

Extraits du rapport IGAS 2002 052 (Internet, site de la documentation française) sur le système de santé et d'assurance-maladie en Allemagne :

La Rhénanie du Nord indique avoir été la première union à signer une convention-cadre sur le diabète avec les caisses.

Peuvent être parties au contrat diabète les médecins de famille et des spécialistes. Environ 1.400 médecins de famille et 100 spécialistes en Rhénanie du Nord participent à ce contrat de structure (soit environ 10% des médecins libéraux de la circonscription).

Le contrat fixe les obligations réciproques des partenaires :

- Le médecin de famille doit avoir reçu une formation adéquate pour souscrire au contrat. Une obligation de formation s'impose au médecin de famille (1 fois par an) et au spécialiste (2 fois par an). Cette obligation doit être mise en œuvre par la participation obligatoire et commune à des cercles de qualité organisés par les sociétés savantes.
- La signature du contrat avec un médecin est soumise à l'avis d'une commission consultative, composée de 2 médecins généralistes et de 2 médecins spécialistes. L'union prend la décision. En cas de non respect par le médecin de ses obligations, la commission peut proposer de retirer l'agrément pour le contrat diabète.
- Des normes quantitatives d'activité s'imposent au spécialiste : il doit prendre en charge au moins 200 diabétiques et au plus 500, par trimestre, dont au moins 50 insulino-dépendants.
- Des normes qualitatives opposables sont également fixées, relatives au contenu de l'activité médicale à l'égard des patients : le contrat détaille l'examen de base et l'examen spécifique conduits par le médecin de famille, les règles d'envoi à l'ophtalmologue, les prescriptions régulières de certains examens... ; le médecin de famille ne peut prendre en charge que les diabètes de type II. Dans les cas prévus par le contrat (complications...), il doit renvoyer le patient sur un spécialiste ;
- Le médecin doit dispenser une formation à ses patients. Le programme comporte 4 unités d'enseignement par patient. La formation peut être dispensée à plusieurs patients en même temps (de 1 à 4).
- Chaque patient a un carnet de santé qui doit être renseigné tous les trimestres par les médecins (généraliste et spécialiste). Après saisie informatique par le cabinet des données, à caractère administratif et médical, celles-ci doivent être transmises à une société privée à laquelle a été déléguée l'exploitation statistique. Le questionnaire comporte 19 pages. Les médecins ne perçoivent les rémunérations prévues que s'ils ont rempli leurs obligations de saisie d'information.
- En contrepartie de ces obligations, les caisses ont débloqué des crédits complémentaires permettant des rémunérations spécifiques ; au total, 18 cas tarifaires ont été relevés dans le contrat, par exemple :
  - La formation des patients est rémunérée 50 DM par patient (25 euros, 165 francs). Une rémunération est prévue pour le matériel pédagogique (12,10 DM, 6 euros).
  - Le médecin de famille doit procéder à un examen de base annuel du patient (25 DM, 12,5 euros, 82,2 francs) et un examen trimestriel spécifique (50DM, 25 euros, 164,4 francs). Il reçoit aussi un forfait pour chaque transmission d'un patient à un spécialiste (4 DM) (dans le cadre des normes de bonnes pratiques posées par le contrat).

- Au niveau du spécialiste, la découverte d'un diabète est rémunérée 800 DM (401 euros, 2.630 francs), la modification substantielle du traitement de la prise en charge d'un patient déjà connu et âgé 1.100 DM (551 euros, 3.617 francs).