

Programme  
national  
nutrition  
santé  
2011  
2015



Programme national  
nutrition santé  
**2011-2015**



# Sommaire

## Introduction • 5

## Enjeux, principes, méthodologie et objectifs • 7

- Les objectifs nutritionnels de santé publique fixés par le Haut conseil de la santé publique • 7
- Pilotage du Programme national nutrition santé (PNNS) et du Plan obésité • 8
- Le PNNS 2011-2015 : une élaboration fondée sur une large concertation • 9
- Les principes généraux du PNNS • 10
- Leviers stratégiques • 11

## Axes stratégiques du Programme • 13

### Axe 1 → Réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention • 13

- Mesure 1** Mettre en place des interventions spécifiques pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS) en matière nutritionnelle • 16
- Mesure 2** Décliner la stratégie de prévention nutritionnelle dans le champ de l'alimentation • 18
- Mesure 3** Mettre en œuvre les actions ayant un impact de santé publique mentionnées dans le Programme éducation santé 2011-2015 et complémentaires à ce programme • 21
- Mesure 4** Développer des actions d'information et d'éducation nutritionnelle • 22
- Mesure 5** Promouvoir l'allaitement maternel • 24

### Axe 2 → Développer l'activité physique et sportive (APS) et limiter la sédentarité • 25

- Mesure 1** Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne pour tous • 27
- Mesure 2** Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA) chez les populations en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques • 28

**Axe 3 → Organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition :  
diminuer la prévalence de la dénutrition • 31**

- Mesure 1** Organiser le dépistage des troubles nutritionnels et la prise en charge du patient • **32**
- Mesure 2** Prévenir et dépister la dénutrition • **33**
- Mesure 3** Prendre en charge la dénutrition • **34**
- Mesure 4** Prévenir et prendre en charge les troubles nutritionnels des populations en situation de handicap • **35**

**Axe 4 → Valoriser le PNNS comme référence  
pour les actions en nutrition ainsi que l'implication des parties prenantes • 37**

- Mesure 1** Promouvoir le PNNS comme la référence en matière de « nutrition et santé » • **38**
- Mesure 2** Développer les chartes d'engagement des collectivités territoriales actives du PNNS • **39**
- Mesure 3** Développer les chartes d'engagement des entreprises au profit des salariés • **40**
- Mesure 4** Faire connaître et valoriser les actions et documents validés par le PNNS • **41**

**Volet transversal → Formation, surveillance, évaluation et recherche • 43**

- Mesure 1** Contribuer à l'orientation de la formation en nutrition et santé publique • **44**
- Mesure 2** Maintenir les outils nationaux de surveillance nutritionnelle et créer des outils nouveaux indispensables • **45**
- Mesure 3** Clarifier les enjeux, les intérêts, les besoins, les méthodes de l'évaluation • **46**
- Mesure 4** Contribuer aux orientations de la recherche en nutrition et santé publique • **47**
- Mesure 5** Promouvoir l'expertise française au niveau européen et international • **48**
- Mesure 6** Évaluer le PNNS et le Plan obésité • **49**

**Annexes • 51**

- Annexe 1** Chiffres clés - 2011 • **51**
- Annexe 2** Évolution de la notoriété des outils et des messages nutritionnels du PNNS  
Évolution du niveau de citation des repères entre 2006 et 2009 • **63**

# Introduction

L'amélioration de l'état nutritionnel de la population constitue, en ce début de 21<sup>e</sup> siècle, un enjeu majeur pour les politiques de santé publique menées en France, en Europe et dans le monde. Une nutrition satisfaisante est un facteur de protection de la santé. Les avancées de la recherche ont précisé le rôle que jouent l'inadéquation des apports nutritionnels et l'insuffisance d'activité physique dans le déterminisme de nombreux cancers et maladies cardio-vasculaires, qui représentent plus de 55 % des 550 000 décès annuels en France. Des facteurs nutritionnels sont aussi impliqués dans le risque ou la protection vis-à-vis du diabète, de l'obésité, de l'ostéoporose ou de diverses déficiences.

Le Programme national nutrition santé (PNNS) a été initié en 2001 et prolongé en 2006. Il a fourni un cadre de référence et produit de nombreux outils et mécanismes incitatifs, servant de support aux actions. Il a permis la mobilisation de nombreux acteurs (ministères, élus locaux, professionnels des domaines de la santé, de l'activité physique, de l'éducation ou du domaine social, acteurs économiques et bénévoles). Plusieurs objectifs initialement fixés ont été partiellement ou totalement atteints, comme la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, la réduction de la consommation de sel ou de sucre, l'augmentation de la consommation de fruits chez les adultes. Pour autant, ces améliorations n'ont pas concerné de façon homogène toutes les composantes de la population et les inégalités sociales de santé se sont creusées dans le domaine de la nutrition<sup>1</sup>. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et du Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux<sup>2</sup>, a souligné que la reconduction du PNNS en l'état « *n'était pas souhaitable compte tenu des difficultés identifiées entre ses fonctions de cadre de référence et ses responsabilités de conduite opérationnelle, mais aussi dans son dispositif de gouvernance et dans l'articulation entre ce programme et les autres plans, programmes et politiques sectorielles* ».

Le Président de la République a souhaité la formalisation d'un plan obésité (PO) pour la France, avec pour objectif de répondre à la croissance du nombre de sujets gravement atteints. Le Parlement a institué en 2010<sup>3</sup> un programme gouvernemental quinquennal relatif à la nutrition et à la santé (Code de la santé publique article L3231-1) ainsi qu'un programme gouvernemental pour l'alimentation (Code rural, article L230-1).

Le PNNS traite de la nutrition comme déterminant de la santé. Le Plan obésité (PO) s'articule et complète le PNNS par l'organisation du dépistage, de la prise en charge des patients ainsi que par une dimension importante de recherche. Le PNNS et le PO sont présentés conjointement. Le Programme national pour l'alimentation (PNA) a été initié en septembre 2010<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Voir les chiffres clés en annexe.

<sup>2</sup> JOURDAIN MENNINGER Danièle, LECOQ Gilles, GUEDJ Jérôme, BOUTET Pierre, DANEL Jean-Baptiste, MATHIEU Gérard, Inspection générale des affaires sociales, Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, *Évaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010*, mai 2010.

<sup>3</sup> Par la loi n° 2010-874 du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche.

<sup>4</sup> <http://www.alimentation.gouv.fr>

L'article L230-1 du Code rural stipule que « le programme national pour l'alimentation prévoit les actions à mettre en œuvre dans les domaines suivants :

- « - la sécurité alimentaire, l'accès pour tous, en particulier pour les populations les plus démunies, à une alimentation en quantité et qualité adaptées ;
- la sécurité sanitaire des produits agricoles et des aliments ;
- la santé animale et la santé des végétaux susceptibles d'être consommés par l'homme ou l'animal ;
- l'éducation et l'information notamment en matière de goût, d'équilibre et de diversité alimentaires, de besoins spécifiques à certaines populations, de règles d'hygiène, de connaissance des produits, de leur saisonnalité, de l'origine des matières premières agricoles ainsi que des modes de production et de l'impact des activités agricoles sur l'environnement ;
- la loyauté des allégations commerciales et les règles d'information du consommateur ;
- la qualité gustative et nutritionnelle des produits agricoles et de l'offre alimentaire ;
- les modes de production et de distribution des produits agricoles et alimentaires, respectueux de l'environnement et limitant le gaspillage ;
- le respect et la promotion des terroirs ;
- le développement des circuits courts et l'encouragement de la proximité géographique entre producteurs et transformateurs ;
- l'approvisionnement en produits agricoles locaux dans la restauration collective publique comme privée ;
- le patrimoine alimentaire et culinaire français, notamment par la création d'un registre national du patrimoine alimentaire.

Les actions mises en œuvre dans le domaine de l'éducation et de l'information en matière d'équilibre et de diversité alimentaires ainsi que dans le domaine de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire suivent les orientations du programme national relatif à la nutrition et à la santé, défini à l'article L3231-1 du Code de la santé publique. »

Les mesures en faveur d'une bonne alimentation prévues dans le PNA, s'inscrivent dans la stratégie de prévention nutritionnelle du PNNS. Elles mobilisent en ce sens les différents opérateurs (producteurs, industriels, commerçants, restaurateurs, associations et collectivités) œuvrant dans le domaine de l'alimentation. Les médecins généralistes, de par leur contact direct avec chaque famille, ont un rôle tout particulier à jouer pour une prévention nutritionnelle adaptée aux conditions de vie de chacun, ainsi que dans le dépistage et la prise en charge des pathologies liées à la nutrition, notamment le surpoids et l'obésité.

Le PNNS associant également les ministères chargés de l'éducation nationale, des sports, de la consommation, de la cohésion sociale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, présente par conséquent, une forte dimension interministérielle. Par ailleurs, une déclinaison spécifique des actions du PNNS et du PO sera mise en œuvre pour les départements ultramarins.

Le document ci-après comporte :

- Les objectifs fixés en 2010 par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) pour le champ de la nutrition ;
- Les mesures prévues pour le PNNS, au regard des objectifs chiffrés du HCSP, et ses principales actions explicitées selon 4 axes et un volet transversal.

# Enjeux, principes, méthodologie et objectifs

**Objectif général du PNNS : améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, la nutrition.**

## Les objectifs nutritionnels de santé publique fixés par le Haut conseil de la santé publique

Le HCSP a notamment pour mission de « contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, d'évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et de contribuer au suivi annuel ». Il a défini, dans son rapport d'avril 2010 intitulé *Objectifs de santé publique : évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions*<sup>5</sup>, des objectifs destinés à piloter et évaluer la politique nutritionnelle, en termes d'amélioration de la qualité de la santé de la population et de réduction des niveaux d'exposition à divers risques. La question des inégalités sociales de santé, qui concerne l'ensemble des thématiques de la politique de santé publique, a fait l'objet d'une attention particulière.

Ces objectifs nutritionnels structurent les orientations stratégiques et servent de base pour définir les actions prévues pour le Programme national nutrition santé (PNNS) et le Plan obésité (PO).

Dans le domaine de la nutrition, ces objectifs quantifiés, ont été regroupés selon quatre axes. D'autres objectifs relatifs à des niveaux d'exposition ayant des conséquences sur l'état nutritionnel (consommation d'alcool) ou à des problèmes de santé ayant un déterminant nutritionnel (HTA, dyslipidémie...) ont été également définis.

### 1. Réduire l'obésité et le surpoids dans la population

- Stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids chez les adultes
- Diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents

### 2. Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges

- Augmenter l'activité physique chez les adultes
- Augmenter l'activité physique et lutter contre la sédentarité chez les enfants et les adolescents

### 3. Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque

- Augmenter la consommation de fruits et légumes
- Réduire la consommation de sel
- Augmenter les apports en calcium dans les groupes à risque
- Lutter contre la carence en fer chez les femmes en situation de pauvreté
- Améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer
- Promouvoir l'allaitement maternel

<sup>5</sup> <http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20100317ObjectifsSP.pdf> (pages 114 à 131).

## 4. Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles

- Dénutrition, Troubles du comportement alimentaire

Les objectifs nutritionnels de santé publique fixés par le Haut conseil de la santé publique, détaillés et quantifiés, sont repris dans les axes correspondants.

## Pilotage du PNNS et du PO

PNNS et PO mobilisent pour l'atteinte des objectifs fixés les compétences et ressources d'autres secteurs, plans et programmes mis en œuvre sous le pilotage de plusieurs ministères, notamment le ministère chargé de l'alimentation (Programme national pour l'alimentation), mais aussi le ministère de l'éducation nationale (Programme éducation santé 2011-2015), le ministère chargé de la consommation, le ministère des sports, le ministère de la cohésion sociale ou encore le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

La coordination du PNNS et du PO est assurée par une mission d'appui interministériel au ministère chargé de la santé, pour une gouvernance globale nécessaire à la cohérence et l'efficacité des actions menées pour atteindre les objectifs fixés.

Le lien est assuré avec les autres programmes de santé publique mis en œuvre par le ministère chargé de la santé comme le plan cancer, le plan pour l'amélioration des conditions de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, le plan santé des jeunes ou le plan national santé environnement.

Le suivi de la mise en œuvre du PNNS et du PO est assuré par leurs présidents respectifs et associé au sein d'un comité, les ministères, agences, organismes contributeurs au PNNS ainsi que la société civile et des personnalités du monde scientifique. Un bilan régulier de la mise en œuvre et de l'orientation des actions prévues est élaboré ainsi que l'articulation des divers plans liés au PNNS. L'état d'avancement des actions relevant de la responsabilité de divers ministères, agences ou organismes est régulièrement présenté devant ce comité.

### Au niveau national, le PNNS :

- assure la coordination, la cohérence et le suivi de la mise en œuvre des interventions ;
- fournit les supports scientifiques indispensables à la mise en place des actions ;
- propose des mécanismes incitatifs pour l'implication des multiples acteurs institutionnels, associatifs et privés dont les actions contribuent à l'atteinte des objectifs fixés ;
- informe et valorise l'action des acteurs.

### Au niveau régional :

- les agences régionales de santé mettent en œuvre les actions de santé publique définies dans le cadre du PNNS, en lien avec l'ensemble des acteurs concernés. À ce titre, elles mettent notamment en œuvre les actions contribuant à la réduction des inégalités sociales de santé relevant du champ de la nutrition ;
- sous réserve des compétences de l'ARS, le préfet de région coordonne l'action des services territoriaux de l'État intervenant dans la mise en œuvre du PNNS. Il veille, notamment, à la cohérence des actions conduites au sein des comités régionaux pour l'alimentation (CRALIM) avec la déclinaison régionale du PNNS.

# Le PNNS 2011-2015 : une élaboration fondée sur une large concertation

Le processus d'élaboration du PNNS 2011-2015 s'est appuyé sur l'expérience acquise par les nombreux professionnels et organismes partenaires du PNNS. Depuis 10 ans, ils ont contribué au développement de la réflexion sur la politique nutritionnelle et mis en œuvre des programmes et des actions en la matière, contribuant ainsi aux améliorations constatées dans la population au cours des dernières années.

Le comité d'élaboration du PNNS 2011-2015, placé sous la présidence du Pr Dominique Turck, était constitué de représentants des ministères impliqués dans la politique nutritionnelle, des agences sanitaires, des présidents du PNNS, le Pr Serge Hercberg et du PO, le Pr Arnaud Basdevant. Il s'est réuni à quatre reprises entre les mois de juillet et novembre 2010 pour analyser l'ensemble des propositions émergeant d'une très large consultation organisée entre les mois de juin et novembre 2010. Ceci a permis l'émergence des orientations, axes et actions majeures retenus pour le PNNS 2011-2015.

La consultation a été faite auprès :

- du comité de pilotage du PNNS2, au cours des séances de juillet, septembre et octobre 2010. Il a fait remonter des propositions émanant des différentes structures et experts participant au comité ;
- de la Société française de santé publique (SFSP) qui, à la demande de la DGS, a invité, via son site Internet, les professionnels et les acteurs de terrain à faire des propositions s'appuyant sur leur expérience. Un document synthétique de cette consultation a été produit ;
- la SFSP a coordonné la réflexion de 31 sociétés savantes réunissant les experts des multiples disciplines intervenant dans le champ de la nutrition<sup>6</sup>. Ce travail formalisé lors d'un séminaire de deux jours en septembre 2010 a conduit à un document de propositions argumentées sur le plan scientifique (<http://www.sfsp.fr/publications/file/RapportfinalpropositionsPNNS5-11-010.pdf>) ;
- des agences sanitaires et de l'agence nationale de la recherche, du réseau français des villes santé de l'OMS et des Écomaires ;
- de la caisse nationale d'assurance vieillesse, la caisse nationale d'allocations familiales et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie étant sollicitées ;
- de pilotes des plans de santé publique ayant une composante nutrition ;
- de la conférence nationale de santé, devant laquelle une présentation du projet a été faite en novembre 2010.

<sup>6</sup> 1. Association des chercheurs en activités physiques et sportives (ACAPS), 2. Association des éducateurs médico-sportifs (ADEMS), 3. ANCREC, coordination des réseaux diabète, 4. Association des épidémiologistes de terrain (EPITER), 5. Association des médecins inspecteurs de santé publique (AMISP), 6. Association française d'études et de recherches sur l'obésité (AFERO), 7. Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA), 8. Association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN), 9. Association française des épidémiologistes de langue française (ADELF), 10. Association francophone en activités physiques adaptées (AFAPA), 11. Association francophone pour la recherche sur les activités physiques et sportives (AFRAP), 12. Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), 13. Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (APOP), 14. Collège des enseignants de nutrition (CEN), 15. Collège national des cardiologues français (CNCF), 16. Collège universitaire des enseignants en santé publique (CUESP), 17. Coordination nationale des réseaux de prévention et prise en charge de l'obésité pédiatrique (CNRéPPPOP), 18. Fédération française de cardiologie (FFC), 19. Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (FNES), 20. Ligue nationale de lutte contre le cancer, 21. Nouvelle société française d'athérosclérose (NSFA), 22. Société française de cardiologie (SFC), 23. Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG), 24. Société française de nutrition (SFN), 25. Société française de pédiatrie (SFP), 26. Société française de santé publique (SFSP), 27. Société française des professionnels en activités physiques adaptées (SFP-APA), 28. Société française de recherche et de médecine du sommeil (SFRMS), 29. Société française sport et santé (SF2S), 30. Société francophone du diabète (SFD), 31. Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNEP).

Lors d'un colloque réunissant 400 professionnels tenu le 15 novembre 2010 à Paris, les orientations majeures issues de ce processus de concertation ont été présentées selon six axes (communication, information, éducation (stratégies et outils) ; amélioration de l'offre alimentaire et de l'environnement physique ; territorialisation, mutualisation, collectivités territoriales ; dépistage, prise en charge, établissements de santé et médico-sociaux (obésité et dénutrition) ; surveillance, évaluation, recherche ; formation des professionnels). D'autres propositions ont également été recueillies au cours de ce colloque ainsi que dans les jours qui ont suivi.

Les propositions émanant de ce processus ont alors fait l'objet d'arbitrages des pouvoirs publics, conduisant aux axes, mesures et actions retenues pour le PNNS 2011-2015 et présentés ci-après.

## Les principes généraux du PNNS

1. Le mot « nutrition » doit être compris comme englobant les questions relatives à l'alimentation (nutriments, aliments, déterminants sociaux, culturels, économiques, sensoriels et cognitifs des comportements alimentaires) et à l'activité physique.
2. Le PNNS prend en compte les dimensions biologique, symbolique et sociale de l'acte alimentaire et de l'activité physique.
3. Les orientations développées, les messages promus dans le cadre du PNNS reposent sur une expertise scientifique organisée par les pouvoirs publics.
4. Les actions mises en œuvre par le PNNS ont comme finalité de promouvoir, dans l'alimentation et le mode de vie, les facteurs de protection de la santé et de réduire l'exposition aux facteurs de risque de maladies chroniques. Toutes ces interventions intègrent dans leur conception et leur développement la question des inégalités sociales de santé.
5. Le PNNS privilégie la cohérence, la complémentarité et la synergie des différentes mesures, actions et réglementations pour tendre vers les objectifs fixés. Les mesures d'incitations adaptées aux différents types d'acteurs sont privilégiées. Des mesures réglementaires peuvent être mises en place si nécessaire pour lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé en matière nutritionnelle.
6. Les stratégies et actions, mises en place et coordonnées dans le cadre des plans d'intervention développés par les pouvoirs publics qui ont un impact sur l'état nutritionnel de la population doivent être cohérentes, sans contradiction, ni explicite ni par omission.
7. Les repères nutritionnels du PNNS visent à promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à un état nutritionnel et un état de santé optimaux. Aucun des messages du PNNS ne proscrit la consommation d'un quelconque aliment ou boisson mis sur le marché. Les repères nutritionnels conduisent, dans un objectif de santé, à promouvoir certaines catégories d'aliments et boissons, ainsi qu'à recommander la limitation d'autres catégories.
8. Les conditions de vie mais également l'environnement alimentaire et physique conditionnent fortement les comportements. Le PNNS doit contribuer à créer un environnement nutritionnel global, facilitant un choix positif pour la santé des consommateurs.

9. Le PNNS promeut et organise le dialogue avec les partenaires du programme au niveau national, régional et local.
10. L'apposition du logo du PNNS sur des documents, outils, supports de communication ou descriptifs d'action, dans le cadre prévu par la réglementation, est le garant de leur validité au regard des objectifs du PNNS.
11. Toute stigmatisation des personnes fondée sur un comportement alimentaire ou un état nutritionnel particulier est bannie par le PNNS.
12. Le PNNS intègre l'évaluation régulière de ses objectifs chiffrés, et autant que possible, des actions ou mesures qu'il met en œuvre (indicateurs d'efficacité ou évaluation des processus).

## Leviers stratégiques

Les actions du PNNS permettant l'atteinte des objectifs fixés par le HCSP sont définies dans deux champs thématiques (l'alimentation et l'activité physique) selon cinq leviers stratégiques :

- l'information, la communication et l'éducation pour orienter les comportements alimentaires et l'activité physique pour tous ;
- l'amélioration de l'environnement alimentaire et de l'environnement physique pour faciliter la mise en œuvre de comportements favorables pour la santé pour tous ;
- l'organisation du système de dépistage et de prise en charge des troubles nutritionnels ;
- la formation des professionnels dont l'activité influence l'alimentation et l'activité physique de la population ;
- la surveillance et l'évaluation pour assurer le pilotage opérationnel du programme.



# Axes stratégiques du Programme

## AXE 1 → Réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention

Les mesures prévues dans cet axe ont pour finalité de permettre l'atteinte des objectifs nutritionnels et des objectifs relatifs aux maladies cardio-vasculaires et métaboliques fixés par le **Haut conseil de santé publique**, qui sont cités ci-dessous (avril 2010).

### Objectifs nutritionnels

**Objectif général 3 • Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment dans les populations à risque**

• **Sous objectif général 3-1 : augmenter la consommation de fruits et légumes**

OS 3-1-1 : augmenter en 5 ans, chez les adultes en population générale, la consommation de fruits et légumes, de sorte que :

- 70 % au moins d'adultes consomment au moins 3,5 fruits et légumes par jour ;
- 50 % au moins d'adultes consomment au moins 5 fruits et légumes par jour.

OS 3-1-2 : augmenter, en 5 ans, chez les adultes en situation de pauvreté, la consommation de fruits et légumes, de façon à :

- doubler la proportion d'adultes déclarant consommer des fruits et légumes au moins 3 fois par jour ;
- multiplier par 5 la proportion d'adultes déclarant consommer des fruits et légumes au moins 5 fois par jour.

OS 3-1-3 : augmenter en 5 ans, chez les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans, la consommation de fruits et légumes, de sorte que :

- 50 % au moins consomment au moins 3,5 fruits et légumes par jour ;
- 25 % au moins consomment au moins 5 fruits et légumes par jour.

• **Sous objectif général 3-2 : réduire la consommation de sel**

OS 3-2-1 : diminuer la consommation moyenne de sel dans la population pour atteindre, en 5 ans :

- 8 g/jour chez les hommes adultes ;
- 6,5 g/jour chez les femmes adultes et les enfants.

• **Sous-objectif général 3-3 : améliorer la répartition des macronutriments dans les apports énergétiques sans alcool (AESA)**

OS 3-3-1 : ramener, chez les adultes et les enfants, en 5 ans, la contribution moyenne des lipides totaux au sein des apports énergétiques sans alcool (AESA) à 36,5 %.

OS 3-3-2 : ramener, chez les adultes et les enfants, en 5 ans, la part moyenne des acides gras saturés, au sein des apports en lipides totaux :

- à 36 % chez les adultes ; - à 37 % chez les enfants.

OS 3-3-3 : augmenter chez les adultes et les enfants, la part des apports en glucides complexes et en fibres et diminuer la part des apports en glucides simples issus des produits sucrés dans l'apport énergétique total.

OS 3-3-3-1 : augmenter, en 5 ans, la proportion de personnes ayant des apports en glucides complexes  $\geq 27,5$  % de l'AESA :

- de 20 % chez les adultes ; - de 35 % chez les enfants.

OS 3-3-3-2 : augmenter, en 5 ans, la proportion de personnes ayant des apports en glucides simples issus des produits sucrés  $< 12,5$  % de l'AESA :

- de 7 % chez les adultes ; - de 20 % chez les enfants.

OS 3-3-3-3 : doubler chez les adultes, la proportion de personnes ayant des apports en fibres  $> 25$  g/jour.

OS 3-3-3-4 : réduire de 25% au moins, en 5 ans, la proportion d'enfants consommant plus d'un demi-verre de boissons sucrées par jour.

• **Sous-objectif général 3-4 : augmenter les apports en calcium dans les groupes à risque**

OS 3-4-1 : diminuer de 10 % au moins, la proportion de femmes jeunes, d'adolescents et de personnes âgées ayant des apports en calcium alimentaire inférieurs au BNM (Besoin nutritionnel moyen).

• **Sous-objectif général 3-5 : lutter contre la carence en fer chez les femmes en situation de pauvreté**

OS 3-5-1 : réduire d'un tiers, en 5 ans, la fréquence de l'anémie ferriprive chez les femmes en situation de pauvreté, en âge de procréer (15-49 ans).

• **Sous-objectif général 3-6 : améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer**

OS 3-6-1 : réduire de 30 % au moins, en 5 ans, la proportion des femmes en âge de procréer (15-49 ans) ayant un risque de déficit en folates (taux de folates plasmatiques  $< 3$  ng/mL).

OS 3-6-2 : réduire de 20 % au moins, en 5 ans, la proportion de femmes ayant des apports en folates inférieurs au BNM.

OS 3-6-3 : augmenter de 50 % au moins, en 5 ans, le nombre d'unités de comprimés d'acide folique (0,4 mg) prescrits pour un projet de grossesse.

• **Sous-objectif général 3-7 : promouvoir l'allaitement maternel**

OS 3-7-1 : augmenter de 15 % au moins, en 5 ans, le pourcentage d'enfants allaités à la naissance.

OS 3-7-2 : augmenter de 25 % au moins, en 5 ans, la part des enfants allaités à la naissance bénéficiant d'un allaitement exclusif.

OS 3-7-3 : allonger de 2 semaines, en 5 ans, la durée médiane de l'allaitement.

OS 3-7-4 : retarder d'un mois, en 5 ans, l'âge médian d'introduction de tout autre aliment que le lait (maternel ou formule lactée du commerce).

**Objectif général 1 • Réduire l'obésité et le surpoids dans la population**

• **Sous-objectif général 1-1 : stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids chez les adultes**

OS 1-1-1 : stabiliser, en 5 ans, la prévalence de l'obésité chez les adultes.

OS 1-1-2 : réduire, de 10 % au moins, en 5 ans, la prévalence du surpoids chez les adultes.

OS 1-1-3 : stabiliser, en 5 ans, chez les femmes en situation de pauvreté, la prévalence de l'obésité.

OS 1-1-4 : diminuer de 15 % au moins, en 5 ans, la prévalence de l'obésité morbide.

• **Sous-objectif général 1-2 : diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents**

OS 1-2-1 : diminuer en 5 ans, de 15 % en moyenne, chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans, la prévalence globale de surpoids et d'obésité.

OS 1.2.2 : diminuer en 5 ans, de 15 % au moins, chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans issus de milieux défavorisés, la prévalence de surpoids et d'obésité.

**Objectifs relatifs aux maladies cardio-vasculaires et métaboliques**

**Objectif général 2 • Diminuer l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle**

OS 2-1 : réduire de 5 %, dans la population adulte, la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) en 5 ans.

OS 2-2 : augmenter en 5 ans la proportion de patients atteints d'hypercholestérolémie traités et équilibrés.

OS 2-3 : augmenter en 5 ans la proportion de patients atteints d'hypertension artérielle, traités et équilibrés.

De nombreuses actions de prévention visant à éviter l'apparition de facteurs de risques ou de pathologies liées à une nutrition insatisfaisante ont été développées depuis que le PNNS a été initié en 2001. Ces actions, en s'appuyant sur les principes de la promotion de la santé, visent une synergie entre :

- des interventions visant à donner aux individus les moyens d'effectuer des choix éclairés en matière d'alimentation et d'activité physique, par la conception, la diffusion, la mise en œuvre de campagnes, d'outils et de programmes de communication et d'éducation nutritionnelle (dans le sens donné à la nutrition par le PNNS) ;
- des interventions visant à rendre l'environnement plus propice à concrétiser des choix favorables, que ce soit pour l'alimentation ou pour l'activité physique.

Cette approche est en cohérence avec celle déclinée par le programme national pour l'alimentation.

L'article L1411-1 du Code de la santé publique stipule que la politique de santé publique doit concerner « la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ».

Le rapport du Haut conseil de la santé publique d'avril 2010 mentionne : « les inégalités sociales de santé ont eu tendance à se creuser » et « se traduisent par une différence d'espérance de vie à 35 ans de sept ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs, alors même que ces deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale ». Ces inégalités sont « systémiques, socialement construites et donc injustes et modifiables ».

Il n'y a pas eu de réduction des inégalités sociales de santé en matière de nutrition au cours des années 2000, depuis que le PNNS a été initié. À l'extrême, se trouvent les personnes en situation de précarité ayant recours à l'aide alimentaire. Leur situation est elle-même différente selon que le recours est récent, ancien, permanent, temporaire... Les personnes en situation socio-économique difficile, sans être dans une situation conduisant à recourir à l'aide alimentaire, présentent une situation nutritionnelle moins satisfaisante que celle des populations plus favorisées sur le plan socio-économique.

Les comportements en matière d'alimentation et d'activité physique sont socialement déterminés, et non pas seulement « individuels ». Il convient d'orienter les interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé dans le domaine nutritionnel tant vers les causes proximales (les comportements des individus) que les causes fondamentales (le contexte dans lequel les comportements s'insèrent).

## Mesure 1 • Mettre en place des interventions spécifiques pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS) en matière nutritionnelle

Les inégalités sociales de santé en matière de nutrition trouvent principalement leur origine dans les inégalités de revenus. Cependant, celles-ci ne recouvrent pas l'ensemble des facteurs d'inégalité : la situation familiale (séparation, famille monoparentale...), la situation d'emploi (précarité d'emploi, chômage, temps partiel contraint, étudiant, jeune travailleur), le niveau d'éducation, l'origine culturelle, la situation de migration, l'environnement immédiat, l'isolement de certaines personnes âgées, constituent autant de facteurs et de contraintes à considérer pour identifier les divers groupes de populations dans le gradient des inégalités sociales et leur proposer des actions adaptées.

Réduire les inégalités sociales de santé dans le domaine nutritionnel s'inscrit dans le contexte global des interventions du PNNS. Cet objectif nécessite aussi des actions spécifiques. Les contraintes et difficultés auxquelles ont à faire face les divers groupes socio-économiques diffèrent d'un groupe à l'autre et amènent à concevoir des actions de proximité adaptées aux divers contextes. L'accessibilité, la promotion et la facilitation du choix des achats d'aliments favorables pour la santé et l'information sur des aliments dont la consommation est, dans un objectif de santé, à limiter, sont une base de la réduction des inégalités. Il en est de même pour le versant activité physique de la nutrition. Ces actions doivent être développées en tenant compte des acquis et des propositions issues des multiples réflexions formulées sur cette question<sup>7</sup> ou encore des éléments mentionnés dans le rapport IGAS-CGAAER d'avril 2010<sup>8</sup>.

De nombreux acteurs, institutionnels et professionnels, interviennent directement dans le but de limiter les inégalités sociales de santé : les acteurs des communes (CCAS, ateliers santé ville, centres de loisir sans hébergement...) et du conseil général (PMI), les travailleurs sociaux, le monde associatif (clubs sportifs, aide alimentaire...). Il s'agit de les identifier afin de coordonner les interventions dans une optique de cohérence.

<sup>7</sup> Voir notamment *ADSP* Les inégalités sociales de santé, La Documentation française N°73, Décembre 2010

<sup>8</sup> <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000214/0000.pdf>

## ACTIONS

### 1. Préalable : identifier les inégalités et mobiliser les acteurs par :

(1.1) Compléter les réflexions et données disponibles sur la question des inégalités sociales de santé, par la finalisation de l'expertise collective sur la question spécifique des inégalités sociales de santé en nutrition, confiée à l'INSERM et initiée en 2010.

### 2. Développer des actions d'éducation et d'information spécifiques par :

(2.1) la sensibilisation des personnels des caisses d'allocations familiales (et des caisses d'assurance vieillesse), à la question nutrition santé, en leur fournissant des documents (fiches, brochures) adaptés pour aborder la question lors des contacts avec les allocataires de prestations sociales ;

(2.2) la conception et la diffusion de messages nutrition et d'outils, dont le format soit adapté aux divers publics concernés par les inégalités sociales de santé en nutrition (TV, journaux gratuits).

### 3. Favoriser spécifiquement l'accessibilité à des aliments de bonne qualité nutritionnelle dans le but de réduire les inégalités sociales de santé par :

(3.1) la poursuite des analyses visant l'amélioration de l'information du consommateur sur le plan nutritionnel afin de faciliter ses choix ;

(3.2) la poursuite de l'analyse de l'impact de la variation du prix des aliments intégrant la balance pour la santé individuelle (en terme de qualité nutritionnelle), l'environnement, la société, l'économie ;

(3.3) l'évaluation de l'impact sur la consommation alimentaire (fruits, légumes, poissons, produits laitiers...) de la fourniture de coupons alimentaires par différents systèmes d'aide sociale à des ménages en difficultés économiques et sur les finances publiques.

### 4. Former en nutrition les acteurs locaux de proximité par :

(4.1) la mise à disposition par l'association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN) d'un module de formation pour les organismes de formation de travailleurs sociaux ;

(4.2) l'incitation à la formation des professionnels des collectivités territoriales en lien avec le centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT).

### 5. Renforcer les moyens humains, matériels et financiers disponibles par :

(5.1) la mise à disposition d'outils adaptés, porteurs du logo du PNNS, pour les équipes travaillant auprès des populations visées ;

(5.2) la promotion de la mise à disposition de personnes ressources dans le cadre du service civique.

## Mesure 2 • Décliner la stratégie de prévention nutritionnelle dans le champ de l'alimentation

L'amélioration de l'environnement, dans le but de rendre accessible à tous un choix alimentaire favorable pour la santé, est une stratégie de santé publique fondamentale, complément indispensable des actions de communication, d'information et d'éducation nutritionnelle.

Depuis 2007, il est proposé aux acteurs économiques intervenant dans le champ de l'alimentation de signer avec l'État une charte volontaire de progrès nutritionnel sur la base d'un dossier proposé à un comité *ad hoc* et évalué à partir d'un référentiel type.

Fin mai 2011, 26 des 42 dossiers soumis ont été acceptés. Cette stratégie a montré sa faisabilité et son impact sur l'amélioration de la qualité nutritionnelle des produits concernés mis sur le marché et sur leurs conditions de commercialisation. Divers secteurs de la filière alimentaire, grandes entreprises aussi bien que PME ou interprofessions, ont validé des dossiers. Cette procédure novatrice est analysée avec attention au niveau international.

Un décalage demeure cependant entre le niveau de consommation de la population et les repères fixés par le PNNS, ainsi que les objectifs de santé publique, notamment concernant le sel. Les conclusions du Conseil européen du 8 juin 2010 « demandent aux États membres de prendre ou renforcer les mesures visant à réduire la consommation de sel afin d'améliorer la santé de la population ». Pour cette mesure « prévention », le PNNS s'appuiera notamment sur les actions du PNA inscrites dans les axes suivants :

- faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité (Axe I) ;
- améliorer l'offre alimentaire (Axe II) ;
- et sur des actions complémentaires.

### ACTIONS

#### 6. Faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité (Axe I du PNA)

##### I.1 Mieux manger en situation précaire

I.1.1 Augmenter les quantités et favoriser un régime plus équilibré

I.1.1.1 En mobilisant davantage de dons et d'inventus pour l'aide alimentaire

I.1.1.2 En réorganisant l'aide alimentaire

I.1.1.3 En accompagnant la distribution de l'aide alimentaire avec des actions sociales

I.1.1.4 En assurant une distribution équitable de l'aide alimentaire, sur tout le territoire, toute l'année

I.1.1.5 En levant les **freins** pesant sur les associations en matière de distribution de denrées alimentaires

I.1.2 Favoriser les initiatives alliant lutte contre le gaspillage alimentaire et aide aux personnes démunies

##### I.2 Prendre de bonnes habitudes alimentaires dans le cadre scolaire ou périscolaire

I.2.1 Généraliser la distribution de fruits à l'école en plus de ceux consommés à la cantine

I.2.2 Donner un repas équilibré et du plaisir aux jeunes en restauration collective

I.2.2.1 En imposant le respect des règles nutritionnelles au restaurant scolaire

I.2.2.2 En développant, dans les collèges, le dispositif « Plaisir à la cantine »

I.2.2.3 En facilitant l'apprentissage de bonnes pratiques alimentaires par les étudiants et leur découverte des produits bruts à un tarif social

I.2.2.4 En développant l'éducation nutritionnelle à l'université

I.2.2.5 En proposant un accompagnement et des formations **spécifiques adaptées** aux responsables des services de restauration scolaire

### I.3 Mieux manger en établissements de santé et médico-sociaux

I.3.1 Améliorer le confort des patients

I.3.1.1 En améliorant le bien-être des personnes âgées fragilisées grâce à une **offre alimentaire labellisée**, adaptée à leurs besoins, alliant nutrition et plaisir

I.3.1.2 En mobilisant les établissements de santé et médico-sociaux pour apporter des **améliorations pratiques aux menus et aux conditions de prise des repas**

I.3.1.3 En évaluant le programme « **corbeilles de fruits et légumes frais à l'hôpital** »

I.3.2 Guider et conseiller les familles pour permettre de conserver le côté convivial du repas en cas de pathologies nécessitant un suivi et une **prise en charge alimentaire spécifique des enfants hors établissement de santé**

### I.4 Améliorer l'alimentation des séniors

I.4.1 Adapter l'alimentation des aînés à de nouveaux besoins

I.4.1.1 En améliorant le respect des **règles nutritionnelles** dans les maisons de retraite

I.4.2 Les aider à conserver leur autonomie le plus longtemps possible

I.4.2.1 En améliorant les prestations de **portage à domicile des repas**

I.4.2.2 En permettant aux personnes âgées isolées de bénéficier de **paniers fermiers**

I.4.2.3 En développant l'information sur l'alimentation des plus de 55 ans

### I.5 Améliorer l'offre alimentaire en milieu carcéral et favoriser la réinsertion par l'alimentation

I.5.1 Favoriser les **échanges de pratiques entre cuisiniers** des différents établissements pour améliorer la prestation de restauration

I.5.2 Utiliser l'alimentation comme aide à la **réinsertion professionnelle** en développant les formations aux métiers de bouche

I.5.2 Faire bénéficier les jeunes sous protection judiciaire d'un accompagnement et de formation à des métiers relevant des domaines de l'agriculture, de l'environnement, de l'agroalimentaire, de l'alimentation, de la forêt et des services en milieu rural en vertu de l'accord-cadre établi en mai 2009 entre la DPJJ, la DAP pour le ministère de la justice et la DGER pour le ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire

## 7. Améliorer l'offre alimentaire (Axe II du PNA)

### II.1 Généraliser les démarches volontaires et les partenariats publics/privés permettant d'innover pour améliorer la qualité des éléments

II.1.1 Mettre en place un **observatoire de l'alimentation** pour améliorer le suivi de la qualité de l'alimentation

II.1.2 Inciter les professionnels du secteur concerné à formuler des propositions d'amélioration de la qualité de leurs produits via des **contrats collectifs d'engagement de qualité**

II.1.3 Afin de faciliter ces évolutions, favoriser **l'innovation** dans le champ des productions agricoles, de la pêche et de l'alimentation, notamment pour les PME

II.1.4 Améliorer **l'accès aux produits de base**

II.1.5 Améliorer ou conserver la **qualité organoleptique** de l'offre alimentaire

II.1.6 Réduire l'apport en sel via l'offre alimentaire

II.1.7 Évaluer les opportunités de développement et de valorisation des modes de production agricoles permettant d'améliorer la qualité nutritionnelle des produits

II.1.8 Créer un **comité stratégique des IAA**

## **II.2 Développer des variétés végétales à haute valeur environnementale, nutritionnelle et organoleptique**

- II.2.1 Modifier les **critères de sélection** afin d'intégrer la valeur environnementale, nutritionnelle et organoleptique pour les nouvelles variétés organoleptique
- II.2.2 Améliorer l'**information** sur les variétés commercialisées

## **II.3 Rapprocher producteurs et consommateurs**

- II.3.1 Développer les productions agricoles et de la pêche en circuits courts ou de proximité
- II.3.2 Faciliter l'accès des consommateurs de la **restauration collective publique** aux productions issues de ces circuits

## **II.4 Améliorer la sécurité sanitaire des produits mis à la disposition des consommateurs**

- II.4.1 Imposer la **formation à l'hygiène alimentaire des professionnels de la restauration**
- II.4.2 Accompagner les **petites entreprises** et les **transformateurs à la ferme** à intégrer la sécurité sanitaire dans le management de leur entreprise

## **ACTIONS COMPLÉMENTAIRES**

Des actions complémentaires à celles du PNA rappelées ci-dessus sont proposées pour répondre à l'objectif nutritionnel n° 3 du Haut conseil de la santé publique détaillé ci-dessus : « Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment dans les populations à risque ».

### **8. Développer et valoriser les chartes d'engagement volontaires de progrès nutritionnel pour une offre alimentaire allant dans le sens des objectifs du PNNS par :**

- (8.1) l'évolution du référentiel-type pour les chartes individuelles d'engagements volontaires de progrès nutritionnel, la promotion des chartes vers les acteurs économiques concernés, les médias, les professionnels relais, le grand public et le développement d'un cadre et permettant aux opérateurs signataires de communiquer sur leur engagement ;
- (8.2) l'aide aux petites et moyennes entreprises pour l'élaboration des chartes.

### **9. Élaborer un référentiel de savoir faire culinaire plus favorable à la santé à destination des professionnels de la santé, du secteur social et de la jeunesse en lien avec le PNA.**

## Mesure 3 • Mettre en œuvre les actions ayant un impact de santé publique mentionnées dans le Programme éducation santé 2011-2015 et complémentaires à ce programme

### ACTION

10. Renforcer, dans le cadre du Programme éducation santé 2011-2015, l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire par :

- (10.1) le développement de l'éducation à la nutrition en s'appuyant notamment sur les programmes scolaires, particulièrement en CE2 et 5<sup>e</sup> ;
- (10.2) la valorisation et la diffusion d'outils de référence en éducation nutritionnelle pour l'école primaire comprenant des outils d'analyse de la publicité alimentaire des outils d'éducation sensorielle et des outils pour des ateliers culinaires ;
- (10.3) la sensibilisation des parents, sur la base du dossier documentaire réactualisé ;
- (10.4) la diffusion d'une circulaire portant sur les prises alimentaires à l'école, au collège et au lycée.

## Mesure 4 • Développer des actions d'information et d'éducation nutritionnelle

Les repères nutritionnels du PNNS sont inégalement connus, perçus et compris. Leur application peut se heurter à une série d'obstacles. Le passage de la connaissance à la mise en pratique de ces repères demeure un défi pour de larges fractions de la population (notamment les plus défavorisées).

Les pathologies liées à la nutrition sont nombreuses. Le développement des actions d'information des professionnels, notamment de santé, mais aussi des élus et de la population générale est primordial. Les données scientifiques soulignent que la publicité alimentaire télévisée contribue à favoriser la consommation accrue de produits riches en sucre, en graisse et en sel. L'exposition de l'enfant et des populations vulnérables aux publicités a un impact sur les préférences et les choix alimentaires, le grignotage, les connaissances et l'état nutritionnel.

En vue de renforcer l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire, l'objectif est de privilégier les outils ludiques, d'informer, d'éduquer et d'orienter les jeunes consommateurs vers des choix alimentaires satisfaisants d'un point de vue nutritionnel.

### ACTIONS

#### 11. Développer une communication actualisée sur les repères nutritionnels du PNNS et des outils adaptés à des publics spécifiques ; informer sur les relations entre nutrition et pathologies par :

(11.1) l'actualisation des repères nutritionnels, le renforcement de leur communication en vue de leur appropriation et de leur mise en pratique (notamment les repères moins connus comme les féculents) avec une approche prenant en compte la spécificité des publics ; le développement d'une information sur la notion de portion ; l'information sur la question de la consommation d'alcool ; la promotion des sels iodés et fluorés dans le cadre de la limitation de la consommation de sel ;

(11.2) le renforcement de l'information sur la notion de sédentarité (notamment temps d'écran) ; l'intégration d'une sensibilisation sur les relations entre le sommeil et la prise de poids dans les documents publiés du PNNS et du PO à destination du grand public et des professionnels ;

(11.3) l'information des professionnels de santé sur les liens entre nutrition et pathologies fournissant des recommandations de prise en charge nutritionnelle de maladies chroniques d'organes ; la sensibilisation des professionnels sur l'allergie alimentaire ;

(11.4) la prise en compte des principales conclusions des travaux sur l'image du corps en vue d'élaborer des mesures concrètes pour une meilleure représentation de la diversité corporelle ;

(11.5) le développement d'une information validée par les pouvoirs publics sur le bon usage des compléments alimentaires ;

(11.6) la communication sur les rapports de l'Agence nationale de sécurité sanitaire des aliments (Anses) et de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) sur l'amaigrissement.

*L'encadrement des téléachats vantant des produits et appareils ayant un effet sur l'état nutritionnel (voir plan obésité).*

## 12. Renforcer les messages de santé publique et réduire les effets de la pression publicitaire par :

(12.1) la poursuite des réflexions dans le but de parvenir à limiter la pression publicitaire s'exerçant sur les enfants en faveur de la consommation d'aliments gras/sucrés/salés ;

(12.2) l'évolution des messages sanitaires apposés aux publicités émanant d'opérateurs économiques ;

(12.3) la sensibilisation des producteurs de programmes TV à la relation nutrition santé.

## Mesure 5 • Promouvoir l'allaitement maternel

L'allaitement est une pratique intime, liée à l'histoire et à la culture de chaque société, dont la décision revient à chaque femme. C'est une pratique dont les bénéfices pour la santé de l'enfant allaité et de sa mère à court, moyen et long terme, ont été scientifiquement démontrés. La décision d'allaiter est un choix individuel qui tient compte du savoir, de la disponibilité, des traditions, des moyens et des représentations de chaque femme.

### ACTION

#### 13. Mettre en œuvre des mesures issues du plan d'action allaitement pour :

(13.1) communiquer, informer et sensibiliser les mères sur les modes d'alimentation du nouveau-né, en intégrant un regard objectif sur l'allaitement maternel (en bénéfices comme en conditions à réunir) pour permettre un véritable choix éclairé ;

(13.2) s'assurer que les services de maternité offrent effectivement aux femmes le droit à l'information personnalisée et objective permettant ce choix. Les établissements réunissant ces conditions doivent l'inscrire dans le processus de certification.

## AXE 2 → Développer l'activité physique et sportive (APS) et limiter la sédentarité

Les mesures prévues dans cet axe ont pour finalité de permettre l'atteinte des objectifs nutritionnels et des objectifs relatifs aux maladies cardio-vasculaires et métaboliques fixés par le **Haut conseil de santé publique** qui sont indiqués ci-dessous (avril 2010).

### Objectifs nutritionnels

#### Objectif général 2 • Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges

##### • Sous objectif général 2-1 : augmenter l'activité physique chez les adultes

OS 2-1-1 : augmenter chez les adultes, en 5 ans, la proportion de personnes située dans la classe d'activité physique\* :

- « élevée » de 20 % au moins chez les hommes et de 25 % au moins chez les femmes ;
- « moyenne » de 20 % au moins.

\* : selon le questionnaire IPAQ (International Physical Activity Questionnaire)

##### • Sous objectif général 2-2 : augmenter l'activité physique et lutter contre la sédentarité chez les enfants et les adolescents

OS 2-2-1 : atteindre, en 5 ans, au moins 50 % d'enfants et adolescents de 3 à 17 ans ayant une activité physique d'intensité élevée trois fois par semaine pendant au moins une heure.

OS 2-2-2 : diminuer de 10 % au moins, en 5 ans, le temps moyen journalier passé par les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans devant un écran.

#### Objectif général 1 • Réduire l'obésité et le surpoids dans la population

##### • Sous-objectif général 1-1 : stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids chez les adultes

OS 1-1-1 : stabiliser, en 5 ans, la prévalence de l'obésité chez les adultes.

OS 1-1-2 : réduire, de 10 % au moins, en 5 ans, la prévalence du surpoids chez les adultes.

OS 1-1-3 : stabiliser, en 5 ans, chez les femmes en situation de pauvreté, la prévalence de l'obésité.

OS 1-1-4 : diminuer de 15 % au moins, en 5 ans, la prévalence de l'obésité morbide.

##### • Sous-objectif général 1-2 : diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents

OS 1-2-1 : diminuer en 5 ans, de 15 % en moyenne, chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans, la prévalence globale de surpoids et d'obésité.

OS 1.2.2 : diminuer en 5 ans, de 15 % au moins, chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans issus de milieux défavorisés, la prévalence de surpoids et d'obésité.

## Objectifs relatifs aux maladies cardio-vasculaires et métaboliques

### Objectif général 2 • Diminuer l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle

OS 2-1 : réduire de 5 %, dans la population adulte, la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) en 5 ans.

OS 2-2 : augmenter en 5 ans la proportion de patients atteints d'hypercholestérolémie traités et équilibrés.

OS 2-3 : augmenter en 5 ans la proportion de patients atteints d'hypertension artérielle, traités et équilibrés.

Dans une société qui incite à une plus grande sédentarité, l'expertise collective de l'INSERM sur l'activité physique et le rapport du Professeur Toussaint *Retrouver sa liberté de mouvement*, de 2008, ont montré que la composante « bouger » de la nutrition est essentielle pour l'équilibre énergétique à tous les âges de la vie. Porteuse de valeurs sociales et éducatives, l'activité physique a un effet bénéfique sur la santé, qu'elle soit pratiquée dans les déplacements et les activités de la vie quotidienne, ou encadrée dans un club sportif. Elle est aussi un adjuvant thérapeutique auprès des patients en parcours de soins. Dans cet esprit, un grand nombre d'initiatives ont déjà été développées pour inciter la mise en pratique du repère du PNNS « Au moins 30 minutes d'activité physique par jour ». Cependant, il est nécessaire de renforcer la politique de promotion et d'éducation à la santé par les actions dans ce domaine pour tenir compte des objectifs fixés par le HCSP.

Deux niveaux d'activités physiques et sportives (APS) doivent être développés :

- l'activité physique au quotidien pour tous, durant les temps de trajets, de loisirs et de travail, complétée par une activité physique encadrée régulière ;
- l'activité physique adaptée pour les personnes particulièrement vulnérables, qu'il s'agisse de populations défavorisées, en situation de handicap, de personnes atteintes de maladies chroniques, ou de personnes âgées.

## Mesure 1 • Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne pour tous

Deux leviers sont préconisés dans les rapports au niveau mondial pour inciter les citoyens à pratiquer une activité physique : l'information et l'amélioration de l'environnement physique.

### ACTIONS

#### 14. Promouvoir un environnement propice à la pratique de l'activité physique et limiter la sédentarité par :

(14.1) la valorisation et l'encouragement des modes de transport actifs avec l'intégration de la mobilité active dans les chaînes de déplacements (en lien avec le Plan santé environnement 2) ;

(14.2) la mise en place d'évènements grand public pour promouvoir l'APS comme facteur de santé et de bien être.

#### 15. Promouvoir des moyens destinés à développer la pratique de l'activité physique par :

(15.1) le développement de la communication auprès du public sur l'activité physique et sportive, en tenant compte des spécificités par public ainsi qu'en sensibilisant notamment les employeurs, les comités d'entreprise et les collectivités territoriales à l'intérêt de l'activité physique ;

(15.2) la sensibilisation des professionnels des secteurs de la santé, du social et de l'éducation nationale, en contact avec les enfants et les adolescents, aux bénéfices santé de l'activité physique et sportive.

## Mesure 2 • Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA) chez les populations en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques

### ACTIONS

#### 16. Promouvoir l'accès aux activités physiques et sportives pour les personnes en situation de handicap (physique, mental, psychique ou sensoriel) par :

- (16.1) le développement de la communication, via le portail PNNS, auprès du public et des professionnels sur les bénéfices santé de la pratique des APS chez les personnes handicapées ;
- (16.2) l'accompagnement des maisons départementales du handicap (MDPH) afin qu'elles intègrent dans les plans personnalisés de compensation, élaborés par les commissions départementales, l'accessibilité à la pratique d'une activité physique ou sportive ;
- (16.3) l'accompagnement des centres spécialisés et des associations sportives à la mise en place des APS pour les publics atteints d'un handicap physique, mental, psychique ou sensoriel ;
- (16.4) l'accompagnement des fédérations sportives pour le développement de l'offre pour ce public et des propriétaires d'équipements sportifs à la mise en place d'aménagements nécessaires pour faciliter l'accessibilité de ce public.

#### 17. Promouvoir l'accès aux activités physiques et sportives pour les populations défavorisées par :

- (17.1) le renforcement de la prise en compte de la promotion de l'APS comme facteur de santé au sein de la politique de la ville ;
- (17.2) le développement des APS dans les quartiers défavorisés ;
- (17.3) le développement des APS comme support de l'action d'éducation auprès des jeunes sous protection judiciaire. Le « challenge Michelet » manifestation sportive annuelle à l'attention des jeunes sous protection judiciaire ou pris en charge dans le cadre de la politique de la ville et de la prévention de la délinquance participe à ce développement.

#### 18. Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée chez les personnes âgées de plus de 50 ans et les personnes en perte d'autonomie par :

- (18.1) la création et la diffusion d'un annuaire des associations sportives proposant des activités pour les personnes âgées de plus de 50 ans ;
- (18.2) le développement de l'offre d'activités physiques dans les EHPAD et les foyers ou résidences pour personnes âgées ;
- (18.3) l'harmonisation des programmes visant à prévenir les chutes par les APS et la mise en place d'un dispositif national bien identifié.

### 19. Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée chez les personnes atteintes de maladies chroniques, dans les clubs sportifs par :

- (19.1) l'élaboration d'un guide d'aide à la mise en place dans un club d'une offre d'APS destinée aux personnes atteintes de maladies chroniques, après évaluation des expérimentations en cours ;
- (19.2) l'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques, destiné aux clubs sportifs qui souhaitent mettre en place une offre d'APS pour les personnes atteintes de maladies chroniques ;
- (19.3) l'apport d'une aide financière aux fédérations sportives et à leurs comités régionaux et départementaux, pour les inciter à développer l'offre pour cette population.



## AXE 3 → Organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition ; diminuer la prévalence de la dénutrition

Les mesures prévues dans cet axe ont pour finalité de permettre l'atteinte des objectifs nutritionnels fixés par le **Haut conseil de santé publique** qui sont indiqués ci-dessous (avril 2010).

### Objectifs nutritionnels

#### Objectif général 4 • Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles

- OS 4-1 : réduire la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les adolescents.
- OS 4-2 : réduire, en population générale, en 5 ans, le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution :
  - de 15 % au moins pour les plus de 60 ans ;
  - de 30 % au moins pour les plus de 80 ans.
- OS 4-3 : réduire de 20 % au moins, en 5 ans, le pourcentage de malades hospitalisés dénutris.

Le dépistage et la prise en charge des pathologies liées à la nutrition (obésité et dénutrition) nécessitent, sur la base des recommandations de pratiques disponibles, une organisation rationnelle des soins, depuis le premier contact avec le médecin traitant jusqu'aux établissements hospitaliers et de soins de suite et de réadaptation (SSR). Il convient de préciser le rôle de chacun dans la chaîne de soins. Ce champ recouvre dans le domaine de l'obésité un axe majeur du PO traité par ailleurs. La dénutrition affecte les personnes âgées, mais également les enfants et les adultes. Toutes les grandes pathologies chroniques (maladies chroniques d'organe - respiratoires, rénales, cardiaques, hépatiques, cancers, Alzheimer, troubles du comportement alimentaire) peuvent en effet induire une dénutrition à l'origine d'une augmentation de la morbidité, de la mortalité et d'une dégradation de la qualité de vie. La dénutrition est aussi un facteur de perte de chance pour les personnes malades. Elle génère des coûts de santé considérables. La question de la dénutrition concerne divers plans de santé publique (notamment : plan qualité de vie des personnes souffrant de maladies chroniques, plan Alzheimer, plan cancer, plan santé mentale...).

Le dépistage systématique de la dénutrition et des troubles nutritionnels, à l'hôpital comme en ambulatoire ou au sein des réseaux de santé, revêt une importance particulière tant en termes de prévention que de soins. Ce dépistage amène à proposer une prise en charge coordonnée et à assurer un suivi régulier dans un établissement de santé public ou privé, lors d'une hospitalisation à domicile ou d'un suivi régulier dans un établissement médico-social (EHPAD, maisons de retraite...).

Ce dépistage, dont les modalités ont été définies par la HAS, fait partie des indicateurs IPAQSS (Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins). Sa mesure est documentée dans les indicateurs évalués chaque année.

# Mesure 1 • Organiser le dépistage des troubles nutritionnels et la prise en charge du patient

## ACTIONS

### 20. Mieux prendre en compte la dimension nutrition en médecine ambulatoire par :

- (20.1) la mise en ligne d'un outil d'appropriation du PNNS pour les médecins généralistes ;
- (20.2) l'analyse de l'intérêt de définir un titre et des compétences de « médecin nutritionniste » ;
- (20.3) la définition de programmes d'éducation thérapeutique du patient dans les établissements de santé et dans les prises en charge ambulatoire ;
- (20.4) l'analyse des besoins de prise en charge des patients ayant une maladie nutritionnelle sévère et la proposition d'une organisation de l'offre.

*L'organisation au niveau territorial de la chaîne des soins en nutrition (voir plan obésité).*

### 21. Mieux prendre en compte la dimension la nutrition en établissements par :

- (21.1) l'inscription dans le référentiel de certification des établissements d'un processus formalisé relatif à l'état nutritionnel (depuis le diagnostic jusqu'aux mesures correctives) ;
- (21.2) l'évaluation de l'impact des unités transversales de nutrition ;
- (21.3) la mise en place des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) nutrition (et leur extension sur l'hospitalisation à domicile).

## Mesure 2 • Prévenir et dépister la dénutrition

La sensibilisation de l'ensemble des professionnels de santé et des aidants à la question de la dénutrition (personnes âgées, personnes souffrant de pathologies, y compris les enfants, populations précaires...) est un objectif prioritaire. Ceci s'accompagne de la mise à disposition d'outils pertinents validés, et de la formalisation de mesures pour permettre une alimentation suffisante en quantité et qualité.

### ACTIONS

#### 22. Sensibiliser les professionnels de santé par :

(22.1) l'actualisation de l'outil de formation dénutrition en ligne et la promotion de formations sur la dénutrition ;

(22.2) la conception d'outils pratiques pour le repérage et la prise en charge de la dénutrition et l'analyse des modalités de leur mise à disposition.

#### 23. Améliorer la nutrition des personnes âgées par :

(23.1) le développement des actions de communication, d'information à destination des familles, des aidants, des professionnels ;

(23.2) la sensibilisation au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition des résidents en EPHAD ;

(23.3) la promotion de la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

*L'élaboration de recommandations nutritionnelles pour le portage à domicile en lien avec le PNA (1.4.2.1).*

#### 24. Dépister la dénutrition en médecine ambulatoire par :

(24.1) la promotion de l'utilisation du MNA (*Mini Nutritional Assessment*) dans sa forme courte auprès des médecins généralistes.

#### 25. Dépister la dénutrition chez les patients souffrant de pathologies chroniques et aiguës par :

(25.1) le développement d'un guide pratique pour améliorer le renseignement et la traçabilité de l'évaluation nutritionnelle.

*La mise en place d'une surveillance de l'état nutritionnel et un suivi diététique (cf action 26.1).*

## Mesure 3 • Prendre en charge la dénutrition

Les conditions d'une prise en charge efficace de la dénutrition passent par des mesures générales pour faciliter sa prise en compte dans le système de santé ; les particularités des divers types de patients dénutris nécessitent des interventions spécifiques.

### ACTIONS

#### 26. Favoriser la prise en charge de la dénutrition chez les patients par :

- (26.1) l'élaboration de protocoles de prise en charge nutritionnelle spécifiques pour les patients reconnus comme dénutris ;
- (26.2) le développement de programmes d'éducation thérapeutique « dénutrition » dans le cadre ambulatoire ;
- (26.3) l'inclusion de la prise en charge nutritionnelle dans le plan personnalisé de soins des patients cancéreux ;
- (26.4) l'information et l'implication des patients et de leur entourage pour optimiser leur adhésion au traitement envisagé, en lien avec les associations de patients.

#### 27. Améliorer la prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées par :

- (27.1) le développement des formations : aidants familiaux, aidants et professionnels en contact des personnes âgées à domicile, personnels des SSIAD (Services de soins infirmiers à domicile) ;
- (27.2) l'étude de l'opportunité du développement de la prise en charge à domicile afin de limiter les recours au secteur hospitalier.

## Mesure 4 • Prévenir et prendre en charge les troubles nutritionnels des populations en situation de handicap

Les situations de grand handicap, d'origine mentale, neurologique, neuro-traumatologique ou traumatique, conduisent à une grande vulnérabilité nutritionnelle. La loi n° 2005-102 du 11 février 2005, sur le handicap affirme l'égalité des droits et des chances pour les personnes handicapées. Mais l'appauvrissement social et les inégalités qui résultent du handicap sont des facteurs de troubles nutritionnels (dénutrition ou surcharge pondérale), susceptibles d'aggraver le handicap mais également de retentir sur l'autonomie et la qualité de vie et d'augmenter la morbi-mortalité. Le dépistage, le traitement et la prévention des troubles nutritionnels des personnes handicapées sont des points majeurs de la prise en charge médico-sociale globale intégrée du handicap.

### ACTION

#### 28. Développer les actions de dépistage, prévention, surveillance de l'état nutritionnel pour les personnes en situation de handicap

28.1 Une analyse des besoins, des freins et difficultés spécifiques aux actions de dépistage et de prévention tenant compte des divers types de handicaps, et à une surveillance globale de l'état nutritionnel des personnes handicapées, en secteur médico-social et en ambulatoire. Des propositions d'actions adaptées issues de cette analyse seront développées.



## AXE 4 → Valoriser le PNNS comme référence pour les actions en nutrition ainsi que l'implication des parties prenantes

Les mesures prévues dans cet axe ont pour finalité de permettre l'atteinte de l'ensemble des objectifs nutritionnels et des objectifs relatifs aux maladies cardio-vasculaires et métaboliques, fixés par le **Haut conseil de santé publique** présentés dans les trois axes précédents (avril 2010).

Le PNNS propose un cadre d'intervention cohérent incitatif pour les multiples acteurs impliqués dans le domaine de la nutrition. Le champ couvert par le PNNS est très vaste. Afin de permettre aux acteurs de valoriser leurs actions propres, il est nécessaire d'assurer une visibilité et une promotion globale à ce programme.

Depuis son lancement, le PNNS a mis en place divers mécanismes, outils et procédures pour inciter les multiples acteurs à s'engager en matière de nutrition santé, dans le cadre de cohérence défini par les pouvoirs publics. Ces mécanismes doivent être promus.

De nombreuses entreprises et secteurs prennent des engagements de progrès nutritionnel pour les produits alimentaires qu'ils fabriquent et mettent en vente. Validés par une commission mise en place par les pouvoirs publics, ces engagements méritent une plus grande visibilité et une meilleure explication de leur intérêt (voir axe 1, action 8).

## Mesure 1 • Promouvoir le PNNS comme la référence en matière de « nutrition et santé »

Le PNNS met en place de nombreuses actions dans des champs différents. La complémentarité de ces interventions est indispensable à l'amélioration de la santé dans le domaine de la nutrition. Chacun doit pouvoir en suivre l'évolution.

### ACTION

#### 29. Mettre en place une stratégie de communication du PNNS par :

(29.1) la création d'un portail spécifique institutionnel d'information sur le PNNS, ses principes, ses actions, ses partenaires majeurs sources d'informations validées : [www.pnns.gouv.fr](http://www.pnns.gouv.fr) (pouvant renvoyer vers diverses sources validées) ;

(29.2) la promotion du site [www.mangerbouger.fr](http://www.mangerbouger.fr) comme référence en matière d'information « nutrition et santé » sur Internet ;

(29.3) l'information régulière des médias, des professionnels concernés, des élus et du grand public sur les réalisations du PNNS ;

(29.4) le renforcement de la notoriété du logo PNNS et de ses déclinaisons ;

(29.5) la prise de parole dans des débats d'actualité pour faire valoir les messages du PNNS.

## Mesure 2 • Développer les chartes d'engagements des collectivités territoriales actives du PNNS

Au niveau décentralisé, l'engagement et l'appui politique sont essentiels afin d'assurer le développement et la pérennité des actions et programmes développés par les professionnels des collectivités territoriales et les milieux associatifs. C'est dans cette intention que des chartes sont proposées par le PNNS. Une coordination entre les divers partenaires institutionnels intervenant au sein des régions de France doit permettre d'assurer une synergie des actions et une recherche d'efficacité.

### ACTIONS

#### 30. Développer la charte « villes actives du PNNS » par :

- (30.1) le développement de la coordination nationale des villes actives du PNNS, en renforçant le site [www.reseauvillesactivespnns.fr](http://www.reseauvillesactivespnns.fr) ;
- (30.2) l'incitation des villes qui réalisent des actions nutrition à devenir « villes actives » du PNNS ;
- (30.3) la mise en place de dynamiques entre villes actives du PNNS au niveau régional.

#### 31. Développer la charte « départements actifs du PNNS » par :

- (31.1) le développement de liens entre départements actifs du PNNS et autres départements.

#### 32. Développer une charte « région active du PNNS » et la synergie d'interventions entre les diverses collectivités territoriales par :

- (32.1) la création d'une charte en lien avec des élus et des représentants techniques des conseils régionaux ;
- (32.2) la réalisation d'un cadre répondant à la diversité des situations régionales, visant à harmoniser et mettre en synergie les interventions des divers acteurs territoriaux.

## Mesure 3 • Développer les chartes d'engagements des entreprises au profit des salariés

Les salariés passent plusieurs heures par jour au sein de leur entreprise. Ils y prennent notamment leur repas et sont amenés à se déplacer pour s'y rendre. À cet égard, l'entreprise peut contribuer à la promotion d'une bonne nutrition.

### ACTION

#### 33. Développer la charte « entreprises actives du PNNS » par :

(33.1) la proposition d'une charte pour les entreprises de plus 50 salariés dans un premier temps, suivi de la constitution d'un comité chargé de suivre la mise en œuvre de cette charte ; en proposant le cas échéant son évolution ;

(33.2) la création d'une base de données recensant les actions menées dans les entreprises signataires de la charte qui sera développée et insérée dans le portail Internet du PNNS ;

(33.3) l'organisation, tous les deux ans d'un colloque national réunissant les représentants d'« entreprises actives » du PNNS afin de partager les meilleures pratiques.

## Mesure 4 • Faire connaître et valoriser les actions et documents validés par le PNNS

Une procédure d'attribution du logo du PNNS pour les actions, les outils, les documents produits par divers types d'acteurs (associatifs, économiques, collectivités territoriales...), a été mise en place dès 2004.

Valoriser et partager la richesse des expériences évaluées menées par les multiples intervenants dans le domaine nutritionnel s'imposent. Cela doit conduire, en envisageant les moyens d'accompagner l'appropriation de ces bonnes pratiques, à améliorer la qualité des interventions réalisées en direction des divers groupes de population.

### ACTIONS

#### 34. Réviser les conditions de l'attribution du logo du PNNS et encourager son attribution par :

(34.1) le développement d'une communication pour faire connaître et valoriser la procédure d'attribution auprès des acteurs susceptibles de solliciter le logo (en particulier les responsables associatifs), des financeurs d'actions nutrition (notamment ARS) et des utilisateurs possibles (notamment les enseignants) ;

(34.2) l'amélioration de la base de données disponible sur [www.mangerbouger.fr](http://www.mangerbouger.fr), référençant les actions, outils, documents porteurs du logo, qui sera rendue plus fonctionnelle et mieux valorisée ;

(34.3) la révision du cahier des charges de l'attribution du logo PNNS ;

(34.4) la création à des fins promotionnelles d'une « bourse des outils et documents porteurs du logo PNNS ».

#### 35. Créer des évènements locaux, régionaux et nationaux de valorisation des acteurs et des actions menées dans le cadre du PNNS par :

(35.1) l'évolution de la semaine « mouv'eat » préparée par des réunions au niveau interrégional vers une « semaine des collectivités territoriales pour la nutrition » permettant la valorisation des diverses collectivités territoriales « actives » du PNNS ;

(35.2) l'organisation, tous les deux ans, d'un colloque des « collectivités actives du PNNS », pour permettre un large échange de pratiques, sur la base des réalisations.

#### 36. Organiser la mutualisation des outils et pratiques validés du PNNS par :

(36.1) l'accompagnement de la diffusion ainsi que l'appropriation des programmes et des actions évalués, et jugés particulièrement positifs.



## VOLET TRANSVERSAL → Formation, surveillance, évaluation et recherche

Les mesures prévues dans cet axe ont pour finalité de permettre l'atteinte de l'ensemble des objectifs nutritionnels et des objectifs relatifs aux maladies cardio-vasculaires et métaboliques fixés, par **le Haut conseil de santé publique** présentés dans les trois premiers axes du plan (avril 2010).

La formation initiale et continue des professionnels dans le domaine « nutrition et santé publique », contribue au développement, au maintien et à la cohérence voulue par le PNNS.

La surveillance et l'évaluation sont des éléments fondamentaux pour l'orientation permanente des stratégies d'intervention, le renforcement de la pertinence et de l'efficacité des actions mises en place.

De nouvelles questions émergent, tant dans des domaines de biologie fondamentale que d'épidémiologie, de sciences humaines et sociales ou de recherche clinique. Le PNNS s'appuie sur la recherche pour orienter ses axes futurs.

## Mesure 1 • Contribuer à l'orientation de la formation en nutrition et santé publique

Il est indispensable d'assurer un niveau de compétences et d'actualiser les connaissances des professionnels intervenant dans le champ de la nutrition, dans une optique de santé publique.

Le champ concerne les formations initiales et les formations continues, qui doivent être cohérentes avec les objectifs et orientations du PNNS.

### ACTIONS

#### 37. Développer des formations en lien avec la mise en œuvre du PNNS par :

- (37.1) des formations/échanges sur la mise en œuvre du PNNS et les pratiques au niveau régional ;
- (37.2) la poursuite de la formation de formateurs labellisés PNNS ;
- (37.3) la mise en place de formations PNNS à destination des médias.

#### 38. Développer des outils de formation en nutrition par :

- (38.1) le développement d'un module en ligne sur le dépistage et la prise en charge de l'obésité pour les professionnels ;
- (38.2) la mise à disposition de modules de formation PNNS, selon des formats adaptés pour les enseignants, les assistantes maternelles, les salariés d'entreprises ;
- (38.3) la proposition de labellisation « PNNS » de modules de formation continue produits par divers organismes, ainsi que la promotion de ces modules ;
- (38.4) la poursuite de la collection « Les synthèses du PNNS » ;
- (38.5) la compilation actualisée des « Guides nutrition » pour les professionnels produits par l'INPES.

#### 39. Renforcer les formations initiales et continues des professionnels par :

- (39.1) la révision en vue d'une actualisation des contenus et modalités de formation initiale des médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, diététiciens et paramédicaux dans le domaine nutrition, en lien avec le collège des enseignants de nutrition ;
- (39.2) l'adaptation de la formation initiale des diététiciens, dans l'objectif d'une harmonisation avec les pratiques suivies dans l'Union européenne ;
- (39.3) la proposition d'évolution des cursus des professionnels de l'activité physique formés à l'université et du domaine social dans le champ de la nutrition santé ;
- (39.4) le soutien de la création d'un institut de formation cuisine-santé.

## Mesure 2 • Maintenir les outils nationaux de surveillance nutritionnelle et créer les outils nouveaux indispensables

La reconduction de diverses études nationales initiées à la fin des années 90 et durant les années 2000, permettra de disposer de données fiables d'évolution de la situation.

### ACTIONS

#### 40. Mettre en œuvre les études en population par :

##### **la mise en œuvre de grandes études nationales en population générale :**

- (40.1) la seconde étude nationale nutrition santé (ENNS 2),
- (40.2) la troisième étude individuelle nationale de consommation alimentaire (INCA 3),
- (40.3) l'étude de l'excrétion de sodium urinaire en population générale,
- (40.4) la poursuite de la collecte d'informations disponibles dans les baromètres nutrition de l'INPES ;

##### **la mise en œuvre d'études nationales en population particulière :**

- (40.5) une seconde étude *Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire* (ABENA 2),
- (40.6) l'étude EPIFANE (*Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants*),
- (40.7) l'étude ANAIS (*Alimentation, état nutritionnel et santé mentale des personnes âgées en institutions*),
- (40.8) le recueil régional sur échantillon aux fins de surveillance de l'indice de masse corporelle des enfants de grande section de maternelle,
- (40.9) l'intégration d'indicateurs « PNNS compatibles » dans les études comprenant une composante nutrition-santé (activité physique comprise),
- (40.10) la prise en compte des inégalités sociales dans le recueil de données de surveillance.

#### 41. Assurer la surveillance de la qualité nutritionnelle des aliments par :

- (41.1) la poursuite des analyses menées par l'observatoire de la qualité de l'alimentation (OQALI) sur la qualité nutritionnelle des produits alimentaires, en lien avec le PNA ;
- (41.2) l'étude de l'impact direct des chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnels par l'OQALI.

## Mesure 3 • Clarifier les enjeux, les intérêts, les besoins, les méthodes de l'évaluation

L'évaluation des actions et des programmes au regard des objectifs fixés et des processus prévus est un facteur de progrès. Les conditions de sa mise en œuvre doivent être précisées pour améliorer sa qualité.

### ACTION

#### 42. Développer une méthodologie harmonisée pour l'évaluation des actions en nutrition par :

(42.1) la mise en place d'un groupe de travail sur la question de l'évaluation des actions de nutrition et l'organisation d'un colloque national ;

(42.2) la mise en ligne d'un document d'harmonisation des méthodes d'évaluation de projets nutrition ;

(42.3) l'analyse de l'intérêt des cohortes nationales comme outil de surveillance nutritionnelle ;

(42.4) le pré-test et l'évaluation des campagnes de prévention.

## Mesure 4 • Contribuer aux orientations de la recherche en nutrition et santé publique

La recherche en nutrition s'appuie sur les travaux de l'Agence nationale de la recherche, les PHRC, les instituts de recherche, les diverses fondations...

### ACTION

#### 43. Promouvoir la recherche pluridisciplinaire en nutrition par :

(43.1) la formalisation de propositions aux organismes de recherche, en accord avec les orientations du PNNS, sur les déterminants biologiques, environnementaux, culturels, économiques et sociaux, relatives aux conséquences des pratiques et comportements sur l'état nutritionnel ainsi que l'évaluation de stratégies d'évaluation en population.

## Mesure 5 • Promouvoir l'expertise française au niveau européen et international

La France dispose de nombreux experts en nutrition. Leur présence dans les instances scientifiques et d'expertise internationale doit être promue et renforcée. Les échanges entre experts européens du champ de la nutrition doivent être favorisés.

### ACTION

44. Développer et valoriser les compétences françaises en nutrition au niveau international par :

- (44.1) la constitution d'une base de données des experts français du champ de la nutrition ;
- (44.2) la valorisation de cette base auprès des instances européennes et internationales.

## Mesure 6 • Évaluer le PNNS et le Plan Obésité

L'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés, au niveau national, régional ou local, ainsi que l'évaluation des processus mis en œuvre, contribuent à améliorer qualitativement les interventions, à développer les méthodes les plus efficaces, à adapter les interventions, ainsi qu'à fixer des objectifs y compris quantitatifs qui soient pertinents et réalistes.

### ACTION

45. Saisine de l'IGAS (à mi-parcours du PNNS et en fin de programme) et du HCSP (en fin de programme) pour l'évaluation du PNNS et du Plan Obésité (dont le volet recherche sera évalué par l'AERES).



# Annexe 1

## Les Chiffres Clés

### Prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant

Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants (3-17 ans) en France métropolitaine

- Surpoids: 14,3 %
- Obésité : 3,5 %

Source : ENNS, 2006-2007, données mesurées

ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DE SURPOIDS ET D'OBÉSITÉ CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS  
DANS LES ANNÉES 2000 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE (DIVERSES ÉTUDES)

	Surpoids		Obésité	
	Début	Fin	Début	Fin
<b>InVS-DESCO (7-9 ans) 2000-2007</b>	2000 : 14,3 %	2007 : 13 %	2000 : 3,8 %	2007 : 2,8 %
<b>INCA1-INCA2 (3-14 ans) 1998-2006</b>	1998 : 11,6 %	2006 : 11,6 %	1998 : 3,5 %	2006 : 2,9 %
<b>DREES (Grande section) 1999-2006</b>	1999 : 14,4 %	2006 : 12,1 %	1999 : 3,4 %	2006 : 3,1 %
<b>DREES (CM2) 2002-2005</b>	2002 : 15,8 %	2005 : 16 %	2002 : 4,1 %	2005 : 3,7 %

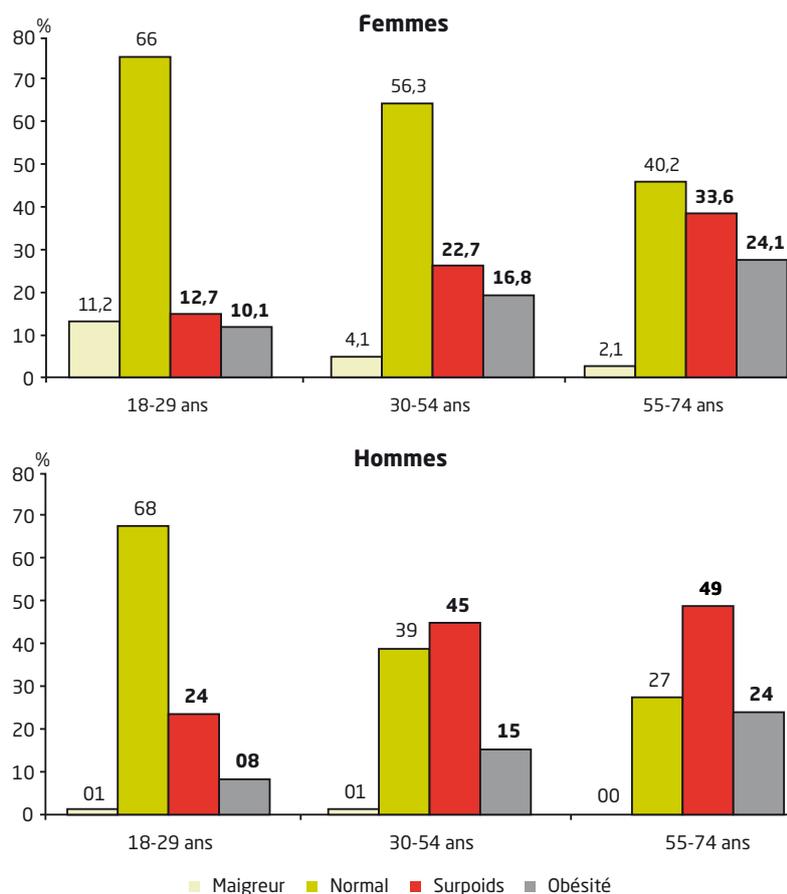
## Prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte

### Prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte (18-74 ans) en France métropolitaine

- Surpoids : 41 % chez les hommes et 23,8 % chez les femmes
- Obésité : 16,1 % chez les hommes et 17,6 % chez les femmes

Source : ENNS, 2006-2007, données mesurées

DISTRIBUTION DES HOMMES ET DES FEMMES DE 18-74 ANS SELON LA CORPULENCE (IMC, RÉFÉRENCE OMS) ET SELON L'ÂGE (ÉTUDE ENNS 2006)



### Prévalence d'obésité et surpoids (adultes) dans les collectivités d'outre-mer

	Surpoids		Obésité	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<b>Mayotte (15 ans et +)</b> Source : Nutriway 2006	24,8 %	25,7 %	7,6 %	32,3 %
<b>Réunion (18 ans et +)</b> Source : Reconsal 2002	38 %	33 %	8 %	20 %
<b>Martinique (16 ans et +)</b> Source : Escal 2003-2004	38 %	29 %	14 %	26 %
<b>Guadeloupe (25-74 ans)</b> Source : Consant 2007	37 %	34 %	14 %	31 %

## Activité physique et sédentarité

### Activité physique

- % de sujets adultes (18-74 ans) faisant par jour l'équivalent d'au moins 30 minutes **d'activité physique d'intensité au moins modérée (IPAQ)** :
  - Chez les hommes : 64 % dont 30 % d'activité physique élevée ;
  - Chez les femmes : 63 % dont 24 % d'activité physique élevée.
- % de sujets faisant par jour l'équivalent d'au moins 30 minutes **d'activité physique d'intensité au moins modérée (IPAQ, 11-14 ans)** :
  - Chez les garçons : 65 % dont 46 % d'activité physique élevée ;
  - Chez les filles : 55 % dont 30 % d'activité physique élevée.
- % de sujets faisant par jour l'équivalent d'au moins 30 minutes **d'activité physique d'intensité au moins modérée (IPAQ, 15-17 ans)** :
  - Chez les garçons : 78 % dont 42 % d'activité physique élevée ;
  - Chez les filles : 65 % dont 19 % d'activité physique élevée.

Source : ENNS, 2006-2007

### Sédentarité

- **% de sujets passants plus de trois heures devant un écran** (télévision, ordinateur) par jour quel que soit le type de jour (travail ou repos) :
  - Chez les adultes (18-74 ans) :
    - Hommes : 59 %,
    - Femmes : 48 %,
  - Chez les enfants (3-17 ans) :
    - Garçons : 41 %,
    - Filles : 38 %.
- **Temps moyen journalier passé devant un écran** (télévision, ordinateur, jeux vidéo) :
  - Chez les adultes (18-74 ans) : 3h21
  - Chez les enfants :

Temps	3 heures	2 h 50	3 heures ou plus		
Sources	ENNS (3-17 ans) (2006-2007)	INCA2 (3-17 ans) (2006-2007)	DREES (Grande section) 2005-2006	DREES (CM2) 2007-2008	DREES (Classe de 3 <sup>e</sup> ) 2008-2009

Source : ENNS, 2006-2007

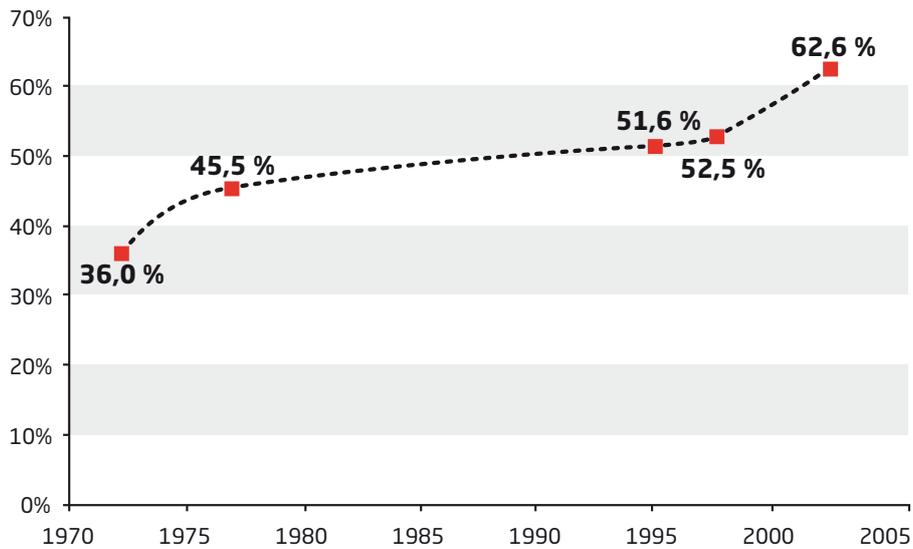
## Allaitement

### Prévalence de l'initiation de l'allaitement

- En 2003, la proportion d'enfants allaités en maternité est de 62,6 % dont 56,3 % allaités exclusivement et 6,3 % allaités partiellement.

Source : Enquêtes nationales périnatales (ENP)

ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DE L'INITIATION DE L'ALLAITEMENT (EXCLUSIF ET PARTIEL) EN MATERNITÉ EN FRANCE DE 1972 À 2003



### Durée de l'allaitement

- En 1998, la durée médiane de l'allaitement est de 10 semaines.
- L'allaitement à l'âge de 4 mois est maintenu dans à peine 5 % des cas en France.

Source : Pr TURCK Dominique, *Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel*, Juin 2010, 40 p.

## Dénutrition

### Prévalence de la dénutrition en établissements de court séjour

- Enfants : 20 %
- Adultes : 45 %
- Personnes âgées : 60 %

Source : Enquête AP-HP, Énergie 4+, 2003

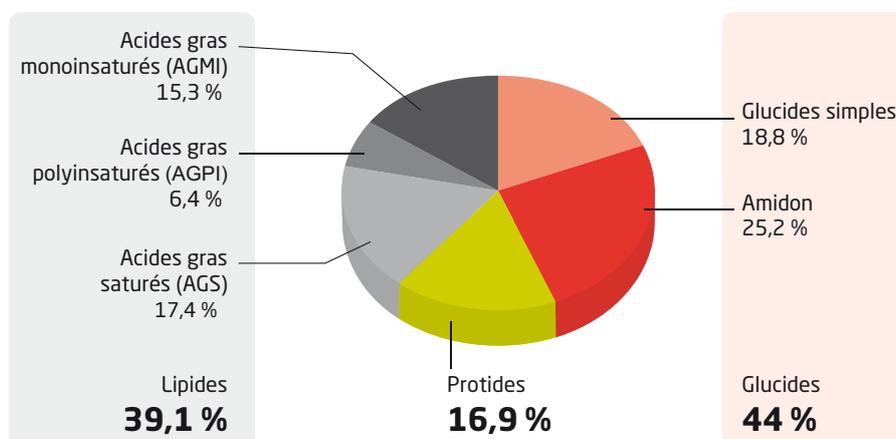
### Prévalence de la dénutrition, du surpoids et de l'obésité en maison de retraite

- Dénutris : 45 %
- En surpoids : 13 %
- Obèses : 16 %

Source : J.-C. Desport, *et al.*, *Nutrition clinique et métabolisme*, mai 2010

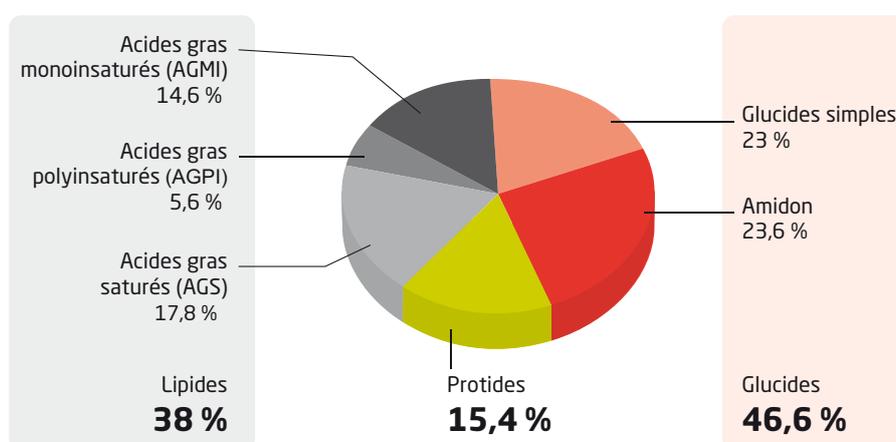
## Consommations alimentaires

Répartition des apports énergétiques sans alcool par macronutriments chez les adultes (18-79 ans)



Source : INCA2, 2006-2007

Répartition des apports énergétiques sans alcool par macronutriments chez les enfants et adolescents (3-17 ans)



Source : INCA2, 2006-2007

### Consommation journalière de sel (hors sel ajouté)

- Chez les adultes (18-79 ans) : 7,7 g
    - Hommes : 8,7 g - Femmes : 6,7 g
- Source : INCA2, 2006-2007

- Chez les enfants et les adolescents (3-17 ans) : 5,4 g
    - Garçons : 5,8 g - Filles : 5 g
- Source : INCA2, 2006-2007

### Consommation journalière de fibres

- Chez les adultes (18-79 ans) : 17,5 g
- Source : INCA2, 2006-2007

- Chez les enfants et les adolescents (3-17 ans) : 12,6 g
- Source : INCA2, 2006-2007

### Consommation journalière d'alcool

- Chez les adultes (18-79 ans) : 13 g
- Source : INCA2, 2006-2007

### Proportion ayant des apports en calcium alimentaire inférieure au besoin nutritionnel moyen (BNM)

- Adolescents (11-17 ans) : 68 %
  - Femmes (18-29 ans) : 36 %
  - Personnes âgées (+ 60 ans) : 50 %
- Source : INCA2, 2006-2007

### Anémie ferriprive (hémoglobine < 12 g/dl et ferritinémie < 15 mg/l)

- Adultes (18-74 ans) : 3,2 %
  - Femmes en âge de procréer (15-49 ans) : 5,7 %
- Source : ENNS, 2006-2007

### Risque de déficit en folates (< 3 ng/l : 7 %)

- Femmes en âge de procréer (15-49 ans) : 7 %
- Source : ENNS, 2006-2007

### Vitamines D chez les adultes (18-74 ans)

- Déficience modérée (5 et 10 ng/ml) : 4,4%
  - Risque de déficit (10 et 20 ng/ml) : 36,7 %
- Source : ENNS, 2006-2007

Sujets adultes (18-74 ans) dont la consommation alimentaire correspond aux repères de consommation du PNNS (en %)

Groupe d'aliments	Repère	Indicateur	Femmes	Hommes	Adultes
<b>Fruits et légumes</b>	Au moins 5 par jour	% consommant au moins 5 portions par jour	43	43	43
<b>Pain, céréales, pommes de terre, légumes secs</b>	A chaque repas et selon l'appétit	% consommant de 3 à 6 portions par jour	38	60	49
<b>Lait et produits laitiers</b>	18-54 ans : 3 par jour	% de 18-54 ans consommant 2,5 à 3,5 portions par jour (et 2,5 à 4,5 chez les 55-74 ans)	27	31	29
	55 ans et + : 3 à 4 par jour				
<b>Viandes, volailles, produits de la pêche, œufs</b>	1 à 2 fois par jour	% consommant 1 à 2 portions par jour	54	51	52
	Poisson : au moins deux fois par semaine	% consommant au moins 2 portions de poisson par semaine	32	28	30
<b>Matières grasses ajoutées</b>	Limiter la consommation	% consommant moins de 16 % de l'apport énergétique sans alcool en matières grasses ajoutées	89	93	91
	Privilégier les matières grasses végétales	Part moyenne des matières grasses ajoutées d'origine végétale	55	50	53
<b>Produits sucrés</b>	Limiter la consommation	% consommant moins de 12,5 % de l'apport énergétique sans alcool en glucides simples totaux issus des produits sucrés	74	73	74
<b>Boissons</b>	De l'eau à volonté Limiter les boissons sucrées	% sujets consommant plus de 1l d'eau (y compris café, thé...) et moins de 250 ml de boissons sucrées	72	67	69
	Ne pas dépasser 2 verres d'alcool par jour pour les femmes et 3 pour les hommes	% femmes consommant moins de 20 g d'alcool par jour et % d'hommes consommant moins de 30 g d'alcool par jour	91	77	83
<b>Sel</b>	Limiter la consommation	% consommant moins de 8 g de sel par jour	74	34	54

Source : ENNS, 2006-2007

Sujets enfants (3-18 ans) dont la consommation alimentaire correspond aux repères de consommation du PNNS (en %)

Groupe d'aliments	Repère	Indicateur	Filles	Garçons	Enfants
Fruits et légumes	Au moins 5 par jour	% consommant au moins 5 portions par jour	19	20	20
Pain, céréales, pommes de terre, légumes secs	A chaque repas et selon l'appétit	% consommant de 3 à 6 portions par jour	28	38	33
Lait et produits laitiers	3 par jour	% de 18-54 ans consommant 2,5 à 3,5 portions par jour (et 2,5 à 4,5 chez les 55-74 ans)	40	45	43
Viandes, volailles, produits de la pêche, œufs	1 à 2 fois par jour	% consommant 1 à 2 portions par jour	45	49	47
	Poisson : au mois deux fois par semaine	% consommant au moins 2 portions de poisson par semaine	26	30	28
Matières grasses ajoutées	Limiter la consommation	% consommant moins de 16 % de l'apport énergétique sans alcool en matières grasses ajoutées	97	97	97
	Privilégier les matières grasses végétales	Part moyenne des matières grasses ajoutées d'origine végétale	42	44	43
Produits sucrés	Limiter la consommation	% consommant moins de 12,5 % de l'apport énergétique sans alcool en glucides simples totaux issus des produits sucrés	47	43	45
Boissons	De l'eau à volonté Limiter les boissons sucrées	% sujets consommant plus de 1l d'eau (y compris café, thé...) et moins de 250 ml de boissons sucrées	24	24	24
Sel	Limiter la consommation	% consommant moins de 8 g de sel par jour	82	72	77

Source : ENNS, 2006-2007

### État de la consommation alimentaire chez les adultes (18-79 ans) en 2007

- Un adulte consomme en moyenne quotidiennement 2 744 g d'aliments et boissons : 2 582 g pour une femme ; 2 922 g pour un homme.
- Les ultra-frais laitiers, les poissons et les fruits sont davantage consommés par les femmes.
- Les aliments transformés sont plutôt consommés par les 18-34 ans et les aliments bruts et traditionnels par les 55-79 ans.
- Les produits de la mer, les fruits, les légumes, les pâtisseries et gâteaux sont davantage consommés par les personnes ayant un niveau d'études élevé.
- Les huiles et les légumes sont préférentiellement consommés dans le Sud ; le beurre, les pommes de terre et les aliments sucrés dans le Nord ; les laits et ultra-frais laitiers dans l'Ouest ; les fromages dans l'Est.
- Les fruits, les légumes, les glaces sont davantage consommés en été ; les plats composés, les soupes, les légumes secs plutôt en hiver.
- Les céréales de petit-déjeuner, les laits, les produits sucrés sont plutôt consommés au petit-déjeuner ; les charcuteries, les tartes salées et pizzas plutôt au dîner.
- Les produits sucrés, les boissons alcoolisées, les crustacés et mollusques sont plus consommés le week-end et en dehors du domicile.

Source : INCA2, 2006-2007

### Évolution de la consommation alimentaire chez les adultes (18-79 ans) entre 1999 et 2007

- Augmentation des consommations de fruits et légumes, de pâtes et de riz, de glace et de chocolat.
- Diminution des consommations des laits, des fromages, des viandes, des gâteaux et des biscuits sucrés.

Source : INCA2, 2006-2007

### État de la consommation alimentaire chez les enfants et adolescents (3-17 ans) en 2007

- Un enfant consomme en moyenne quotidiennement 1 760 g d'aliments et boissons : 1 650 g pour une fille ; 1 863 g pour un garçon.
- Les produits céréaliers, les féculents, les produits animaux sont davantage consommés par les garçons.
- Hormis les laits, les ultra-frais laitiers et les compotes et fruits cuits, les consommations des groupes d'aliments augmentent avec l'âge des enfants.
- Les fruits, les légumes, les compotes, les huiles, les ultra-frais laitiers, les fromages, l'eau, les pâtisseries et gâteaux sont davantage consommés par les enfants dont le représentant à un niveau d'études élevé.
- Les huiles, les fruits et légumes, les viandes et volailles et l'eau sont plus consommés dans le Sud ; les pâtisseries et gâteaux, les boissons chaudes, les boissons fraîches sans alcool dans le Nord.
- Les fruits, les légumes, les glaces et l'eau sont davantage consommés en été ; les plats composés, les soupes, les légumes secs, les pâtisseries et gâteaux en hiver.
- Les céréales de petit-déjeuner, les laits, les produits sucrés sont plutôt consommés au petit-déjeuner ; les viennoiseries, les biscuits, les pâtisseries et gâteaux, le chocolat au goûter ; les charcuteries, les tartes salées et pizzas plutôt au dîner.
- Les glaces, les viennoiseries, les biscuits, les boissons rafraîchissantes sans alcool, les sandwiches sont davantage consommés en dehors du domicile.

Source : INCA2, 2006-2007

## Évolution de la consommation alimentaire chez les enfants et adolescents (3-17 ans) entre 1999 et 2007

- Forte augmentation des consommations de compotes
- Stabilisation des consommations de fruits et légumes
- Diminution des consommations de pain, de pommes de terre, de laits, de viandes et volailles, et de produits sucrés chez les enfants de 3-14 ans
- Diminution de la consommation de viandes et volailles chez les 15-17 ans

Source : INCA2, 2006-2007

## Pathologies liées à la nutrition

### Causes de morbidité

- 1<sup>re</sup> cause de morbidité
  - Chez les hommes : cancer (33 % des décès)
  - Chez les femmes : maladies de l'appareil circulatoire (31 % des décès)
- 2<sup>e</sup> cause de morbidité
  - Chez les hommes : maladies de l'appareil circulatoire (26 % des décès)
  - Chez les femmes : cancer (23 % des décès)

Source : *La situation du cancer en France en 2010*, Collection Rapports & synthèses, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, novembre 2010, 288 p.

### Diminution de la mortalité

#### • Par cancer entre 1980 et 2005

- Chez les hommes : - 1.1 %
- Chez les femmes : - 0,9 %

Source : *La situation du cancer en France en 2010*, Collection Rapports & synthèses, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, novembre 2010.

#### • Par maladies cardio-vasculaires entre 1990 et 2005 : - 35 %

Source : Haut conseil de la santé publique, *Objectifs de santé publique, évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004*, propositions, collection Avis et rapports, avril 2010, 284 p.

## Cancers en 2010

- **Incidence : 357 500 nouveaux cas (203 000 chez l'homme et 154 500 chez la femme)**
- **Augmentation annuelle du taux d'incidence des cancers**
  - Chez les hommes : + 1,2 %
  - Chez les femmes : + 1,4 %
- **Nombre de décès : 146 500**
- **Les trois cancers les plus fréquents et nombre de nouveaux cas**
  - Chez les hommes :
    - Prostate : 71 500
    - Poumon : 27 000
    - Colorectal : 21 000
  - Chez les femmes :
    - Sein : 52 500
    - Colorectal : 19 000
    - Poumon : 10 000

Source : *La situation du cancer en France en 2010*, Collection Rapports & synthèses, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, novembre 2010, 288 p.

## Maladies cardio-vasculaires et facteurs de risques

- **Nombre de décès : 145 250 dont**
  - 38 011 par cardiopathie ischémique (27 % des décès cardio-vasculaires)
  - 32 186 par maladie cérébro-vasculaire (22 % des décès cardio-vasculaires)

Source : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Cépidc), données 2006-2008

## Facteurs de risques nutritionnels de maladies cardio-vasculaires

	Définitions	Adultes (source ENNS, 2006)
<b>Hypertension artérielle</b>	Pression artérielle systolique $\geq$ 140 mmHg et/ou Pression artérielle diastolique $\geq$ 90 mmHg et/ou traitement par médicaments agissant sur la pression artérielle	<b>31%</b> Hommes : 34,1 % Femmes : 27,8 %  dont <b>15,7 %</b> personnes traitées
<b>Dyslipidémie</b>	Triglycéridémie $\geq$ 1,7 mmol/l et/ou LDLémie $\geq$ 4,1 mmol/l et/ou HDLémie $\geq$ 1,0 mmol/l et/ou traitement par médicaments hypolipémiants	<b>43,9%</b>  dont <b>12,5 %</b> personnes traitées
<b>Hyperglycémie à jeun</b>	Glycémie à jeun $\geq$ 7,0 mmol/l et/ou traitement par médicaments antidiabétiques oraux	<b>4,7%</b>  dont <b>15,7 %</b> personnes traitées

Source : ENNS, 2006-2007

- **Hypercholestérolémie de type hyperLDLémie (LDL <sup>3</sup> 4,1 mmol/l) : 36,5 %**

Source : MONICA, 2007

### Diabète

- **Prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France (2007) : 3,95 %**  
soit 2,5 millions de personnes diabétiques traitées, dont 600 000 traitées par insuline
- **Taux de prévalence par classe d'âge**
  - 0-44 ans : 0,4 %
  - 45-64 ans : 5,8 %
  - 65-74 ans : 13,3 %
  - 75 ans et plus : 13,4 %
- **Prévalences les plus fortes dans les régions d'outre-mer :**
  - La Réunion : 7,8 %
  - Guadeloupe : 7,3 %
  - Martinique : 6,8 %

Source : Kusnik-Joinville O., Weill A., Ricordeau Ph., *et al.* « Diabète traité en France en 2007 : un taux de prévalence proche de 4 % et des disparités géographiques croissantes », *InVS, BEH*, n° 43, 12 novembre 2008, p. 408-413.

# Annexe 2

## Évolution de la notoriété des outils et des messages nutritionnels du PNNS

	2005	2009
Logo PNNS	19%	25%
Au moins un des guides nutrition	17%	24%
Site mangerbouger.fr	13%**	62%

\*\*en 2006



## Évolution du niveau de citation des repères entre 2006 et 2009

Repères PNNS	Niveau de citation	
	En 2006	En 2009
30 minutes ou plus d'activité physique par jour	91%	91%
1 à 2 fois par jour viandes, poissons ou œufs	71%	66%
au moins 5 fruits et légumes par jour	47%	75%
3 produits laitiers par jour	29%	40%
3 féculents par jour	12%	19%

Source : Étude régulière menée depuis 2005 pour mesurer l'évolution de la notoriété de différents indicateurs (le logo PNNS, les guides nutrition, le site internet mangerbouger.fr et les repères nutritionnels du PNNS), enquête quantitative par quotas, en face à face auprès d'échantillons représentatifs de la population âgée de 15 ans et + (1000 < n < 2000), INPES.



Plus d'informations :  
[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)