



Inspection générale
des affaires sociales
RM2010-057P

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

Evaluation des programmes nationaux nutrition santé PNNS2 2006-2010

ANNEXES TOME II

Établi par

Danièle JOURDAIN-MENNINGER

Gilles LECOQ

Jérôme GUEDJ

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

Pierre BOUTET

Jean-Baptiste DANEL

Gérard MATHIEU

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

Sommaire

ANNEXE 1 : LES MOYENS FINANCIERS DU PNNS2.....	5
ANNEXE 2 : LE LOGO PNNS.....	13
ANNEXE 3 : ETUDES EN RELATION AVEC LES THEMATIQUES DU PNNS.....	15
ANNEXE 4 : EXEMPLES D’ACTIONS REGIONALES DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION ET DE L’OBESITE	23
ANNEXE 5 : ETAT D’AVANCEMENT DES ACTIONS FIGURANT DANS LE TABLEAU DE BORD DU PNNS 2 ET PORTANT SUR L’OBESITE	29
ANNEXE6 : LES RESEAUX NATIONAUX DE COLLECTIVITES LOCALES ACTIVES DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION, DE L’ENVIRONNEMENT OU DE LA SANTE33	
ANNEXE 7 : LA SEDENTARITE ET L’ACTIVITE PHYSIQUE.....	37
ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE D’ENQUETE AUPRES DES DRASS ET DES DRAAF	39
SIGLES UTILISES.....	63

Annexe 1 : Les moyens financiers du PNNS2

1. LE MINISTERE DE LA SANTE

1.1. *La DGS.*

Il n'existe pas, à proprement parler, d'enveloppe de crédits budgétaires affectés précisément au PNNS. D'après les documents budgétaires mis en ligne par le ministère du budget, au titre des années 2006 à 2010¹, les actions relatives à la nutrition sont incluses dans le programme 204 « santé publique et prévention - SPP », géré par la DGS. Ce programme était divisé en quatre actions² de 2006 à 2008, puis il a été nommé « Prévention et sécurité sanitaire – PSS » et divisé en 7 actions³ à compter de la LFI pour 2009, suite à l'absorption de l'ancien programme 228 « veille et sécurité sanitaires ».

Si le PNNS2 est bien mentionné explicitement dans la présentation stratégique du programme 204, sous la signature du Directeur général de la santé, M. Didier HOUSSIN, les actions concernant la nutrition bénéficient de crédits budgétaires qu'il est difficile d'individualiser au sein des actions du programme 204. Pendant la période 2006 à 2008, ils étaient rattachés à l'action 02 : « Déterminants de santé » ; depuis 2009 ils sont rattachés à l'action PSS 15 : « Préventions des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation ». En cohérence avec les documents budgétaires ci-dessus, le PNNS2 et les actions plus ou moins directement liées à la nutrition (alimentation et activité physique) ont bénéficié des montants de crédits annuels suivants, pour la période 2006 à 2010.

L'augmentation des crédits de la DGS pour ses actions nationales (ligne 1) constatée à partir de 2008 est le résultat d'une part, en 2008, de l'utilisation de crédits consacrés, au titre du plan cancer, à des actions d'expérimentation relatives aux liens entre nutrition et cancers, et d'autre part de la montée en charge du financement de la part de l'OQALI revenant au ministère de la santé (280.000 € en 2008, 450.000 € les années suivantes).

1.2. *Les crédits délégués aux DRASS*

Les crédits délégués aux DRASS sont utilisés par les GRSP pour le financement d'actions éligibles aux PRSP de chaque région. Or, dans la réalité, ces crédits sont délégués globalement aux DRASS par la DGS, au titre de toutes les thématiques, sans fléchages ni grille de répartition d'emplois en fonction de ces thématiques. C'est ainsi que la DGS (bureau des plans) considère que des actions de santé publique (ASP) financées au titre d'autres actions thématiques du programme 204,

¹ Pour 2006 et 2007, il s'agit de données relatives au projet de loi de règlement ; pour 2008, 2009 et 2010, il s'agit des données relatives au projet de loi de finances initial.

² 01 : Pilotage de la politique de santé publique

02 : Déterminants de santé

03 : Pathologies à forte morbidité/mortalité

04 : Qualité de la vie et handicaps

³ 11 : Pilotage de la politique de santé publique

12 : Accès à la santé et éducation à la santé

13 : Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins

14 : Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades

15 : Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation

16 : Réponses aux alertes et gestions des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires

17 : Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain

peuvent comporter des aspects dans les domaines de la nutrition et des activités physiques. C'est ainsi que pour 2008, seule année dont les données en provenance des DRASS ont pu faire l'objet d'un traitement après validation⁴, le bureau des plans estime que les montants consacrés par les GRSP à ces domaines de la nutrition (alimentation et activité physique) ont atteint environ 9 M€ en 2008, pour financer 1.300 actions, sur un total de 3098, soit 42% des actions.

Les données disponibles ne permettent toujours pas d'avoir une vision exhaustive précise des moyens consacrés aux actions dans les domaines de la nutrition et de l'activité physique, encore moins à celles directement référencées en tant que PNNS2.

Selon les données obtenues dans deux régions lors des déplacements effectués par la mission, on peut considérer que ce domaine de la nutrition mobilise environ 10 à 15% des financements des GRSP, et que les financements additionnels hors GRSP sont très variables selon les priorités des cofinanceurs, et, sans doute, selon le dynamisme des porteurs de projets (Voir encadrés).

Il est également difficile de mesurer l'importance des financements « affectés » au PNNS en comparaison des autres politiques de santé publique administrées par la DGS. Une estimation fondée sur les montants des crédits affichés en loi de finances donne les résultats suivants, pour les deux dernières années 2009 et 2010, qui ont vu le regroupement des deux programmes 204 et 228. Pour les seuls crédits de l'action PSS 15 (Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation) au sein du programme 204 (Prévention et sécurité sanitaire), les autorisations d'engagements affectés à la nutrition se sont élevés à 5,42 M€, soit 16% de 34,57 M€, en 2009 et à 5,13 M€, soit 14% de 35,39 M€, en 2010. En d'autres termes, le PNNS représente environ 15% de l'action PSS 15.

A ces montants il convient d'ajouter le montant des financements consacrés par l'INPES à la nutrition, soit un peu plus de 10 M€ par an, soit 10% du total du budget d'intervention de l'établissement (voir ci-dessous).

Sur l'ensemble du PNNS2, les montants strictement affectés au PNNS (voir ligne 2 du tableau) se sont élevés en moyenne à 2,4% de l'ensemble des crédits délégués aux DRASS par la DGS au titre du programme 204.

Lors des déplacements effectués par la mission nous avons pu obtenir des DRASS de Champagne-Ardenne et d'Aquitaine leurs propres estimations sur l'utilisation des crédits des GRSP sur la thématique nutrition.

⁴ 2009 est en cours de validation par les DRASS, et 2007 en cours de traitement par le prestataire.

CHAMPAGNE-ARDENNE / GRSP 2009. Sources des financements

DRASS	Prévention et sécurité sanitaire	3 319 642 €
URCAM	Régime Général	985 410 €
URCAM	MSA	51 600 €
URCAM	RSI	22 050 €
reliquat 2008		126 653 €
autre enveloppe hors GRSP	FNPEIS	47 283 €
TOTAL		4 552 638 €
Cofinancements sur tous les dossiers relatifs à la nutrition financés en 2009		
Montant total, dont		1 390 904 €
Montant financé par le GRSP		680 940 €
Montants co-financés, dont		709 964 €
Conseil Régional		87 535 €
Conseil Général		116 035 €
Communes		72 142 €
CUCS/ACSE		73 884 €
Assurance Maladie		103 393 €
Jeunesse et Sport		69 641 €
CNASEA		4 420 €
fonds européens		23 547 €
CNSA		10 000 €
mutuelles / hôpitaux		8 315 €
INPES		22 658 €
autre		97 801 €

Ainsi, en Champagne-Ardenne en 2009, la DGS a financé 73% du budget du GRSP, le solde provenant principalement des différents régimes d'assurance maladie. Pour les actions dans le domaine de la nutrition, qui ont mobilisé 15% des financements du GRSP, des cofinancements additionnels ont été obtenus qui ont permis de doubler les moyens du GRSP.

AQUITAINE / GRSP 2009. Sources des financements

DRASS	Prévention et sécurité sanitaire	5 005 753 €
URCAM	Régime Général	1 712 920 €
URCAM	MSA	126 600 €
URCAM	RSI	79 067 €
Reliquat 2008		1 035 304 €
Produits divers		62 140 €
Autre enveloppe hors GRSP	FNPEIS	286 467 €
	Conseil Régional	13 271 €
TOTAL		8 321 522 €
Cofinancements sur tous les dossiers relatifs à la nutrition financés en 2009		
	Toutes actions nutrition	Actions nutrition personnes âgées
Montant total, dont	905 398 €	184 948 €
Montant financé par le GRSP	610 352 €	152 301 €
Montants cofinancés, dont	295 046 €	32 647 €
Conseil Général	20 691 €	
Communes	82 055 €	6 547 €
Education Nationale	500 €	
CUCS/ACSE	6 000 €	
Assurance Maladie	15 950 €	
CRAM	2 000 €	2 000 €
CAF	14 750 €	
Jeunesse et Sport	7 700 €	
MSA	19 915 €	14 100 €
Fondations	22 400 €	5 000 €
Travail emploi	12 115 €	
DDASS	12 000 €	
Autres	78 970 €	5 000 €

Ainsi, en Aquitaine en 2009, la DGS a financé 69% du budget du GRSP hors reliquat, le solde provenant principalement des différents régimes d'assurance maladie. Pour les actions dans le domaine de la nutrition, qui ont mobilisé 7,5% des financements du GRSP, les cofinancements additionnels ont représenté 48% des moyens en provenance du GRSP, soit un tiers du montant total affecté à ce domaine.

1.3. La DHOS

1.3.1. Accueil et prise en charge des patients souffrant d'obésité

Dans le domaine du PNNS, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la Santé est intervenue financièrement au titre de l'action « Amélioration et prise en charge des personnes souffrant d'obésité » (voir action n° 51 du tableau de bord) sous la forme d'un programme d'équipement des 31 centres hospitaliers universitaires régionaux (CHUR) en matériels et dispositifs médicaux pour l'accueil et la prise en charge des patients souffrant d'obésité. Un crédit de 4 M€ a été réservé sur le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privées (FMESPP) en 2007, et notifié aux ARH en avril 2007, à raison de 129.000 € par CHUR. Cette action a concerné 21 régions métropolitaines (la Corse n'a pas été retenue, car ne disposant pas d'un CHUR) et les régions de Martinique et de Guadeloupe. La région Rhône-

Alpes a bénéficié de trois équipements, les régions Bretagne, Pays de la Loire, Centre, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Lorraine de deux équipements.

Au 4 mars 2010, la situation était la suivante :

- 4 ARH (Franche-Comté, Martinique, Haute Normandie, Lorraine) n'avaient pas engagé les crédits correspondants à 5 équipements ;
- 11 équipements n'avaient pas encore fait l'objet de paiements ;
- des dépenses avaient été payés pour 1,5 M€, correspondant à 9 équipements terminés et 4 en cours d'installation.

Trois ans après le lancement de cette opération, le taux de réalisation n'était donc que de 9/31 (soit 29%), avec 4 équipements en cours d'installation.

1.3.2. Prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition

Depuis 2008, et pour une durée de trois ans, la DHOS a entrepris la mise en place, à titre expérimental, de 8 unités transversales de nutrition clinique (UTNC). Ces structures transversales et pluridisciplinaires sont implantées dans des établissements de santé pour prendre en charge les patients atteints de problèmes nutritionnels, en particulier de dénutrition.

Le financement de cette expérimentation a été octroyé sous forme de crédits MIGAC, à raison de 214.290 € par an pour 5 régions (Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Rhône-Alpes), de 152.660 € par an pour la région Lorraine, et de 275.910 € pour l'AP-HP de Paris, soit au total 1,5 M€ par an pendant trois ans.

1.4. L'INPES

Comme on l'a vu dans le tableau ci-dessus, l'INPES affecte environ 10 M€ par an aux actions dans le domaine de la nutrition (alimentation et activité physique). Selon les chiffres communiqués par l'établissement, ces dépenses se répartissent selon les emplois suivants, en millions d'euros :

Actions de communication financées par l'INPES

Enveloppes	2006	2007	2008	2009
Appels à projets			0,11	
Achat d'espace	4,45	5,10	5,00	5,40
Etudes	0,30	0,40	0,535	0,50
Honoraires et frais techniques	0,85	1,005	1,3	1,21
Impressions	1,631	2,20	2,131	1,05
Routage	0,5	0,6	1,02	0,4
Divers	0,37	0,695	0,774	1,44
TOTAL	8,1	10,00	10,87	10,00

Deux grandes types de dépenses se partagent le budget et l'activité de l'INPES dans ce domaine : l'achat d'espace qui correspond aux campagnes annuelles audiovisuelles, et les frais d'impressions qui correspondent à la fois à la déclinaison « papier » de ces campagnes et aux nombreux, pour ne pas dire multiples, documents édités par l'INPES en matière d'éducation nutritionnelle, de vulgarisation des objectifs du PNNS, de sensibilisation, de formation, etc...

1.5. L'assurance maladie

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

Les crédits utilisés pour des actions dans le domaine de la nutrition ont représenté 8,7 M€ en 2007, soit 28% de l'enveloppe globale en faveur des GRSP inscrite à la COG pour cette année, seule année pour laquelle des chiffres ont été établis. On doit supposer que ce pourcentage restant à peu près constant, les dotations en faveur de la nutrition se sont élevées en moyenne à environ 9 M€ par an pendant la période 2006-2009 couverte par la COG.

Pour les actions hors GRSP, et selon les données fragmentaires obtenues de la CNAMTS, les dépenses liées à la nutrition ont représenté :

- 2,1 M€, soit 23% des dépenses « actions locales hors GRSP » en 2007
- 1,2 M€, soit 18% des dépenses « actions locales hors GRSP » en 2008
- 2,1 M€, soit 30% des dépenses « actions locales hors GRSP » en 2009

Au total, on peut donc estimer à environ 11 M€ par an le montant des crédits utilisés pour des actions locales dans le domaine de la nutrition (9 M€ au titre des actions GRSP et 2 M€ pour des actions hors GRSP)

2. LES AUTRES ADMINISTRATIONS

2.1. La DGCS : le programme alimentation et insertion (PAI)

La direction générale de la cohésions sociale (ex-direction générale des affaires sociales), rattachée traditionnellement au ministère chargé des affaires sociales est aujourd'hui rattachée au ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, et au Commissariat aux solidarités actives. Cette direction est notamment chargée de l'exécution du programme d'aide alimentaire en direction des personnes défavorisées, qui comprend notamment un volet national et un volet communautaire de mise à disposition gratuite de denrées alimentaires les associations de bienfaisance et les banques alimentaires.

Elle a confié la gestion de la procédure à l'Agence de service et de paiements (ASP, ex-CNASEA), qui a fourni les données chiffrées suivantes :

Aide alimentaire

Année	Aides aux plus démunis					
	Montant national	Montant communautaire				Total communautaire
		Produits Laitiers	Produits Riz	Produits Céréales	Produits Sucre	
2005	10 000 000	37 244 821	4 879 766	6 764 492	0	48 889 079
2006	12 849 104	31 328 809	8 076 250	867 054	0	40 272 113
2007	9 800 000	32 931 783	3 684 217	11 391 824	1 753 147	49 760 972
2008	17 621 000	34 572 350	5 484 632	9 156 643	11 691 132	60 904 759
2009	7 125 000	50 532 617	8 252 887	2 543 892	254 827	61 584 224
2010	7 255 857	78 103 609	(1)	(1)	(1)	78 103 609

(1) : inclus dans les produits laitiers

En effet, cette politique d'aide alimentaire est très fortement soutenue par l'Union européenne, en application du règlement du Conseil n° 3730/87 du 10 décembre 1987, modifié, qui prévoit la fourniture aux associations agréées dans chaque Etat membre de denrées agricoles prélevées sur les stocks d'intervention en vue de leur distribution aux personnes les plus démunies dans la Communauté européenne⁵.

2.2. Le ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche

Le MAAP développe depuis de nombreuses années une politique alimentaire orientée naturellement sur la production agricole en quantité et en qualité (politique de l'offre alimentaire), et sur la sécurité sanitaire de cette production.

2.2.1. Le plan d'action pour une offre alimentaire sûre, diversifiée et durable

Début 2009, dans la logique de sa participation au PNNS et de son affirmation de ministère en charge de l'alimentation, le MAAP a lancé un plan d'action et de développement pour une offre alimentaire sûre, diversifiée et durable, qui a fait l'objet d'une circulaire du 2 janvier 2009. Pour le financement de ces actions par le MAAP, celui-ci a inscrit et prévu les crédits suivants :

- en 2009 : 2.219.000 €, se décomposant en 919.000 € pour des actions nationales (dont notamment le financement de la part du ministère de l'OQALI, pour 500.000 €), et 1.300.000 € sur une base de 50.000 € en moyenne par région, pour financer notamment le lancement de l'opération « Fruits à la récré », et le développement des produits issus de l'agriculture biologique dans la restauration collective publique.
- en 2010 : 2.961.000 € se décomposant en 881.000 € pour l'administration centrale, dont 450.000 € affectés au financement de l'OQALI, à parité avec le ministère de la santé, et 2.080.000 € sur une base de 80.000 € en moyenne par région, pour financer les actions inscrites au programme régional d'offre alimentaire de chaque région.

2.2.2. L'opération « Fruits à la Récré »

Lancée par une expérimentation sur l'année scolaire 2008-2009 sur crédits du MAAP (133.000 € dépensés en 2009), cette opération, qui consiste à servir un fruit pendant une récréation dans les écoles primaires des villes qui ont souhaité y participer a été étendue par la Commission européenne auprès des 27 Etats membres. Ce programme, doté de 90 M€, dont 12 M€ pour la France, se met en place dans les écoles primaires depuis le 1^{er} septembre 2009.

2.2.3. L'aide à la consommation de produits laitiers dans les écoles

Au sein de la politique agricole commune, mise en œuvre en France par ce ministère, existe depuis plus de trente ans un programme de mise à disposition de lait dans les écoles, cofinancé par l'Union européenne et chaque Etat membre.

⁵ La discussion pour la prolongation de ce règlement européen est pour l'instant bloquée, du fait d'un recours de l'Allemagne devant la Cour de justice européenne, au motif que le Traité de l'Union ne prévoit pas de politique communautaire dans ce domaine, et qu'il s'agirait donc d'une extension illégale de la politique agricole.

Financements de l'aide à la consommation de produits laitiers dans les écoles

	Montant national	Montant communautaire	Montant Total
2005	1 428 364 €	15 053 944 €	16 482 308 €
2006	1 339 258 €	15 790 682 €	17 129 940 €
2007	1 554 378 €	14 758 336 €	16 312 713 €
2008	1 100 259 €	11 616 528 €	12 716 787 €
2009	1 184 673 €	14 032 519 €	15 217 192 €
2010	(2)	?	

(2) : prévision : 1 300 000,00 €. Le montant communautaire en 2010 devrait être de même ordre que les années précédentes.

Annexe 2 : Le logo PNNS

D'après les données recueillies auprès de l'INPES ou communiquées par ce dernier :

La procédure d'attribution du logo PNNS a pour objectifs d'amplifier la communication du PNNS, de garantir la cohérence des informations nutritionnelles et d'autoriser l'utilisation du logo PNNS pour des actions /documents réalisés par des promoteurs (association, collectivités territoriales, organismes publics ou privés, et entreprises publics ou privées).

L'autorisation d'utilisation de la marque « Programme National Nutrition Santé » dans les conditions prévues par le cahier des charges annexé à l'arrêté du 27 juin 2007, était attribuée par la ministre chargée de la santé, après avis de l'INPES. Un Comité national d'évaluation, instance consultative de l'INPES, a été créé en juin 2007 (Approbation par le CA de l'INPES). Les avis émis étaient signés par le président du comité. Ils étaient transmis à la DGS pour décision (cf. schéma page 4 de la brochure « Procédure d'attribution du logo PNNS » liée à l'arrêté du 27 juin 2007). La DGS notifiait la décision aux promoteurs.

L'arrêté du 15 octobre 2009 prévoit que l'autorisation d'utilisation de la marque « Programme national nutrition santé » dans les conditions prévues par le cahier des charges annexé, est attribuée par l'INPES pour le compte de l'Etat.

Pour mettre en œuvre cette mission, l'INPES a maintenu l'existence du comité national d'évaluation. Ce comité national a pour fonction d'analyser la conformité des demandes d'attribution du logo PNNS au regard du respect du cahier des charges et de la qualité des documents ou actions proposés. Il émet des avis signés par le président, qui sont transmis à la directrice générale de l'INPES pour décision⁶. La directrice générale notifie la réponse aux promoteurs.

Chaque dossier fait l'objet d'une analyse de recevabilité. ⁷Tout dossier non recevable fait l'objet d'un courrier explicatif au promoteur. Pour les demandes dont la recevabilité est étudiée par un correspondant PNNS des DRASS (pour les projets régionaux et infrarégionaux émanant des associations, fondations, organismes publics et collectivités territoriales), elles ne sont transmises à l'INPES que lorsqu'elles sont considérées recevables.

Tout dossier jugé recevable est évalué par deux rapporteurs, désignés par le secrétaire de séance du comité. La désignation des rapporteurs se fait prioritairement en fonction du domaine d'expertise et tient compte de la disponibilité annoncée pour la présence aux réunions (conformément au calendrier prévisionnel annuel établi en début de chaque année).

Le comité se réunit mensuellement (à l'exception des mois de janvier et d'août) à l'INPES pour étudier les dossiers de demandes. Il n'existe pas véritablement de "file d'attente". Chaque dossier est vu dans un délai qui n'excède pas un mois et demi. Le comité élabore des avis concertés qui s'appuient sur les évaluations des deux rapporteurs et si besoin sur la doctrine interne fondée sur les analyses précédentes (afin d'assurer à la fois une adaptation et une cohérence des avis donnés). Les positions exprimées par les différents membres sont discutées par le comité avec le souci d'aboutir à une synthèse consensuelle, sans qu'il soit nécessaire de recourir au vote. Le comité émet 4 types d'avis :

- Avis favorable ;

⁶ (cf. schéma page 4 de la brochure « Procédure d'attribution du logo PNNS » liée à l'arrêté du 15 octobre 2009).

⁷ (cf. brochure « Procédure d'attribution du logo PNNS »).

- Avis favorable sous réserve de modification ;
- En l'attente d'amélioration ;
- Avis défavorable.

Composition du comité

Le comité est composé de membres pluridisciplinaires experts en nutrition, communication, éducation pour la santé et/ou activité physique, nommés au titre de leur institution ou à titre personnel pour leurs compétences (*confère tableau en annexe*).

Bilan de l'activité depuis juillet 2007

De juillet 2007 à février 2010, le Comité s'est réuni 19 fois.

Analyses de recevabilité et avis sur les dossiers de juillet 2007 à février 2010

Depuis juillet 2007, l'INPES a reçu 186 demandes : 34 ont été jugées irrecevables et 150 ont fait l'objet d'une expertise par les membres du comité.

Analyse des dossiers de demande des logos PNNS

Année	Nombre de dossiers			Avis émis			
	reçus	recevables	expertisés	favorable	favorable sous réserve	attente d'amélioration	défavorable
2007 (6 mois)	74	19	55	15	15	8	17
2008	58*	10	46	10	16	9	11
2009	40	4	36	6	16	8	6
2010 (2 mois)	14	1	13	6	3	0	4
Total sur 32 mois	186*	34	150	37	50	25	38

* 2 dossiers ont été mis en attente mais les promoteurs n'ont pas donné suite

Catégories des promoteurs

Les 186 demandes d'attribution du logo PNNS émanent de :

- 67 entreprises publiques ou privées ;
- 65 associations ;
- 43 organismes ou établissements à caractère public ou privé ;
- 5 collectivités territoriales ;
- 6 autres (fondation, personne à titre privée)

Catégories d'utilisations des logos

Deux types de logo PNNS peuvent être attribués, soit "ce document est conforme au PNNS" soit "cette action est conforme au PNNS". Parmi les 87 supports ayant obtenu le logo PNNS (pour les dossiers ayant eu un avis favorable ou un avis favorable sous réserve de modification), 67 ont eu le logo « ce document est conforme au PNNS » et 20, « cette action est conforme au PNNS ».

Catégories d'utilisation des logos

Année	"Document conforme"	"Action conforme"	Total
2007 (6 mois)	21	9	30
2008	20	6	26
2009	17	5	22
2010 (2 mois)	9	0	9
Total sur 32 mois	67	20	87

Annexe 3 : Etudes en relation avec les thématiques du PNNS.

1. ETUDES ET OUTILS SPECIFIQUEMENT PNNS.

1.1. *L'observatoire de la qualité de l'alimentation (OQALI)*

L'observatoire de la qualité de l'alimentation (OQALI), prévu par le [PNNS 2](#), a été créé en février 2008 par les ministères chargés de l'agriculture, de la santé et de la consommation ([communiqué de presse du 11 février 2008](#)). Cet Observatoire a pour missions de centraliser et traiter les données nutritionnelles, économiques et socio-économiques de l'alimentation, afin d'assurer un suivi de l'offre alimentaire des produits transformés.

La mise en œuvre de l'Oqali a été confiée à l'[INRA](#) et à l'[AFSSA](#).

L'observatoire dispose d'un budget de 900k€ par an financés par la DGAI et la DGS et mobilise 7 scientifiques, 4 agents pour la codification et 4 encadrants. Créé officiellement en 2008, il a publié en 2009 son premier rapport d'activités, réalisé un site internet spécifique, engagé ou déjà réalisé plusieurs études sectorielles dans les secteurs de la charcuterie, du chocolat et des produits chocolatés, des apéritifs à croquer, des fruits transformés, des jus et nectars, des boissons rafraîchissantes sans alcool, des plats cuisinés frais ou surgelés, des glaces et de la panification industrielle. Il a entrepris la constitution d'une base de données informatiques et recueillis des informations pour plusieurs secteurs industriels participants : biscuits et gâteaux, céréales du petit déjeuner, charcuterie, produits laitiers ultra frais.

Afin de répondre à ses missions, l'observatoire collecte les données sur les caractéristiques nutritionnelles des produits pour mettre en place et alimenter régulièrement la base de données Oqali. Cette base de données comprend :

- la composition nutritionnelle correspondant aux paramètres fournis dans l'[étiquetage nutritionnel de type 2](#) ;
- la présence et le type d'étiquetage nutritionnel utilisé ;
- la taille des portions ;
- la présence éventuelle de valeurs nutritionnelles à la portion ;
- la présence éventuelle de pictogrammes permettant de visualiser la composition nutritionnelle ;
- les recommandations de consommation (dans le cadre d'un repas équilibré) ;
- les allégations nutritionnelles et de santé figurant sur les emballages et leur position ;
- la liste des ingrédients ;
- les conseils de préparation et/ou de consommation, mentionnés sur les emballages des produits ; d'autres informations pouvant figurer sur les emballages (agriculture biologique, signes de qualité, absence d'additifs et de conservateurs) ;
- les nouveaux produits, ceux retirés du marché et les modifications (de composition nutritionnelle, formulation, étiquetage, taille de portion ou poids net) apportées aux produits.

L'observatoire recueille également des données socio-économiques pour les produits étudiés :

- prix moyens ;
- quantités vendues en France.

Les données rétrospectives sont également intégrées dans la base de données, afin de rendre compte des efforts déjà engagés par les industriels. Un des objectifs est, par ce suivi, de renforcer de manière pérenne l'approche partenariale développée par les pouvoirs publics pour inciter les filières agroalimentaires à aller dans le sens des objectifs de santé publique et des attentes des consommateurs.

Il constitue un outil original qui retient d'ailleurs l'attention de la commission européenne comme de l'OMS car il doit permettre selon ses concepteurs de mesurer et rendre publique, de manière objective, la concrétisation des efforts mis en œuvre par les acteurs des filières alimentaires, notamment dans le cadre des [chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel](#) prévues par le PNNS.

1.1.1. Etude nationale nutrition et santé (ENNS)⁸

Cinq des neuf objectifs prioritaires du PNNS portent sur l'alimentation (fruits et légumes, calcium, lipides, glucides, alcool), trois sur l'état nutritionnel (LDLcholestérol, pression artérielle et corpulence) et un sur l'activité physique. Chacun a été défini par une amélioration attendue d'un ou plusieurs indicateurs quantifiés. Ces objectifs ont été traduits en repères de consommation portant sur différents groupes d'aliments et l'activité physique, repères diffusés auprès du public par des guides et des campagnes de communication.

L'unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen) de l'INVS a été chargée de réaliser une étude dont l'une des finalités était de décrire la situation nutritionnelle en France selon ces indicateurs d'objectifs et ces repères. L'ENNS a donc été mise en place pour décrire les consommations alimentaires, l'état nutritionnel et l'activité physique d'un échantillon national d'enfants (3-17 ans) et d'adultes (18-74 ans) résidant en France métropolitaine. Le recueil des données alimentaires a consisté en trois rappels des 24 heures répartis sur une période de 15 jours, réalisés par téléphone chez les personnes de 15 ans et plus, et en face-à-face chez les plus jeunes. Pour les adultes, les mesures anthropométriques, de pression artérielle et les prélèvements biologiques ont été réalisés dans un centre d'examens de santé (CES) de l'assurance maladie ou à domicile grâce au passage d'un infirmier, selon des procédures standardisées. Les enfants ont été pesés et mesurés à domicile par les diététiciens en charge du recueil des données. Celui-ci comprenait également des questionnaires portant notamment sur l'activité physique et la sédentarité, les caractéristiques sociodémographiques, la consommation d'alcool, la prise de médicaments, l'exposition environnementale aux métaux lourds et pesticides... Les analyses descriptives présentées dans ce rapport sont pondérées en tenant compte du plan de sondage et redressées selon des caractéristiques sociodémographiques.

Les résultats mettent en évidence les thèmes nutritionnels ainsi que les groupes à risque qui devraient faire l'objet des prochaines priorités de santé publique. Ces analyses seront complétées par l'identification des déterminants associés aux caractéristiques nutritionnelles, en particulier d'un point de vue socio-économique, et par la comparaison avec les données ayant servi à établir les bases épidémiologiques du PNNS » (extraits du compte rendu de l'étude). Les premiers résultats ont été diffusés en décembre 2007 lors d'un colloque du PNNS.

Cette importante étude est encore en cours de valorisation et sa base de données devrait être très prochainement ouverte aux équipes de recherche.

Là aussi une prochaine étude est envisagée, vraisemblablement en 2012-2013 qui permettra de mesurer les évolutions des indicateurs suivis par cette étude, ceux du PNNS notamment et d'apprécier les effets éventuels du programme PNNS2.

⁸ Sous titrée : Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS).

1.1.2. Le baromètre santé nutrition 2008

« Publié par l'INPES en janvier 2010, le « baromètre santé nutrition 2008 »⁹ montre que les connaissances des Français et les mises en application des repères de consommation du PNNS ont évolué positivement. Globalement en effet, 75,9% de la population interrogée estiment manger de façon équilibrée, une opinion en augmentation de 3 points depuis 1996, date de la première enquête du « baromètre santé nutrition ». Plusieurs résultats concernent directement la problématique du cancer. Alors qu'en 2002, seules 2,5% des personnes interrogées déclaraient qu'il fallait manger 5 fruits et légumes par jour, elles sont 28,1% en 2008, soit onze fois plus. 60,8% savent que cette consommation -qui a légèrement augmenté entre 2002 et 2008- protège du cancer. Mais elle reste faible : 11,8% des personnes interrogées ont mangé au moins cinq fruits et légumes la veille de l'entretien, les 55 ans et plus étant les plus grands consommateurs (24,9% des femmes de 55 à 64 ans). Le prix de ces produits apparaît comme un obstacle de plus en plus important (42,9% pour les fruits, 37,1% pour les légumes).

On constate également que l'habitude de mettre du sel sur la table a baissé, passant de 61,7% en 2002 à 54,4 % en 2008. Elle demeure cependant présente chez plus de la moitié de la population. La poursuite de la baisse de la consommation d'alcool depuis le milieu des années 90 constitue aussi un élément encourageant : la proportion de personnes déclarant avoir bu la veille de l'enquête est de 37,4% en 2008, versus 39,4% en 2002 et 44,7% en 1996. Si les quantités absorbées ont aussi diminué dans les deux périodes (2,7 verres en 2008 versus 3,2 en 1996), on note toutefois que 32,8% des hommes et 22,8% des femmes ayant bu une boisson alcoolisée la veille de l'enquête ont dépassé les repères de consommation couramment diffusés (respectivement 3 et 2 verres par jour). Le vin rouge demeure la boisson alcoolisée la plus consommée (16,4% des déclarants), devant les spiritueux (9,4%) et la bière (6,9%).

En marge du « baromètre santé nutrition 2008 », sept enquêtes régionales ont été menées afin de disposer de données dans le cadre de la déclinaison du PNNS au niveau régional. Elles montrent que 57,5% des personnes de 15 à 75 ans n'atteignent pas un niveau d'activité physique d'une durée et d'une intensité suffisantes pour entraîner des bénéfices sur la santé.

La France dispose là d'une série d'études réalisées à plusieurs années d'intervalles (6 ans) qui depuis 1996 permet de suivre avec un degré de précision et une homogénéité méthodologique, l'évolution des comportements, des attitudes et des connaissances de la population française en matière de nutrition. C'est l'un des outils qui permet d'évaluer les effets des politiques nutritionnelles. Toutefois il faudra attendre la prochaine étude (dans 4 ans, résultats dans 5 ou 6 ans) pour disposer de données susceptibles d'être mises en rapport avec le PNNS2 dans la mesure où la plupart des actions initiées par ce dernier débutaient seulement au moment de la réalisation du baromètre 2008.

1.1.3. Etude ABENA (2004-2005) sur l'alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire

Etude réalisée en 2004-2005 par l'Usen (INVS) « L'étude des situations de pauvreté et de leurs effets sur les comportements alimentaires et la santé peut être approchée par l'analyse de l'alimentation des personnes ayant recours à l'aide alimentaire. Cette population est hétérogène et rassemble des trajectoires différentes allant du (de la) travailleur(se) pauvre au migrant(e) privé(e) d'accès légal au travail en passant par la figure centrale de l'allocataire d'un minima social. Pour tenter de faire face, les personnes concernées par ces situations de pauvreté peuvent avoir recours aux associations distribuant de l'aide alimentaire (épiceries sociales, banque alimentaire, associations caritatives...). Ce système de redistribution est donc du ressort de la société civile qui

⁹ * Le « Baromètre santé nutrition 2008 » a été réalisé par enquête téléphonique auprès d'un échantillon de 4 714 personnes âgées de 12 à 75 ans (Extraits du compte rendu de l'étude). Le pilote du programme est la DGS et le référent technique l'INPES.

intervient par le biais des associations nationales et locales répondant dans la mesure de leurs moyens aux demandes d'aide alimentaire.

L'étude Abena 2004-2005 a été mise en place pour répondre aux besoins de connaissances scientifiques sur l'état nutritionnel des personnes en situation de grande précarité. Cette étude associe une enquête épidémiologique et une étude socio-anthropologique des populations ayant recours à l'aide alimentaire. L'étude socio anthropologique est le résultat de l'élaboration d'outils, de données et d'analyses développées en s'appuyant sur la littérature scientifique existante et la conduite d'entretiens auprès des requérants de l'aide alimentaire ainsi que des responsables des associations qui interviennent dans ce domaine. L'analyse des entretiens approfondis conduits auprès des unités familiales dans leurs lieux de résidence a permis d'appréhender les différentes stratégies alimentaires mises en place dans un univers quotidien marqué par les restrictions économiques et l'insécurité sociale de conditions d'existence précarisées. Les familles rencontrées mobilisent les "ressources" possiblement offertes par leur inscription professionnelle, familiale, amicale et de voisinage. L'analyse proposée s'appuie sur une typologie rendant compte de l'impact de ces différents supports sociaux sur les comportements alimentaires, les stratégies d'approvisionnement. Cette typologie met en évidence un niveau de dépendance à l'aide alimentaire qui varie en proportion inverse de la densité des supports sociaux. À niveau de ressources égal, l'existence ou non de possibilités de soutien est le principal déterminant de la part et du rôle joué par l'aide alimentaire dans l'alimentation familiale. Cependant, dans tous les cas, et même en présence d'un relationnel intense la notion qui prédomine est celle de fragilité qui se traduit par des effets délétères sur le comportement alimentaire et la santé. Cette étude permet de mieux comprendre la construction des situations de pauvreté, leurs effets sur les comportements alimentaires des personnes concernées et leur situation nutritionnelle révélée par l'enquête d'épidémiologie nutritionnelle. L'ensemble permet d'entrevoir des perspectives d'évolution de l'aide alimentaire » (extraits du compte rendu de l'étude).

Une prochaine édition de cette étude devrait être préparée en 2010 pour intervenir lors de l'hiver 2011-2012.

1.1.4. Etude [Nutrinet Santé](#)

L'objectif général de cette étude est de mieux évaluer les relations entre la nutrition et la santé et de comprendre les déterminants des comportements alimentaires. Il s'agit d'étudier, sur un large groupe de personnes vivant en France :

- Les comportements alimentaires et leurs déterminants en fonction de l'âge, du sexe, des conditions socio-économiques, du lieu de résidence, etc.
- Les relations entre les apports alimentaires, l'activité physique, l'état nutritionnel et la santé.

Tous les grands problèmes de santé seront étudiés, entre autre l'obésité, l'hypertension artérielle, le diabète, les dyslipidémies, les maladies cardiovasculaires, les cancers, etc.

Le but de cette étude est d'identifier des facteurs de risque ou de protection liés à la nutrition pour ces maladies, étape indispensable pour établir des recommandations nutritionnelles permettant de prévenir le risque de maladies et d'améliorer la qualité de la santé de la population actuelle et des générations futures.

De nombreuses études scientifiques (chez des malades ou volontaires sains, au niveau des populations, ou sur des modèles animaux ou cellulaires) ont mis en évidence le rôle joué par la nutrition comme facteur de protection ou de risque des maladies les plus répandues en France, comme dans l'ensemble des pays industrialisés, qu'il s'agisse des cancers, des maladies cardiovasculaires, de l'obésité, du diabète de type 2, des dyslipidémies, de l'hypertension artérielle. La nutrition n'est pas le seul déterminant de ces problèmes de santé. En effet, des facteurs génétiques, biologiques et environnementaux interviennent dans l'apparition de ces maladies. Pour

mettre en évidence le rôle spécifique des facteurs nutritionnels, il est indispensable de développer les études de « cohorte » (groupe de sujets suivis pendant plusieurs années) portant sur de très grandes populations. Au travers de ce type d'étude, on peut ainsi mesurer de façon précise les apports alimentaires mais aussi prendre en compte les autres déterminants, tels que l'activité physique, le poids, le tabagisme, les antécédents familiaux... et regarder les liens avec la santé et le risque de maladies. Il s'agit d'une étude dite de cohorte (c'est-à-dire portant sur un groupe de sujets suivis pendant plusieurs années) réalisée sur une large population (500 000 participants : « les Nutrinautes ») suivie pendant une période d'au moins 5 ans pour étudier les relations nutrition-santé. L'ensemble des « Nutrinautes » est suivi grâce au site Internet NutriNet-Santé pendant toute la durée de l'étude permettant aux participants de fournir aisément et gratuitement toutes les informations nécessaires pour que les chercheurs puissent avancer dans leur programme de recherche (extraits de la présentation officielle de l'étude).

1.2. D'autres études plus ciblées

- Sur la corpulence des enfants de CE1-CE2 ou les enfants scolarisés en grande section de maternelle, CM2 et 3^{ème} ont été conduites, sous pilotage de la DGS ou DGESCO, avec comme référents techniques la DREES et l'InVS (Usen) (autres actions n° 99 du PNNS).
- Une autre étude sur les consommations alimentaires et l'état nutritionnel des personnes âgées de 75 ans et plus devrait être réalisée en 2010 et ses résultats disponibles en 2011.
- Etude sur la restauration scolaire
- Etude sur la consommation de produits de la mer : Calipso1

2. AUTRES ETUDES¹⁰ EN RELATION AVEC LES OBJECTIFS DU PNNS MAIS REALISEES A L'INITIATIVE D'AUTRES ACTEURS.

2.1. Etude OBEPI-ROCHE

ObEpi-Roche 2009, 5^{ème} édition de l'enquête nationale sur la prévalence de l'obésité et du surpoids en France L'enquête épidémiologique ObÉpi-Roche, Initiée par Roche en partenariat avec la KantarHealth SOFRÉS, permet de suivre l'évolution du surpoids et de l'obésité dans la population adulte française (18 ans et plus).

Réalisée tous les trois ans depuis 1997, l'enquête a recours à une méthodologie constante utilisant un questionnaire auto administré. En 2009, celui-ci a été renvoyé de manière exploitable par 25 286 personnes, formant un échantillon représentatif de la population française. Comme pour les éditions précédentes, elle a été conçue et supervisée par le Pr. Arnaud BASDEVANT (Responsable du pôle endocrinologie – diabétologie - métabolisme nutrition prévention cardiovasculaire de la Pitié Salpêtrière) et le Dr Marie-Aline CHARLES (épidémiologiste et directeur de recherche à l'INSERM -unité 780), auxquels s'est jointe Evelyne ESCHWEGE (directeur de recherche émérite - INSERM). (Extraits de présentation de l'étude).

2.2. Etudes sur les comportements d'achats (études CREDOC)

Ces études examinent les relations entre le pouvoir d'achat, la crise économique, la hausse des prix et leurs incidences sur les comportements de consommation alimentaires.

Extraits : «à partir de septembre 2007, l'augmentation des prix alimentaires est fortement ressentie par les consommateurs. En juillet 2008, les prix de l'alimentation ont augmenté de 6,7% par rapport à juillet 2007. Une telle augmentation de prix ne s'était pas produite depuis 1984 ».

¹⁰ La liste n'est pas exhaustive.

L'attention portée aux prix dans le secteur alimentaire est à un niveau très élevé et a fortement progressé en un an. Les consommateurs, comparent de plus en plus les prix (+17%), achètent de plus en plus de produits en promotion (+16%) et font de plus en plus attention aux prix de tous les produits. Les critères d'achat labels et marques, n'ont jamais été aussi peu prisés. La perception du pouvoir d'achat et des prix est toujours fortement déconnectée de la réalité économique ».

Une [synthèse](#) des baromètres de consommation a été réalisée par le même auteur.

Résumé : « En l'espace d'une dizaine d'années, les habitudes alimentaires des Français, si elles n'ont pas radicalement changé, ont cependant connu de sensibles évolutions. Ces tendances sont directement imputables à une modification des modes de vie : de plus en plus de personnes vivent seules - d'où de plus nombreux repas pris seuls - interpénétration sphère privée / sphère professionnelle, aspiration à avoir du temps pour soi et refus des corvées. C'est pourquoi, comprendre comment la perception de l'alimentation a évolué est un sujet sur lequel le MAAP a voulu créer un baromètre. Un premier baromètre de l'alimentation avait été réalisé du 25 avril au 4 mai 2006 par l'institut BVA. Le CREDOC a réalisé la deuxième vague début juillet 2007. La troisième vague, sous la forme d'un nouveau baromètre, a été mise en oeuvre à la fin du mois de juillet 2008. L'étude visait à mieux connaître les habitudes alimentaires des français, appréhender la manière dont ces derniers perçoivent, d'une part, les relations entre l'alimentation et la santé, d'autre part, la qualité des produits alimentaires, et explorer le regard que le public porte sur les risques alimentaires et les crises sanitaires. »

2.3. *Enquêtes individuelles et nationale sur les consommations alimentaires*

Ces enquêtes datant de 1994 puis 1999 fournissent des données intéressantes mais qui méritent d'être actualisées.

2.4. *Enquête [OCHA](#)*

Le site www.lemangeur-ocha.com est un site conçu et géré par l'OCHA : observatoire Cniel des habitudes alimentaires. L'OCHA est un programme à long terme d'études et de publications créé en 1992 au sein de l'interprofession laitière, le [CNIEL : Centre National Interprofessionnel de l'Economie Laitière](#). Sous l'égide d'un comité scientifique, l'OCHA explore les relations complexes que les mangeurs entretiennent avec leur alimentation et l'origine de leurs aliments avec une approche pluridisciplinaire privilégiant les sciences humaines et sociales. Le site de l'OCHA est un centre ressources sur les cultures et les comportements alimentaires ainsi que sur les façons de penser l'alimentation en relation avec les identités, la santé et les modes de vie. Si l'un des objectifs majeurs de l'OCHA est d'analyser les évolutions du modèle alimentaire français, il s'intéresse également à [d'autres cultures alimentaires](#).

Ce programme conduit notamment des travaux intéressants sur les publics d'enfants et d'adolescents. « Comprendre comment les adolescents mangent en France aujourd'hui, ce qu'ils en disent, comment ils le vivent et se le représentent, en famille, en groupe, entre pairs ou seuls, a été la problématique de ce programme de recherche de l'OCHA mis en oeuvre depuis 2006 avec deux laboratoires du CNRS et co-financé par l'Agence Nationale de la Recherche. Une recherche sur le terrain mobilisant plus de quinze chercheurs et utilisant des méthodes d'ethnologie et d'anthropologie pour observer, comprendre, partager et réfléchir avec les jeunes sur ce qu'ils mangent, comment, à quels moments, où, pourquoi, avec qui. Comprendre aussi comment, pour les adolescents, manger renvoie à la construction de leur corps, à l'image qu'ils en ont et qu'ils veulent en donner, et comment par le manger se forge une part de leurs appartenances et de leurs identités et s'exprime un style, leur style. Parmi les études qui cherchent à faire le point sur la façon dont les adolescents mangent, « AlimAdos » se caractérise par une immersion prolongée d'une équipe de chercheurs auprès d'adolescents de différentes origines culturelles et sociales. Une telle démarche apporte une connaissance fine et précise des comportements et des représentations alimentaires à l'adolescence. Nourri de plus de 1500 entretiens et de plusieurs milliers d'observations, le N°14 des Cahiers de l'OCHA - "Alimentations adolescentes en France" - permettra au lecteur d'appréhender

les comportements alimentaires des adolescents dans leur diversité. « Diversité adolescente au sens où il n'y a pas un adolescent idéal-typique mais des individus façonnés par des environnements, des situations et des relations sociales différentes. Diversité alimentaire tant nos observations nous placent dans la multiplicité des aliments, des cuisines, des réseaux d'approvisionnement et des façons de manger. Diversité des populations, à l'image de notre société française creuset de métissages et de cultures d'origines diverses pour ces adolescents, leurs parents, leurs grands-parents... » (Extraits de la présentation de l'étude).

Annexe 4 : Exemples d'actions régionales dans le domaine de la nutrition et de l'obésité

La présente annexe détaille quelques actions intéressantes dont la mission a eu connaissance à l'occasion de ses déplacements en régions qui ont pour caractéristiques d'être soutenues et financées par l'Etat ou l'assurance maladie et pour lesquelles il existe une participation des collectivités locales.

1. LA GOUVERNANCE AU NIVEAU REGIONAL PEUT ETRE UN BON OUTIL DE MOBILISATION DES COLLECTIVITES LOCALES POUR PEU QU'ELLE SOIT MISE EN PLACE

Le PNNS 2 prévoyait la création au niveau régional d'un comité régional de pilotage du PNNS présidé par le DRASS et articulé avec le groupement régional de santé publique GRSP. Ces comités régionaux ne sont cependant pas présents dans toutes les régions. Lorsqu'il existe ce comité semble être un bon moyen d'associer les collectivités locales désireuses de participer ainsi que le démontre l'exemple de la région Languedoc Roussillon.

Dans la région Languedoc Roussillon ce comité, renommé en 2007 commission régionale nutrition santé¹¹ à la suite d'une redéfinition de ses missions, a trois principaux objectifs : veiller à la cohérence de l'activité en matière de nutrition dans la région, constituer un groupe référent sur la thématique nutrition en région et favoriser la mobilisation des acteurs de la région autour de ces questions. Ce dernier objectif vise notamment à chercher à mobiliser les collectivités locales de la région sur le thème de la nutrition par l'intermédiaire :

- de la tenue des réunions plénières de cette commission à laquelle participent des représentants des villes de Narbonne et Montpellier, un représentant du conseil général de l'Hérault et un représentant de la région Languedoc Roussillon (en 2009 sept réunions plénières ont eu lieu) et celle de sous groupes de la commission (le sous groupe précarité comprend par exemple le représentant du conseil régional)
- d'une journée annuelle de rencontre, soutenue financièrement par le conseil régional et le GRSP, pour valoriser les activités en région dans le domaine nutritionnel et échanger sur les pratiques (2007 nutrition à l'échelle des territoires, 2008 nutrition à l'épreuve de la précarité, 2009 activités physiques et santé) : la plupart des participants travaillent soit dans une collectivité locale soit dans une association
- d'une politique de communication basée sur un site nutrition santé hébergé par celui du GRSP avec diffusion d'actualités aux villes actives de la région ainsi qu'aux villes membres du GRSP, par l'élaboration et la diffusion - avec le concours de la région Languedoc Roussillon - de fiches thématiques du baromètre santé nutrition avec analyse des résultats de cette enquête dans la région (ex : activité physique et sédentarité en Languedoc Roussillon, consommations alimentaires en Languedoc Roussillon...), par la réalisation d'un annuaire des ressources régionales en nutrition
- d'une sensibilisation des élus à la promotion de la santé, démarré au printemps 2008 et achevé fin 2009, porté par les comités d'éducation pour la santé de la région et financé par le GRSP et Sanofi-Aventis avec 382 élus ou cadres de communes concernés pour 271 collectivités différentes à l'occasion de 15 journées de sensibilisation en 2008 (3 pour chacun des 5 départements) et d'un accompagnement des élus à la mise en place de projets en 2009. Un projet sur cinq mis en place dans ce programme avait pour objet la nutrition.

¹¹ La mission d'évaluation a tenu une visioconférence avec une partie des membres de cette commission

2. EN MATIERE DE PREVENTION DE L'OBESITE INFANTILE LA SEINE SAINT DENIS TMOIGNE DE L'IMPORTANCE DE L'ENGAGEMENT DES COLLECTIVITES LOCALES DANS LA DECLINAISON DU PNNS A PARTIR DES PRIORITES DU PRSP

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

Bien que l'Ile de France ait un taux de prévalence de l'obésité inférieur à celui de la moyenne nationale il est compréhensible, compte tenu de l'importance numérique en Seine St Denis des populations défavorisées ou précaires qui sont plus particulièrement exposées à l'obésité, que la problématique de l'obésité soit perçue, en l'absence de données officielles¹², comme préoccupante par les professionnels de ce département. Le sujet du recueil et partage de données permettant une connaissance fine de la situation nutritionnelle des adultes et enfants reste pendant.

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

La PMI¹³, qui dispose dans ce département d'un réseau dense et fréquenté¹⁴, a initié plusieurs actions de prévention de l'obésité infantile visées dans le PRSP, notamment la promotion de l'allaitement maternel¹⁵, les actions de prévention sur les représentations et les pratiques nutritionnelles¹⁶. La PMI dans le repérage des situations à risques a systématisé le calcul de l'IMC à l'occasion de toutes les consultations de 9 mois, 24 mois et à l'école maternelle à l'âge de 3/4 ans. Outre la PMI les médecins et infirmières scolaires sont investis dans les actions de prévention de l'obésité. La PMI et la médecine scolaire ont noué un partenariat étroit avec le REPOP. Cependant en Seine St Denis le REPOP ne comprend qu'environ 19 médecins ayant un rôle actif pour 1000 généralistes : cette faiblesse quantitative est un handicap pour la prise en charge des enfants dépistés (cf. infra REPOP Aquitaine). Les centres municipaux de santé participent aussi à ce repérage, de même que le centre d'examen de santé de Bobigny qui est géré par la CPAM.

Il est difficile d'avoir une vision d'ensemble des actions menées par les communes du département en 2008 mais une quinzaine de villes ont été retenues dans l'appel à projets du PRSP concernant les actions de lutte contre l'obésité. Dans cette mesure le rôle des collectivités locales en Seine St Denis peut être considéré comme un des points forts de la politique départementale de prévention de l'obésité des enfants : outre le Département lui-même et les deux villes actives PNNS (Drancy et Pantin) il existe un engagement de plusieurs villes sur les objectifs du PNNS et sur les orientations prioritaires du PRSP. Il est possible de citer le recrutement de diététiciennes, pour des consultations et des actions de prévention en milieu scolaire, pour au moins dix villes du département.

Concernant les populations défavorisées le conseil général a initié un projet pour répondre aux besoins de conseils diététiques des familles hébergées à l'hôtel et ne disposant pas de cuisine et de lieu de stockage des aliments frais. La situation nutritionnelle des populations en difficulté reste un

¹² Le centre d'examen de santé de Bobigny a relevé l'IMC de 37 000 consultants de 1997 à 2000 et a constaté un taux d'obésité de 17,1% (21,4% pour les femmes et 12,4% pour les hommes) à rapprocher des chiffres des études nationales Obépi 2006 (13,1%) et 2009 (14,5%)

¹³ A noter que le schéma départemental de l'enfance qui contient un volet PMI n'évoque pas la prévention de l'obésité, ni dans les orientations générales ni dans les 14 fiches actions.

¹⁴ Environ 61% des enfants de 0 à 2 ans et 53% des enfants de moins de 6 ans domiciliés en Seine St Denis ont été vus une fois en consultation médicale de PMI

¹⁵ Actions de formation des sages-femmes, permanence téléphonique sur l'allaitement maternel dans une permanence PMI

¹⁶ Distribution des outils de l'INPES, séances d'animation en salle d'attente, actions de promotion de l'activité physique avec les éducatrices de jeunes enfants

sujet encore loin d'être résolu malgré notamment l'intervention du réseau des épiceries sociales. La CAF propose pour les familles dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil un passeport loisirs qui leur permet de bénéficier d'activités sportives à titre gracieux : cette offre n'est cependant acceptée que par 20% des bénéficiaires. D'une façon générale l'activité physique est peu articulée avec les actions à contenu alimentaire ou diététique alors que les éducateurs sportifs ne semblent pas recevoir de formation sur la prise en charge des enfants obèses.

Malgré un certain éparpillement des actions et des financements un exemple de bonne pratique pourrait être la démarche de la ville de Montreuil qui associe un plan triennal de lutte contre l'obésité piloté par le service communal d'hygiène et de santé, un ciblage des familles en situation de précarité et en difficulté, une action de coordination des professionnels, un dépistage et recueil de données d'IMC (enfants de petite section école maternelle, CE1, CM1), deux diététiciennes salariées par la ville, des actions d'éducation nutritionnelle (promotion des fruits et légumes, suppression de la collation, actions de formations des professionnels, séances d'éducation nutritionnelle dans les établissements scolaires).

3. L'ACTIVITE DU RESEAU DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE EN PEDIATRIE (REPOP) EN AQUITAINE ET LE DEVELOPPEMENT DU VOLET EXTRAHOSPITALIER DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE EN CHAMPAGNE-ARDENNE SONT DE BONS EXEMPLES SUR LE TERRAIN DU CONSTAT PORTE AU NIVEAU NATIONAL

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

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

Le REPOP d'Aquitaine, comme les autres REPOP du territoire national¹⁷, propose un dépistage précoce de l'obésité et une prise en charge¹⁸ de proximité de l'enfant et de l'adolescent obèses ainsi que de sa famille (le médecin traitant est l'élément central du réseau), de caractère multidisciplinaire¹⁹ et concertée avec partage des informations.

Le réseau REPOP en Aquitaine est financé par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et le Coordination des Soins FIQCS²⁰ sachant que d'autres sources de financement peuvent être sollicitées (départements, région notamment). Le budget 2009 du REPOP Aquitaine est de 553 026 euros, dont 507 576 euros au titre du FIQCS et 45 450 euros du GRSP. Le REPOP Aquitaine n'a pas perçu en 2009 de subvention d'une collectivité locale.

Une étude menée par le REPOP Aquitaine en collaboration avec l'Institut de santé publique d'épidémiologie et du développement sur les 376 premiers patients inclus conclut à une évolution globalement favorable des enfants suivis dans le réseau, d'autant plus marquée que l'enfant est plus jeune. L'évolution pondérale ne témoignant que d'une légère baisse de l'IMC pour les enfants suivis entre la première et la dernière consultation de suivi (cette baisse est d'autant plus faible que l'enfant est pris en charge tardivement) la poursuite de l'évaluation de cette modalité de prise en charge reste à faire.

¹⁷ Il existe cinq réseaux REPOP à l'heure actuelle : Ile de France, Aquitaine, Franche Comté, Midi Pyrénées et Rhône Alpes.

¹⁸ La nature du suivi est variable soit médicale uniquement, soit médicale et psychologique, soit médicale et diététique, soit médicale, psychologique et diététique (ce dernier suivi étant proposé aux enfants les plus vulnérables). Le recours à l'activité physique adaptée est également possible ainsi que des séances d'éducation thérapeutique

¹⁹ Diététiciens, psychologues, enseignants d'activité physique, médecins scolaires/de PMI/hospitaliers...

²⁰ Le FIQCS a pour objet, selon l'assurance maladie, l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé

Il est prévu dans l'article 13 de la convention constitutive du réseau REPOP Aquitaine que le réseau «...bénéficiera également d'une évaluation externe, sous-traitée à un prestataire extérieur et indépendant, choisi et rémunéré directement par l'URCAM et l'ARH dans le cadre du FIQCS ». A la connaissance de la mission cette évaluation externe n'a pas encore été réalisée.

Le réseau REPOP Aquitaine, qui ne fonctionne qu'en Gironde (c'est un des critères d'inclusion nécessaire) avec un réseau très centré sur Bordeaux et sa périphérie immédiate, a été créé en septembre 2006 et fait état de 930 patients inclus depuis l'origine et environ 600 patients à l'heure actuelle en termes de file active (sachant que la prise en charge dure environ 2 ans). En dehors du nombre de professionnels adhérents au réseau (388 professionnels formés dont 252 médecins) et la possibilité de s'inscrire à un atelier d'activité physique adaptée (10 ateliers en Gironde) ce réseau présente les deux points forts suivants :

- Un accès facilité au plateau technique de l'hôpital²¹ (CHU) : les enfants obèses sont pris en charge par le service d'endocrinologie et diabétologie pédiatriques du CHU de Bordeaux. Il existe une très bonne articulation réseau REPOP Aquitaine/CHU : des consultations²² sont réalisées à l'hôpital des enfants du CHU par les salariés du REPOP (pédiatres coordinateurs, diététiciennes, psychologues). Il existe aussi une bonne coordination service endocrinologie adulte/service endocrinologie pédiatrique pour la prise en charge des adolescents → adultes. En outre depuis septembre fonctionne une unité d'éducation thérapeutique pour la prise en charge du diabète de l'enfant. L'un des principaux points faibles de la prise en charge hospitalière réside, malgré une élévation régulière du nombre de patients hospitalisés (29 en 2007, 40 en 2008, 49 au 1^{er} octobre 2009) dans une capacité d'accueil insuffisante au regard des besoins
- Une insertion dans le Programme nutrition prévention et santé des enfants et adolescents en Aquitaine²³ qui est une déclinaison du PNNS ciblée sur enfants/adolescents. Les lignes de force de ce programme passent par des moyens humains dédiés sous forme d'un mi temps de coordonnateur, l'implication de très nombreux partenaires, la forte mobilisation du rectorat, la diversité des actions alimentation et APS. La stabilisation du surpoids et de l'obésité pour la population des CE2 est à mettre, pour les promoteurs, au crédit de ce programme. En revanche l'un des handicaps de ce programme est la faible proportion de collèges/lycées concernés (environ 5% des établissements).

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

3.2. Dans la région Champagne Ardenne le développement, dans le domaine de l'éducation thérapeutique, d'une articulation hospitalière et extrahospitalière en matière de bilan médico-sportif et d'offre d'activité physique pour les personnes atteintes d'une pathologie chronique

Dans la région Champagne Ardenne un chapitre spécifique du SROS 2006-2011 est dédié à l'éducation du patient²⁴. Des unités transversales d'éducation thérapeutique du patient²⁵ (UTEP) se sont créées dans certains centres hospitaliers tels que celui de Charleville Mézières afin d'apporter

²¹ Soit hôpital de jour soit hospitalisation de 48H

²² En 2008 936 consultations ont été réalisées

²³ Ce programme, qui finance un mi-temps de coordonnateur dédié à ce programme, a obtenu en 2006 du prix OMS Europe pour la lutte contre l'obésité infantile. Il se décline selon 3 axes : dépistage précoce/prévention/prise en charge de l'obésité de l'enfant, amélioration de l'offre alimentaire en milieu scolaire et périscolaire et actions pédagogiques sur alimentation et APS. Les enfants concernés sont ceux des maternelles, élémentaires, collèges et lycées dans les 5 départements de la région Aquitaine.

²⁴ L'éducation thérapeutique du patient connaît un développement important en France depuis quelques années avec une multiplication des actions éducatives dans le domaine de la santé. Il ne s'agit plus seulement d'améliorer l'observance ou de mieux informer les patients il s'agit de faire du patient le premier acteur de sa santé en lui donnant la capacité de gérer, avec le concours et l'aide des professionnels, sa maladie

²⁵ En Champagne Ardenne les deux dénominations UTEP ou plates formes hospitalières d'éducation du patient (PFEH) coexistent.

une réponse structurée d'offre d'éducation thérapeutique. Ces unités, au nombre de sept dans cette région, ont notamment pour buts d'être un centre de ressources en éducation du patient, de coordonner les activités éducatives de l'établissement hospitalier, de promouvoir l'éducation du patient dans le système de soins intra et extrahospitalier.

Le financement des ressources humaines présentes dans les UTEP des établissements de santé est réalisé sur une enveloppe mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation MIGAC avec un montant total de 1 949 710 euros alloué par l'ARH en 2008 aux établissements dans le cadre de l'éducation du patient. L'offre des UTEP concerne différentes pathologies (diabète, asthme, insuffisance rénale chronique) ou problématiques de santé, l'obésité en faisant partie. Sur l'année 2007 pour l'ensemble des sept UTEP de la région Champagne Ardenne la file active a été de 1846 patients dont 225 sur l'obésité : il est recensé en 2007 277 nouveaux patients adressés pour 196 d'entre eux en intra-hospitalier. Sur les 7 UTEP 4 d'entre elles, dont celle du centre hospitalier de Charleville Mézières, prennent en charge la thématique de l'obésité. C'est avec le diabète de type 2 la thématique la plus représentée au sein des UTEP de la région. En termes d'importance de la file active l'obésité vient après l'activité de dépistage du SIDE et des infections sexuellement transmissibles, le diabète de type 2 et l'aide au sevrage tabagique.

Les UTEP de la région Champagne Ardenne²⁶ sont articulés avec le réseau sport-santé-bien être qui vise à rapprocher les usagers, les professionnels de santé et le milieu sportif²⁷. Ce réseau permet de faire le lien entre les UTEP et les associations sportives conventionnées avec le réseau. Ce réseau permet de réaliser des bilans médico-sportifs dans des UTEP (Charleville-Mézières, Chalons en Champagne), dans des centres médico-sportifs (Charleville-Mézières, Chaumont), centre de réadaptation cardiovasculaire de Reims, centre pasteur de Troyes. Une fois ce bilan réalisé (notamment tests de condition physique) il est proposé d'accompagner l'utilisateur ou le patient vers une structure conventionnée et proposant une offre d'activités physiques adaptée à la personne. Environ 105 éducateurs sportifs ont été formés sur l'ensemble de la région avec en particulier l'engagement de disciplines sportives telles que la natation, l'athlétisme, la randonnée pédestre, le judo.

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

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

²⁶ Ces structures regroupent diététicienne, éducateur médico-sportif, infirmière, psychologue et proposent de l'éducation thérapeutique basée sur un diagnostic éducatif, des activités éducatives portant sur la maladie avec ateliers diététiques, ateliers infirmiers, activités physiques adaptées, séances de relaxation, groupes de parole

²⁷ Au niveau national la direction des sports depuis la création du ministère de la santé et des sports a défini, au-delà de la politique menée jusqu'à présent en faveur des seuls sports de haut niveau, un nouvel axe de promotion du sport : le sport et santé pour tous publics. Dans ce nouveau cadre la direction des sports indique s'impliquer dans le plan bien vieillir, le PNNS et le plan sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Il s'agit notamment pour la direction des sports d'agir sur les fédérations sportives afin qu'elles s'ouvrent sur de nouveaux publics et élargissent leur champ d'action sur de nouvelles thématiques telle que la prévention santé

Annexe 5 : Etat d'avancement des actions figurant dans le tableau de bord du PNNS 2 et portant sur l'obésité

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

1. DES ACTIONS ONT ETE EN TOUT OU PARTIE REALISEES EN CONFORMITE AVEC LEUR ECHEANCIER

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

- la coordination générale de la question du dépistage et prise en charge de l'obésité²⁸,
- la formation pour les professionnels des établissements de santé sur l'obésité²⁹ sachant que si cette action se poursuit sur un rythme correct (selon le chiffre DHOS fourni à la mission en octobre 2009 ce sont 17 sessions (2 jours par session) qui doivent se tenir sur la période d'avril 2009 à fin 2010 à raison de 14 à 15 personnes par session) il convient cependant de relativiser l'impact de cette formation qui concernera sur environ 18 mois moins de 250 personnes au regard de l'importance du public auquel elle est destinée³⁰
- l'expérimentation des modes de prévention/prise en charge de pathologies nutritionnelles³¹ : le tableau de bord de la DGS renvoie au plan qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques³² mais pour autant le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ne fait aucunement mention au PNNS 2 à l'occasion de la description du contenu de la mesure n°8. Cette action d'expérimentation se décline notamment en un projet d'expérimentation sur le diabète³³ « Sophia » qui est à l'heure actuelle lancé depuis janvier 2008, et qui doit se poursuivre jusqu'en juin 2010, époque à laquelle une évaluation médicale et économique devrait décider ou non de sa généralisation.

²⁸ Remise en 2009 par le Pr Basdevant à la ministre de la santé et des sports d'un rapport avec des propositions d'actions pour l'amélioration des conditions de prise en charge des personnes obèses dans les établissements de santé

²⁹ 15 sessions prévues de formation avec l'ANFH sur l'obésité de l'enfant et celle de l'adulte (connaissance des spécificités de l'obésité, adaptation des comportements des soignants).

³⁰ Aides soignants, brancardiers, infirmiers, personnes d'accueil, assistants sociaux, psychomotriciens, ergothérapeutes, psychologues...

³¹ Il s'agit, selon le programme daté de septembre 2006, de développement par l'assurance maladie de programmes personnalisés de prévention, d'éducation du patient et d'information concernant certaines pathologies qui peuvent être liées à des problèmes nutritionnels, telles que le diabète

³² Le plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques comprend bien une mesure n°8 « Développer un accompagnement personnalisé des malades » avec un financement FNPEIS prévu de programmes personnalisés pour le diabète : une « expérimentation d'un programme de gestion coordonnée des patients diabétiques sur une base territoriale » est dévolue à la CNAMTS dans la mesure n°8.

³³ Il s'agit d'une expérimentation dans 10 départements pilotes d'accompagnement, notamment téléphonique, des personnes diabétiques qui acceptent d'adhérer à ce projet, en lien avec les médecins traitants de ces départements. Ce dispositif d'accompagnement baptisé « Sophia » a pour objectif d'aider les patients à mieux suivre les recommandations de leur médecin, à prévenir les complications et à améliorer leur qualité de vie. Le coût estimé de ce dispositif est d'environ 10 millions d'euros par an.

- l'équipement des pôles de référence pour l'accueil des personnes obèses³⁴ avec un financement ciblé de 4 millions d'euros soit 129 K€ par CHRU : cette action connaît un état d'avancement médiocre (subventions versées, acquisition des équipements en cours) dans la mesure où début 2010 moins d'un tiers des établissements ont fait les acquisitions du matériel médical et hôtelier dont ils ont besoin pour une notification de crédits aux ARH en avril 2007. Il revient cependant à la mission de reconnaître l'existence d'un suivi par la DHOS de cette action puisqu'elle a cherché à s'assurer, au-delà de l'attribution des crédits, de la bonne utilisation de ceux-ci³⁵
- l'élaboration de bonnes pratiques pour le traitement chirurgical de l'obésité morbide³⁶ : action réalisée³⁷.
- l'amélioration de l'accueil des personnes obèses dans les établissements de santé sous pilotage DHOS³⁸ et avec en tant que référent technique le Pr BASDEVANT à la suite de la remise de son rapport.

2. UNE ABSENCE DE REELS PROGRES D'AUTRES ACTIONS QUI PEUT CONSTITUER, POUR CERTAINES D'ENTRE ELLES, UN HANDICAP SERIEUX A LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

2.1. *La non progression de certaines actions n'est pas facteur de direct retentissement sur le niveau de prise en charge...*

Il en est ainsi de :

- la lutte contre les phénomènes de stigmatisation³⁹ (action 46 : en cours, pilotage DGS) avec lettre de saisine de la HALDE adressée en avril 2009 pour demande d'état des lieux sur les discriminations dont peuvent faire l'objet les personnes obèses en tous domaines. → La position de la HALDE, alors que le tableau de bord la désigne comme référente technique avec l'INPES de cette action, est que l'objectif de cette autorité administrative indépendante (AAI) est de permettre aux victimes de faire valoir leurs droits mais qu'elle n'a pas vocation à se substituer aux administrations chargées de mettre en œuvre des politiques publiques de prévention. En outre la HALDE a transmis à la DGS un récapitulatif de ses délibérations portant sur le critère de l'apparence physique : il s'avère que cette AAI n'a pas en juin 2009 adopté de délibération rendant compte d'une discrimination avérée pour une situation de surpoids⁴⁰. Il convient pourtant de remarquer que la HALDE elle-même reconnaît être peu sollicitée sur le critère de l'apparence physique compte tenu des difficultés pouvant être rencontrées par les personnes victimes de discrimination. En définitive cette action n'est pas réellement engagée

³⁴ La formulation de cette action est quelque peu ambiguë, l'équipement des 31 CHRU en matériels et dispositifs médicaux pour accueillir et prendre en charge médicalement les patients souffrant d'obésité devant être différencié de la constitution de centres référents

³⁵ Il convient cependant de signaler que le document de suivi de la DHOS datant de janvier 2009 ne détaille pas les équipements acquis.

³⁶ L'objectif de ces recommandations est d'améliorer à long terme la chirurgie, de réduire la survenue de complications et d'en réduire leur gravité

³⁷ En juillet 2009 des documents d'information sur cette prise en charge à destination des médecins traitants et des personnes obèses sont disponibles

³⁸ Selon la DHOS, cet objectif d'amélioration repose sur les 3 axes principaux 1° équipement des 31 CHRU en matériels et dispositifs médicaux pour accueillir et prendre en charge médicalement les patients souffrant d'obésité, 2° reconnaissance des CR pour la prise en charge des patients obèses sévères et 3° formation pour les professionnels de santé sur la prise en charge de la personne obèse en établissements

³⁹ Objectif : « modifier le regard porté sur les personnes obèses et lutter contre les obstacles rencontrés par elles dans la vie courante »

⁴⁰ A l'exception de la délibération n°2007-251 du 1^{er} octobre 2007 qui concerne une saisine d'un particulier victime de harcèlement (isolement, suppression d'une partie de ses missions) du fait de son apparence physique (forte corpulence) : le réclamant ayant saisi le conseil des prud'hommes d'une demande de résiliation de son contrat de travail, la HALDE a transmis devant la juridiction prud'homale des observations constatant l'existence de faits constitutifs de discrimination

- le développement à destination des professionnels d'outils d'intervention en éducation pour la santé des enfants en surpoids⁴¹ (Action 49a : en cours, pilotage INPES). A la fin novembre 6 réunions du groupe de travail ad hoc ont été tenues, l'écriture du document puis son impression restant à réaliser. → Cette action, contrairement à ce que l'on pourrait croire, compte tenu de son intitulé du tableau de bord à savoir « développer des outils » et compte tenu de sa numérotation, n'est pas une déclinaison de l'action 49, qui se réfère au chapitre « création de réseaux de prise en charge de l'obésité », mais se fonde sur une des cinq mesures inscrites dans le chapitre « Renforcer le repérage précoce et assurer la prise en charge ». La mission observe que cette action 49a (absente du tableau de bord d'avril 2008) ne figure pas en tant que telle dans les « propositions à mettre en œuvre pour les chantiers à mettre en œuvre en 2008-2009 » qui sont listées dans le rapport sur l'activité du comité de pilotage d'avril 2008. La mission s'interroge sur le processus qui a présidé à la prise de cette décision d'inscription de l'action 49a, qui au demeurant est encore à un stade assez peu avancé.
- l'expérimentation des modes de prévention/prise en charge de pathologies nutritionnelles (action 50b : en cours, pilotage CNAMTS). Cette action consiste à engager des médecins traitants dans un programme de prévention⁴² sur le thème de l'obésité des jeunes⁴³. Le niveau de réalisation est celui d'élaboration d'un projet d'action. → cette action est à un stade encore très initial. Il revient également de constater qu'aucune échéance ou calendrier de mise en œuvre n'a été déterminé.

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

Ces actions sont les suivantes :

- la systématisation du repérage en consultations d'enfants (action 48 : en cours, pilotage DGS/DeSco/DHOS) : cette action concerne notamment la PMI et la santé scolaire avec pour objectifs de développer le repérage et la prise en charge à un stade précoce du surpoids et de l'obésité. → La mise en œuvre de cette action apparaît à la lecture des tableaux de bord d'avril 2008 et de novembre 2009 conditionnée par la résolution de nombreuses interrogations sans réel progrès au cours des 18 derniers mois. Mise à part une fiche santé scolaire publiée en février 2009 aucune concrétisation de cette action n'est relevée. Une explication partielle réside dans l'absence d'existence, dans bien des régions, de réseaux de prise en charge des enfants obèses dépistés, cette absence n'étant pas incitative à dépister compte tenu du caractère assez vain d'un dépistage sans suite d'aval. Concernant plus spécifiquement la PMI il est possible de s'interroger sur le niveau d'intérêt porté par les services déconcentrés de l'Etat à ce que les conseils généraux, lorsqu'ils élaborent leur schéma départemental consacré à la protection maternelle et infantile, intègrent cette question du dépistage du surpoids et de l'obésité comme l'une de leurs priorités.
- la création de réseaux pluridisciplinaires et développer/valider les outils de formation (action 49 : en cours, pilotage DHOS) : les travaux ont débuté (recensement des réseaux existants, cellule de coordination mise en place). → la mise en place des réseaux connaît du retard dans la mesure où il était prévu dans le programme de septembre 2006 que dans les 2 ans se constituent autour de chacun des 31 CHU des réseaux de prise en charge de l'obésité infantile comme adultes sur la base de référentiels de pratiques et d'un cahier des charges national (le tableau de bord de mars 2007 fixait une échéance 2007-2008). Les réflexions de la cellule de coordination sur les questions de dépistage et de prise en charge de l'obésité (issue du comité

⁴¹ Cette action vise à élaborer un outil documentaire pour tous les professionnels (santé scolaire, PMI,...) qui s'occupent d'enfants de 0 à 12 ans en surpoids afin de permettre de répondre très concrètement à toutes les questions posées à ces professionnels par ces enfants

⁴² Cette action trouve ses fondements dans l'avenant 12 de la convention nationale des médecins qui couvre notamment le rôle du médecin traitant en matière de prévention et de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

⁴³ Il s'agit en particulier de favoriser l'identification des enfants à risque d'obésité ou de surpoids, d'améliorer la prise en charge de 1^{er} niveau des enfants en surpoids et d'améliorer le dépistage des complications associées à l'obésité

de pilotage du PNNS) qui doit en particulier faire des propositions d'actions sur la place des réseaux ne semblent pas progresser. Le niveau de réalisation (« travaux débutés ») qui n'a pas varié entre le tableau de bord d'avril 2008 et celui de novembre 2009 traduit le peu d'avancée de cette action⁴⁴. Ce retard pose un réel problème dans la mesure où il a des conséquences en termes de capacité et de qualité de prise en charge des obèses⁴⁵.

- l'élaboration de bonnes pratiques de prise en charge multidisciplinaire de l'obésité⁴⁶ (action 52 : en cours, pilotage HAS selon le tableau de bord, DGS selon la fiche spécifique de l'action⁴⁷). L'action 52 vise à actualiser les recommandations de prise en charge de l'obésité de l'adulte (1998) et de l'enfant (2003) avec création des outils d'accompagnement utiles à la mise en oeuvre de ces recommandations. Cette actualisation repose sur des travaux à réaliser par différentes sociétés savantes qui feront l'objet d'une labellisation par l'HAS. Niveau de réalisation : début du travail des sociétés savantes en lien avec la HAS. → cette action n'a pas connu en réalité d'avancement depuis le bilan annuel du comité de pilotage d'avril 2008. A cette époque aucune étape n'avait été réalisée et à ce jour il s'avère que la HAS après avoir organisé deux réunions de comité d'organisation⁴⁸ n'a pas procédé au lancement des travaux du fait de la lourdeur de la procédure méthodologique et du coût pour les sociétés savantes. En contradiction avec ce qui figure dans le tableau de bord de novembre 2009 la procédure de labellisation a été abandonnée et l'actualisation sera intégrée dans le programme de travail de la HAS. Il est prévu par la HAS que les travaux débutent au 1^{er} trimestre de 2010 avec publication dans 15 à 18 mois. Les questions devraient porter notamment sur la définition du parcours de soins et l'information du patient.

⁴⁴ La raison de cette lenteur au déploiement de ces réseaux semble résider dans le fait que la DHOS soit désireuse de développer des réseaux territoriaux non thématiques plutôt que des réseaux centrés sur une thématique particulière

⁴⁵ A côté des réseaux REPOP de prévention et prise en charge de l'obésité infantile qui sont au nombre de cinq des réseaux obésité adulte existent : 17 ont été identifiés par la DHOS en 2007-2008. Cependant même si ces réseaux sont intéressants par la qualité des soins prodigués et par le financement de prestations de paramédicaux et d'animateurs sportifs ils connaissent de fortes limites en raison du petit nombre de personnes concernées.

⁴⁶ Les thématiques pressenties selon le rapport du comité de pilotage d'avril 2008 étaient l'organisation des soins (thématique obsolète depuis la remise en 2009 du rapport du Pr Basdevant), l'éducation thérapeutique (arrêt des travaux en mars 2009 sur ce sujet à la demande du cabinet en attente de la parution de la loi HPST qui donne à l'HAS un rôle spécifique d'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique), la place de l'activité physique dans la prise en charge de l'obésité, les mesures diététiques

⁴⁷ Cette non concordance figure dans le rapport sur l'activité du comité de pilotage de novembre 2009. Dans le rapport d'avril 2008 le tableau de bord et la fiche spécifique indiquent l'HAS en tant que pilote. A noter que dans le tableau de bord de mars 2007 c'est la DHOS qui est mentionnée comme pilote

⁴⁸ La méthode d'élaboration de recommandations de bonne pratique utilisée par l'HAS repose notamment sur la création d'un comité d'organisation qui définit les limites des thèmes à aborder et les questions auxquelles les recommandations doivent répondre et qui propose une liste des participants au groupe de travail, d'un groupe de travail chargé de faire une synthèse des connaissances et de rédiger les recommandations et d'un groupe de lecture qui procède à la critique du document final. Le groupe de travail et le groupe de lecture sont composés d'experts et de non experts du domaine traité.

Annexe6 : Les réseaux nationaux de collectivités locales actives dans le domaine de la nutrition, de l'environnement ou de la santé

1. LES VILLES ACTIVES ET COMMUNAUTES DE COMMUNES ACTIVES PNNS

Les premières signatures de la charte ville active du PNNS datent de 2004 avec initiation d'un réseau en 2007 : il s'agit d'impliquer les communes ou communautés de communes dans la mise en œuvre d'actions ou de programmes en cohérence avec le PNNS. Un site internet en cours de refonte, qui est géré par une structure, Défi santé nutrition (DSN) financée par la DGS, vise à aider les villes à cette mise en œuvre au travers de l'information, du partage d'expérience et de la valorisation d'actions locales. Une convention triennale signée en décembre 2007 entre la DGS et Défi santé nutrition confie à DSN une mission d'animation du réseau des villes actives du PNNS et de facilitation de l'implication des collectivités locales.

L'adhésion à la charte villes actives nécessite une délibération du conseil municipal et la nomination d'un référent « actions municipales du PNNS » qui peut être soit un élu soit un technicien. La ville s'engage « à mettre en œuvre chaque année au moins une action issue de la liste proposée par le PNNS ou innovante et conforme au PNNS » ainsi qu'« à veiller à ce que, pour toutes les actions mentionnées dans l'article 2 (de la charte) et menées dans le cadre de la collectivité locale, soient utilisées exclusivement les recommandations issues des référentiels du PNNS ou des documents porteurs du logo du PNNS, à veiller à ce que toute action nutritionnelle impliquant la collectivité n'aille pas à l'encontre des repères de consommation du PNNS ». Cet engagement comporte également l'affichage du logo « Ville-active du Programme national nutrition santé » de façon explicite sur les documents afférents à cette action.

Il existe une grande variation de la taille des villes adhérentes, toutes les régions sont représentées mais un quart des départements ne possède aucune ville active. Le réseau compte à l'heure actuelle 195 villes actives pour un chiffre théorique de plus de 9 millions d'habitants concernés soit environ 15% de la population française⁴⁹. Selon la publication « Actualités du PNNS⁵⁰ » le nombre d'adhésions était de 33 villes novembre 2007, 18 villes fin 2007, 8 villes mai 2008. Depuis décembre 2008 cinq villes supplémentaires ont adhéré à ce réseau le rythme d'adhésion connaissant un certain ralentissement.

Il importe pour apprécier l'impact réel de l'adhésion de noter qu'il n'est demandé à la collectivité adhérente de mettre en œuvre au minimum une action chaque année ce qui a pour effet de rendre le contenu de cette adhésion très variable selon les municipalités. Malgré les limites de ce réseau en termes d'implantation géographique et de contenu des actions il semble important de persévérer dans cette dynamique.

C'est dans cet esprit que s'est tenu le 25 novembre 2009 le premier colloque national des villes actives du PNNS à Nancy. Ce colloque a été précédé de différentes réunions régionales en janvier

⁴⁹ Ce pourcentage varie selon les régions : en Languedoc Roussillon les six villes PNNS Narbonne, Castelnaudary, Port la Nouvelle, Béziers, Nîmes et Montpellier représentent une population d'environ 500 000 habitants soit 20% de la population régionale

⁵⁰ A remarquer que cette lettre informative connaît une diminution de sa fréquence de publication 6 en 2006, 5 en 2007, 3 en 2008 et 1 en 2009

2009 (Haute Normandie), juillet 2009 (Ile de France), octobre 2009 (Aquitaine), novembre 2009 (Bretagne).

La mission a assisté le 22 octobre 2009 à la première rencontre des « collectivités territoriales actives du PNNS en Aquitaine » qui a réuni à Bruges en Gironde des représentants d'une dizaine de municipalités, dont celle de Bordeaux, d'une communauté d'agglomération (Pau), de la région Aquitaine, des conseils généraux de la Gironde et des Landes, de la CPAM de Bayonne, du rectorat de l'académie de Bordeaux, du CRAES-CRIPS Aquitaine, de la DRAAF, de l'URCAM et de la DRASS. Cette rencontre a permis de mettre en lumière la variété des modalités d'actions en faveur de la nutrition portées par les collectivités locales présentes.

Les départements ont la possibilité de devenir des départements actifs du PNNS : cependant début 2010 seules la Moselle (depuis janvier 2008), la Vendée et la Haute-Saône (depuis juin 2008) sont départements actifs du PNNS. La charte des départements actifs du PNNS est calquée sur la charte ville active, en particulier la mise en œuvre chaque année d'actions correspondant aux objectifs du PNNS. En Vendée par exemple ces actions trouvent leur traduction concrète en favorisant l'équilibre du plateau repas des collégiens, en soutenant la pratique de l'allaitement maternel, en encourageant les structures d'aide alimentaire à mettre en place un accompagnement éducatif nutritionnel des bénéficiaires, en développant l'accès à des activités physiques adaptées au profit de seniors.

Les départements ont en effet de très nombreuses possibilités d'agir dans le domaine nutritionnel : non seulement sur des populations ciblées collégiens, petite enfance, populations défavorisées, personnes âgées mais aussi auprès de tous publics via une offre d'équipements aménagés (création de pistes cyclables, forêts départementales aménagées, soutien aux associations sportives). Le fait de ne pas avoir adhéré à la charte ne signifie évidemment pas, comme la mission a pu le constater à l'occasion de ses déplacements, que la collectivité départementale se désintéresse du sujet de la nutrition. Il n'en demeure pas moins qu'il convient d'amplifier les efforts de promotion de ce label qui permet d'institutionnaliser et d'intégrer dans les priorités d'action du département la nutrition par le manger mieux et le bouger plus.

2. LES ECO MAIRES

Il s'agit d'une association de maires s'engageant pour l'environnement et le développement durable. Le but de cette association est de favoriser les échanges d'expérience et la mutualisation de compétences avec une recherche de valorisation des initiatives locales. Dans le domaine de la nutrition les Eco maires ont lancé la semaine des collectivités locales pour la nutrition « Mouv'eat » qui a obtenu le label PNNS et qui vise à donner une meilleure visibilité aux actions de collectivités en faveur de la nutrition : après une première édition en novembre 2007⁵¹ ce sont 125 communes qui se sont mobilisées durant une semaine en novembre 2008, des réunions régionales étant organisées pour relayer cette démarche de communication. Une troisième édition est prévue pour novembre 2009.

3. LE RESEAU FRANÇAIS DES VILLES-SANTE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)

Le réseau français des villes-santé de l'OMS (RFVS) a été créé en 1989. Il compte actuellement 70 membres, la ville de Metz étant la dernière ville adhérente au réseau. Le RFVS a pour objet de soutenir et développer la coopération entre des villes qui ont la volonté de développer des politiques favorables à la santé.

⁵¹ A titre d'exemple en 2007 la ville d'Ajaccio a mis en œuvre six actions principales durant cette semaine : équilibre alimentaire tous publics, équilibre alimentaire en crèches, qualité nutritionnelle du pain en restauration scolaire, promotion de la consommation de fruits et légumes, hygiène bucco-dentaire des enfants, éducation nutritionnelle des personnes handicapées

En mai 2008 le RFVS a signé une nouvelle convention avec la DGS. Le RFVS a adressé à l'ensemble des villes appartenant au réseau un questionnaire portant sur diverses thématiques dont l'une d'entre elles concernait l'alimentation et l'activité physique pour lutter contre le surpoids (avec pour public cible les enfants) : c'est cette thématique qui fait l'objet du plus d'actions (37 en provenance de 33 villes différentes). La majorité des villes interrogées font partie du GRSP et déclarent que leur politique de santé est proche de celle du Plan régional de santé publique (PRSP). Les villes indiquent également être particulièrement impliquées dans les politiques contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) et dans le déploiement des ateliers santé ville (ASV). Environ la moitié des villes-santé OMS sont également villes actives PNNS.

Annexe 7 : La sédentarité et l'activité physique

Cette annexe a pour objet de décrire selon le dernier tableau de bord tenu par la DGS disponible en date du 30 novembre 2009 (et des fiches spécifiques lorsqu'elles existent), l'état d'avancement des actions et en regard de porter les appréciations de la mission d'évaluation sur cet état d'avancement

Le bilan du PNNS présenté au CNSP en 2008 indiquait qu'il n'y avait pas d'avancée notable sur l'activité physique hormis l'augmentation du nombre de chartes pour les « villes actives » qui contiennent une référence à l'activité sportive et la remise de l'expertise collective de l'INSERM.

Il a été proposé par les responsables du PNNS devant le CNSP de lancer un chantier spécifique « activité physique » portant notamment sur la gouvernance (intégrer le comité national olympique et sportif -CNOSF- dans le comité de pilotage), de lancer un travail sur la rédaction de recommandations spécifiques pour la prise en charge de diverses pathologies, d'initier une réflexion portant sur les conditions de définition et de développement un environnement favorable à la pratique d'activité physique quotidienne, d'inciter à un travail avec les organisations syndicales dans l'entreprise, de coordonner un travail avec les différentes fédérations pour un « sport pour tous sur les divers territoires » et d'intégrer dans la réflexion sur la formation la question des métiers de l'activité physique.

Le bilan présenté à la fin de l'année 2009 devant le CNSP présente les actions et les mesures développées autour de l'**axe stratégique** : « environnement nutritionnel » incluant alimentation et activité physique », et l'activité physique est un « **chantier** », qui décline plusieurs actions ; on retrouve aussi la référence à l'activité physique dans d'autres fiches action, ce qui n'en simplifie pas la lecture.

Le chantier formation : (actions 86 à 95) il s'agit essentiellement du suivi du rapport du Pr. MARTIN, dont peu de recommandations ont été mises en œuvre, sauf sur ce thème dans des actions de formation avec le CNFPT. Sont évoquées des références aux initiatives locales dont on souhaite la généralisation comme les formations transversales menées par l'expérience EFFORMIP en Midi Pyrénées pour les malades atteints de maladies chroniques et qui relèvent aussi du plan qualité de vie des malades atteints de maladies chroniques. L'articulation avec le rapport du Pr. Toussaint qui présente de nombreuses recommandations aussi sur la formation des professions de l'activité physique, selon leurs modalités présentes ou possibles n'est pas évoquée⁵², pas plus que le rapport du Pr. Berstsch, commandé par les ministres de la santé, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le secrétariat d'Etat chargé des sports qui présente des pistes de réorganisation de l'offre publique de formation dans le secteur de l'activité physique⁵³.

Le chantier communication : (actions 8 a à f, action 15, actions 21 a, et b, actions 38 c, d e et f, action 82).

L'activité physique est intégrée dans le petit film de l'INPES de 2009 « à la découverte du PNNS », le site « manger bouger », renouvelé et actualisé, et les ouvrages de la collection « les synthèses du PNNS » constituent les actions principales engagées, en complément des différentes mallettes comme celle de l'INPES, de la Mutualité française pilote d'un programme expérimental

⁵² Avec le débat sur l'appellation d' « éducateur médico-sportif », dont la formation lui permet une intervention dans des actions de réhabilitation de personnes souffrant de pathologies, et les éducateurs sportifs, à vocation générale et les éducateurs « coach athlé santé », qui ont vocation à travailler dans des clubs et à faire en sorte que les personnes puissent garder les acquis obtenus avec l'éducateur médico-sportif dans le cadre de la réhabilitation

⁵³ Pr. Berstsch. J, réorganisation de l'offre publique de formation en matière d'activité physique, de sport et d'animation, 2008

en direction du public scolaire des 11- 14 ans qu'elle finance « bouge, une priorité pour ta santé » et du CNOSEF « mallette sport et santé », qui sont à la fois des outils de communication et de formation. Les documents de synthèse du PNNS en font partie.

Le chantier de l'activité physique elle-même se caractérise surtout par l'introduction du mouvement sportif au sein du comité de pilotage, et notamment le CNOSEF et la fédération française de gymnastique volontaire (FFGV), (action n°1) et par les missions confiés à la Direction des sports.

Il faut noter que les deux orientations visant les sportifs de haut niveau d'une part et le développement des pôles ressources nationaux d'autre part illustrent le défaut de priorisation des objectifs du PNNS déjà signalé, entre l'approche par la compétition et celle du sport pour tous. A la décharge des acteurs du PNNS, l'évolution des fédérations sportives vers le concept de « sport pour tous » est encore récente et n'est pas encore unanimes partagée.

En outre, l'éducation physique et sportive de l'enseignement obligatoire apparaît peu dans le dispositif, sauf sous la forme d'outils en direction de la communauté éducative (action 21 a kit pédagogique « bien dans mon assiette, bien dans mes baskets », action 22a. » guides de nutrition ado », ou le document Eduscol, sous la responsabilité du ministère de l'éducation nationale, actions 77 à 81).

Le chantier chartes : villes actives, départements actifs, entreprises actives (actions n°6, 38 et 104) évolue peu hormis une référence aux colloques dont le colloque auquel la mission a assisté à Nancy en novembre 2009, et dont il faut dire que l'activité physique, même conjuguée avec le développement durable, apparaît peu. D'autres actions « PNNS » sont intégrées au niveau local dans le cadre de l'association « eco-maires » avec la semaine « Mouve eat », et un « département actif », la Moselle, développe cet axe ; l'action 38a a abouti à une enquête sur les actions municipales relatives à la promotion de l'activité physique en mairie, et l'action 38 b au projet de guide pour l'extension de l'expérience ICAPS décrite ci-dessous. Certaines actions, comme l'action 38 relèvent parfois de la communication et aussi du chantier charte.

Sur les entreprises, la déclinaison de la charte aurait dû faire l'objet d'un groupe de travail repoussé en 2010 en raison de la crise économique ; les initiatives des entreprises en matière d'activité physique sont peu nombreuses hormis l'exemple toujours cité d'un constructeur automobile situé à Rennes. Elles tendraient à se développer sans qu'à aucun moment la mission ait pu le constater sur le terrain ;

Le chantier action contre la dénutrition : (actions 59, 61, 82) l'axe « activité physique est quasi absent dans ces actions qui traitent de la partie alimentation de la nutrition, et concernent davantage la prévention secondaire et tertiaire qu'il s'agisse de la prévention de la dénutrition des personnes âgées (voir l'avis de l'AFSSA en janvier 2009) ou des personnes hospitalisées ;

Deux autres chantiers intègrent de manière anecdotique l'activité physique, le chantier « prise en charge de l'obésité », (actions 47, 49, 52) avec des exceptions, comme dans le cadre d'action de réseau, comme les UTEP –comme en Champagne Ardenne, ou le réseau Efformip ; et le dossier « surveillance » pour lequel les activités de recherche restent encore menées de manière inégale.

Annexe 8 : Questionnaire d'enquête auprès des DRASS et des DRAAF



Ministère de la santé et des sports - Ministère de l'alimentation,
de l'agriculture et de la pêche

IGAS - CGAAER

Mission conjointe d'évaluation du
Programme national Nutrition-Santé (PNNS)

QUESTIONNAIRE RELATIF A LA DECLINAISON TERRITORIALE DU PNNS

Novembre 2009

Dans le cadre de la mission d'évaluation dont est chargée la mission conjointe IGAS-CGAAER, et à partir des informations recueillies lors de plusieurs déplacements en région à la rencontre de quelques uns d'entre vous, il nous est apparu utile de pouvoir évaluer plus exhaustivement les modalités de la déclinaison dans les différentes régions françaises, des actions initiées au titre ou en résonance avec le PNNS, dans les champs qui le concerne.

Le questionnaire qui vous est proposé est administré sous le logiciel SPHYNX qui permet une administration en ligne (avec des modifications possibles ultérieures jusqu'à la date de clôture indiquée) et une exploitation professionnelle des données recueillies (vous garantissant aussi que cet effort ne restera pas inexploité) Il vous est demandé de bien vouloir consacrer quelques instants à ce questionnaire, qui comporte certes beaucoup de questions (mais chacune ne vous concerne pas forcément) car il s'est efforcé de tenir compte des multiples formes de la déclinaison possible de ce programme ainsi que les nombreux acteurs susceptibles d'intervenir à ce titre.

La majorité des questions demande une réponse numérique (c'est à dire sous la forme de chiffres), quelques autres plus rares appellent du texte, généralement un nom ou un intitulé. Enfin à travers quelques questions ouvertes vous pouvez être appelés à vous prononcer sur un aspect particulier en fonction de votre expérience acquise).

Nous sommes conscients que les réponses à certaines de ces questions sont disponibles dans des enquêtes pour lesquelles vous êtes déjà sollicités, mais nous ne pourrons les traiter que si elles sont incluses et saisies dans le présent questionnaire ; c'est pourquoi nous vous remercions de bien vouloir accepter de les saisir néanmoins.

Nous vous remercions de votre contribution et vous serez rendus destinataires des résultats avant une réunion qui devrait vous inviter à nous rencontrer à Paris pour échanger plus directement sur le PNNS.

Sommaire

1. Données descriptives régionales

[Page 10](#)

1.2 Sur le PRSP

[Page 11](#)

1.2.1 actions relatives aux activités physiques

[Page 12](#)

1.2.2 actions en direction des personnes atteintes de maladies chroniques

[Page 13](#)

1.2.3 actions en direction des personnes en surpoids ou obèses

[Page 13](#)

1.2.4 actions relatives à la dénutrition des personnes âgées

[Page 14](#)

1.2.5 actions en direction des personnes hospitalisées

[Page 15](#)

1.2.6 actions relatives au plan "Bien vieillir"

[Page 15](#)

1.2.7 actions de formation des professionnels à l'éducation nutritionnelle

[Page 16](#)

1.2.8 acteurs intervenant en direction des personnes hospitalisées

[Page 18](#)

1.2.9 acteurs intervenant en direction des personnes âgées

[Page 19](#)

1.2.10 acteurs intervenant en direction des personnes obèses

[Page 19](#)

1.2.11 acteurs assurant la mise en place d'actions spécifiques

[Page 20](#)

1.3 Sur la PROA

[Page 22](#)

Sommaire

2. Gouvernance

[Page 25](#)

2.1 Gouvernance des actions liées au PNNS2

[Page 25](#)

2.2 Existe-t-il des actions ou mesures rattachables au PNNS dans :

[Page 26](#)

3. Ressources investies

[Page 28](#)

3.1 Communication générale

[Page 28](#)

3.2 Activités physiques

[Page 29](#)

3.3 Prévention de l'obésité

[Page 30](#)

3.4 Education nutritionnelle

[Page 31](#)

3.5 Dénutrition des personnes âgées

[Page 32](#)

3.6 Aides aux plus démunis

[Page 33](#)

3.7 Villes actives PNNS

[Page 34](#)

3.8 Prise en charge des personnes obèses

[Page 35](#)

Sommaire

4. Evaluation	Page 36
4.1 Communication générale	Page 37
4.2 Activités physiques	Page 38
4.3 Prévention de l'obésité	Page 39
4.4 Education nutritionnelle	Page 40
4.5 Dénutrition des personnes âgées	Page 41
4.6 Aides aux plus démunis	Page 42
4.7 Villes actives PNNS	Page 43
4.8 Prise en charge des personnes obèses	
	Page d'enregistrement

1. Données descriptives régionales

6 / 44

Sommaire

Données à extraire de Statiss (2009)

Enregistrer

Population totale de la région (en nb d'habitants) :	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Hommes	Femmes
Population de plus de 75 ans	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Indice de vieillissement au 1er janvier 2009	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Population des moins de 6 ans	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Population des 6 à 16 ans	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Jeunes de 18 à 25 ans	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Personnes âgées de 80 ans et plus	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Hommes	Femmes
Nombre de décès pour cause de maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

1. Données descriptives régionales		7 / 44	Sommaire
1.1 Données générales			Enregistrer
	Garçons		Filles
Population scolarisée en collèges et lycées	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nombre de villes PNNS :	<input type="text"/>		
	% population de ces villes concernées		Nombre de personnes directement concernées
Villes PNNS	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nombre de villes EPODE :	<input type="text"/>		
	% population de ces villes concernées		Nombre de personnes directement concernées
Villes EPODE	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Population en situation de précarité économique (en %) appréciée sur la base des éligibles aux minima sociaux :	<input type="text"/>		

1. Données descriptives régionales		8 / 44	Sommaire
1.1 Données générales			Enregistrer
Prévalence du surpoids (dans pop. tot.) :	<input type="text"/>		
Prévalence obésité* (dans pop. tot.) :	<input type="text"/>		
	enfants		adolescents
Prévalence surpoids chez l'enfant*	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Hommes		Femmes
Prévalence surpoids chez l'adulte*	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	enfants		adolescents
Prévalence obésité chez l'enfant*	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Hommes		Femmes
Prévalence obésité chez l'adulte*	<input type="text"/>		<input type="text"/>

1. Données descriptives régionales		9 / 44	Sommaire								
1.1 Données générales			Enregistrer								
Existe-t-il un MIN ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non											
	Nbre exploitations vente directe	Nombre de PME agroalimentaire									
Sur l'offre alimentaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
	Nombre d'épiceries sociales	Nombre de bénéficiaires									
Sur l'aide alimentaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">régionales</td> <td align="center">départementales</td> <td align="center">autres</td> </tr> <tr> <td>Nombre d'associations bénéficiaires de l'aide alimentaire (redistribution)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>					régionales	départementales	autres	Nombre d'associations bénéficiaires de l'aide alimentaire (redistribution)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	régionales	départementales	autres								
Nombre d'associations bénéficiaires de l'aide alimentaire (redistribution)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">d'origine loco-régionale</td> <td align="center">d'origine extérieure (nationale)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tonnage redistribué par ces associations au titre de l'aide alimentaire</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td></td> </tr> </table>					d'origine loco-régionale	d'origine extérieure (nationale)		Tonnage redistribué par ces associations au titre de l'aide alimentaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	d'origine loco-régionale	d'origine extérieure (nationale)									
Tonnage redistribué par ces associations au titre de l'aide alimentaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>									

1. Données descriptives régionales		10 / 44	Sommaire
1.2 Sur le PRSP			Enregistrer
Montant du budget global du PRSP <input type="text"/>			
Nombre de "volets" ou axes prioritaires du PRSP : <input type="text"/>			
Le PRSP comporte-t-il un volet spécifique PNNS ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Si oui, quel en est l'intitulé ?	<input type="text"/>		

1.2 Sur le PRSP		11 / 44	Sommaire
1.2.1 Actions relatives aux activités physiques		Enregistrer	
Le PRSP comporte-t-il des actions " activités physiques "	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre d'actions concernées	Montant global des subventions allouées
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comporte-t-il des actions sur l'activité physique des jeunes ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre d'actions	Montant global
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comporte-t-il des actions sur l'activité physique des adultes ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre d'actions	Montant global
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comporte-t-il des actions sur l'activité physique des personnes démunies ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre d'actions	Montant global
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 Sur le PRSP		12 / 44	Sommaire
1.2.1 Actions relatives aux activités physiques		Enregistrer	
Comporte-t-il des actions sur l'activité physique des personnes obèses ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre d'actions	Montant global
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Activités physiques pour les personnes en maison de retraite ou en EHPAD ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre d'actions	Montant global
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Le PRSP développe-t-il des actions sur les lieux de pratique sportive ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre d'actions concernées	Montant global des subventions allouées
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 Sur le PRSP	13 / 44	Sommaire
1.2.2 Actions en direction des personnes atteintes de maladies chroniques		Enregistrer
Le PRSP s'adresse-t-il aux personnes atteintes de maladies chroniques (en relation avec la nutrition) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre d'actions concernées <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Montant global des subventions allouées <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
1.2.3 Actions en direction des personnes en surpoids ou obèses		
Le PRSP comprend-t-il des actions relatives à la lutte contre l'obésité et le surpoids ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre d'actions <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Montant global <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
Comporte-t-il des actions sur l'obésité et le surpoids des jeunes ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre d'actions <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Montant global <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

1.2 Sur le PRSP	14 / 44	Sommaire
1.2.3 Actions en direction des personnes en surpoids ou obèses		Enregistrer
Comporte-t-il des actions sur l'obésité et le surpoids des adultes ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre d'actions <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Montant global <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
Comporte-t-il des actions sur l'obésité et le surpoids des personnes démunies ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre d'actions <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Montant global <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
1.2.4 Actions relatives à la dénutrition des personnes âgées		
Le PRSP comporte-t-il un axe relatif à la "dénutrition des personnes âgées" ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre d'actions <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Montant global <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

1.2 Sur le PRSP		15 / 44	Sommaire
1.2.5 Actions en direction des personnes hospitalisées		Enregistrer	
Le PRSP comporte-t-il des actions en direction des personnes hospitalisées ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
		Nombre d'actions	Montant global
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.2.6 Actions relatives au "plan bien vieillir"			
Le PRSP comporte-t-il des actions relatives au plan "Bien vieillir" ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
		Nombre d'actions	Montant global
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Nombre d'actions	Montant global
Nombre de ces actions "Bien vieillir" relatives à l'activité physique et à l'alimentation		<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 Sur le PRSP		16 / 44	Sommaire
1.2.7 Actions de formation des professionnels à l'éducation nutritionnelle		Enregistrer	
Le PRSP comporte-t-il des actions de formation des professionnels à l'éducation nutritionnelle ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
		Nombre d'actions	Montant global
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dans le domaine de la nutrition en milieu scolaire ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
		Nombre d'actions	Montant global
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dans le domaine des activités physiques ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
		Nombre d'actions	Montant global
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concernant la dénutrition des personnes âgées ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
		Nombre d'actions	Montant global
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 Sur le PRSP		17 / 44	Sommaire
1.2.7 Actions de formation des professionnels à l'éducation nutritionnelle			Enregistrer
<p align="center">Concernant l'aide aux plus démunis ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>			
	Nombre d'actions		Montant global
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<p align="center">Concernant l'éducation nutritionnelle aux plus démunis ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>			
	Nombre d'action		Montant global
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

1.2 Sur le PRSP		18 / 44	Sommaire
1.2.8 Acteurs intervenant en direction des personnes hospitalisées			
<p align="center">Nombre d'établissements de santé doté d'un CLAN : <input type="text"/></p>			
<p>Combien de ces établissements ont-ils un volet dénutrition dans le CPOM conclus avec l'ARH ? <input type="text"/></p>			
<p>Combien de ces établissements ont-ils une unité transversale de nutrition clinique ? <input type="text"/></p>			
<p align="center">Nombre d'établissements de santé doté d'un référent nutrition : <input type="text"/></p>			
<p align="center">Existe-t-il une UTEP ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>			
<p align="center">Type d'UTEP <input type="checkbox"/> Intra hospitalière <input type="checkbox"/> Extra hospitalière</p>			

1.2 Sur le PRSP

19 / 44

[Sommaire](#)**1.2.9 Acteurs intervenant en direction des personnes âgées**

Nombre d'EHPAD dans la région

Nombre de places en EHPAD dans la région

Nombre de conventions tripartites signées

dont nombre de conventions comportant un volet PNNS

1.2.10 Acteurs intervenant en direction des personnes obèsesExiste-t-il un réseau de type REPOP ou similaire ? Oui NonExiste-t-il un centre de référence régional pour la prise en charge de l'obésité ? Oui Non**1.2 Sur le PRSP**

20 / 44

[Sommaire](#)**1.2.11 Acteurs assurant la mise en place d'actions spécifiques**[Enregistrer](#)Le schéma gérontologique départemental prend-il en compte la dénutrition des personnes âgées Oui NonLe schéma gérontologique départemental prend-il en compte le dépistage ou la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées Oui NonLe schéma gérontologique départemental prend-il en compte l'activité physique des personnes âgées Oui Non

Nombre de réseaux gérontologiques :

Nombre de réseaux gérontologiques avec un volet dénutrition :

1.2 Sur le PRSP	21 / 44	Sommaire
1.2.11 Acteurs assurant la mise en place d'actions spécifiques		
<p>Combien de CLIC (comités locaux d'information et de coordination gérontologique) : <input style="width: 100px;" type="text"/></p>		
<p>Comporte-t-il une action spécifique dénutrition (par exemple hygiène buccodentaire) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Nombre d'actions <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p>Montant global <input style="width: 100px;" type="text"/></p>
<p>Comporte-t-il un axe relatif aux personnes démunies ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Nombre d'actions <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p>Montant global <input style="width: 100px;" type="text"/></p>

1. Données descriptives régionales	22 / 44	Sommaire
1.3 Sur le PROA (Offre alimentaire)		
Enregistrer		
<p>Est-il finalisé ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>		
<p>Comporte-t-il les opérations de type "un fruit à la récré" ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Nombre d'actions <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p>Montant global <input style="width: 100px;" type="text"/></p>
<p>Comporte-t-il des actions relatives à la qualité des produits destinés à la restauration scolaire ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Nombre d'actions <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p>Montant global <input style="width: 100px;" type="text"/></p>
<p>Comporte-t-il des actions relatives aux populations en situation précaire ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Nombre d'actions <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p>Montant global <input style="width: 100px;" type="text"/></p>

1. Données descriptives régionales		23 / 44	Sommaire
1.3 Sur le PROA (Offre alimentaire)			Enregistrer
La récupération de fruits ou légumes invendus pour l'aide aux démunis est elle réalisée ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre d'actions	Montant global
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comporte-t-il des opérations spécifiques de découverte et de sensibilisation (saveurs, processus de production...)?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre d'actions	Montant global
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comporte-t-il des initiatives pour la signature de chartes nutritionnelles ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Signature de chartes nutritionnelles : Combien de signées		<input type="text"/>	
Signature de chartes nutritionnelles : Combien en cours de négociation		<input type="text"/>	
Comporte-t-il des initiatives pour la signature de chartes nutritionnelles ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

2. Gouvernance		24 / 44	Sommaire
2.1 Gouvernance des actions liées au PNNS2			Enregistrer
Un comité régional de pilotage du PNNS est -il en place (comité technique régional nutrition)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Si oui, Combien de réunions/an :		<input type="text"/>	
Le GRSP associe-t-il les collectivités territoriales ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Lesquelles ?	<input type="checkbox"/> régions <input type="checkbox"/> communes		
	<input type="checkbox"/> départements <input type="checkbox"/> communautés de communes		
Associe-t-il d'autres directions régionales de l'Etat ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Associe-t-il l'ARH ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Les Organismes de Sécurité sociale ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Les organismes complémentaires ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Si oui lesquelles ?		<input type="text"/>	

2. Gouvernance	25 / 44	Sommaire																
2.1 Gouvernance des actions liées au PNNS2		Enregistrer																
<p>Un rapport annuel d'activités est-il établi sur le suivi de ces actions ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p style="margin-left: 100px;">Une évaluation du PRSP a-t-elle été réalisée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p style="margin-left: 100px;">Une évaluation du PRSP est-elle en cours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Existe-t-il des actions PNNS hors GRSP ? (CAF, CRAM, CAV, CPAM, FNPEIS....) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Existe-t-il une structure de coordination des actions départementales ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p style="margin-left: 20px;">Si oui, précisez le ou les départements</p> <table style="margin-left: 40px; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; width: 20px; text-align: center;">▼</td> <td style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; width: 20px; text-align: center;">▼</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">▼</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">▼</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">▼</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">▼</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">▼</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">▼</td> </tr> </table>				▼		▼		▼		▼		▼		▼		▼		▼
	▼		▼															
	▼		▼															
	▼		▼															
	▼		▼															

2. Gouvernance	26 / 44	Sommaire																																
2.2 Existe-t-il des actions ou mesures rattachables au PNNS dans :		Enregistrer																																
<p style="margin-left: 100px;">- les schémas gérontologiques départementaux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si Oui, indiquez les départements concernés dans la liste suivante :</p> <table style="margin-left: 40px; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; width: 20px; text-align: center;">▼</td> <td style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; width: 20px; text-align: center;">▼</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">▼</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">▼</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">▼</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">▼</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">▼</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">▼</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 100px;">- les schémas départementaux "enfance" et PMI ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si Oui, indiquez les départements concernés dans la liste suivante :</p> <table style="margin-left: 40px; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; width: 20px; text-align: center;">▼</td> <td style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; width: 20px; text-align: center;">▼</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">▼</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">▼</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">▼</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">▼</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">▼</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">▼</td> </tr> </table>				▼		▼		▼		▼		▼		▼		▼		▼		▼		▼		▼		▼		▼		▼		▼		▼
	▼		▼																															
	▼		▼																															
	▼		▼																															
	▼		▼																															
	▼		▼																															
	▼		▼																															
	▼		▼																															
	▼		▼																															

2. Gouvernance

27 / 44

Sommaire

2.2 Existe-t-il des actions ou mesures rattachables au PNNS dans :

Enregistrer

- les plans départementaux d'insertion et de lutte contre les exclusions ? Oui Non

Si Oui, indiquez les départements concernés dans la liste suivante :

<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Ressources investies

28 / 44

Sommaire

3.1 Communication générale

Enregistrer

	Financements GRSP	Financements Hors GRSP
Europe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Etat	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conseil régional	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conseil général	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Communes	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Associations	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entreprises	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organismes de Sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organismes complémentaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Ressources investies		29 / 44	Sommaire
3.2 Activités physiques			Enregistrer
		Financements GRSP	Financements Hors GRSP
	Europe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Etat	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Conseil régional	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Conseil général	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Communes	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Associations	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Entreprises	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Organismes de Sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Organismes complémentaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Ressources investies		30 / 44	Sommaire
3.3 Prévention de l'obésité			Enregistrer
		Financements GRSP	Financements Hors GRSP
	Europe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Etat	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Conseil régional	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Conseil général	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Communes	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Associations	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Entreprises	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Organismes de Sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Organismes complémentaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Ressources investies		31 / 44	Sommaire
3.4 Education nutritionnelle			Enregistrer
		Financements GRSP	Financements Hors GRSP
Europe		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Etat		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conseil régional		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conseil général		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Communes		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Associations		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entreprises		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organismes de Sécurité sociale		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organismes complémentaires		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres		<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Ressources investies		32 / 44	Sommaire
3.5 Dénutrition personnes âgées			Enregistrer
		Financements GRSP	Financements Hors GRSP
Europe		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Etat		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conseil régional		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conseil général		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Communes		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Associations		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entreprises		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organismes de Sécurité sociale		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organismes complémentaires		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres		<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Ressources investies		33 / 44	Sommaire
3.6 Aides aux plus démunis			Enregistrer
		Financements GRSP	Financements Hors GRSP
	Europe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Etat	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Conseil régional	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Conseil général	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Communes	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Associations	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Entreprises	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Organismes de Sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Organismes complémentaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Ressources investies		34 / 44	Sommaire
3.7 Villes actives PNNS			Enregistrer
		Financements GRSP	Financements Hors GRSP
	Europe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Etat	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Conseil régional	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Conseil général	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Communes	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Associations	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Entreprises	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Organismes de Sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Organismes complémentaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Ressources investies

35 / 44

[Sommaire](#)**3.8 Prise en charge des personnes obèses**[Enregistrer](#)

	Financements GRSP	Financements Hors GRSP
Europe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Etat	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conseil régional	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conseil général	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Communes	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Associations	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entreprises	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organismes de Sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organismes complémentaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Evaluation

36 / 44

[Sommaire](#)**4.1 Communication générale**[Enregistrer](#)

	Nb de bénéficiaires directs/an GRSP	Nb de bénéficiaires directs/an Hors GRSP
Europe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Etat	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conseil régional	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conseil général	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Communes	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Associations	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entreprises	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organismes de Sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organismes complémentaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Evaluation		37 / 44		Sommaire
4.2 Activité physique				Enregistrer
	Nb de bénéficiaires direct/an GRSP	Nb de bénéficiaires directs/an Hors GRSP	Nb de bénéficiaires directs/an GRSP	Nb de bénéficiaires direct/an Hors GRSP
Europe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Etat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conseil régional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conseil général	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Communes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Associations	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entreprises	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organismes de Sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organismes complémentaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Evaluation		38 / 44		Sommaire
4.3 Prévention de l'obésité chez l'enfant				Enregistrer
	Nb bénéficiaires directs/an GRSP	Nb bénéficiaires directs/an Hors GRSP		
Europe	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Etat	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Conseil régional	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Conseil général	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Communes	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Associations	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Entreprises	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Organismes de Sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Organismes complémentaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

4. Evaluation		39 / 44	Sommaire
4.4 Education nutritionnelle			Enregistrer
	Nb bénéficiaires directs/an GRSP	Nb bénéficiaires directs/an Hors GRSP	
Europe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Etat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Conseil régional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Conseil général	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Communes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Associations	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Entreprises	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Organismes de Sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Organismes complémentaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

4. Evaluation		40 / 44	Sommaire
4.5 Dénutrition personnes âgées			Enregistrer
	Nb bénéficiaires directs/an GRSP	Nb bénéficiaires directs/an Hors GRSP	
Europe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Etat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Conseil régional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Conseil général	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Communes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Associations	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Entreprises	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Organismes de Sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Organismes complémentaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

4. Evaluation		41 / 44	Sommaire
4.6 Aide aux plus démunis			Enregistrer
		Nb bénéficiaires directs/an GRSP	Nb bénéficiaires directs/an Hors GRSP
Europe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Etat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Conseil régional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Conseil général	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Communes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Associations	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Entreprises	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Organismes de Sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Organismes complémentaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

4. Evaluation		42 / 44	Sommaire
4.7 Villes actives PNNS			Enregistrer
		Nb bénéficiaires directs/an GRSP	Nb bénéficiaires directs/an Hors GRSP
Europe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Etat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Conseil régional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Conseil général	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Communes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Associations	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Entreprises	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Organismes de Sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Organismes complémentaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

4. Evaluation

43 / 44

[Sommaire](#)**4.8 Prise en charge des personnes d'obésité**[Enregistrer](#)

	Nb bénéficiaires directs/an GRSP	Nb bénéficiaires directs/an Hors GRSP
Europe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Etat	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conseil régional	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conseil général	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Communes	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Associations	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entreprises	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organismes de Sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organismes complémentaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>

QUESTIONNAIRE RELATIF A LA DECLINAISON TERRITORIALE DU PNNS[Sommaire](#)[Enregistrer](#)

Nous vous remercions de votre participation

Pour mettre à jour vos réponses, retenez votre clé d'accès personnelle

(à saisir lorsque vous utilisez le lien intranet en "mise à jour")

Sigles utilisés

<u>AFSSA</u>	Agence française de sécurité sanitaire de l'alimentation
<u>ALIA</u>	Nom du programme "Alimentation et Industries Alimentaires"
<u>ANFH</u>	Association nationale de la fonction hospitalière
<u>ARH</u>	Agence régionale d'hospitalisation
<u>ARS</u>	Agence régionale de santé
ANAES	Agence nationale d'accréditation des établissements de santé
<u>ANDES</u>	Association nationale des épiceries solidaires
<u>ANIA</u>	Association nationale des industries alimentaires
<u>ANR</u>	Agence nationale de la recherche
<u>APA</u>	Allocation personnalisée d'autonomie
<u>APHP</u>	Assistance publique - Hôpitaux de Paris
<u>ARPP</u>	Autorité de régulation professionnelle de la publicité
<u>ASP</u>	Agence de services et de paiement
<u>CAF</u>	Caisse d'allocation familiale
<u>CHU</u> et CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
<u>CGAAER</u>	Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux
<u>CLAN</u>	Comité de liaison alimentation et nutrition
<u>CLIC</u>	Centre local d'information et de coordination
CNSP	Conseil national de la santé publique
CNS	Conférence nationale de santé
<u>CNA</u>	Conseil national de l'alimentation
<u>CNAMTS</u>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
<u>CNAVTS</u>	Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés
<u>CNDS</u>	Centre national pour le développement du sport
<u>CNOSF</u>	Comité national olympique et sportif français
<u>CNFPT</u>	Centre national de la fonction publique territoriale
<u>CNSA</u>	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COFIL	Comité de pilotage (du PNNS)
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
<u>CREDOC</u>	Centre de recherches pour l'étude et l'observation des conditions de vie
<u>CSA</u>	Conseil supérieur de l'audiovisuel
<u>DG AGR</u>	Direction générale de l'agriculture et du développement rural (commission européenne)
<u>DG SANCO</u>	Direction générale de la santé et des consommateurs

DGAS	Direction générale des affaires sociales (Devenue DGCS : Direction générale de la cohésion sociale)
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (fondues dans les nouvelles ARS)
DRAAF	Direction régionale de l'alimentation de l'agriculture et de la forêt
DGAL	Direction générale de l'alimentation
DGCCRF	Direction générale de la concurrence de la consommation et de la répression des fraudes
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJS	Direction régionale de la jeunesse et des sports
DRASSIF	Direction régionale des affaires sanitaires et sociale de l'Ile de France
SDSD	Direction de la santé et du développement social
EPODE	Ensemble prévenons l'obésité des enfants
EPS	Education physique et sportive
EFFORMIP	La santé par l'effort et la forme en Midi Pyrénées
EHPAD	Etablissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes
ENNS	Etude nationale nutrition santé
FCD	Fédération du commerce et de la distribution
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIAC	Fonds de Soutien aux Initiatives Associatives en matière de Citoyenneté
FHF	Fédération hospitalière de France
GEMRCN	Groupe d'études des marchés restauration collective et nutrition
GRSP	Groupement régional de santé publique
HACCP	Acronyme pour : Hazard Analysis Critical Control Point : méthode et principes de gestion de la sécurité sanitaire des aliments
HALDE	Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
HSCP	Haut conseil de la santé publique
HAS	Haute autorité de santé
HPST (loi dite)	désigne la loi « Hôpital, santé, patients et territoires » publiée au JO le 22 juillet 2009
ICAPS	Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité
IGAS	Inspection générale des Affaires Sociales
IMC	Indice de Masse Corporelle
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INVS	Institut de veille pour la santé
INCa	Institut national du Cancer
INCA (étude)	Etude individuelle nationale des consommations alimentaires
INRA	Institut national de la recherche agronomique
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale

IPAQ	L'International Physico Activité Questionnaire
IUFM	Institut universitaire de formation des maîtres
LMA	Projet de « Loi de modernisation agricole »
MAAP	Ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche
MDD	Marques de distributeurs
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MIN	Marché d'intérêt national
MSA	Mutualité sociale agricole
OMS	Organisation mondiale de la santé
ObEpi	Enquête nationale sur la prévalence de l'obésité et du surpoids en France
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OCHA	Observatoire CNIEL des habitudes alimentaires
ONDAM	Objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie
OQALI	Observatoire de la qualité de l'alimentation
PAA	Programme d'aide alimentaire
PAI	Programme alimentation et insertion
PASEO	Promotion de l'activité physique chez les personnes âgées sédentaires
PEAD	Programme européen d'aide aux démunis
PME	Petites et moyennes entreprises
PMI	Protection maternelle et infantile
PNA	Plan national de l'alimentation
PNNS	Programme national nutrition santé
PNSE	Plan national santé environnement
PROA	Programme régional de l'offre alimentaire
PRSP	Plan régional de santé publique
PNAPS	Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive
PNBV	Plan national « Bien vieillir »
PNRA	Programme national de recherche en alimentation
REPOP	Réseau pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie Révision générale des politiques publiques
RGPP	Réseau pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie Révision générale des politiques publiques
SCC	Stratégie et communication collectives
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR	Soins de suite ou de réadaptation
STAPS	Sciences et techniques des activités physiques et sportives
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
USEP	Union sportive de l'enseignement du premier degré
UNSS	Union nationale du sport scolaire
USLD	Unité de soins de longue durée
UGSEL	Union gymnastique et sportive de l'enseignement libre

UTEP

Unité transversale pour l'éducation du patient

[WCRF](#)

Fonds mondial de recherche contre le cancer

