



PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ

2019-2023





Améliorer la santé de chacun par l'alimentation et l'activité physique, un enjeu majeur de santé publique.

« Manger bouger », ce sont deux verbes qui se suivent et qui se conjuguent à l'impératif de la prévention. Les Français en ont bien conscience et sont prêts à s'engager dans cette approche. Dès mon arrivée au ministère des Solidarités et de la Santé, j'ai donné la priorité à la prévention. La nutrition en est un pilier essentiel depuis l'enfance jusqu'au grand âge. Malgré les progrès enregistrés depuis vingt ans dans la lutte contre l'expansion des pathologies liées à la nutrition, il est indispensable de renforcer les actions pour inverser les tendances, réduire la fréquence de l'obésité et de la dénutrition, limiter celle de l'hypertension artérielle et ses conséquences cardiovasculaires ou encore la survenue du diabète de type 2 et des cancers liés à une mauvaise nutrition.

En France, près de la moitié des adultes et 17 % des enfants sont en surpoids ou obèses. Les inégalités sociales et territoriales se creusent et la nutrition en est un indicateur implacable. Ainsi, près d'un quart des enfants dont les parents ont un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat sont en surpoids alors qu'ils ne sont que 10 % chez les parents dont le diplôme équivaut au moins à la licence.

Par ailleurs, on estime à 2 millions le nombre de personnes souffrant de dénutrition parmi lesquelles les personnes âgées en institution et un très grand nombre à domicile ce qui affecte et accélère le processus de dépendance. Ces chiffres sont inacceptables et je ne les accepte pas.

C'est pourquoi nous devons nous fixer des objectifs à la hauteur des enjeux de santé publique. C'est le défi de ce 4^e Programme national nutrition santé (PNNS4), dont les ambitions visent à augmenter l'activité physique et réduire la sédentarité, améliorer les consommations alimentaires et les apports nutritionnels en tenant compte des enjeux de développement durable, car nos habitudes d'alimentation ont un rôle dans la lutte contre le changement climatique.

Ce plan a ainsi pour objectifs, notamment, de diminuer de 20 % la fréquence de surpoids et d'obésité chez les enfants et adolescents, de stabiliser le surpoids des adultes et de réduire l'obésité de ces derniers de 15 % ou encore de réduire de 30 % le pourcentage des personnes âgées dénutries de plus de 80 ans.

Il prévoit également une réduction de l'excès de sédentarité liée aux écrans en contexte extraprofessionnel, et une augmentation de la pratique d'activité physique pour que chaque adulte ait une activité suffisante. Il s'agit aussi de développer la pratique de l'activité physique adaptée pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Il est indispensable d'accompagner les Français pour faciliter leurs choix alimentaires et d'inciter les acteurs économiques qui élaborent les aliments et les commercialisent à améliorer leurs recettes, à mettre à disposition de tous une information claire, facilement interprétable et transparente, à réduire la publicité pour des aliments dont la consommation devrait être limitée.

Le PNNS4 développera donc l'usage du Nutri-Score déjà plébiscité par nos concitoyens, en assurant une transparence sur la qualité nutritionnelle des recettes des produits alimentaires présentés dans les magasins. L'une des premières mesures visant à améliorer l'offre alimentaire passera par la réduction de la consommation de sel de 30 %, en agissant en premier lieu sur le pain, qui représente près de 25 % de l'apport en sel quotidien des Français.

Il faut aussi permettre à chacun de trouver le goût et le plaisir de marcher ou de faire du vélo, dans un environnement qui, grâce aux interventions locales, rend favorable la pratique d'une activité physique agréable, facile et sécurisée.

Je sais l'engagement des professionnels pour conseiller leurs patients dans un dialogue singulier. Nous avons besoin de cette mobilisation pour faire progresser la santé.

La gouvernance renouvelée de la politique de santé a permis de donner une cohérence globale à ce nouveau PNNS, qui s'inscrit dans une politique plus large du gouvernement sur l'alimentation et la nutrition. Un effort tout particulier a été réalisé pour assurer la cohérence d'action entre le PNNS et le programme national pour l'alimentation piloté par le ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation, la stratégie nationale sports santé portée conjointement par le ministère des Solidarités et de la Santé et le ministère des Sports et la feuille de route de prise en charge de l'obésité.

Les enjeux de santé ont été rappelés. Les relever nécessite l'engagement de tous. Vous pouvez compter sur le mien, qui sera total, parce que la France ne doit pas manquer ce grand rendez-vous avec la prévention.

Agnès BUZYN

ministre des Solidarités et de la Santé



SOMMAIRE

CONTEXTE	8
UNE POLITIQUE DE SANTÉ RENOUVELÉE AUTOUR DE LA PRÉVENTION	11
OBJECTIFS ET PRINCIPES TRANSVERSAUX DU PNNS	13
GOUVERNANCE	18
LES 10 MESURES PHARES DU PNNS	20

AXE 1 : AMÉLIORER POUR TOUS L'ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE ET PHYSIQUE POUR LE RENDRE PLUS FAVORABLE À LA SANTÉ

22

Objectif 1 : Améliorer la qualité nutritionnelle des aliments

23

- 1. Action :** Augmenter les fibres, réduire les quantités de sel, sucres, gras dans les aliments de consommation courante par un engagement ferme des acteurs économiques dès 2020 23
- 2. Action :** Réduire la consommation de sel de 30% d'ici 2025 25
- 3. Action :** Évaluer l'impact de la fiscalité sur les boissons sucrées 25
- 4. Action :** Inciter à l'amélioration des pratiques industrielles en s'appuyant sur les résultats de la recherche sur aliments transformés et ultra transformés 26
- 5. Action :** Conforter le rôle de l'Oqali comme outil de suivi des politiques et d'incitation à l'amélioration de la qualité nutritionnelle 26

Objectif 2 : Mieux manger en restauration hors foyer

27

- 6. Action :** Élaborer, publier et diffuser les nouvelles recommandations nutritionnelles en restauration collective, notamment scolaire 27
- 7. Action :** Adapter le Nutri-Score à la restauration collective et commerciale 28
- 8. Action :** Mettre en œuvre un choix de menus dirigés dans le secondaire 29
- 9. Action :** Inciter les gestionnaires des distributeurs automatiques des espaces publics à proposer des aliments et des boissons plus sains 29
- 10. Action :** Soutenir les collectivités et les acteurs économiques pour aller vers la substitution du plastique dans les cuisines centrales 30

Objectif 3 : Réduire la pression marketing	30
11. Action : Protéger les enfants et les adolescents d'une exposition à la publicité pour des aliments et boissons non recommandés	30
12. Action : Réguler la promotion des échantillons gratuits pendant les événements sportifs	31
Objectif 4 : Encourager la mobilité active	32
13. Action : Promouvoir les interventions locales rendant la pratique d'activité physique facile, agréable, sécurisée	32
14. Action : Favoriser les mobilités actives pour les déplacements au quotidien	33
Objectif 5 : Mieux manger en situation de précarité alimentaire	34
15. Action : Améliorer l'accès à une alimentation favorable pour la santé pour les personnes en situation de précarité alimentaire	34
AXE 2 : ENCOURAGER LES COMPORTEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ	36
16. Action : Étendre le Nutri-Score aux produits en vrac	37
Objectif 6 : Promouvoir et développer le Nutri-Score	37
17. Action : Poursuivre le développement du Nutri-Score en France	38
18. Action : Promouvoir le Nutri-Score au niveau international	39
Objectif 7 : Promouvoir les nouvelles recommandations nutritionnelles du PNNS (alimentation et activité physique)	39
19. Action : Diffuser les nouvelles recommandations du PNNS et faciliter leur mise en œuvre	40
20. Action : Renouveler les messages sanitaires sur la promotion des aliments	41
21. Action : Actualiser la procédure d'attribution du logo PNNS afin de promouvoir les supports et outils porteurs d'informations et de messages nutrition santé	42
Objectif 8 : Lutter contre les comportements sédentaires	42
22. Action : Agir sur les comportements sédentaires dans la vie quotidienne pour tous et à tout âge	42
Objectif 9 : Améliorer l'information relative à la qualité des aliments	43
23. Action : Rendre facilement accessible aux consommateurs les analyses menées par l'Observatoire de l'alimentation (Oqali) sur la composition des aliments, au-delà de la qualité nutritionnelle	43
24. Action : S'assurer de la qualité et de la fiabilité des applications numériques orientant les consommateurs dans leurs choix alimentaires	44
25. Action : Promouvoir l'information du consommateur sur les différentes composantes (nutritionnelles, sanitaires, environnementales) de la qualité des produits alimentaires	44

Objectif 10 : Accompagner les femmes avant, pendant et après leur grossesse, et durant l'allaitement maternel 45

26. Action : Promouvoir la supplémentation en acide folique chez les femmes en désir de grossesse 45

27. Action : Promouvoir l'allaitement maternel 46

Objectif 11 : Promouvoir auprès des parents de jeunes enfants les modes d'alimentation et activité physique favorables à la santé 47

28. Action : Mettre à disposition des professionnels de la petite enfance et des familles des outils pour favoriser la diffusion des comportements favorables 48

Objectif 12 : Soutenir le développement de l'éducation à l'alimentation et l'activité physique en milieu scolaire dans le cadre du développement d'écoles promotrices de santé 49

29. Action : Étendre l'éducation à l'alimentation et à l'activité physique et sportive de la maternelle au lycée 49

Objectif 13 : Mieux former les professionnels œuvrant dans le champ de la nutrition pour renforcer leur compétence en prévention dans ce domaine 50

30. Action : Engager une réflexion sur la formation des diététiciens 50

31. Action : Mettre à disposition un kit de formation sur la précarité alimentaire pour les professionnels du domaine social 50

32. Action : Poursuivre la mise en œuvre de la formation de formateurs PNNS et des ateliers échanges et actualiser des modules de formation en e-learning 51

Objectif 14 : Promouvoir la variété des images corporelles 52

33. Action : Informer sur les risques liés aux régimes, à la consommation de produits ou dispositifs amaigrissants en dehors d'un cadre médical 52

34. Action : Veiller à assurer la variété des images corporelles dans les médias 53

Objectif 15 : Soutenir le développement de l'éducation à l'alimentation en milieu pénitentiaire 53

35. Action : Promouvoir l'éducation nutritionnelle pour les personnes détenues 53

AXE 3 : MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES EN SURPOIDS, DÉNUTRIES OU ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES 54

Objectif 16 : Dépister et prendre en charge les personnes obèses dans le système de soins 55

36. Action : Mettre en œuvre la feuille de route obésité 55

Objectif 17 : Prévenir la dénutrition	56
37. Action : <i>Prévenir la dénutrition en sensibilisant le grand public et les professionnels de santé et du secteur social en mettant en place chaque année « une semaine nationale de la dénutrition »</i>	56
38. Action : <i>Favoriser le dépistage précoce de la dénutrition chez les seniors</i>	57
Objectif 18 : Développer des actions de dépistage, prévention et surveillance de l'état nutritionnel des personnes en situation de vulnérabilité dans les établissements médico-sociaux	58
39. Action : <i>Promouvoir la Charte nationale pour une alimentation responsable et durable dans les établissements médico-sociaux</i>	58
40. Action : <i>Améliorer la formation initiale et continue des professionnels travaillant dans les établissements médico-sociaux</i>	58
Objectif 19 : Développer l'offre et le recours à l'activité physique adaptée (APA) à des fins d'appui thérapeutique	59
41. Action : <i>Recenser et promouvoir l'offre d'APA</i>	60
42. Action : <i>Développer la pratique d'APA pour les personnes atteintes de maladies chroniques</i>	60
43. Action : <i>Développer la pratique d'APA pour les personnes détenues</i>	62
44. Action : <i>Développer le recours à la prescription d'APA par les médecins</i>	63
45. Action : <i>Développer les compétences des professionnels de santé et du sport et favoriser l'interdisciplinarité</i>	64
46. Action : <i>Accompagner et soutenir les voies de solvabilisation de l'offre d'APA existantes et en explorer de nouvelles</i>	64
AXE 4 : IMPULSER UNE DYNAMIQUE TERRITORIALE	66
Objectif 20 : Promouvoir et faciliter les initiatives/actions locales	68
47. Action : <i>Développer, selon les orientations du Projet régional de santé des actions locales en nutrition cohérentes avec les orientations et le cadre national de référence défini par le Programme National Nutrition Santé</i>	68
48. Action : <i>Promouvoir les chartes d'engagement des collectivités territoriales et des entreprises du PNNS et les mécanismes facilitant le développement d'actions locales</i>	68
49. Action : <i>Mutualiser les actions en nutrition</i>	69
50. Action : <i>Développer des outils au niveau national</i>	70
51. Action : <i>Mobiliser des financements pour le déploiement d'actions de prévention en nutrition en expérimentant un modèle de financement basé sur une coopération public-privé</i>	70

Objectif 21 : Adapter des actions favorables à la santé dans le domaine de la nutrition aux spécificités des territoires ultra-marins **71**

52. Action : *Mener une expertise collective sur la nutrition en outre-mer* 71

53. Action : *Mettre en place une unité de fabrication de farine infantile à Mayotte* 72

AXE 5 : DÉVELOPPER LA RECHERCHE, L'EXPERTISE ET LA SURVEILLANCE EN APPUI DE LA POLITIQUE NUTRITIONNELLE **73**

Objectif 22 : Développer la surveillance de la situation nutritionnelle, de la consommation alimentaire, des comportements sédentaires, de la pratique d'activité physique et de la qualité nutritionnelle des produits alimentaires **74**

54. Action : *Mettre en place diverses études de surveillance* 75

Objectif 23 : Appuyer le PNNS sur une expertise indépendante **77**

55. Action : *Saisir les agences d'expertises sur les sujets prioritaires* 77

Objectif 24 : Promouvoir une recherche orientée vers le développement d'actions de santé publique **78**

56. Action : *développer des axes de recherche dans des champs spécifiques* 78

ANNEXE 1 : La nutrition dans la SNS et le PNSP 81

ANNEXE 2 : État nutritionnel, consommation alimentaire, niveau d'activité physique, sédentarité et pathologies liées à l'alimentation en France 84

ANNEXE 3 : Objectifs spécifiques du Programme national nutrition santé 2019-2023 définis par le Haut Conseil de la santé publique (avis du 9 février 2018) 86

ANNEXE 4 : Schéma d'analyse de la relation alimentation santé 90

ANNEXE 5 : Le Conseil National de l'Alimentation 91

CONTEXTE

La nutrition est un déterminant majeur de santé. Dans une perspective de santé publique, elle intègre l'alimentation et l'activité physique. Une nutrition satisfaisante à tous les âges de la vie contribue à la préservation d'un bon état de santé. À l'inverse, une nutrition inadaptée, au sens où elle s'éloigne des recommandations qui sont définies par les groupes d'experts scientifiques, est un facteur de risque des principales maladies chroniques dont souffre la population française en ce début de 21^{ème} siècle : obésité, maladies cardiovasculaires, cancers, diabète de type 2 ou dénutrition.

Au niveau national

Depuis 2001, la France s'est dotée d'un Programme national nutrition santé (PNNS) qui a pour objectif l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population par l'amélioration de la nutrition. Ce programme est inscrit dans le code de la santé publique (article L 3231-1) comme un programme quinquennal gouvernemental, articulé avec le Programme national pour l'alimentation (PNA)(article L.1 du code rural et de la pêche maritime), mis en œuvre depuis 2010.

Dans le domaine de la nutrition, la situation est évolutive car liée aux comportements quotidiens.

L'annexe 2 présente la situation nutritionnelle, la consommation alimentaire, la prévalence et l'incidence des pathologies majeures liées à la nutrition dans la population française.

Certains indicateurs montrent que la situation s'est stabilisée voire un peu améliorée. C'est le cas depuis le milieu des années 2000 de la prévalence du surpoids et de l'obésité tant chez les adultes que chez les enfants. Cette stabilisation survient à un niveau qui, bien que moins mauvaise comparativement à de nombreux autres pays européens, demeure trop élevée. D'autres indicateurs n'évoluent pas de façon favorable. La croissance de la prévalence du diabète de type 2 se poursuit ; la pratique d'activité physique tend à décroître, particulièrement chez les femmes et les enfants, et reste très insuffisante. Les comportements sédentaires ont fortement augmenté ces dix dernières années. La consommation de sel, après avoir diminué au début des années 2000 stagne à un niveau beaucoup trop élevé, celle de sucres est trop importante tandis que la consommation de fruits et légumes et de fibres est beaucoup trop faible. La consommation d'alcool, bien qu'en décroissance depuis de nombreuses années reste beaucoup trop importante. En outre, la supplémentation systématique en folates de toutes les femmes qui désirent concevoir (4 semaines avant la conception et 8 semaines après), est insuffisamment mise en œuvre. Malgré l'insuffisance de données précises sur ce sujet, la prévalence de la dénutrition demeure élevée, notamment chez les personnes âgées.

La persistance des inégalités sociales en matière de nutrition demeure le défi principal.

Le phénomène le plus notable reste cependant l'accroissement des inégalités sociales dans le champ de la nutrition. Par exemple, la fréquence de l'obésité a chuté dans les populations plus aisées et continue à croître légèrement parmi les populations plus défavorisées et ce malgré un objectif affiché dans le PNNS 2011-2015 de réduction de ces inégalités.

La nutrition constitue un marqueur social comme le montrent les apports de fruits et légumes ou de poissons plus élevés dans les populations de haut niveau socio-économiques et les apports plus élevés de gras, de produits sucrés ou de charcuteries dans celles de faible niveau socio-économique. La proportion d'adultes déclarant un niveau d'activité physique « modéré » ou « élevé » est équivalente, quel que soit le niveau de diplôme. Le temps quotidien passé devant un écran a augmenté en 10 ans pour l'ensemble de la population adulte et pour toutes les classes de diplôme, avec une accentuation des écarts entre les individus de niveau scolaire différent, les moins diplômés regardant plus les écrans. Chez les enfants, la situation est contrastée selon la tranche d'âge (cf. annexe 2).

L'alimentation et l'activité physique, à la fois sources de plaisir et facteurs de santé, concernent la vie quotidienne et sont soumises à des influences contradictoires ; les environnements conditionnent les choix.

L'alimentation est un élément majeur de la culture et de l'identité de chacun et un moment de partage essentiel, en famille, au travail, entre amis...

Les pratiques culinaires, d'approvisionnement alimentaire, le recours à la restauration collective, les modes de consommation... évoluent de façon très rapide. Il en est de même de l'usage des écrans de tous types qui conduisent leurs utilisateurs à réduire sensiblement leur activité physique et à augmenter significativement le temps de sédentarité, notamment dans la population jeune. L'activité physique du quotidien est sans cesse concurrencée par les progrès techniques (escalier mécanique, automobile, technologies de la communication...). Mieux connaître, comprendre et agir sur ces diverses composantes est et reste un enjeu majeur.

- Sur le plan biologique, la nutrition demeure un sujet complexe où une alimentation satisfaisante, des comportements sédentaires limités et une activité physique suffisante réduisent fortement la probabilité de survenue de pathologies chroniques qui sont multifactorielles. Cela ne garantit cependant pas totalement l'absence de survenue de maladies chroniques. Cette notion de probabilité est complexe à appréhender pour les individus. Par contre, à la différence des facteurs génétiques intervenant sur le risque de développer de maladies chroniques sur lesquels il n'est pas possible d'intervenir, les facteurs nutritionnels sont des déterminants sur lesquels il est possible d'agir au niveau individuel ou sociétal.
- Sujet d'intérêt majeur pour beaucoup, les Français restent confrontés à une très grande diversité de messages en matière d'alimentation, d'activité physique dans leur relation avec la santé. Le PNNS a exprimé en 2001 une volonté de fournir un message « Nutrition Santé » fondé sur une connaissance scientifique aussi actualisée que possible, analysée par des groupes d'experts indépendants de liens d'intérêts commerciaux et diffusé par des circuits de communication où le logo du PNNS devait être le vecteur de la crédibilité. Un grand nombre de documents a été produit par Santé publique France (ex INPES). Le site Internet www.mangerbouger.fr a vu son audience largement croître, tout comme sa notoriété.

Pourtant, des messages contradictoires émanant de multiples sources sèment le doute, transmettent des informations erronées ou non validées, ce qui, avec les récents scandales alimentaires portant sur des questions de sécurité sanitaire des aliments, limite l'adhésion de la population.

- Les environnements alimentaire et physique, y compris les technologies de la communication changent rapidement. Cette vitesse est un des facteurs qui laisse de côté des groupes qui ont plus de difficultés d'adaptation. Agir pour que les environnements facilitent au quotidien, pour tous et notamment ceux qui en ont le plus besoin, la mise en œuvre de comportements alimentaires et d'activité physique favorables à la santé doit être une exigence et une priorité des politiques de santé.
- Les conditions de production, transformation, distribution, promotion, commercialisation et consommation des aliments conditionnent les apports alimentaires. Une approche globale fondée sur une analyse des systèmes alimentaires est indispensable et implique la nécessaire coordination des politiques publiques, dès lors qu'elles permettent d'agir sur ce déterminant majeur de l'état de santé qu'est la nutrition (annexe 4: schéma d'analyse).
- Les conditions de travail, l'offre, les incitations et la sécurisation des déplacements actifs individuels ou collectifs, les modes d'urbanisation conditionnent le niveau d'activité physique du quotidien, comme la structuration de l'offre facilite ou non la pratique sportive.

Au niveau international

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a recommandé une action urgente des gouvernements pour atteindre les cibles définies dans le Plan d'action mondial 2013-2020 pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, qui sont les premières causes de mortalité dans le monde. L'OMS a également lancé un plan d'action mondial 2018-2030 pour l'activité physique et la santé et une stratégie européenne sur l'activité physique 2016 - 2025 a été mise en place par le bureau européen de l'OMS. L'Union européenne définit également des cadres d'intervention pour les politiques publiques en matière de promotion de l'activité physique. Un Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 a été élaboré et encourage une approche pangouvernementale « santé dans toutes les politiques ». La Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025) a été initiée pour tenir les engagements pris à la Conférence internationale sur la nutrition 2014 et dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030.

Par ailleurs, la Commission européenne a établi un Plan d'action de lutte contre l'obésité infantile (2014-2020), dont l'objectif est de guider l'engagement des États membres sur des actions prioritaires devant permettre d'enrayer la hausse de l'obésité chez les enfants et les jeunes. Un large éventail de mesures est proposé dans ces différents plans et contribue aux orientations de ce Programme national nutrition santé.

UNE POLITIQUE DE SANTÉ RENOUVELÉE AUTOUR DE LA PRÉVENTION

En décembre 2017 la France a adopté la stratégie nationale de santé 2018-2022 (SNS). La promotion de la santé et la prévention sont au cœur de cette stratégie. Une alimentation saine et une activité physique régulière participent de ces actions de prévention. La SNS souligne l'importance et la nécessité d'une approche intersectorielle de l'action en prévention. Elle présente les articulations nécessaires entre repérage, dépistage, prise en charge précoce des maladies chroniques. Elle vise à lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé tout en garantissant la sécurité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population.

Le Plan national de santé publique (PNSP) ou « Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie », lancé par le Premier ministre avec la ministre des solidarités et de la santé, retient les mesures essentielles à mettre en œuvre, dans une vision plurisectorielle pour concrétiser l'option de prévention mise en avant par la stratégie nationale de santé (annexe 1).

Dans ce contexte global renouvelé, le PNNS 2019-2023, coordonné par le ministère des solidarités et de la santé, est essentiellement axé sur la promotion d'une nutrition satisfaisante pour tous les groupes de population, avec un accent particulier pour les groupes défavorisés/à moindre niveau d'éducation. Il s'inscrit dans le cadre global d'une contribution de la France à l'atteinte des objectifs du développement durable. Il s'articule avec d'autres plans, programmes ou stratégies mis en œuvre par le gouvernement, qui le complètent, l'accompagnent, l'amplifient ou entrent en synergie avec lui. Ces outils concourent à l'atteinte de l'objectif d'amélioration de la santé de l'ensemble de la population dans le domaine de la nutrition.

- Approche par l'alimentation : Programme national pour l'alimentation ; Plan Ecoantibio
- Approche par l'activité physique : Stratégie nationale sport santé ; Plan vélo
- Approche par pathologie : Feuille de route obésité ; Plan cancer
- Approche par population : Stratégie « pauvreté » ; Feuille de route périnatalité
- Approche environnementale
 - Contaminants : PNSE, Ecophyto, Plan d'action sur les produits phytopharmaceutiques, Stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens
 - Durabilité : Plan Ambition Bio ; Plan biodiversité
- Spécificités de l'Outre-mer : Livre Bleu de l'Outre-mer ; Plan chlอร์ดécone

Porté par les ministères chargés de la santé et de l'alimentation, le Programme national alimentation nutrition (PNAN) fixe le cap de la politique du gouvernement en matière d'alimentation et de nutrition pour les cinq années à venir. Son objectif, dans la continuité des Etats généraux de l'alimentation et de la Stratégie nationale de santé, est de promouvoir des choix favorables à la santé et respectueux de l'environnement tout en réduisant les inégalités d'accès à une alimentation durable et de qualité.

.....

Le programme national pour l'alimentation (PNA) vise à promouvoir une alimentation sûre, saine, durable et accessible à tous. Il s'inscrit dans les objectifs définis par la feuille de route de la politique de l'alimentation à travers ses axes thématiques - l'éducation alimentaire de la jeunesse, la lutte contre le gaspillage alimentaire, la justice sociale - et ses deux axes transversaux - les projets alimentaires territoriaux et la restauration collective.

.....

La Stratégie Nationale Sport Santé (SNSS) s'inscrit pleinement dans les orientations de la Stratégie Nationale de Santé et du Plan National de Santé Publique. Son ambition est de promouvoir l'activité physique et sportive comme un élément déterminant, à part entière, de santé et de bien-être, pour toutes et tous, tout au long de la vie. Elle vise aussi à développer le recours à l'activité physique adaptée à des fins d'appui thérapeutique, ainsi qu'à mieux protéger la santé des sportifs et renforcer la sécurité des pratiques.

.....

Certains champs en interaction avec les objectifs du PNNS sont couverts par d'autres plans et non pris en compte dans le PNNS :

- Les allergies alimentaires, le PNNS n'abordant ce sujet que sous l'angle de la recherche ;
- Les risques microbiologiques et liés aux contaminants, le PNNS ne traitant ces risques qu'à travers des recommandations nutritionnelles, messages sanitaires et également sous l'angle de la recherche ;
- Le PNNS prend en compte le repère de consommation relatif à l'alcool parmi l'ensemble des recommandations de consommation alimentaires, qui comprennent les boissons. La consommation d'alcool est un enjeu de santé publique majeur en France avec un niveau de consommation qui reste l'un des plus importants de l'OCDE. On estime qu'elle conduit à 49 000 décès annuels soit la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac. Cinq millions de personnes rencontreraient des difficultés médicales, sociales ou autres en lien avec l'alcool. Dans cette perspective, le Plan priorité prévention et le plan national de mobilisation contre les addictions portent des mesures spécifiques sur ce sujet, visant en particulier à mieux informer sur les risques et à renforcer l'offre d'accompagnement et de prise en charge, notamment en direction des jeunes ;
- Les actions du PNNS contribuent à la promotion de la santé et à la prévention de multiples pathologies qui ont un déterminant « nutrition » ;
- L'objectif général du PNNS demeure : améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur le déterminant nutrition, c'est-à-dire l'alimentation et l'activité physique.

Le PNNS s'appuie, d'une part, sur une analyse de la situation nutritionnelle de la population française et de son évolution, telle qu'elle ressort des études récentes, comme les études INCA3 et Esteban mises en œuvre respectivement par l'Anses et Santé publique France et, d'autre part, dans le but de donner la priorité à la réduction des inégalités sociales dans ce domaine, sur les objectifs quantifiés du PNNS 2019-2023, actualisés par le Haut conseil de la santé publique. Ces objectifs sont présentés en annexe 3. Ils permettront, sur la base des indicateurs issus des objectifs, d'analyser lors d'études menées en fin de programme, le niveau de leur atteinte.

Ils sont ambitieux et visent à ne laisser personne de côté. Le PNNS s'appuie également sur l'analyse de la mise en œuvre des précédents PNNS, réalisée par l'IGAS et le HCSP, ainsi que sur les avis remis par le Conseil National de l'Alimentation (annexe 5).

OBJECTIFS ET PRINCIPES TRANSVERSAUX DU PNNS

Objectif général du PNNS

« Améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, la nutrition. »

Focus sur le statut nutritionnel et l'activité physique:

(Données 2014-2015 Études Esteban et INCA 3)

- Les prévalences de surpoids et d'obésité étaient, en 2015, de 54% chez les hommes et 44% chez les femmes, soit **49% de surpoids dont 17% d'obésité** sans distinction hommes/femmes. Par ailleurs, **3,2%** des adultes étaient en situation de **maigreur**.
- Chez les enfants âgés de 6 à 17 ans, en 2015, les prévalences observées étaient de **17% de surpoids dont 4% d'obésité**. Par ailleurs, **11%** des enfants étaient en situation de **maigreur**.
- Les études menées chez les personnes âgées montrent des prévalences de **dénutrition** variables selon que la personne vit à domicile (**4%**), en institution (**15 à 38%**) ou l'hôpital (**50 à 60%**).

Les objectifs nutritionnels de santé publique du PNNS sont fixés par le Haut conseil de la santé publique (HCSP)

Le HCSP a notamment pour mission de « contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, d'évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et de contribuer au suivi annuel ». Il a défini, dans son avis relatif aux objectifs de santé publique quantifiés pour la politique nutritionnelle de santé publique (PNNS) 2018-2022 du 9 février 2018 des **objectifs destinés à piloter et évaluer la politique nutritionnelle, en termes d'amélioration de la qualité de la santé de la population et de réduction des niveaux d'exposition à divers risques**.

Ces objectifs nutritionnels structurent les orientations stratégiques et servent de base pour définir les actions du PNNS. L'ensemble des actions du PNNS contribuent à l'atteinte de ces objectifs.

Focus sur l'atteinte des objectifs du PNNS 3 entre 2006 et 2015 :

- La prévalence du **surpoids et de l'obésité** chez les **adultes est restée stable** (de l'ordre de 49%). L'influence du diplôme sur la prévalence du surpoids (obésité incluse) s'est maintenue, cet écart s'est même amplifié chez les hommes.
- Chez les **enfants, la prévalence du surpoids (obésité incluse) est restée stable** (18% en 2006 versus 17% en 2015 ; obésité seule passant de 3% à 4%). La prévalence du surpoids (obésité incluse) est restée supérieure chez les enfants issus de ménages moins diplômés.

Les objectifs quantifiés du PNNS 4, définis par le HCSP, ont été regroupés en cinq classes :

- Objectifs se rapportant au statut nutritionnel (surpoids et obésité, dénutrition)

Focus sur les objectifs du PNNS 4 se rapportant au statut nutritionnel

Surpoids et obésité

Diminuer la prévalence de l'obésité et stabiliser le surpoids chez les adultes de façon à :

- Diminuer de 15% la prévalence de l'obésité chez les adultes ;
- Stabiliser la prévalence du surpoids chez les adultes ;
- Stabiliser la prévalence de l'obésité, chez les femmes de faibles niveau-socio-économiques ;
- Stabiliser la prévalence de l'obésité morbide par la prévention (hors chirurgie bariatrique).

Diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents de façon à :

- Diminuer de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents (dont la tendance était à la stabilisation au cours des dernières années) ;
- Diminuer de 10% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents issus de familles défavorisées (dont la tendance était en augmentation au cours des dernières années).

Dénutrition

Réduire le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution :

- de 15% au moins pour les > 60 ans ;
- de 30% au moins pour les > 80 ans.

Réduire de 20% au moins, le pourcentage de malades hospitalisés dénutris à la sortie d'hospitalisation.

- Objectifs se rapportant à l'activité physique et la sédentarité

Focus sur les objectifs du PNNS 4 se rapportant à l'activité physique et la sédentarité

Augmenter l'activité physique (AP) dans la population adulte de sorte que :

- 80% de la population adulte atteint un niveau d'activité physique **au moins modéré** (au moins 30 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité modérée à élevée au moins 5 fois par semaine ou au moins 3 jours avec une activité physique intense d'au moins 25 minutes par jour).

Diminuer la sédentarité dans la population de façon à :

- Réduire de 20% le nombre d'adultes passant **plus de trois heures par jour devant un écran** en dehors de leur activité professionnelle.
-

● Objectifs se rapportant aux consommations alimentaires

Focus sur les objectifs du PNNS 4 se rapportant aux consommations alimentaires

Le HCSP a défini **13 objectifs** chiffrés portant sur les consommations alimentaires (fruits et légumes, viandes, poissons, légumineuses, etc.) et les apports nutritionnels (sel, sucre).

Exemple de l'objectif chiffré sur le sel :

Diminuer la consommation de sel dans la population de sorte que :

- **90%** des adultes consomment moins de **7,5g de sel par jour** ;
- **100%** des adultes consomment moins de **10g de sel par jour**.

● Objectifs se rapportant à des repères transversaux

Focus sur les objectifs du PNNS 4 se rapportant à des repères transversaux

Produits bruts – produits ultra-transformés

- **Interrompre la croissance** de la consommation des **produits ultra-transformés** (selon la classification NOVA) et **réduire la consommation de ces produits de 20%** sur la période entre 2018 et 2021.

Produits BIO

Augmenter la consommation de **produits BIO** dans la population de sorte que :

- **100% de la population consomment au moins 20%** de leurs consommations de fruits et légumes, produits céréaliers et légumineuses issues de produits BIO par semaine.

● Objectifs se rapportant à l'allaitement maternel

Focus sur les objectifs du PNNS 4 se rapportant à l'allaitement maternel

Promouvoir l'allaitement maternel, dans le respect de la décision de la femme, de sorte à :

- Augmenter de **15% au moins, le pourcentage d'enfants allaités à la naissance** pour atteindre un taux de 75% d'enfants allaités à la naissance ;
- **Allonger de 2 semaines**, la durée médiane de l'allaitement total (quel que soit son type), soit la passer de 15 à 17 semaines.

Les objectifs nutritionnels de santé publique fixés par le Haut conseil de la santé publique, détaillés et quantifiés, sont détaillés en annexe 3.

L'atteinte de ces objectifs sera évaluée à l'issue du plan par l'étude sur la consommation des aliments et l'état nutritionnel de la population française conduite par Santé publique France et l'Anses.

Principes transversaux

Le PNNS 2019-2023 s'inscrit dans les orientations de la Stratégie nationale de santé, du Plan national de santé publique « priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie » du gouvernement.

L'amélioration de la situation nutritionnelle et l'atteinte des objectifs du PNNS nécessitent :

- De donner un accent majeur à la **prévention**, afin de maintenir un bon état nutritionnel tout au long de la vie, depuis la période intra utérine ;
- De répondre au défi de la **réduction des inégalités sociales, ce qui comprend** la lutte contre la précarité. Près de 8 millions de personnes déclaraient en 2014-2015 ne pas pouvoir s'alimenter correctement, qualitativement et/ou quantitativement, pour des raisons financières. Environ 5 millions sont inscrites à l'aide alimentaire et peuvent ainsi bénéficier d'une distribution de denrées assortie de la proposition d'un accompagnement social ;
- De **repérer précocement les risques et prendre en charge** dans le système de soins les pathologies liées à la nutrition, ainsi que la question nutritionnelle dans les pathologies.

Le PNNS s'appuie sur des principes généraux :

La **réduction des inégalités sociales de santé** dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique sous-tend toute action développée par le PNNS, en recherchant la mise en œuvre du principe **d'universalisme proportionné**. Ce principe vise à ce que les actions mises en œuvre agissent sur tous et plus fortement sur les populations les plus défavorisées afin de réduire les écarts sociaux.

Le PNNS s'appuie sur les **recommandations des instances internationales** validées et sur une **expertise scientifique** assurant l'indépendance des experts. Il favorise le **dialogue avec toutes les parties prenantes** sur la base de ses objectifs.

Le PNNS est le programme de référence pour le volet santé de tous les plans, programmes, feuilles de route, actions mises en œuvre par le secteur public ou le secteur privé et qui couvrent le champ de l'alimentation et/ou de l'activité physique et sportive.

Le PNNS s'applique à tous en **métropole et Outre-mer**. Un volet « Outre-mer » comportant des spécificités territoriales viendra compléter le PNNS applicable par ailleurs sur tout le territoire national (y compris les DOM).

La pratique d'une activité physique au quotidien, et la réduction des comportements sédentaires, ainsi que la qualité et l'équilibre du régime alimentaire, sur une journée, une semaine, une année, une vie est une condition essentielle à la préservation d'un bon état de santé. **Une alimentation favorable à la santé prend en compte la culture alimentaire, le goût, le plaisir de manger et la convivialité d'un repas partagé.**

Les recommandations alimentaires du PNNS ouvrent un large éventail de possibles reflétant ce principe et limitant les injonctions de multiples promotions alimentaires pour des consommations de produits trop gras, salés ou sucrés. Tout régime alimentaire restrictif ne peut être mis en place que sous contrôle médical strict.

Le PNNS vise particulièrement à la mise en œuvre de mesures de prévention concernant **les enfants**, de la période prénatale à l'adolescence, qui constituent une cible prioritaire car les comportements acquis dans l'enfance persistent le plus souvent à l'âge adulte. Ainsi, si le surpoids et l'obésité des enfants de 6 à 17 ans se sont stabilisés durant le PNNS 3, ils restent néanmoins élevés avec **17% d'enfants en surpoids dont 4% obèses**. Par ailleurs, les inégalités sociales sont très marquées, un enfant d'ouvrier aura 4 fois plus de risques d'être obèse qu'un enfant de cadre.

Des principes transversaux déclinés en 5 axes :

Un accent majeur est donné à l'amélioration des environnements qui conditionnent les choix de la population afin **de rendre le choix santé le plus facile**, que ce soit en matière d'activité physique ou d'alimentation. Une prévention « sociétale », ne nécessitant pas un choix raisonné de chaque instant, est ainsi promue. Il en est attendu un impact sur la réduction des inégalités sociales en matière de nutrition (Axe 1).

Le développement de moyens et outils validés et adaptés visant à aider les divers groupes de population à effectuer des choix individuels favorables pour la santé constitue également un axe essentiel du PNNS, dans une optique de prévention « individuelle » (Axe 2).

La prise en charge des pathologies liées à la nutrition relève principalement de l'organisation du système de soins. (Axe 3).

L'incitation des acteurs à agir à leur niveau et à inscrire leur action dans le cadre de cohérence proposé par le PNNS constitue un axe phare du PNNS : atteindre l'ensemble de la population nécessite ce travail étroit avec les professionnels, organismes, institutions qui agissent au plus près de la population (Axe 4).

La recherche, la surveillance, l'expertise, constituent également l'un des axes majeurs du PNNS, et sont des domaines essentiels pour suivre l'évolution de l'état nutritionnel de la population, orienter les politiques publiques et anticiper les nouveaux enjeux afin de préparer l'avenir (Axe 5).

GOUVERNANCE

La gouvernance du programme national nutrition santé assure :

- La nécessaire intersectorialité du PNNS afin d'une part, d'intégrer l'objectif d'amélioration de l'état nutritionnel de la population dans l'ensemble des politiques publiques et, d'autre part, de mieux articuler le PNNS avec les politiques développées par les différents ministères au niveau national, régional et local, au travers, notamment des plans, programmes et stratégies susceptibles d'impacter la nutrition dans sa dimension santé et ceci afin d'agir en cohérence et en synergie ;
- L'expression des différentes parties prenantes de la politique nutritionnelle ;
- Le suivi et l'atteinte des objectifs du plan avec la mise en œuvre rapide de mesures de correction pour un bon déroulement du programme et l'éventuelle réorientation ou complément de celui-ci.

Au niveau national

Le Comité Interministériel pour la santé créé par le décret n° 2014-629 du 18 juin 2014 est l'instance chargée de contrôler le bon déroulement du programme, de décider des réorientations dans le cadre de la coordination interministérielle qu'il représente. Sauf nécessité, il est saisi une fois par an et s'appuie sur **le travail préparatoire du Comité permanent restreint créé par ce même décret**.

Un comité de pilotage est réuni au moins deux fois par an. Il comprend les administrations à un niveau de sous-directeurs, des représentants des Agences régionales de santé d'un niveau Directeur de santé publique (ou promotion santé) et les agences impliquées dans la mise en œuvre des actions du PNNS ainsi que l'assurance maladie.

Il élabore chaque année un bilan technique qui est présenté au Comité permanent restreint.

Préalablement à la session du Comité permanent restreint, en vue de recueillir avis et suggestions, les éléments majeurs du bilan sont présentés au Conseil national de l'alimentation.

Un Comité de suivi est réuni régulièrement 3 à 4 fois par an. Son ordre du jour, élaboré par la DGS avec les partenaires institutionnels, doit permettre :

- De recueillir l'avis de ces acteurs sur les orientations, les besoins complémentaires, les difficultés ;
- D'informer sur les actions réalisées et à venir dans les mois suivants.

Sa composition est adaptée en fonction de l'ordre du jour et peut comprendre, outre les représentants des ministères concernés et du Conseil national de l'alimentation, les agences sanitaires, les collectivités territoriales, les représentants du monde médical et scientifique, du secteur privé associatif ou à but lucratif.

Il n'a pas vocation à traiter des orientations scientifiques. Celles-ci seront traitées par les scientifiques du Comité de suivi dans un groupe d'appui scientifique pluridisciplinaire qui se réunit en tant que de besoin et est composé de personnalités indépendantes issues des sciences humaines et sociales, de la nutrition, de l'alimentation, des filières des sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS), de la santé publique et de l'épidémiologie.

Une coordination globale du niveau régional est assurée par le niveau national.

Au niveau régional

Au niveau régional, l'ARS assure, en lien avec les autres administrations régionales, l'animation et la coordination de l'action en matière de prévention et prise en charge dans le domaine de la nutrition. Elle permet l'inscription de ces actions dans les objectifs nationaux du PNNS, la cohérence avec les éléments issus du niveau loco-national (ceci inclut les divers outils et mécanismes produits dans le cadre du PNNS). Elle s'assure, dans les actions loco-régionales, de la priorité donnée à la réduction des inégalités sociales en nutrition. Selon le Plan régional de santé, l'ARS définit des priorités.

En cohérence avec les principes de la stratégie nationale de santé, le PNNS promeut l'adaptation des stratégies d'action aux spécificités de chaque territoire (notamment ruraux et quartiers prioritaires de la politique de la ville) afin de limiter les inégalités sociales et territoriales de santé.



LES 10 MESURES PHARES DU PNNS

1

Promouvoir les nouvelles recommandations nutritionnelles :

permettre à tous les français de connaître les bons réflexes alimentaires et activité physique pour leur santé en actualisant, dès 2019, le site manger-bouger et la fabrique à menu pour faciliter la mise en œuvre pour tous des nouvelles recommandations alimentaires, activité physique et sédentarité.

2

Augmenter les fibres, réduire les quantités de sel, sucres, gras dans les aliments de consommation courante par un engagement ferme des acteurs économiques des 2020 et promouvoir le Nutri-Score, en visant à le rendre obligatoire au niveau européen, afin d'améliorer la qualité nutritionnelle de tous les aliments transformés en favorisant les démarches volontaires des professionnels.

3

Réduire la consommation de sel de 30% d'ici 2025 (engagement de la France auprès de l'OMS). Pour le pain, qui représente de l'ordre de 25% de l'apport en sel quotidien des français, une réflexion sera engagée dès 2019 avec les professionnels afin de déterminer le taux cible et les actions à conduire pour y parvenir.

4

Protéger les enfants et les adolescents d'une exposition à la publicité pour des aliments et boissons non recommandés :

Encourager la mise en place de codes de conduite en s'appuyant sur les nouvelles dispositions européennes sur les services de médias audiovisuels.

5

Permettre à tous de bénéficier d'une restauration collective de qualité en toute transparence : assurer la montée en gamme de la restauration collective par un approvisionnement de 50% de produits bio, durables et de qualité d'ici 2022 et promouvoir le Nutri-Score dans ce secteur.

6

Étendre l'éducation à l'alimentation de la maternelle au lycée : des outils pédagogiques pour l'éducation à l'alimentation seront mis à disposition en 2019 pour couvrir tous les âges tels qu'un vadémécum et une boîte à outils éducative sur le portail « alimentation » du site internet Eduscol et déploiement des classes du goût.

7

Développer la pratique d'Activité Physique Adaptée pour les personnes atteintes de maladies chroniques, et étudier la possibilité d'élargir le dispositif APA aux patients atteints de maladies chroniques hors ALD présentant des facteurs de risque (hypertension artérielle, obésité, etc.).

8

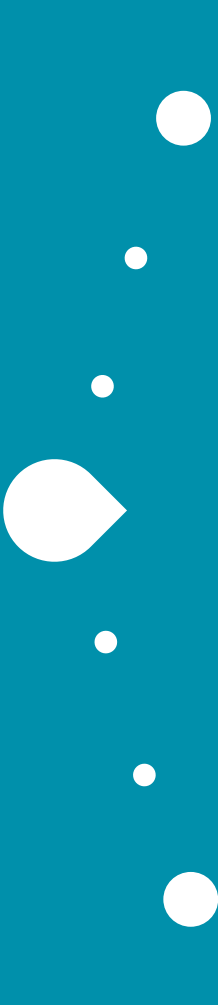
Renforcer la prescription d'Activité Physique Adaptée par les médecins : d'ici à 2020, mise à disposition des médecins d'outils en appui à la prescription et à la décision médicale.

9

Veiller à l'alimentation de nos aînés : prévenir la dénutrition en sensibilisant le grand public et les professionnels de santé et du secteur social en mettant en place chaque année « une semaine nationale de la dénutrition ».

10

Promouvoir et partager au niveau national les actions locales innovantes, sources de créativité : dans chaque département, d'ici 2023, ces initiatives seront valorisées dans le cadre des chartes « collectivités et entreprises actives du PNNS » et un colloque annuel sera organisé.



AXE 1

**Améliorer pour tous
l'environnement alimentaire
et physique pour le rendre
plus favorable à la santé**

- -
 -
 -
 -
 -
 -
- Les interventions orientées sur l'amélioration de l'environnement qui conditionne les comportements individuels permettent de rendre plus facile pour chacun les choix favorables pour la santé. En l'absence de telles interventions la réduction des inégalités sociales en nutrition, défi majeur pour le Programme national nutrition santé, est illusoire.

OBJECTIF 1 : AMÉLIORER LA QUALITÉ NUTRITIONNELLE DES ALIMENTS

La reformulation des aliments transformés (par élimination des acides gras trans d'origine industrielle, par diminution du sel, des graisses, des acides gras saturés, des sucres, ou l'augmentation des fibres, des acides gras omega3, de la part de fruits et légumes, légumineuses et fruits à coque) ou la substitution de certains aliments par d'autres de meilleure qualité nutritionnelle est une stratégie essentielle pour l'amélioration des apports nutritionnels de la population et la réduction des inégalités sociales et territoriales. Les chartes de progrès nutritionnels du PNNS et les accords collectifs du PNA ont montré que des progrès sont possibles. Cependant, le tarissement depuis 2015 de nouvelles propositions de la part des acteurs économiques conduit à proposer des nouvelles modalités d'intervention, à travers la mise en place d'un plan d'amélioration de l'offre alimentaire dont les actions seront portées dans le cadre du PNNS et/ou du PNA.

Pour assurer cette amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire, une nouvelle génération d'engagements volontaires sera mise en place. Elle comprendra une clause de revoyure dans un délai limité. La non-atteinte des objectifs fixés pourra conduire à la mise en place d'une réglementation.

1. Action : Augmenter les fibres, réduire les quantités de sel, sucres, gras dans les aliments de consommation courante par un engagement ferme des acteurs économiques dès 2020 ☆

Renouveler les **engagements volontaires** de reformulation permettant de conjuguer les efforts des entreprises de filières homogènes, avec une priorité, dès 2020, pour les filières plus fortes contributrices de sel, sucres et graisses. Des objectifs d'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments au travers de l'augmentation des fibres pourront également être fixés.



Pour garantir un impact à la hauteur des enjeux de santé publique, un travail d'expertise préalable sera mené sur la base d'une analyse des données de l'Oqali dans le but de fixer par catégorie ou famille d'aliments des cibles de reformulation réalistes et atteignables dans un délai maximum de 3 ans. Ce processus d'expertise sera mené en transparence, en invitant les représentants d'associations de consommateurs et des filières alimentaires.

La réduction des additifs fera partie des possibilités des engagements volontaires.

- Fixation des cibles de reformulation : saisir l'Anses pour permettre de fixer les objectifs de reformulation.

La non-atteinte de manière volontaire des objectifs fixés dans le calendrier défini conduira à une régulation par voie réglementaire.

Pilote : DGS

Acteurs : DGS – DGAL – Oqali (Anses – INRA) – opérateurs économiques – associations de consommateurs

Indicateurs : document présentant les cibles de reformulation par catégories et familles d'aliments, nombre de catégories et familles d'aliments concernées

- Mise en place et suivi des engagements volontaires : signer un accord-cadre entre l'État et les représentants des entreprises agroalimentaires pour un engagement et un suivi annuel sur la durée du PNA et du PNNS pour atteindre les cibles de reformulation.
- Des accords collectifs renouvelés reprendront ces cibles par grandes familles de produits.

Pilotes : DGAL

Acteurs : DGS – DGAL – Oqali (Anses – INRA) – opérateurs économiques – associations de consommateurs

Indicateurs : nombre de filières engagées dans l'amélioration définie, évolution de la qualité nutritionnelle des aliments par secteur Oqali, nombre de catégories/familles d'aliments pour lesquelles les cibles sont atteintes de façon volontaire, dans les délais fixés



2. Action : Réduire la consommation de sel de 30% d'ici 2025 ☆

La réduction de la consommation de sel de 30% est un engagement de la France auprès de l'OMS.

Pour le pain, qui représente de l'ordre de 25% de l'apport en sel quotidien des français adultes et 15 à 19% des enfants et adolescents, une réflexion sera engagée dès 2019 avec les professionnels afin de déterminer le taux cible et les actions à conduire pour y parvenir.

S'agissant de l'objectif d'une réduction de la consommation de sel et, plus particulièrement dans les Outre-mer, de sucre, l'action qui sera conduite en 2019 privilégiera la concertation avec les professionnels. Mais si elle ne permet pas d'arriver à la réalisation des objectifs poursuivis, la voie réglementaire devra être mise en œuvre.

Pilote : DGS – DGAL

Acteurs : DGS – DGAL – Oqali (Anses – INRA) – opérateurs économiques – associations de consommateurs

Indicateur : teneurs en sel des farines du pain

3. Action : Évaluer l'impact de la fiscalité sur les boissons sucrées

Divers rapports parlementaires ont souligné l'intérêt de moduler et simplifier la fiscalité des aliments pour contribuer à orienter les choix vers des produits plus favorables pour la santé. Une telle mesure constitue, pour les entreprises du secteur, une incitation importante à la reformulation de produits existants ou à la mise sur le marché de produits plus satisfaisants pour le régime alimentaire global. La taxe sur les boissons sucrées et édulcorées introduite en 2012 a été modifiée afin de prendre en compte la quantité de sucres ajoutés à ces boissons.

Une évaluation de l'impact de cette mesure sur la diversification de l'offre, sur les ventes et les choix alimentaires est nécessaire pour tirer les enseignements de ce type de stratégie.

Évaluer l'impact de la fiscalité sur les ventes de boissons sucrées et leur reformulation selon leurs teneurs en sucre.

Pilotes : DGS – DSS

Acteurs : Anses – INRA – HCSP – organismes de recherche – France Agrimer

Indicateurs : publication du rapport d'étude

4. Action : **Inciter à l'amélioration des pratiques industrielles en s'appuyant sur les résultats de la recherche sur aliments transformés et ultra transformés**

L'étude Nutri-Net Santé a suggéré une association entre la consommation de produits ultra-transformés (selon la définition NOVA) et le risque de développement de maladies chroniques. Les études doivent être poursuivies, notamment pour caractériser des aliments ultra-transformés, dresser un état des lieux de l'utilisation des additifs dans les denrées et établir les liens entre l'occurrence de tel ou tel additif dans les denrées et son impact sur la santé.

Toute action pertinente devra être envisagée sur la base de ces résultats afin d'inciter les industriels à diminuer le nombre d'additifs dans leurs denrées alimentaires dès lors que des éléments scientifiques mettent en évidence un effet indésirable sur la santé.

Caractériser les aliments ultra-transformés et prioriser les actions à mener.

Pilote : MEF / DGCCRF

Acteurs : DGS – DGAL – acteurs économiques

Indicateurs : rapport Oqali

5. Action : **Conforter le rôle de l'Oqali comme outil de suivi des politiques et d'incitation à l'amélioration de la qualité nutritionnelle**

La section nutritionnelle de l'observatoire de l'alimentation (Oqali) mise en œuvre par l'Anses et l'INRA est l'instance publique ayant vocation à collecter, traiter et transmettre les données nutritionnelles afin d'assurer le suivi de l'amélioration de l'offre alimentaire et de permettre l'orientation des politiques dans ce domaine.

Cet observatoire, dont le renforcement est prévu par le projet de loi issu des EGA, verra ses missions étendues conformément aux recommandations de la mission interministérielle sur le devenir de l'observatoire de l'alimentation (février 2018). Afin de garantir la qualité et la transparence des données et d'en faciliter l'exploitation, les producteurs d'aliments seront encouragés à transmettre à l'Oqali les données utiles sous format numérique. Afin de standardiser les données, il conviendra de définir les types d'informations à transmettre de façon systématique ainsi que les moyens de cette transmission.

Par ailleurs, l'extension de la méthodologie Oqali sera encouragée au niveau européen dans le cadre des travaux en cours (notamment JANPA2), pour favoriser la comparabilité de la qualité nutritionnelle des produits entre les États membres.

Pilote : DGS – DGAL

Acteurs : Oqali – producteurs d'aliments

Indicateur : transmission des données selon les critères retenus

OBJECTIF 2 : MIEUX MANGER EN RESTAURATION HORS FOYER

Avec plus de 3,5 milliards de prestations servies chaque année, la restauration collective représente près de la moitié de la restauration hors domicile. Elle doit répondre aux besoins physiologiques et nutritionnels des convives, et donc leur fournir des aliments sûrs, sains, en quantité suffisante et à leur goût, dans un budget maîtrisé et un temps contraint.

Elle doit s'adapter à une grande diversité de situations et de besoins, de la crèche à l'entreprise, en passant par l'école ou l'université.

La mise en œuvre du principe d'universalisme proportionné, principe transversal du PNNS, pour la réduction des inégalités sociales de santé, s'applique de fait en restauration collective.

Le conseil national de la restauration collective (CNRC), créé conformément à la feuille de route de la politique de l'alimentation 2018-2022, est chargé, en particulier, d'élaborer des recommandations en vue d'améliorer la qualité nutritionnelle des repas servis en restauration collective.

6. Action : Élaborer, publier et diffuser les nouvelles recommandations nutritionnelles en restauration collective, notamment scolaire

L'Anses a publié en janvier 2017 des avis et rapports scientifiques en vue d'élaborer les recommandations de consommation alimentaire du PNNS actualisées pour la population adulte. Ils ont servi de base au Haut Conseil de la Santé publique qui a défini les repères puis à Santé publique France pour formuler des messages destinés au grand public. Un processus similaire est en cours, au moment de l'élaboration du PNNS4, pour l'actualisation des recommandations pour les populations spécifiques comme la petite enfance, les enfants et les personnes âgées.

Ces rapports et avis permettront la mise à jour des recommandations nutritionnelles en restauration collective à destination de la petite enfance, des personnes âgées (dont les personnes en EHPAD), du milieu scolaire et des adultes en entreprise, dans le cadre des travaux du Conseil national de la restauration collective. Ces recommandations seront fondées sur les travaux d'un collège d'experts sans lien d'intérêts avec cette activité économique.

Pour la restauration scolaire, l'arrêté du 30 septembre 2011 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre de la restauration scolaire sera revu sur la base des nouvelles recommandations alimentaires.

Pilote : DGS (recommandations nutritionnelles)

Acteurs : Anses – CNRC – DGAL – DGESCO – DGS – Agences

Indicateur : publication de recommandations officielles



7. Action : Adapter le Nutri-Score à la restauration collective et commerciale ☆

Le Nutri-Score est un logo en face avant des emballages alimentaires. Il informe sur la qualité nutritionnelle des produits alimentaires. Il est complémentaire à la déclaration nutritionnelle obligatoire fixée par la réglementation européenne. Il s'applique à ce jour aux aliments transformés et aux boissons non alcoolisées. Son apposition permet aux producteurs de reformuler des recettes ou d'en concevoir de nouvelles afin d'améliorer le classement sur cette échelle des produits mis en vente. Il contribue ainsi à l'amélioration pour tous de l'offre alimentaire.

La mise en place du logo Nutri-Score dans le contexte de la restauration hors foyer vise à mieux informer les convives sur la qualité nutritionnelle des aliments (plats et menus) proposés en restauration collective et commerciale pour faciliter leur choix en vue de réduire les apports en sel, sucres, graisses et d'augmenter les apports en fibres, fruits et légumes.

Étendre le Nutri-Score à la restauration collective et commerciale nécessite, au préalable, de tester, dans les divers types de restauration, la faisabilité d'une telle extension et l'impact du logo dans les conditions de l'offre alimentaire en restauration.

Pilote : DGS

Acteurs : DGS – DGAL – CNRC – agences – experts

Indicateurs : nombre de sociétés de restauration collective et commerciale ayant mis en place le Nutri-Score

8. Action : **Mettre en œuvre un choix de menus dirigés dans le secondaire**

En France, 17% des enfants sont obèses ou en surpoids, cette proportion progressant encore chez les enfants des milieux défavorisés. Or, la restauration scolaire occupe une place importante dans l'alimentation des élèves et leur éducation alimentaire et nutritionnelle.

En 2011, une réglementation sur la qualité nutritionnelle des repas servis en restauration scolaire a été mise en œuvre. Les repas consommés par les enfants des écoles primaires correspondent en général à ces textes. Ceux consommés par les élèves du secondaire, du fait des choix multiples qui leur sont proposés dans le cadre du libre-service, atteignent difficilement les objectifs nutritionnels définis par la réglementation.

En effet, les élèves sont alors susceptibles d'orienter leurs choix vers des aliments plus caloriques, salés, sucrés, gras, au détriment des aliments de meilleure qualité nutritionnelle (crudités, fruits frais, poissons, légumineuses, etc.). Ainsi, par exemple, des crudités présentes au choix pour l'entrée sont délaissées au profit de friands ou de charcuteries également présentés. Pour les desserts, les fruits frais sont en concurrence avec des desserts sucrés tels que des gâteaux ou des glaces.

La mesure vise donc à mettre en place un choix dirigé dans les établissements du secondaire en donnant des choix de valeurs nutritionnelles équivalentes.

Pilote : DGAL

Acteurs : DGS – DGAL – CNRC – Agences – Conseil départemental – Conseil Régional

Indicateurs : établissement de recommandations officielles, évolution de la réglementation, évolution de la fréquentation des restaurants scolaires

9. Action : **Inciter les gestionnaires des distributeurs automatiques des espaces publics à proposer des aliments et des boissons plus sains**

L'usage des distributeurs automatiques correspond à un achat d'impulsion mis en œuvre en dehors de contexte de repas et correspondant en règle générale à un grignotage de produits très gras, salés ou sucrés. Il sera proposé aux établissements de santé, sociaux, d'enseignement supérieur, clubs de sport, ainsi qu'aux gestionnaires de gares, métros, aéroports... d'inscrire, dans les contrats passés avec les gestionnaires de distributeurs automatiques, des conditions relatives à la qualité nutritionnelle des produits alimentaires et boissons proposés. Un cahier des charges cadre sera élaboré dans cette perspective sur la base des travaux du HCSP.

Pilote : DGS

Acteurs : DGS – HCSP – les opérateurs

Indicateurs :

- publication d'un cahier des charges cadre pour les fédérations et organismes concernés ;
- nombre d'engagements de mise en œuvre de ce cahier des charges.

10. Action : Soutenir les collectivités et les acteurs économiques pour aller vers la substitution du plastique dans les cuisines centrales

Les plastiques sont fabriqués à partir de nombreuses substances chimiques dont certaines sont suspectées d'être des perturbateurs endocriniens et peuvent avoir un impact sur la santé et sur l'environnement.

La loi EGALIM prévoit l'interdiction faite à partir de 2025 des contenants alimentaires de cuisson et de réchauffe en plastique. Des actions ont déjà été mises en place au niveau local afin de diminuer l'utilisation des plastiques dans certains secteurs et notamment en restauration collective.

L'action vise, dès 2019, à venir en appui de la préparation d'un livre blanc sur la substitution du plastique dans les cuisines centrales pour aider les collectivités et les acteurs économiques

Pilote : MTES / DGPR

Acteurs : collectivités et acteurs économiques

Indicateurs : rédaction d'un livre blanc sur la substitution du plastique dans les cuisines centrales

OBJECTIF 3 : RÉDUIRE LA PRESSION MARKETING

11. Action : Protéger les enfants et les adolescents d'une exposition à la publicité pour des aliments et boissons non recommandés ☆



Parmi les stratégies majeures prônées au niveau international pour limiter la prévalence d'obésité chez les enfants, la réduction du marketing alimentaire a une place essentielle. Le but est de réduire l'exposition des enfants et adolescents à des incitations à consommer certains types d'aliments dont la consommation n'est pas promue dans l'objectif de santé.

La nouvelle directive européenne sur les services de médias audiovisuels de novembre 2018, doit être transposée au plus tard en septembre 2020. Elle prévoit l'encouragement de codes de conduite qui visent à réduire efficacement l'exposition des enfants aux communications commerciales audiovisuelles relatives à ces denrées alimentaires et à ces boissons et à faire en sorte qu'elles ne mettent pas en évidence le côté positif des aspects nutritionnels de ces denrées alimentaires et boissons.

La transposition de cette directive dans le cadre du projet de loi sur la réforme de l'audiovisuel public permettra, par la voie de la co-régulation, de mieux réguler l'exposition des jeunes à la publicité.

Pilote : DGS – DGMIC – DGAL

Acteur : CSA – SPF

Indicateurs : publication d'un guide de co-régulation, étude permettant l'évaluation de l'exposition des enfants aux publicités pour les produits gras, sucrés, salés

12. Action : Réguler la promotion des échantillons gratuits pendant les événements sportifs

Les événements sportifs d'envergure nationale ou locale peuvent être le support de parrainages voire de promotion par échantillons ou snacks remis aux participants et au public pour des produits alimentaires ou boissons dont la composition ne peut être promue dans une perspective de santé publique. Il y a alors contradiction entre le message de santé véhiculé par le sport et la pratique alimentaire proposée. Une telle situation se heurte aux sommes engagées par les sponsors qui permettent la tenue de ces événements populaires.

Un débat doit être organisé avec l'ensemble des parties prenantes, les familles, les consommateurs, le monde sportif et de la santé pour que des recommandations puissent être formulées et prises en compte en 2022, avant la tenue de la Coupe du monde de rugby en 2023 et des Jeux Olympiques et Paralympiques d'été de Paris en 2024.

Plus rapidement une exclusion des échantillons ou des snacks à teneur élevée en sucres, gras, ou sel distribués gratuitement lors de ces événements sera proposée à leurs organisateurs, notamment aux collectivités territoriales et aux associations organisatrices de tels événements. Les limites de ces teneurs seront fixées par saisine du HCSP.

Pilote : DGS

Acteurs : Collectivités territoriales – associations – HCSP – CNA

Indicateurs : recommandations pour la promotion des échantillons gratuits pendant les événements sportifs, nombre de collectivités territoriales, associations sportives suivant les recommandations

OBJECTIF 4 : ENCOURAGER LA MOBILITÉ ACTIVE

Conduire des actions afin de favoriser les mobilités actives dans un environnement sécurisé constitue un élément clef du développement de la pratique de l'activité physique quotidienne non sportive, durant les temps de transport ou de loisirs pour tous et à tout âge et ne nécessitant pas d'encadrement spécifique.

Modifier de manière durable les comportements des Français quant à leurs habitudes et choix de modalités de transport est un enjeu majeur. Le projet de loi d'orientation des mobilités, en discussion au moment de l'élaboration du PNNS4, définira un cadre permettant le développement d'infrastructures et le changement de comportement des usagers.

Les actions qui seront déployées dans le cadre de la loi d'orientation des mobilités, ainsi que dans le Plan Vélo, contribueront à l'atteinte de l'objectif 4 du PNNS4 « Encourager les mobilités actives ».

13. Action : Promouvoir les interventions locales rendant la pratique d'activité physique facile, agréable, sécurisée

Un grand nombre d'acteurs locaux, notamment les collectivités territoriales développent des équipements, facilitent les initiatives, mettent en place des actions de communication qui contribuent à la mise en mouvement actif des divers groupes de population. Ces actions ont souvent la protection de l'environnement, la réduction des pollutions et le désengorgement des villes comme objectif premier. La mise en œuvre de ces actions concourt à l'atteinte de l'objectif nutritionnel poursuivi dans le PNNS.

Les acteurs que sont les collectivités territoriales et les entreprises seront encouragées à développer des actions et les promouvoir dans le cadre du PNNS (cf. axe 4 actions 37 et 38).

Quelques exemples :

- Intégration dans les plans d'urbanisme d'espaces verts, d'infrastructures de loisirs et de détente et de voies de circulation sûres et accessibles, etc. ;
- Sécurisation des voies par de l'éclairage public, conception de trottoirs permettant le passage de poussettes, mise en place de couloirs cyclables, adoption d'une signalétique piétonne pour favoriser la marche, avec la création des cartes de temps de parcours à pied ou à vélo ;
- Mise en place de parcours dits « sportifs », installation d'équipements de gymnastique, type agrès, dans l'espace public ;
- Développement d'itinéraires type « pédibus » et « vélobus » (ramassage scolaire à pied ou à vélo) ; aménagement des cours de récréation avec des jeux adaptés ;
- Mise à disposition de vélos par les entreprises pour leurs salariés, élaboration de plans de réduction de la sédentarité au travail ou de plans de mobilité d'entreprises.

Divers outils sont disponibles pour les collectivités territoriales pour faciliter la décision et la mise en place de ces actions :

- Un guide avec des concepts et des outils afin d'agir pour un urbanisme favorable à la santé, a été développé par l'EHESP et la DGS ;
- Des outils développés par l'OMS «HEAT» (Health Economic Assessment Tool), relayés par le Réseau français des Villes Santé de l'OMS (RFVS) qui permettent d'évaluer sur son territoire les bénéfices sanitaires et économiques de la pratique de la marche et du vélo ;
- Des outils développés par la SFSP comme le Cadre d'analyse des politiques locales Activité Physique – Santé (CAPLA-Santé) ; son rôle est d'identifier au niveau local les politiques en matière d'activité physique favorable à la santé et d'aider à la construction de ces politiques.

Pilotes : DGS

Acteurs : Employeurs – collectivités territoriales – réseau français de villes santé de l'OMS

Indicateurs : bilan des chartes collectivités territoriales et entreprises actives du PNNS, nombres d'évaluations conduites avec l'outil OMS « HEAT »

14. Action : Favoriser les mobilités actives pour les déplacements au quotidien

Le Programme Héritage du gouvernement pour les Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris 2024 a fixé comme objectif de tripler (de 3% à 9%) la part modale des déplacements effectués quotidiennement à vélo d'ici 2024. Il s'agit d'une mesure visant à favoriser la pratique du vélo en intégrant dans l'ensemble des plans de déplacement un volet « modes actifs » comprenant un schéma directeur des aménagements cyclables.

Le Plan Vélo, annoncé le 14 septembre 2018, doit y contribuer. Il prévoit, parmi d'autres mesures, le développement des aménagements cyclables, avec la création d'un Fond national « mobilités actives ».

La future loi d'orientation des mobilités devrait aussi renforcer le contenu relatif aux mobilités actives des documents de planification d'urbanisme. Cette loi devrait comporter la mise en place du « forfait mobilités durables ». Cette mesure consiste à donner possibilité pour les employeurs de prendre en charge, dans les mêmes conditions que pour les abonnements de transports collectifs et vélo en libre-service, une part des frais engagés par les salariés utilisant, pour se rendre au travail, un vélo personnel. L'impact attendu de cette mesure est de plus de 300 000 cyclistes quotidiens.

Pilotes: DGITM – DGS – DS

Acteurs : Employeurs – partenaires sociaux – branches professionnelles – fédérations sportives – ADEME – DGT

Indicateurs : nombre d'accords de branche intégrant la dimension activité physique et sportive au travail, part modale du vélo et de la marche, nombre de salariés couverts par la mesure « forfait mobilités durables », nombre de territoires, villes et administrations engagés

OBJECTIF 5 : MIEUX MANGER EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ALIMENTAIRE

Les personnes en situation de précarité alimentaire sont en difficulté pour accéder à une alimentation favorable à leur santé car elles sont, de façon transitoire ou non, en situation de vulnérabilité sociale ou économique.

Des mesures spécifiques sont nécessaires pour ces publics. Une attention particulière doit être portée à la situation des quartiers prioritaires de la politique de la ville où la proportion de personnes en situation de pauvreté s'élève à 42,6% et qui regroupent 25% des personnes pauvres.

La stratégie pauvreté, les contrats locaux de santé et le volet santé des 435 contrats de ville constituent l'un des cadres de déploiement de cet objectif 5.

15. Action : Améliorer l'accès à une alimentation favorable pour la santé pour les personnes en situation de précarité alimentaire

L'accès à une alimentation favorable pour la santé est une condition de base nécessaire à la consommation d'un régime alimentaire en adéquation avec les recommandations de consommation alimentaire du PNNS. Divers types d'interventions, prévus par la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ou ayant fait la preuve de leur intérêt lors d'expérimentations seront déployés. L'aide alimentaire fait partie de ces interventions. Des interventions complémentaires, adaptées, sont nécessaires afin de favoriser des choix favorables pour la santé.

La stratégie nationale de prévention de lutte contre la pauvreté prévoit de permettre l'accès de tous les enfants à l'alimentation et notamment :

- Mettre en place une offre ciblée de petits-déjeuners à l'école ;
- Inciter les communes à proposer des tarifs sociaux pour les cantines scolaires ;
- Généraliser le programme d'accès à l'alimentation infantile : Programme Malin.

Elle vise également à :

- Mettre à disposition des personnes travaillant auprès des populations précaires des outils adaptés à la lutte contre la précarité alimentaire et porteurs du logo du PNNS notamment :
- Mettre à disposition des travailleurs sociaux et des bénévoles des outils numériques et interactifs pour mieux accompagner les personnes en situation de précarité vers une alimentation favorable à la santé, à la pratique au quotidien d'une activité physique tout en réduisant les comportements sédentaires.
- Réactualiser le guide permettant de concevoir des colis alimentaires équilibrés conformément aux nouvelles recommandations alimentaires du PNNS et adaptés à l'aide alimentaire.

- Accompagner la distribution de l'aide alimentaire par des actions sociales, promouvant la participation des personnes aux décisions qui les concernent ;
- Intégrer la question de l'accès à l'alimentation dans les schémas départementaux d'accessibilité des services au public ;
- Engager une réflexion avec les acteurs de l'aide alimentaire sur leur approvisionnement en denrées alimentaires et sur les questions logistiques associées, dans l'objectif d'optimiser les sources au regard des besoins - notamment nutritionnels - et en articulation avec le pacte de lutte contre le gaspillage alimentaire, le PNA et le FEAD.

Pilote : DGCS

Acteurs : DILPEJ - DGCS - DGAL - DGS - Santé publique France - collectivités territoriales - associations d'aide alimentaire - CGET - DGESCO - ARS

Indicateurs :

- Création des outils d'éducation nutritionnelle adaptés aux publics en situation de précarité alimentaire ;
- Nombre de schémas départementaux d'accessibilité des services au public incluant la question de l'accès à l'alimentation ;
- Indicateurs retenus dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté (Volet Garantir l'accès de tous les enfants à l'alimentation).



AXE 2

**Encourager les
comportements favorables
à la santé**

- Fournir à toutes les personnes vivant en France les moyens d'effectuer des choix alimentaires et d'activité physique favorables pour la santé est nécessaire. Une grande diversité de contraintes s'exerce sur chacun et conditionne ces comportements. Leur prise en compte est indispensable dans un objectif de réduction des inégalités sociales en nutrition. Ces interventions sont complémentaires à celles visées par l'axe 1 du PNNS.

OBJECTIF 6 : PROMOUVOIR ET DÉVELOPPER LE NUTRI-SCORE



Les pouvoirs publics recommandent l'apposition du Nutri-Score en face avant des emballages. Il rend l'information nutritionnelle lisible et compréhensible par tous afin que la qualité nutritionnelle des aliments devienne un élément du choix alimentaire au moment de l'achat au même titre que le prix, la marque, la présentation ou le goût. Le Nutri-Score est aussi une incitation faite au producteur pour améliorer la qualité nutritionnelle de son portefeuille de produits. Son apposition est mise en œuvre de façon volontaire afin de respecter la réglementation européenne.

16. Action : Étendre le Nutri-Score aux produits en vrac

Aujourd'hui, le Nutri-Score s'applique dans le cadre du règlement n° 1169/2011 dit « INCO » aux produits disposant d'une déclaration nutritionnelle sur leur emballage. L'objectif de cette action est de proposer aux acteurs économiques concernés d'utiliser le Nutri-Score pour les denrées alimentaires vendues en vrac et non préemballées (céréales, gâteaux, bonbons, pain, etc.) et pour une mise en place progressive à partir de 2020.

Une réflexion sera engagée au préalable pour fixer les conditions d'apposition du Nutri-Score sur la vente de ces denrées alimentaires vendues en vrac et non pré-emballés.

Pilote : DGS

Acteurs : Santé publique France – opérateurs économiques – DGAL – DGCCRF

Indicateurs : établissement de recommandations pour la mise en place du Nutri-Score sur les produits non emballés, mise en place du Nutri-Score sur ce type de produits



17. Action : Poursuivre le développement du Nutri-Score en France

Le Nutri-Score a vocation à être mis en œuvre sur le plus grand nombre possible d'aliments préemballés mis en vente sur le marché en France.

Poursuivre les actions de promotion du Nutri-Score auprès de la population et des acteurs économiques en utilisant les canaux de communication adaptés (médias audiovisuels, Internet, réseaux, colloques, réunions d'échange...).

Informier régulièrement sur les résultats des évaluations menées par l'Oqali.

Pilote : Santé publique France

Acteurs : DGS – DGAL – DGCCRF – Oqali

Indicateurs : nombre d'entreprises ayant adhéré au Nutri-Score, évolution des parts de marché concernées par catégories d'aliments, notoriété du Nutri-Score et adhésion des consommateurs

18. Action : Promouvoir le Nutri-Score au niveau international

- ◆ Divers systèmes d'information nutritionnelle graphique sont mis en place dans les différents pays, tant par les pouvoirs publics que par les acteurs privés.

Les consommateurs, comme les acteurs économiques, dans le cadre de la circulation des marchandises, souhaitent minimiser les étiquetages graphiques sur les emballages des produits.

La France continuera à intervenir au niveau de la Commission européenne et des États Membres pour promouvoir l'adoption et l'utilisation du Nutri-Score. Le rapport de la Commission sur le sujet prévu début 2019 servira de support pour orienter la stratégie européenne de la France.

Une démarche sera lancée auprès de la Commission européenne et de nos partenaires afin de rendre le Nutri-Score obligatoire.

- ◆ Au niveau international, la France soutient et coordonne, avec l'Australie l'« Action Network on Nutrition Labelling » mis en place avec l'OMS Genève. L'objectif est de favoriser le dialogue entre pays, de proposer des lignes directrices pour la mise en œuvre d'un étiquetage nutritionnel en face avant. La France contribuera également aux travaux du Codex Alimentarius sur le sujet.

Pilote : DGS

Acteurs : MAE – Santé publique France

Indicateurs : élaboration de lignes directrices, nombre de pays retenant le Nutri-Score, au niveau européen, au niveau mondial

OBJECTIF 7 : PROMOUVOIR LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS NUTRITIONNELLES DU PNNS (ALIMENTATION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE)

Les recommandations du PNNS portent sur différents groupes d'aliments (fruits et légumes, produits laitiers, etc.), sur l'activité physique et les comportements sédentaires, avec des déclinaisons pour des populations spécifiques (personnes âgées, enfants, adolescents, femmes enceintes et allaitantes).

L'évolution des données scientifiques a rendu nécessaire une révision de ces repères nutritionnels. Les recommandations actualisées seront progressivement disponibles pour tous les groupes de population, entre 2019 pour la population adulte et à partir de 2021 pour les autres sous-groupes. Cependant les connaissances en nutrition n'influencent que partiellement la consommation alimentaire.

Les interventions doivent également viser à accroître les compétences et/ou les capacités des individus afin d'améliorer la qualité de leur alimentation, la pratique d'activité physique et de réduire les comportements sédentaires.

ZOOM

sur les nouvelles recommandations sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité :

Ces recommandations ont été publiées en janvier 2019. Elles ont pour objectif d'aider la population à faire de meilleurs choix alimentaires et à adopter un mode de vie plus actif.

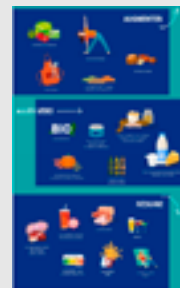
Ces recommandations sont fondées sur une démarche scientifique, avis de l'Anses et du HCSP, et formulées par Santé publique France qui s'est appuyée sur un comité d'experts et différentes études qualitatives et quantitatives menées auprès du grand public et des professionnels.

Les nouvelles recommandations sont présentées sur deux niveaux : simplifié et détaillé.

Parmi les nouveautés figurent la place accordée à certains aliments comme les légumes secs, les fruits à coques, les féculents complets, la prise en compte de l'impact de l'alimentation sur l'environnement et la mise en avant de l'étiquetage nutritionnel simplifié Nutri-Score.

Ces nouveaux messages feront l'objet d'une campagne de communication en 2019 pour les adultes et à partir de 2021 pour les enfants, femmes enceintes et allaitantes et les personnes âgées.

Le détail des recommandations est accessible sur www.mangerbouger.fr



19. Action :

Diffuser les nouvelles recommandations du PNNS et faciliter leur mise en œuvre ☆

Il s'agit de concevoir, élaborer et diffuser les outils utiles (internet, affiches, dépliants, digital...) pour améliorer les connaissances des recommandations du PNNS, y compris ceux relatifs à l'alcool et de développer les compétences permettant leur mise en pratique. Ceci sera réalisé pour les différents groupes de population (femmes enceintes et allaitantes, jeunes enfants, enfants et adolescents, adultes, seniors et personnes âgées, etc.) en tenant compte des caractéristiques et contraintes de chacun.

- Finaliser la conception de la formulation des recommandations actualisées pour les divers groupes d'âge et de sexe sur la base des travaux de l'Anses et du HCSP ;
- Animer le site mangerbouger.fr ; actualiser « La Fabrique à Menu » ; actualiser certains outils existants ; s'appuyer sur l'essor des applications mobiles ;
- Adapter la conception et la diffusion des recommandations aux personnes en situation de précarité.

Pilote : DGS – Santé publique France

Acteurs : DGAL – DGCS

Indicateurs :

- Mise en ligne des recommandations actualisées sur manger-bouger.fr ;
- Actualisation de La Fabrique à Menus, de mangerbouger.fr, du site pour bienvieillir.fr et intégration des recommandations nutritionnelles dans le futur site « Agir pour bébé » ;
- Mise à disposition des divers outils de diffusion des recommandations du PNNS.

Les recommandations sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité

AUGMENTER



Les légumes secs

Au moins 2 fois par semaine car ils sont naturellement riches en fibres



Les fruits & légumes frais, surgelés ou en conserve

Au moins 5 par jour, par exemple 3 portions de légumes et 2 fruits



Les fruits à coques

Une petite poignée par jour car ils sont riches en oméga 3



L'activité physique

Au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques par jour



Le fait maison

ALLER VERS



Le pain complet les pâtes et le riz complets, la semoule complète

Au moins 1 féculent complet par jour car ils sont naturellement riches en fibre



Les aliments de saison et produits localement



Une consommation de poissons gras et de poisson maigres en alternance

2 fois par semaine, dont 1 poisson gras (sardine, maquereau, hareng, saumon)



Le bio



L'huile de colza, de noix et d'olive

Les matières grasses ajoutées peuvent être consommées tous les jours en petites quantités. Privilégiez l'huile de colza, de noix et d'olive



Les produits laitiers

Les produits laitiers 2 produits laitiers (lait, yaourts, fromage blanc) par jour

RÉDUIRE



La charcuterie

Limiter la charcuterie à 150g par semaine



Les produits sucrés gras, salés

Il est recommandé de limiter les boissons sucrées, les aliments gras, sucrés, salés et ultra-transformés



Les produits salés

Il est recommandé de réduire sa consommation de sel



L'alcool

Pour réduire les risques, il est recommandé de limiter sa consommation à deux verres par jour maximum et de ne pas consommer d'alcool tous les jours



La viande (porc, boeuf, veau, mouton, agneau, abats)

Privilégier la volaille, et limiter les autres viandes à 500g par semaine



Les produits avec un Nutri-Score D et E



Le temps passé assis

Ne restez pas assis trop longtemps, prenez le temps de marcher un peu toutes les 2h

20. Action :

Renouveler les messages sanitaires sur la promotion des aliments

L'article L.2133-1 du code de la santé publique, prévoit que les messages publicitaires en faveur des boissons avec ajouts de sucre, de sel ou d'édulcorant de synthèse et des produits alimentaires manufacturés contiennent une information à caractère sanitaire. À défaut de l'apposition de ce message sanitaire, l'annonceur ou le promoteur doit s'acquitter d'une contribution financière, assise sur les dépenses de publicité. L'expertise collective Inserm (2017) « Agir sur les comportements nutritionnels » a montré la nécessité d'améliorer l'efficacité de ces messages sanitaires. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a publié en août 2018 un avis relatif à l'évolution des messages sanitaires apposés sur les actions de promotion des acteurs économiques dans le cadre du PNNS 4. Sur la base de ces expertises et de travaux scientifiques préalables testant divers messages et modes de diffusion, de nouveaux messages seront élaborés tenant compte de l'actualisation des recommandations nutritionnelles. La réglementation sera révisée en conséquence.

Pilote : DGS

Acteurs : Santé publique France – HCSP – DGAL

Indicateurs : publication des textes réglementaires modifiant les textes en vigueur, enquête de notoriété des messages



21. Action :

Actualiser la procédure d'attribution du logo PNNS afin de promouvoir les supports et outils porteurs d'informations et de messages nutrition santé

Le logo du PNNS a pour objectif, au travers d'une marque (déposée à l'INPI), de donner de la cohérence aux messages en nutrition portés par divers supports, de valoriser les documents produits par des acteurs variés (associations, collectivités territoriales, organismes publics ou privés, entreprises publiques ou privées), en leur offrant la possibilité de reconnaître leur conformité au PNNS, et limiter ainsi la diffusion de messages contradictoires.

Les signataires des chartes « Villes actives du PNNS », « Départements actifs du PNNS », « Établissements actifs du PNNS », et « entreprises actives du PNNS » s'engagent à utiliser exclusivement les référentiels du PNNS et à diffuser des outils porteurs du logo du PNNS (Axe 4 action 48).

Une procédure révisée, simplifiée d'attribution du logo PNNS sera mise en place. La marque collective PNNS et son règlement d'usage déposés auprès de l'INPI seront renouvelés. Cette procédure sera articulée avec celle prévue pour l'attribution du logo PNA.

Pilote : DGS

Acteurs : DGS – DGAL

Indicateurs : actualisation de la procédure d'attribution des logos, nombre d'outils bénéficiant du logo PNNS

OBJECTIF 8 : LUTTER CONTRE LES COMPORTEMENTS SÉDENTAIRES

22. Action :

Agir sur les comportements sédentaires dans la vie quotidienne pour tous et à tout âge

La sédentarité, ou le comportement sédentaire, se distingue de l'inactivité physique, et a des effets délétères indépendants de celle-ci sur la santé. Le pourcentage d'individus présentant un comportement sédentaire est alarmant puisque la moitié des adolescents de 11 à 14 ans, deux tiers des adolescents de 15 à 17 ans et plus de 80% des adultes de 18 à 79 ans sont concernés. Ainsi, en sept ans, entre 2007 et 2014, le temps quotidien passé devant un écran, hors temps de travail, a augmenté de 20 minutes en moyenne chez les enfants et d'1h20 chez les adultes.

Actions :

- ◆ Diminuer les comportements sédentaires en adaptant les interventions aux différentes populations cibles ;
- ◆ Déployer les programmes de type ICAPS « Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité » pour limiter la sédentarité des enfants pendant et en dehors des temps scolaires ;
- ◆ Lutter contre la sédentarité au travail notamment en encourageant le développement des chartes « entreprises actives PNNS » ;

- Pour les personnes âgées en établissements, inscrire la lutte contre la sédentarité dans les projets d'établissements des résidences autonomie et des EHPAD.

Pilote : DGS

Acteurs : SpF – DGCS – DGT – DGESCO – CNAV – CNSA

Indicateurs :

- Nombre de chartes « entreprises actives PNNS » ;
- Nombre de programmes de type ICAPS déployés ;
- Nombre d'EHPAD et des résidences autonomies qui incluent dans leurs projets d'établissement la lutte contre la sédentarité

OBJECTIF 9 : AMÉLIORER L'INFORMATION RELATIVE À LA QUALITÉ DES ALIMENTS

Il existe une très forte demande des consommateurs pour accéder à des données sur les multiples dimensions de la qualité des aliments (qualité nutritionnelle, présence d'additifs, de pesticides, issus de l'agriculture biologiques, produits en circuit court). De plus en plus d'applications numériques, procédant à des classements des denrées alimentaires, se développent afin de répondre à cette demande, sans que leur qualité soit questionnée.

23. Action :

Rendre facilement accessible aux consommateurs les analyses menées par l'Observatoire de l'alimentation (Oqali) sur la composition des aliments, au-delà de la qualité nutritionnelle

Les informations obligatoires figurant sur l'étiquetage permettent de renseigner le consommateur sur la composition des aliments au-delà des données nutritionnelles synthétisées par le Nutri-Score. Y figurent en particulier les additifs (colorants, conservateurs, antioxydants, etc.), arômes, allergènes, OGM, ingrédients sous forme de nanoparticules, etc.

L'observatoire de l'alimentation a pour mission d'exercer un suivi global de l'offre alimentaire des produits transformés présents sur le marché français en mesurant l'évolution de la qualité nutritionnelle (composition nutritionnelle et informations sur les étiquetages). Il publie chaque année des rapports d'évolution de la qualité des aliments en fonction des secteurs alimentaires étudiés (biscuits, céréales, charcuterie, confiture, glaces, pain, pizzas, etc.) ainsi que des études « transversales » portant par exemple sur les ingrédients dont les additifs. Ces informations, mieux valorisées, permettraient au consommateur d'avoir une visibilité par exemple sur la présence des additifs, allergènes dans l'ensemble des aliments à un temps donné et en particulier sur les plus gros contributeurs.

Dès 2020, les données traitées par l'Oqali sur la composition des aliments seront vulgarisées et diffusées.

Pilote : DGS – DGAL

Acteurs : Oqali – producteurs d'aliments

Indicateur : documents de communication diffusés

24. Action :

S'assurer de la qualité et de la fiabilité des applications numériques orientant les consommateurs dans leurs choix alimentaires

Les applications d'information sur les aliments disponibles en ligne ou sur smartphones se développent et connaissent un succès grandissant auprès des consommateurs. Il est nécessaire de s'assurer que ces applications, dès lors qu'elles orientent le consommateur dans ses choix alimentaires s'appuient sur des bases solides, lui permettant de faire des choix justes et éclairés.

En concertation avec les parties prenantes dans le cadre du CNC, les conditions permettant de garantir au consommateur l'accès à une information pertinente et loyale lors de l'utilisation de ces applications seront définies.

Pilote : DGCCRF

Acteurs : CNC – Santé publique France – Associations de consommateurs – DGS – DGAL

Indicateur : publication des critères de qualité

25. Action :

Promouvoir l'information du consommateur sur les différentes composantes (nutritionnelles, sanitaires, environnementales) de la qualité des produits alimentaires

Les consommateurs sont de plus en plus intéressés par des informations sur l'empreinte écologique des produits. Pour faciliter une consommation plus favorable pour la santé et l'environnement du plus grand nombre, il apparaît nécessaire d'encourager et de rendre lisible les efforts d'écoconception des producteurs et des distributeurs et d'informer les consommateurs de façon lisible, objective et facilement compréhensible. Il importe que ces informations soient fiables, fondées sur des méthodes validées et prennent en compte les différents enjeux environnementaux. C'est l'objet du dispositif national d'affichage environnemental qui a donné lieu à l'élaboration d'un référentiel général sur l'alimentation pouvant être décliné par filières et produits. Les travaux sur l'affichage environnemental se développent au niveau national et européen.

L'objectif est, en 2020, après concertation au CNA, de promouvoir, en complément du Nutri-Score pour le volet nutritionnel, l'information du consommateur sur les composantes sanitaires et environnementales de la qualité des produits alimentaires.

Dès 2020, soumettre à un groupe de concertation et à débat public au sein du CNA la question d'une communication sur les différentes composantes de qualité des produits alimentaires (nutritionnelles, sanitaires, environnementales) auprès des consommateurs.

Voie : incitative ; concertation-débat public.

Pilote : METS / MAA

Acteurs : CNA – acteurs économiques – DGPR – DGAL – DGS

Indicateurs : mise œuvre d'un groupe et concertation et d'un débat public au CNA

OBJECTIF 10 : ACCOMPAGNER LES FEMMES AVANT, PENDANT ET APRÈS LEUR GROSSESSE, ET DURANT L'ALLAITEMENT MATERNEL

Les premières périodes de la vie, depuis l'environnement pré-conceptionnel, la grossesse, jusqu'à la fin de la très jeune enfance, période dite des « 1000 jours » constituent une période de sensibilité au cours de laquelle l'environnement sous toutes ses formes qu'il soit nutritionnel, écologique, socio-économique et les modes de vie a un impact sur le développement et la santé future de l'enfant.

26. Action : Promouvoir la supplémentation en acide folique chez les femmes en désir de grossesse

La réduction de l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural nécessite une amélioration du statut en folates chez les femmes avant et au début de la grossesse. En complément de la promotion d'une alimentation conforme aux recommandations du PNNS (notamment des apports suffisants en légumes), une supplémentation systématique de folates en une prise quotidienne de 400 microgrammes est recommandée dès que la femme a un souhait de grossesse, au moins 4 semaines avant la grossesse et jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée.

En France, d'après les données ENNS (2006-2007), près de 7% des femmes en âge de procréer (15-49 ans) présentaient un risque de statut déficitaire en folates. Les résultats de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016 montrent que la proportion de femmes ayant commencé à prendre de l'acide folique avant leur grossesse a augmenté entre 2010 et 2016, passant de 14,8% à 23,2%. Elle reste beaucoup trop limitée.

Une promotion de cette supplémentation en direction des professionnels de santé (notamment médecins généralistes, pharmaciens, sages femmes, gynécologues obstétriciens) ainsi qu'au près des femmes sera organisée.

Pilote : DGS

Acteurs : Santé publique France – CNAM – DSS

Indicateurs :

- Évolution des ventes de suppléments de folates à 0,4 mg, Proportion de femmes enceintes ayant pris un supplément au moment adéquat ;
- Mise en ligne des recommandations actualisées sur manger-bouger.fr, Agirpourbébé, nombre d'outils distribués.

27. Action : Promouvoir l'allaitement maternel

La pratique de l'allaitement maternel et sa durée sont, en France, parmi les plus faibles en Europe. Le but est à la fois d'inciter les femmes à choisir, à la naissance de leur enfant, l'allaitement maternel exclusif, de les aider à surmonter les éventuelles difficultés de l'initiation de l'allaitement et de faciliter son maintien dans la durée.

1/ Agir avec les professionnels de santé et en milieu de soin

- Élaborer des recommandations pour l'accompagnement des femmes souhaitant allaiter dans le cadre de leur séjour à la maternité afin d'informer et d'apporter un soutien pratique aux parents, d'assurer la mise à niveau des connaissances des équipes en matière de nutrition du nouveau-né, de diffuser des bonnes pratiques et de s'assurer de la mise en place de celles-ci. En complément, favoriser l'implantation dans les maternités et services de néonatalogie, des conditions pour le succès de l'allaitement maternel reconnues par l'OMS.

Pilote : DGOS – DGS

Acteurs : Sociétés savantes – CNP – HAS

Indicateurs : Publication de recommandations

- Développer la formation professionnelle et le développement professionnel continu sur l'allaitement maternel pour les professionnels de santé agissant en périnatalité afin d'homogénéiser les pratiques.

Pilote : DGOS

Acteurs : CNP – DSS – DGS – OGDPC

Indicateurs : module de formation continue mis en place

2/ Étudier les conditions du succès des actions en direction des femmes et de leur entourage

- Expérimenter un soutien téléphonique à l'allaitement maternel lors du retour à domicile

Pour certaines femmes, une difficulté lors de la mise en place de l'allaitement au retour de la maternité, amène à abandonner cette pratique. Un soutien est alors nécessaire pour passer ce cap et prolonger l'allaitement maternel. Un numéro d'appel gratuit ouvert au grand public sera expérimenté dans une région afin d'aider et conseiller les femmes sur l'allaitement en dehors des heures d'ouverture des lieux de consultation (soirs et week-end). Une formation des professionnels écoutant sera mise en place ainsi qu'un annuaire des ressources locales facilitant l'orientation des femmes.

Pilote : DGS – ARS

Acteurs : réseau de santé en périnatalité – Santé publique France

Indicateurs : nombre d'appels

3/ Promouvoir un environnement favorable à l'allaitement maternel en indiquant les lieux qui s'engagent à faciliter l'allaitement pour les femmes désirant allaiter à l'extérieur de leur domicile

- Dans un cadre expérimental dans un premier temps, sur la base d'un cahier des charges, il sera proposé aux établissements accueillant du public (restaurants, cafés, commerces, services municipaux, territoriaux...) et s'engageant à faciliter l'allaitement d'apposer un autocollant à afficher sur leur vitrine. La mise à disposition de cette information sous format numérique sera encouragée pour permettre aux familles de trouver facilement ces lieux.

Pilote : DGS

Acteurs : ARS – réseaux de santé en périnatalité – associations de promotion de santé – associations de soutien à l'allaitement maternel – Santé publique France

Indicateurs : mise à disposition de l'information sous forme numérique, nombre de lieux enregistrés sur l'application, nombre de chartes entreprises actives du PNNS incluant un volet allaitement maternel

- Concevoir et développer la communication via des supports médias (vidéos, images) en direction des professionnels de santé et des familles notamment des ménages où la pratique est moindre :
 - sur les bienfaits de l'allaitement maternel, en s'appuyant sur les données les plus récentes ;
 - sur l'allaitement/alimentation du nouveau-né (positions d'allaitement, rythme et fréquence des tétées ; utilisation du tire-lait etc.)

Pilote : Santé publique France

Acteurs : DGS – Santé publique France – Anses – HCSP – HAS – associations

Indicateurs : nature et nombre d'outils diffusés, pourcentage de femmes allaitant, mise à jour du site mangerbouger et Agirpoubébé

- Évaluer le respect du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel

Action : Une mission d'inspection sera réalisée pour évaluer le respect de l'application de ce code.

Pilote : DGS

Acteurs : IGAS

Indicateurs : lettre de mission, rapport d'inspection

OBJECTIF 11 : PROMOUVOIR AUPRÈS DES PARENTS DE JEUNES ENFANTS LES MODES D'ALIMENTATION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE FAVORABLES À LA SANTÉ

Le moment de la vie intra utérine et les premières années de vie jouent un rôle crucial sur la santé future. En complément de la promotion de l'allaitement maternel, le développement d'interventions pour renforcer les comportements d'alimentation et d'activité physique et de limitation de la sédentarité durant cette période est particulièrement important.

28. Action :

Mettre à disposition des professionnels de la petite enfance et des familles des outils pour favoriser la diffusion des comportements favorables

Il conviendra de développer des outils adaptés et une offre de formation sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité en e-learning à destination des professionnels de la petite enfance sur la base des recommandations actualisées du PNNS.

Des recommandations nutritionnelles sur la petite enfance seront mises à disposition des familles.

Pilote : DGS

Acteurs : DGS – CNAM-ISTNA – Santé publique France – professionnels de la petite enfance – PMI

Indicateurs : création d'outils adaptés, nombre de formations suivies en e-learning

OBJECTIF 12 : SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉDUCATION À L'ALIMENTATION ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE EN MILIEU SCOLAIRE DANS LE CADRE DU DÉVELOPPEMENT D'ÉCOLES PROMOTRICES DE SANTÉ

Mise en place à la rentrée 2016, le parcours éducatif de santé recouvre tous les niveaux scolaires, de la maternelle au lycée. Il structure la présentation et regroupe les dispositifs qui concernent à la fois la protection de la santé des élèves, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements en référence au socle commun et aux programmes scolaires.

Le parcours éducatif de santé est structuré autour de trois axes :

- ◆ L'éducation à la santé, fondée sur le développement des compétences psychosociales en lien avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture ;
- ◆ La prévention : conduites à risques, conduites addictives, etc. ;
- ◆ La protection de la santé : environnement favorable à la santé et au bien-être.

Ce parcours accompagne le développement d'écoles promotrices de santé, démarche visant à développer des écoles, collèges et lycées intégrant systématiquement un plan pour la santé et le bien-être des élèves afin de favoriser un environnement bienveillant, un climat de confiance et de réussite et de développer les compétences psychosociales permettant de faire des choix éclairés en matière de santé.



29. Action : Étendre l'éducation à l'alimentation et à l'activité physique et sportive de la maternelle au lycée ☆

Dans le cadre du parcours éducatif de santé (PES), dans ses volets alimentation et activité physique, seront menées les actions suivantes :

- ◆ Mettre à disposition des enseignants des outils facilitant l'éducation à l'alimentation et à l'activité physique et sportive dans la cadre du parcours éducatif en santé. Pour cela, il est prévu :
 - La mise à disposition de la communauté éducative un vade-mecum d'éducation à l'alimentation en vue de la prochaine rentrée scolaire ;
 - Une fois ce document diffusé, il sera procédé à une actualisation du portail éducation à l'alimentation sur le site Eduscol, en lien avec le guide, et à la diffusion d'une boîte à outils éducative ;
- ◆ Soutenir le développement des programmes d'activité physique et sportive pendant et en dehors des temps scolaires – programmes de type ICAPS « Intervention auprès des collégiens centrés sur l'activité physique et la sédentarité » ;
- ◆ Expérimenter un suivi de la capacité physique des enfants au collège par l'enseignant en éducation physique et sportive permettant d'adapter la pratique proposée.

Pilote : DGESCO

Acteurs : DGAL – Santé publique France – DGS – DGER – DS – rectorats et communauté éducative

Indicateurs : actualisation du portail, réalisation et publication d'un vade-mecum, mise en place de l'expérimentation

OBJECTIF 13 : MIEUX FORMER LES PROFESSIONNELS ŒUVRANT DANS LE CHAMP DE LA NUTRITION POUR RENFORCER LEUR COMPÉTENCE EN PRÉVENTION DANS CE DOMAINE

30. Action : Engager une réflexion sur la formation des diététiciens

Professionnel de la santé spécialiste de la nutrition, le diététicien est un acteur clé dans ce domaine. En France, la formation de diététicien s'effectue en 2 ans d'études, contrairement aux autres pays européens où la formation est au minimum de 3 ans. Il existe actuellement 2 filières d'études différentes permettant d'accéder au métier de diététicien : le BTS de diététique et le DUT Génie biologique option diététique.

La disparité des formations, l'évolution du métier de diététicien au regard de la complexité du sujet de la nutrition doivent conduire à s'interroger sur les besoins en termes de compétences à acquérir par ces professionnels.

Afin de dresser un état des lieux de la situation actuelle, de la comparer au niveau européen et de dresser des recommandations pour améliorer la formation de diététicien, une mission sera confiée à l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) et à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Pilote : DGOS – Ministère chargé de l'enseignement supérieur

Acteurs : IGAS – IGAENR – AFDN – autres représentants des diététiciens

Indicateurs : lettre de mission aux inspections, remise d'un rapport, décisions suite à ce rapport

31. Action : Mettre à disposition un kit de formation sur la précarité alimentaire pour les professionnels du domaine social

En tant qu'acteurs relais, outiller les professionnels du domaine social est essentiel pour encourager les personnes en situation de précarité à adopter des comportements nutritionnels favorables à leur santé.

Un kit de formation ciblant les 13 métiers du travail social permettra de définir le rôle du travailleur social dans la lutte contre la précarité alimentaire et de mieux repérer les personnes concernées. La nutrition santé, la dimension sociale de l'alimentation et la difficulté d'accès aux denrées par manque d'information ou de moyens seront abordées. Ce kit sera mis à disposition des organismes de formation de travailleurs sociaux et constituera une source pédagogique de formation-information-sensibilisation en fournissant des contenus que ces derniers pourront adapter à leurs propres outils pédagogiques.

Ce kit de formation répond aux orientations de l'axe « précarité sociale » figurant dans les orientations nationales de formation continue des travailleurs sociaux et dans la politique de l'État dans le domaine de la prévention de la précarité sociale portée dans la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Il s'inscrit, par ailleurs, pleinement dans le volet « investir sur les personnes et leurs compétences dès le plus jeune âge » de cette stratégie, notamment par l'accès à une alimentation équilibrée pour tous.

Pilote : DGCS

Acteurs : organismes de formation des travailleurs sociaux – fédérations d'employeurs

Indicateurs : nombre d'organismes de formation disposant du kit de formation

32. Action : Poursuivre la mise en œuvre de la formation de formateurs PNNS et des ateliers échanges et actualiser des modules de formation en e-learning

- La connaissance des bases scientifiques, des objectifs, des stratégies, des mécanismes et outils développés par le Programme national nutrition santé ainsi que de la méthodologie de projets est nécessaire aux acteurs qui développent, sur l'ensemble du territoire national, des interventions. Le but est de favoriser une cohérence globale afin de permettre l'atteinte des objectifs du PNNS. Depuis de nombreuses années, des formations de formateurs PNNS sont dispensées. Cette action sera poursuivie, le contenu actualisé, les professionnels formés durant les années antérieures invités à des journées d'échange et de mise à niveau. Des ateliers permettant dans les régions d'échanger entre professionnels sur les pratiques d'interventions seront également poursuivis.
- Plusieurs modules de formation en e-learning répondant aux besoins spécifiques de certains acteurs ont été développés ces dernières années, dans le cadre du PNNS. Ceux-ci seront actualisés selon les nouvelles orientations du PNNS :
 - a) pour les promoteurs d'actions au niveau territorial ;
 - b) pour les assistantes maternelles ;
 - c) pour les responsables RH et salariés des entreprises.

De nouveaux modules de formation en e-learning pourront être conçus et proposés selon les besoins identifiés.

Pilote : DGS

Acteurs : CNAM-ISTNA – ARS

Indicateurs :

- nombre de modules actualisés, créés ;
- nombre de sessions de formation mises en œuvre/ateliers mis en place ;
- nombre de professionnels formés ;
- taux de suivi des différents modules, durée/temps de connexion, niveau de connaissance T0 vs T1 pour le e-learning ;
- nombre de projets présentés et nombre d'intervenants et participants pour les ateliers d'échanges

OBJECTIF 14 : PROMOUVOIR LA VARIÉTÉ DES IMAGES CORPORELLES

L'image corporelle véhiculée dans les médias correspond à un idéal de minceur très éloigné de la réalité des corps dans la population. L'exposition, via divers médias, à des images représentant des corps minces est associée à une dévalorisation de sa propre image corporelle chez les individus exposés, significativement plus importante que lors de l'exposition à des images représentant des corps de corpulence « normale ».

Les effets de cette exposition conduisent à une insatisfaction corporelle entraînant des régimes à répétition voire des troubles du comportement alimentaire (boulimie et anorexie mentale). La perception de la minceur comme norme dans la société renforce les stéréotypes associés à l'obésité et la stigmatisation des personnes en situation d'obésité. Cette stigmatisation est présente aussi chez les professionnels de santé. Dans les médias, elle s'accompagne de représentations des corps obèses de façon exagérée ou dégradante.

Cette stigmatisation des obèses induit une aggravation de la maladie, avec des comportements d'évitement des soins. Or, une représentation plus positive des personnes en situation d'obésité dans les médias est de nature à diminuer les attitudes négatives envers ces personnes, limitant la portée de cette stigmatisation.

Enfin, la pression autour d'un idéal du corps mince est renforcée par la diffusion dans les médias de campagnes de promotion de régimes alimentaires amaigrissants, et de produits de régime amaigrissants (compléments alimentaires, substituts de repas, produits spécifiques).

33. Action : **Informier sur les risques liés aux régimes, à la consommation de produits ou dispositifs amaigrissants en dehors d'un cadre médical**

Cette action vise à :

- Promouvoir une parole de référence sur ce sujet sociétal ;
- Informer la population et les professionnels de santé sur les risques des régimes, produits ou dispositifs amaigrissants en s'appuyant sur l'avis de l'Anses (2011) et du rapport de l'ANSM (2015) à actualiser ;
- Proposer des mécanismes pour réguler la promotion de ces produits.

Pilote : DGS

Acteurs : DGS – ANSP – Anses – ANSM – Associations – Professionnels de santé

Indicateurs : actions de communication déployées

34. Action :

Veiller à assurer la variété des images corporelles dans les médias

- ◆ Intégrer la surveillance de la variété des images corporelles dans le baromètre de la diversité réalisé par le CSA, afin de disposer d'éléments factuels sur les représentations stigmatisantes véhiculées dans les médias télévisuels.
- ◆ Développer et mettre à disposition une banque d'images publiques, libre de droits, représentant les personnes, quel que soit leur IMC, dans des situations positives et valorisantes, et ce dans plusieurs dimensions de leur vie quotidienne : vie familiale, alimentation, activité physique et vie professionnelle.

Pilote : DGS

Acteurs : CSA

Indicateurs : intégration de la surveillance de la variété des images corporelles dans le baromètre du CSA, Mise à disposition d'une banque d'images de personnes en surpoids ou obèses dans des situations positives et valorisantes.

OBJECTIF 15 : SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉDUCATION À L'ALIMENTATION EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

35. Action :

Promouvoir l'éducation nutritionnelle pour les personnes détenues

La stratégie santé des personnes placées sous-main de justice publiée en avril 2017 ainsi que le plan national de santé publique (« priorité prévention ») ont fait du développement de la promotion de la santé une priorité pour les personnes détenues. Les actions éducatives en promotion de la santé peuvent notamment prendre la forme d'un développement de l'éducation nutritionnelle indispensable à l'amélioration de la santé et du bien-être chez ce public précaire et sédentaire.

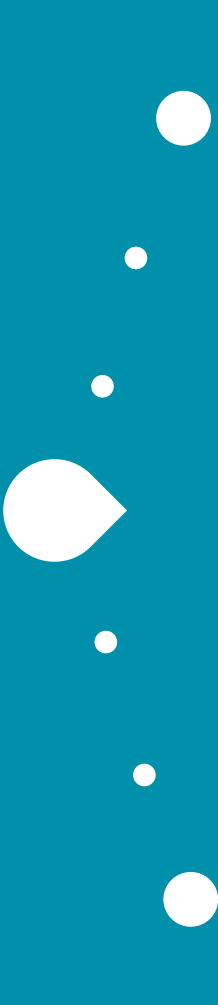
À ce titre les actions suivantes vont être mises en œuvre :

- ◆ Organisation d'un colloque sur la promotion de la santé en milieu pénitentiaire en septembre 2019 ;
- ◆ Lancement d'un appel à projet sur la promotion de la santé en milieu pénitentiaire en 2019. 49 projets ont été reçus.

Pilote : DAP

Indicateurs :

- Organisation du colloque ;
- Projets sélectionnés dans le cadre de l'appel à projet



AXE 3

**Mieux prendre en charge
les personnes en surpoids,
dénutries ou atteintes de
maladies chroniques**

- -
 -
 -
 -
 -
 -
- Quand les pathologies liées au déterminant « nutrition » se développent, un dépistage aussi précoce que possible et l'inscription dans un parcours de soins adapté à chacun permet d'en limiter les conséquences délétères. Compte tenu de la situation épidémiologique, une attention plus particulière envers les personnes issues de groupes sociaux défavorisés est nécessaire.

OBJECTIF 16 : DÉPISTER ET PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES OBÈSES DANS LE SYSTÈME DE SOINS

Une fois la maladie initiée, un dépistage et une prise en charge, comprenant, le cas échéant, le recours à la chirurgie bariatrique, adaptée à chaque individu, coordonnée entre les professionnels, tenant compte de l'âge, du degré et de l'ancienneté du surpoids et de l'obésité, des comorbidités, seront proposés dans les différents territoires.

36. Action : Mettre en œuvre la feuille de route obésité

Une feuille de route obésité est en cours d'élaboration par le ministère de la santé et des solidarités sous la coordination de la DGOS. La mise en œuvre de cette feuille de route permettra d'améliorer la prise en charge des personnes en situation d'obésité.

Pilote : DGOS

Acteurs : la CNAM- HAS - DGS - DSS

Indicateurs : feuille de route obésité

OBJECTIF 17 : PRÉVENIR LA DÉNUTRITION

La dénutrition est un état pathologique lié à la réduction des apports alimentaires, à une augmentation des besoins métaboliques, ou à la combinaison de ces deux facteurs. La dénutrition se caractérise par une perte de masse maigre et de tissu adipeux, et induit des modifications des fonctions corporelles physiologiques. Elle menace le pronostic vital, retarde la guérison d'une affection causale et augmente la morbi-mortalité post-opératoire.

En France en 2018, on estime à 2 millions le nombre d'individus souffrant de dénutrition. La prévalence de la dénutrition augmente avec l'avancée en âge, et touche par conséquent davantage les personnes âgées. En raison de l'évolution démographique de la population et de l'augmentation des pathologies chroniques, une importante augmentation du nombre de personnes touchées par la dénutrition est à redouter dans les prochaines années.

37. Action :

Prévenir la dénutrition en sensibilisant le grand public et les professionnels de santé et du secteur social en mettant en place chaque année « une semaine nationale de la dénutrition » ☆

La dénutrition demeure très largement méconnue ce qui constitue un obstacle à une prise en charge précoce, gage d'efficacité. L'objectif est de sensibiliser la population et les professionnels de santé et du secteur social à l'importance du repérage précoce de la dénutrition.

Mettre en place une semaine nationale de la dénutrition afin d'améliorer la connaissance de cette pathologie partout en France, et développer localement cette semaine nationale.

Proposer durant cette semaine nationale des actions de communication et d'information à destination du grand public, des professionnels de santé et du secteur social afin de :

- Concevoir des outils adaptés pour déployer des actions d'information auprès de la population et des professionnels de santé ;
- Organiser la pesée chez les pharmaciens volontaires ;
- Mobiliser des professionnels et des bénévoles pour animer des rencontres afin de sensibiliser et informer la population sur cette thématique, lui permettre de disposer de temps d'échanges et de conseils avec des professionnels dont des diététiciens et des pharmaciens (faire le point sur l'équilibre alimentaire, calculer son indice de masse corporelle, participer à des ateliers de dégustation...);
- Sensibiliser aux mesures de repérage et de prévention (importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire, évaluation des apports alimentaires, aide aux repas avec mise en place d'un portage des repas si nécessaire, adaptation des repas aux goûts de la personne, développement de la connaissance et de l'utilisation d'outils numériques validés), notamment pour les aidants et les personnes en interaction avec la personne âgée à domicile.

Diverses actions de cette semaine seront prolongées tout au long de l'année selon les priorités régionales.



Pilote : DGS – Santé publique France

Acteurs : Santé publique France – Associations

Indicateurs : nombre d'outils réalisés ou validés par Santé publique France, nombre d'exemplaires diffusés par Santé publique France, nombre de consultations sur le site www.mangerbouger.fr rubrique manger mieux seniors et bouger plus seniors, et www.pourbienvieillir.fr

Mettre à disposition et promouvoir des outils validés de formation, en particulier, dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé.

Pilote : DGOS

Acteurs : Sociétés savantes – CNP

Indicateurs : nombre d'outils de formation mis à disposition, nombre de professionnels ayant suivi la formation dans le cadre d'un DPC

Élaborer un référentiel d'évaluation systématique de l'état nutritionnel du patient atteint de cancer dans le parcours de soins afin de faciliter et guider le déclenchement d'une démarche de prévention nutritionnelle adaptée à la personne dans un parcours de soins en oncologie dans le but de réduire la morbi-mortalité, les effets secondaires des traitements et d'améliorer la qualité de vie des patients. Il s'agit d'une action inscrite dans le Plan Cancer.

Pilote : INCa

Acteurs : INCa – HAS

Indicateurs : publication du référentiel, déclinaison auprès des professionnels de santé

Mettre en place des ateliers sur l'alimentation et l'activité physique au sein des structures sociales ou médico-sociales ouvert sur la cité.

Pilote : DGCS

Indicateur : nombre de structures ayant organisé des opérations autour de la dénutrition

38. Action : Favoriser le dépistage précoce de la dénutrition chez les seniors

En complément de l'action 29 et spécifiquement pour la population de ce groupe d'âge (personnes âgées de plus de 70 ans), il s'agira :

- ◆ D'actualiser la définition de la dénutrition (HAS)
- ◆ Pendant et après une hospitalisation :
 - systématiser la pesée à l'entrée et la sortie d'hospitalisation, et imposer la mention de ces deux poids dans le courrier de sortie ;
 - mobiliser les ressources telles que les Plateformes territoriales d'appui (PTA) pour sécuriser le retour du patient à domicile après une hospitalisation et prévenir les situations à risque de dénutrition ;
 - favoriser le développement des chaises balance pour permettre la pesée de tous les patients.
- ◆ Chez le médecin traitant :
 - indiquer dans le dossier médical partagé la taille et le poids du patient et rendre cette donnée accessible à tout le personnel soignant
- ◆ Développer des outils numériques de prévention et dépistage avec les mutuelles, la Caisse nationale d'assurance vieillesse, les dentistes et les pharmaciens.

Pilote : DGOS – DGCS

Acteurs : ARS – CNAM – HAS – DSS

Indicateurs : atteinte des critères de qualité définis par la HAS dans la Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée

OBJECTIF 18 : DÉVELOPPER DES ACTIONS DE DÉPISTAGE, PRÉVENTION ET SURVEILLANCE DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL DES PERSONNES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

39. Action :

Promouvoir la Charte nationale pour une alimentation responsable et durable dans les établissements médico-sociaux

L'amélioration de l'alimentation représente un enjeu majeur de santé en milieu médico-social qui doit s'inscrire au cœur des réflexions des acteurs concernés afin de promouvoir la santé et le bien-être des personnes accueillies ; d'où l'importance de développer une philosophie de « prévention » par la qualité de vie, dont l'alimentation, pour réduire les risques de dénutrition.

La prise en compte de cet enjeu majeur de la nutrition en établissement médico-social s'est concrétisée par la signature en 2017 d'une « charte nationale pour une alimentation responsable et durable dans les établissements médico-sociaux » entre la ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre de l'agriculture. Cette charte s'inscrit en cohérence avec les actions du PNNS et du PNA. Elle vise à promouvoir le plaisir à table, à améliorer, pour leur santé et leur bien-être, l'alimentation des personnes accueillies, à lutter contre le gaspillage alimentaire et à garantir un approvisionnement local et de qualité.

Le texte de la charte pourra être révisé afin de tenir compte notamment de la question de la durée du jeûne nocturne ainsi que d'un apport calorique et protéique minimum.

Pilote : DGCS

Acteurs : DGCS – DGAL – DGS

Indicateurs : nombre de chartes signées

40. Action :

Améliorer la formation initiale et continue des professionnels travaillant dans les établissements médico-sociaux

L'alimentation joue en effet un rôle central dans la prévention de la perte d'autonomie. Elle permet aux personnes accueillies dans les établissements de se sentir bien et de limiter les phénomènes de dénutrition.

Bien manger est un des plaisirs que les établissements sociaux et médico-sociaux doivent prendre en compte dans leur projet d'établissement pour promouvoir la santé et le bien-être des personnes accueillies et lutter contre le gaspillage alimentaire.

Les repas sont également des occasions de partage et de convivialité. Des animations autour des repas sont des facteurs d'intégration sociale et comme liens entre résidents et personnels (ateliers culinaires, potagers en EHPAD, organisation d'événements thématiques, etc.).

C'est pourquoi la sensibilisation de l'ensemble des professionnels du champ médico-social, des aidants et des personnes accueillies à la question de la dénutrition chez les personnes âgées, les personnes handicapées et les populations précaires est un objectif prioritaire en termes d'amélioration de la qualité de vie de ces personnes.

Il s'agit de veiller, en lien avec l'évolution des métiers, à l'adaptation des formations initiales et continues pour les professionnels du champ social, médico-social et paramédical travaillant dans les établissements médico-sociaux :

- personnels encadrants (soignants, accompagnateurs ...);
- personnels techniques (cuisiniers, acheteurs ...);
- directeurs d'établissements médico-sociaux.

Pilote : DGCS

Acteurs : DGAL – CNSA – DGS

Indicateurs : signature d'une convention nationale de partenariat entre la ministre des solidarités et de la santé, la secrétaire d'État auprès du premier ministre, chargée des personnes handicapées et le ministre de l'agriculture et de l'alimentation ; mise à jour de la formation initiale et continue

OBJECTIF 19 : DÉVELOPPER L'OFFRE ET LE RECOURS À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE (APA) À DES FINS D'APPUI THÉRAPEUTIQUE

Il y a aujourd'hui en France plus de 11 millions de personnes prises en charge par l'Assurance maladie dans le cadre du dispositif des Affections de Longue Durée (ALD). Ceci n'inclut pas l'ensemble des malades chroniques (près de 20 millions de personnes). L'activité physique, longtemps ignorée voire proscrite, montre ses effets bénéfiques, complémentaires à une thérapie médicamenteuse, pour prévenir l'aggravation et/ou la récurrence d'une grande partie des maladies chroniques.

Un guide méthodologique de la Haute autorité de santé (HAS) relatif à la prescription d'activité physique, publié le 17 octobre 2018, fournit les éléments utiles aux médecins pour orienter leurs patients vers une activité physique adaptée et un intervenant en APA en fonction de leurs besoins.

Un rapport du Haut Conseil de Santé publique relatif à la place des offreurs de soins dans la prévention, publié le 24 septembre 2018, préconise le rôle des structures hospitalières et offreurs de soins dans la mise en place d'une activité physique adaptée.

Inscrire l'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse pour ces pathologies mobilise un grand nombre de professionnels et d'acteurs du champ sanitaire, social et sportif. Les médecins doivent être informés et formés à la prescription d'activité physique adaptée pour pouvoir orienter les patients. Chaque profession a un rôle spécifique à jouer, en fonction de ses compétences, pour accompagner les patients atteints de maladies chroniques vers la

reprise ou le maintien d'une activité physique adaptée. En conformité avec la réglementation, il convient de créer une nouvelle offre ou d'optimiser l'offre existante pour répondre aux besoins d'une activité physique adaptée pérenne et autonome.

La mise en place des maisons sport-santé, sur l'ensemble du territoire, contribuera également à développer l'orientation des patients atteints de maladies chroniques par l'activité physique.

Les actions de développement de l'offre et du recours à l'activité physique adaptée à des fins d'appui thérapeutique sont pilotées par la DGS dans le cadre de la Stratégie nationale sport santé (SNSS) 2019-2024 et contribuent pleinement à l'atteinte des objectifs du PNNS.

41. Action : **Recenser et promouvoir l'offre d'APA**

Afin de favoriser le recours à la prescription et à la dispensation de l'activité physique adaptée à l'état clinique des patients atteints d'affections de longue durée (ALD), il est essentiel pour les patients et pour tous les professionnels du parcours de soins (médecins traitants prescripteurs ainsi que professionnels de santé et du sport chargés de dispenser l'APA aux patients) d'avoir une meilleure visibilité et lisibilité de l'offre d'APA de proximité.

Par ailleurs, il est important d'assurer la qualité de l'orientation des patients au regard de leurs capacités, besoins et préférences, de veiller à la proximité et à la qualité des offres et ce en fonction de leurs capacités et des ressources du territoire.

Pour cela, il est nécessaire :

- d'identifier l'offre existante sur les territoires en procédant à une enquête de recensement ;
- de mettre à disposition des outils permettant de rendre visible et lisible cette offre pour les patients, comme pour les professionnels de la santé et du sport ;
- de référencer les actions et dispositifs de prise en charge des patients dans le cadre d'un processus partagé au niveau national.

Pilote(s) : DGS – DSS – DS

Acteurs : ARS – services déconcentrés du ministère des sports – opérateurs associés (ONAPS, PRN SSBE...) – CNOSF – fédérations sportives et structures déconcentrées du mouvement sportif (CROS, CDOS, CTOS)

Indicateurs :

- Document méthodologique pour le référencement de l'offre et fiche de recensement ;
- Nombre et types d'outils permettant de rendre visible l'offre (ex. annuaires, site / plateforme Internet accessible, possiblement intégré dans un site ou « espace » dédié aux professionnels de santé, en fonction des initiatives locales (SIG); application mobile ; etc.) ;
- Nombre de fiches type de recensement, renseignées par les déclarants ;
- Nombre de dispositifs mis en place et/ou référencés ;
- Cartographie des acteurs et des programmes créés en réponse aux différentes pathologies

42. Action : **Développer la pratique d'APA pour les personnes atteintes de maladies chroniques ☆**

L'objectif est d'augmenter le nombre de patients en ALD pouvant bénéficier du dispositif de prescription et de dispensation de l'APA et, également, d'étudier la possibilité d'élargir le dispositif APA aux patients atteints de maladies chroniques hors ALD présentant des facteurs de risque (obésité, hypertension artérielle, etc.) compte tenu de l'impact de l'APA et du développement



des pathologies chroniques, du fait notamment du vieillissement de la population. À moyen terme, il s'agit aussi de favoriser le lien avec les actions d'éducation thérapeutique du patient (ETP), dans le cadre du parcours de soins, coordonné par le médecin traitant et conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Le développement de la pratique d'APA passe par celui de l'offre, en s'appuyant en particulier sur le maillage territorial du mouvement sportif, des acteurs associatifs impliqués dans le déploiement de l'APA ainsi que sur les services de soins et de réadaptation et sur les établissements de santé et médico-sociaux. Il revient aux ARS et aux services déconcentrés du ministère des sports d'accompagner le déploiement du dispositif et d'assurer son animation.

S'agissant du lien éventuel avec l'éducation thérapeutique du patient (ETP), il convient de sensibiliser les patients à l'offre d'APA dans le cadre de la séquence d'ETP, de programme ou d'activités éducatives ciblées.

Il s'agira donc de :

- ◆ Développer l'offre d'APA pour les personnes en ALD dans le cadre d'un parcours de soins coordonné et conformément aux recommandations de la HAS ; dans ce contexte et à partir de 2019, dans le cadre des parcours « pertinence et qualité » mise en place dans la stratégie « Ma Santé 2022 », le ministère de la santé travaillera avec la HAS, l'INCa et la CNAM à l'élaboration d'un parcours optimisé, global, pour les femmes opérées d'un cancer du sein incluant notamment de l'activité physique adaptée ;
- ◆ Lancer une expérimentation pour promouvoir l'activité physique adaptée en matière de réadaptation cardiaque ;

- Étudier la possibilité d'élargir le dispositif APA aux personnes atteintes de maladies chroniques hors ALD et ayant des facteurs de risque – hypertension artérielle, obésité... ;
- Favoriser le lien avec les actions d'Éducation thérapeutique du patient (ETP) ;
- Inclure le thème de l'APA dans les sessions d'ETP.

Pilote(s) : DGS – DS – DSS

Acteurs : ARS – services déconcentrés du ministère des sports – CNAM – fédérations sportives – CNOSF – CROS – CDOS

Indicateurs :

- Nombre de structures (établissements de santé, médico-sociaux, fédérations sportives, collectivités locales, associations, etc.) proposant de l'APA aux patients atteints de maladies chroniques ;
- Nombre de fédérations sportives proposant des protocoles d'activités physiques et sportives adaptées (cf. outil Médicosport-santé développé par le CNOSF) ;
- Nombre de patients bénéficiaires du dispositif Nombre de programmes d'APA faisant le lien avec des programmes d'ETP

43. Action : Développer la pratique d'APA pour les personnes détenues

Les personnes détenues cumulent un certain nombre de surexpositions aux risques en santé, préexistant généralement à leur entrée en détention, et/ou déclenchés ou majorés par l'incarcération elle-même. Cette surreprésentation de certaines pathologies, notamment mentales et infectieuses, tient essentiellement à l'importance relative des catégories sociales défavorisées accueillies en détention. Les addictions, les pathologies psychiatriques, infectieuses, chroniques, y sont plus fréquentes qu'en population générale. C'est ainsi que, par exemple, les prévalences des infections à VIH ou à VHC sont 6 fois plus élevées qu'en population générale. Pour la santé mentale, plus de la moitié des personnes détenues en France ont des antécédents psychiatriques avant leur entrée en détention. Les personnes détenues âgées de 50 ans et plus représentent 11% de la population carcérale. Même si elles restent minoritaires, elles présentent des problématiques sanitaires spécifiques et complexes nécessitant une prise en charge particulière.

Dans ce contexte, le développement de modules (ou cycles) d'activités physiques adaptées en direction de la population détenue très touchée par les affections longues durées revêt une importance particulière. La DAP a signé une « convention dépendance » avec quatre fédérations sportives (Fédération Française d'éducation physique et de gymnastique volontaire, Fédération sports pour tous, Fédération Française du sport adapté et l'Union nationale sportive Léo Lagrange) néanmoins l'activité physique adaptée est insuffisamment développée en détention et l'articulation entre professionnels de santé et les associations sportives exerçant en détention reste à construire.

Les actions suivantes sont donc proposées :

- augmenter le nombre d'établissements pénitentiaires au sein desquels des créneaux d'activités physiques adaptées sont proposés en renforçant le partenariat avec des fédérations sportives apparaissant sur la liste des fédérations de l'arrêté du 8 novembre 2018 relatif à la liste des certifications fédérales autorisant la dispensation d'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. Pour cela une réunion DAP/DGS/DS en présence du CNOSF et des fédérations sportives exerçant en détention et en mesure de proposer de l'activité physique adaptée sera organisée au 2^{ème} semestre 2019 ;

- ◆ développer l'orientation par les professionnels de santé exerçant en détention des personnes détenues atteintes d'ALD vers les associations proposant du sport adapté en détention. La DAP, la DGS et la DS définiront un mode de communication aux DISP, ARS et services déconcentrés du ministère des sports, pour favoriser cette orientation en 2020.

Pilotes : DAP

Acteurs : DGS – DS – DISP – ARS – services déconcentrés du ministère des sports – CROS/CDOS et fédérations sportives

Indicateurs : nombre d'établissements pénitentiaires proposant des créneaux d'APA

44. Action : Développer le recours à la prescription d'APA par les médecins ☆

La Haute autorité de santé (HAS) a produit des recommandations pour les médecins relatives à l'APA pour le suivi des pathologies chroniques :

- ◆ référentiels de prescription par pathologies (diabète, obésité, pathologies neuro-cardio-vasculaires – insuffisance cardiaque, maladies coronaires, accident vasculaire cérébral – hypertension artérielle, bronchopneumopathie chronique obstructive, cancer, dépression) ;
- ◆ outils d'évaluation de la condition physique.

Au-delà de ces recommandations, il conviendra d'examiner si d'autres outils d'aide à la décision médicale sont nécessaires.

Un accompagnement et une évaluation du recours par les médecins traitants à la prescription paraissent nécessaires avant d'envisager son extension.

Diverses interventions seront mises en œuvre :

- ◆ Assurer la diffusion aux médecins des référentiels de prescription par pathologie et des outils d'évaluation de la condition physique ;
- ◆ Expertiser la possibilité de déployer des modules de formation d'aide à la prescription de l'APA pour les médecins sur la base des recommandations de la HAS ;
- ◆ Intégrer les référentiels d'évaluation et prescription de l'APA dans les outils d'aide à la décision de la HAS (fiches memo, recommandations) relatives aux pathologies et facteurs de risque des maladies non transmissibles ;



- Développer des plateformes d'évaluation de la condition physique des patients pour appuyer les médecins ;
- Évaluer le recours par les médecins traitants à la prescription de l'APA.

Pilote(s) : DGS – DS – DSS

Acteurs : ARS – services déconcentrés du ministère des sports – la CNAM – HAS – INCa – Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) – Collège national des généralistes enseignants (CNGE) – Unions régionales des professionnels de santé (URPS) – CNOSF – Réseaux mutualistes

Indicateurs : nombre d'outils numériques d'aide à la prescription créés ; nombre de plateformes d'évaluation de la condition physique des patients créées ; nombre de médecins traitants prescripteurs ; nombre de patients bénéficiaires de la prescription d'APA

45. Action : Développer les compétences des professionnels de santé et du sport et favoriser l'interdisciplinarité

La construction d'un socle commun de connaissances pour les professionnels de santé et du sport est de nature à favoriser une meilleure prise en compte du rôle et de la place de l'activité physique et sportive dans leur pratique. Un rapprochement avec des unités d'enseignement, communes entre la filière « STAPS » et des filières de santé (médecine, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, etc.), sera envisagé en s'inspirant des conventions STAPS/Santé existantes. Il est important aussi d'encourager la mise en place d'espaces d'échanges en faveur de l'interdisciplinarité.

Le développement des compétences des professionnels passe par le renforcement de l'offre de formation en matière d'APA et de prévention par l'activité physique et sportive pour les professionnels de santé. Par ailleurs, cette offre doit s'ouvrir aux professionnels du sport, afin d'accroître les compétences des encadrants du sport dispensant l'APA aux patients atteints de maladies chroniques. Dans le cadre de la formation continue, le développement professionnel continu (DPC), des cours en ligne type Massive Open Online Course (MOOC) et des diplômes universitaires (DU) sont des pistes pour former les professionnels concernés par la prescription et la dispensation de l'activité physique adaptée.

Pilote(s) : DGS – DS – DGOS – DGESIP

Acteurs :

HAS – OG-DPC – conférences des doyens des facultés de médecine – conférence des directeurs et des doyens de STAPS – Instituts de formation des masseurs-kinésithérapeutes – Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) – Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes – Collège national des généralistes enseignants (CNGE) – Unions régionales des professionnels de santé (URPS) – CNOSF – mouvement sportif

Indicateurs : nombre d'offres de formation continue disponibles, nombre d'unités d'enseignement en commun mises en place

46. Action : Accompagner et soutenir les voies de solvabilisation de l'offre d'APA existantes et en explorer de nouvelles

Le modèle financier de prise en charge de l'APA doit être capable de garantir la pérennité du dispositif, d'assurer un déploiement équitable sur le territoire et auprès de la population concernée, pour ne pas créer d'inégalités sociales et territoriales de santé.

Le développement de la pratique de l'APA dépend de la mobilisation des acteurs proposant une offre et des projets dans ce champ, mais aussi de la mobilisation des financements.

Au niveau régional, le développement de l'offre, s'appuyant sur les voies de solvabilisation existantes, doit être soutenu.

Par ailleurs, le financement d'études médico-économiques est nécessaire, afin de démontrer, dans le contexte français, que l'APA pourrait générer à court, moyen et long termes, des réductions de consommation de soins de santé (hospitalisations et soins ambulatoires) et de coût pour l'assurance maladie.

À cette fin, les actions suivantes seront menées :

- Mobiliser tous les financeurs de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie au niveau régional autour du comité de pilotage mis en place par les ARS et les services déconcentrés du ministère des sports (animation, appels à projets...) ;
- Inciter les collectivités territoriales à inclure l'APA dans les contrats locaux de santé (CLS) en particulier ceux comportant des quartiers prioritaires de la politique de la ville sur leur territoire (134 CLS en 2017).

Pilote(s) : DGS – DS

Acteurs : DSS – ARS – services déconcentrés du ministère des sports – collectivités territoriales – autres partenaires institutionnels au niveau régional et départemental (services de l'État, représentants du monde sportif et de la santé, de la politique de la ville, représentants du secteur médico-social, représentants de l'activité physique adaptée, représentants d'usagers, mutuelles, assurances et complémentaires santé) – conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie au niveau départemental

Indicateurs : nombre d'appels à projets pour financer l'APA organisés par le comité de pilotage régional ; nombre de structures proposant une offre d'APA ayant bénéficié d'un financement ; nombre de collectivités territoriales intégrant l'APA dans leurs CLS et leurs contrats de ville

Afin de soutenir le développement de l'offre et de la pratique de l'APA, de nouvelles voies de financement doivent être recherchées, en complément du déploiement plus large des voies de solvabilisation existantes. Ainsi des études, notamment à finalité médico-économique, seront menées dans le cadre des expérimentations permises par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2018.

En outre, d'autres modalités de financement possibilités seront explorées :

- Mettre en place des conférences de financeurs « APA » au niveau régional Mener des travaux afin d'expertiser la possibilité d'intégrer la prescription et dispensation de l'APA notamment dans le panier de soins des parcours des patients atteints de maladies chroniques ;
- Mener des études médico-économiques pour déterminer un modèle de financement de la prescription et dispensation de l'APA, à partir de cohortes de patients atteints de pathologies particulièrement représentatives avec l'objectif d'étayer les gains pour l'assurance maladie de la dispensation de l'activité physique adaptée.

Pilote(s) : DGS – DGOS – DSS – DS

Acteurs :

La CNAM – ARS – services déconcentrés du ministère des sports – collectivités territoriales – Conférences des financeurs – autres partenaires institutionnels au niveau régional (services de l'État, représentants du monde sportif et de la santé, représentants du secteur médico-social, représentants de l'activité physique adaptée, des collectivités locales, représentants d'usagers, mutuelles, assurances et complémentaires santé)

Indicateurs : nombre de conférences de financeurs mises en place au niveau régional, nombre d'études médico-économiques mises en place



AXE 4

**Impulser une dynamique
territoriale**



Au niveau territorial, un grand nombre d'acteurs intervient pour développer dans de multiples milieux (écoles, quartiers, entreprises, centres sociaux, clubs sportifs...) des interventions auprès de publics variés (femmes, enfants, jeunes adultes, seniors, habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville...) dans le champ de la promotion de l'alimentation et de l'activité physique. Un accent particulier est mis sur les personnes défavorisées dans une démarche d'universalisme proportionné.

Ces interventions, parfois menées par des acteurs associatifs, bénéficient de divers soutiens institutionnels et financiers : collectivités territoriales, Agences régionales de santé, Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation, secteur privé, y compris diverses fondations, financeurs institutionnels de niveau national voire européen... Une adaptation aux spécificités des territoires, des quartiers, des groupes sociaux, permet, au plus proche des familles et des individus, de prendre en compte la question des inégalités sociales de santé. De nombreux outils de communication et pédagogiques sont produits pour appuyer ces actions. Certains sont développés par les pouvoirs publics et notamment Santé publique France. D'autres proviennent d'origines variées : associations, acteurs économiques... et sont susceptibles d'entraîner une certaine cacophonie des messages parvenant à la population. D'autres outils peuvent aider à l'analyse des politiques locales en matière d'activité physique en lien avec la santé comme l'outil CAPLA-Santé développé par la SFSP.

Le niveau local et régional peut s'appuyer sur des mécanismes proposés par le niveau national afin d'assurer la cohérence globale des interventions. La qualité des actions développées sur les territoires doit être interrogée en vue d'améliorer leur impact notamment sur la réduction des inégalités sociales de santé, pour contribuer à l'atteinte des objectifs fixés par les PRS, le PNNS, le PNA et la SNSS.

Par ailleurs, l'inclusion de ces dynamiques dans les projets alimentaires territoriaux (PAT) doit être encouragée.

OBJECTIF 20 : PROMOUVOIR ET FACILITER LES INITIATIVES/ACTIONS LOCALES

47. Action :

Développer, selon les orientations du Projet régional de santé des actions locales en nutrition cohérentes avec les orientations et le cadre national de référence défini par le Programme National Nutrition Santé

Les ARS ont défini des Projets régionaux de santé qui prévoient des actions dans le domaine de la Nutrition. Ces actions seront mises en œuvre en assurant une cohérence avec les orientations nationales et en promouvant les outils et mécanismes existants.

Pilote : ARS

48. Action :

Promouvoir les chartes d'engagement des collectivités territoriales et des entreprises du PNNS et les mécanismes facilitant le développement d'actions locales ☆

Un cadre de cohérence national : La conception et la mise en œuvre d'actions locales s'inscrivent dans le cadre du Plan Régional de Santé élaboré par l'ARS, selon les priorités définies lors de son élaboration.



Le PNNS détermine des objectifs nationaux, le cadre national de cohérence dans lequel s'inscrivent les actions régionales. Il définit des mécanismes facilitant le développement d'actions, élabore le socle scientifique qui détermine les messages à destination des divers publics, propose les outils de communication et pédagogiques qui assurent la validité des messages. Il assure une coordination interministérielle de niveau national.

Pour le PNNS et dans son articulation avec le PNA et la SNSS, l'objectif est d'accompagner la dynamique des acteurs en assurant que les messages délivrés sont cohérents avec le PNNS.

La marque « PNNS » est le garant, tant pour les acteurs institutionnels que les professionnels et la population, de la validité et de l'intérêt pour la santé de ce qui est proposé.

- Promouvoir les chartes « Villes actives du PNNS » et « Départements actifs du PNNS », notamment auprès des collectivités signataires de contrats locaux de santé.

- Promouvoir la charte « Établissements actifs du PNNS ». Signées par le directeur d'établissement et le DG ARS, elles visent la mise en place d'actions de promotion de la nutrition au profit des salariés.
- Promouvoir la prise en compte de la nutrition dans le cadre de l'élaboration des contrats locaux de santé et accompagner le développement des actions correspondantes.
- Mettre en place la Charte « Entreprise active du PNNS » signée par la ministre des solidarités et de la santé et le directeur d'une entreprise ayant des établissements implantés sur l'ensemble du territoire national. Elles visent la mise en place d'actions de promotion de la nutrition au profit des salariés.

Les chartes collectivités territoriales actives du PNNS et entreprises actives du PNNS ont pour objectif de proposer à chacun les moyens de développer plus d'activité physique, de réduire les comportements sédentaires et d'améliorer son alimentation.

- Concevoir une convention multipartite avec les parties prenantes actives au niveau régional pour partager des objectifs et développer la coordination des divers moyens disponibles.
- Promouvoir le développement des actions portant sur l'alimentation favorable à la santé et son accessibilité dans le cadre des PAT.

Pilote : DGS – ARS

Acteurs : DGS – ARS – Collectivités territoriales – Entreprises

Indicateurs : nombre de conventions régionales signées ; nombre de signataires de chartes villes actives du PNNS ; nombre de signataires de chartes départements actifs du PNNS ; nombre de signataires de chartes établissements actifs du PNNS ; nombre de signataires de chartes entreprises actives du PNNS ; nombre de Contrats locaux de santé signés incluant un volet nutrition ; nombre de PAT incluant des actions sur l'alimentation favorable à la santé

49. Action : Mutualiser les actions en nutrition

Outils des acteurs de terrain, travailler en réseau sont des conditions nécessaires pour la mise en œuvre d'actions efficaces et efficaces dans le domaine de la nutrition.

Les Agences régionales de santé développent dans le cadre des Projets Régionaux de Santé des actions locales en nutrition. Afin de garantir la cohérence avec les orientations et le cadre national de référence définis par le Programme National Nutrition Santé, une mutualisation des actions sera réalisée.

Faire connaître, valoriser, mutualiser les actions et maintenir une cohérence globale et une animation nationale est un objectif incontournable du PNNS, qui doit être porté par le niveau national. Pour cela, les mesures suivantes seront mises en œuvre :

- Recenser les outils pédagogiques existants en nutrition et porteurs du logo PNNS et identifier les besoins majeurs non couverts pour les actions locales pour prévoir leur conception.
- Sélectionner les actions considérées comme de « bonnes pratiques » en nutrition pour le développement d'actions loco-régionales sur la base de critères de qualité partagés. S'appuyer sur les critères retenus par le programme Inspire ID et notamment sur le registre des actions probantes développé par Santé publique France ainsi que le programme européen JANPA. Les bonnes pratiques seront également priorisées en fonction de leur faisabilité.

Pilote : DGS

Acteurs : DGS – Santé publique France – ARS

Indicateurs : nombre d'outils recensés en nutrition, nombre de bonnes pratiques identifiées

- Développer une mise en réseau via un site internet facilitant les échanges de pratiques entre les signataires des diverses chartes afin de faire connaître, valoriser et mutualiser les actions.

Pilote : DGS

Acteurs : CNAM-ISTNA – ARS – Collectivités – Établissements

Indicateurs : mise en place d'un site internet

- Mettre régulièrement en place un colloque de niveau national pour permettre des échanges directs entre les acteurs (tous les 2 ans pour les entreprises actives du PNNS et les collectivités territoriales actives du PNNS).

Pilote : DGS – ARS

Acteurs : DGS – ARS – Collectivités territoriales

Indicateurs : nombre de participants aux colloques

50. Action : Développer des outils au niveau national

Afin de mieux outiller les acteurs œuvrant dans le domaine de la nutrition, il sera nécessaire de :

- Promouvoir et renforcer le site Evalin dont le but est de faciliter l'évaluation des actions par les acteurs de terrain ;
- Poursuivre la diffusion de la Lettre Actualités du PNNS sur le site du Ministère chargé de la santé et aux différents réseaux d'acteurs ;
- Développer une formation en nutrition à destination des responsables des ressources humaines et des salariés en entreprises.

Pilote : DGS

Acteurs : DGS – Collectivités territoriales – CNAM-ISTNA – Unité d'évaluation médicale du CHRU de Nancy – ARS

Indicateurs : nombre de formations à l'outil EVALIN ; nombre de participants aux formations ; nombre d'outils développés par EVALIN ; nombre de Lettres Actualités du PNNS diffusées

51. Action : Mobiliser des financements pour le déploiement d'actions de prévention en nutrition en expérimentant un modèle de financement basé sur une coopération public-privé

Afin d'inscrire dans la durée les interventions en nutrition et être en capacité d'améliorer l'état de la situation nutritionnelle en France, la recherche de financements complémentaires, pérennes est nécessaire.

Cette mesure vise ainsi à examiner les mécanismes de financement qui pourraient être mis en place tels que, par exemple, la mise en place d'une fondation, la création d'un fonds propre aux actions de prévention en nutrition à l'instar du Fonds d'expérimentation pour la jeunesse (FEJ). Dans ce cadre, un état des lieux des mécanismes existants sera effectué.

Dans une première phase expérimentale, les projets mis en œuvre pourraient correspondre aux villes accueillant des événements liés aux Jeux Olympiques de 2024.

Les mécanismes de financement reposant sur une coopération avec le secteur privé devront assurer une absence de liens entre les financeurs privés les sujets d'actions financées et leurs choix. Les financeurs privés seront informés des choix et associés aux contrôles d'utilisation des fonds.

Pilote : Ministère des solidarités et de la santé

Acteurs : acteurs économiques – acteurs scientifiques

Indicateur : état des lieux sur les mécanismes de financement types de mécanismes de financement mis en place, montant des fonds levés ; évolution du fonds ; nombre de projets mis en œuvre et montant moyen

OBJECTIF 21 : ADAPTER DES ACTIONS FAVORABLES À LA SANTÉ DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION AUX SPÉCIFICITÉS DES TERRITOIRES ULTRA-MARINS

Le programme national nutrition santé s'applique sur l'ensemble du territoire français, Hexagone, comme collectivités d'Outre-mer.

Néanmoins, le PNNS 4 déclinera, à l'instar du précédent programme, un volet Outre-mer afin d'intégrer les spécificités de ces territoires.

Ce volet PNNS Outre-mer s'appuiera sur :

- Les dispositions spécifiques pour l'Outre-mer de la Stratégie nationale de santé et du Plan national de santé publique ;
- Les recommandations du livre bleu de l'Outre-mer ;
- Les conclusions de l'expertise collective sur la nutrition en Outre-mer (cf. infra).

Il prendra en particulier en compte les questions ayant trait :

- à la qualité des aliments importés dans les Outremers ;
- à la limitation de la teneur en sucre des boissons et aliments consommés ;
- aux circuits courts et productions locales adaptées aux spécificités et modes de consommation locales ;
- à l'éducation alimentaire, volet essentiel de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé en Outre-mer.

52. Action : Mener une expertise collective sur la nutrition en outre-mer

L'objectif général de cette expertise collective, pilotée par l'IRD, sur la nutrition en Outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Guyane, Réunion, Mayotte) est de « dresser un constat des divergences et similarités dans les Outremers afin de permettre d'orienter les politiques publiques ».

Pour cela l'expertise aura pour objectif :

- De dresser un état des lieux de l'état nutritionnel des populations d'Outre-mer ;
- D'identifier les points de convergence et les différences entre les différents départements d'Outre-mer ;
- D'analyser :
 - les déterminants primaires de l'état nutritionnel selon le niveau socioéconomique et les caractéristiques sociodémographiques, l'impact des pollutions environnementales (chloroforme, mercure, plomb) ;
 - Les caractéristiques de l'offre alimentaire ;
 - La conception culturelle de la nutrition et la pratique de l'alimentation.

La publication de l'expertise collective IRD nutrition en Outre-mer est prévue pour le premier trimestre 2020.

Pilote : DGS

Acteurs : DGS – IRD – INRA

Indicateurs : publication de l'expertise collective IRD

53. Action : Mettre en place une unité de fabrication de farine infantile à Mayotte

Pour prévenir les risques de dénutrition infantile, encore élevés à Mayotte, une voie d'amélioration est de favoriser l'accès à des bouillies de qualité nutritionnelle et sanitaire adaptée aux besoins et à la fragilité des nourrissons et enfants en bas âge. Ces bouillies fabriquées à partir de préparations à base de céréales destinées aux nourrissons et aux enfants en bas âge sont des aliments que l'on donne aux enfants à partir de 6 mois en complément du lait maternel jusqu'à 24 mois. L'action vise à élaborer un cahier des charges définissant les lignes directrices à suivre pour la production à Mayotte de ces préparations à base de céréales ou légumineuses (riz, soja, pois), sucre, huile et complément minéral et vitaminique destinées aux nourrissons et enfants en bas âge.

Dans un second temps, il est prévu de développer une phase entrepreneuriale, recouvrant la finalisation du dimensionnement de l'atelier de transformation, le business plan, l'identification des porteurs de projet et de l'accompagnement au démarrage de l'activité afin de rendre le projet rapidement opérationnel.

Pilote : DGS

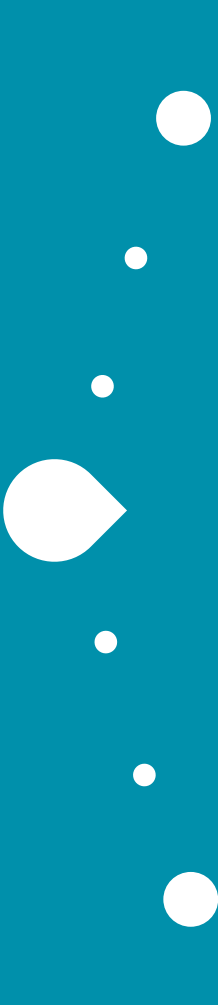
Acteurs : DGS – IRD – Technologies et Solidarités

Indicateurs :

Phase 1 : Publication du cahier des charges des lignes directrices

Phase 2 : Publication du rapport sur la phase entrepreneuriale

Phase 3 : Lancement de l'unité de fabrication



AXE 5

**Développer la recherche,
l'expertise et la surveillance
en appui de la politique
nutritionnelle**



Le PNNS promeut une recherche qui vise prioritairement la mise en œuvre d'actions de santé publique permettant de toucher une fraction importante de la population et réduire les inégalités sociales de santé.

Le pilotage du PNNS nécessite la disponibilité de données, au niveau national et au niveau régional, sur l'évolution de la situation, le niveau d'atteinte des objectifs fixés et la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire. Une harmonisation des indicateurs permet la comparaison des indicateurs dans le temps et dans l'espace. Afin de lutter contre la cacophonie qui décrédibilise les messages de santé nutrition auprès de la population, le PNNS s'appuie exclusivement sur une expertise indépendante des intérêts économiques, organisée par les pouvoirs publics. Tout avis émanant d'un groupe, y compris de scientifiques, sera analysé en tenant compte des liens d'intérêt. Le domaine de la nutrition santé est particulièrement dynamique sur le plan de la recherche depuis la recherche sur modèles animaux, jusqu'à la recherche épidémiologique en passant par les recherches pluridisciplinaires impliquant sciences biologiques et sciences humaines et sociales.

OBJECTIF 22 : DÉVELOPPER LA SURVEILLANCE DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE, DE LA CONSOMMATION ALIMENTAIRE, DES COMPORTEMENTS SÉDENTAIRES, DE LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DE LA QUALITÉ NUTRITIONNELLE DES PRODUITS ALIMENTAIRES

Dans le but d'assurer la disponibilité de données couvrant la diversité des populations pour un pilotage efficace de l'action publique, plusieurs actions seront menées. Une recherche systématique d'harmonisation avec les méthodes et indicateurs mis en œuvre dans d'autres pays européens sera menée.

54. Action : Mettre en place diverses études de surveillance

1 - Estimer le niveau d'atteinte des objectifs chiffrés du PNNS

Le PNNS fixe des objectifs quantifiés qui nécessitent une estimation du niveau de leur atteinte. Dans un tel objectif, en 2006 et en 2015, l'Anses et l'InVS puis Santé publique France ont déployé les études INCA 2 et INCA 3 d'une part, ENNS et Esteban (volet nutrition) d'autre part.

Ces deux études permettent d'estimer la consommation alimentaire des Français, de mesurer leur corpulence, certains marqueurs biologiques du statut nutritionnel, des attitudes et comportements, les comportements sédentaires et le niveau d'activité physique, par sexe, classe d'âge, niveau socio-économique. À ce titre, compte tenu des priorités, les résultats en termes de réduction des inégalités de santé seront particulièrement suivis.

Une seule étude sera menée, afin de disposer de premiers résultats en 2026 pour élaborer le PNNS suivant. L'étude sera conçue pour disposer de données au niveau régional.

Pilote : Anses, Santé publique France

Acteurs : DGS – DGAL – DS

Indicateurs : disponibilité des premiers résultats en 2026

2 - Disposer d'une estimation régulière de l'évolution de la prévalence déclarée de surpoids et d'obésité de la population Française

Dans le baromètre santé, régulièrement conduit par Santé publique France avec des focus spécifiques, les données nécessaires à un suivi de la corpulence déclarée seront systématiquement collectées et analysées, estimant notamment l'évolution des inégalités sociales en nutrition et avec une approximation jusqu'au niveau régional.

Pilote : Santé publique France

Acteurs : DGS

Indicateurs : disponibilité tous les 3 ans

3 - Poursuite des études sur des populations spécifiques

Après les études ABENA1 (2005) et ABENA2 (2012) : une étude ABENA3 sur la consommation alimentaire et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire sera menée.

Pilote : Santé publique France

Acteurs : DGCS

Indicateurs : résultats transmis dans les 15 mois suivant la fin de la collecte des données

Faisant suite à EPIFANE1 menée en 2013, une étude EPIFANE2 sur l'alimentation des enfants de moins de 1 an (pratiques et durée de l'allaitement maternel, introduction des aliments de complément, utilisation des substituts de lait maternel) sera reconduite en 2021

Pilote : Santé publique France

Acteurs : DGS – DREES – INSERM

Indicateurs : résultats transmis dans les 15 mois suivant la fin de la collecte des données

Les études de la DREES, alternativement tous les deux ans sur les enfants de grande section de maternelle, de CM2 et de 3^{ème}, seront poursuivies. Elles permettent un suivi de la corpulence des enfants. Les moyens de systématiser l'utilisation des bilans de santé réalisés en grande section de maternelle par les professionnels de santé de l'éducation nationale afin de disposer de données plus désagrégées, au niveau régional voire infra régional, seront à nouveau recherchés.

Pilote : DREES

Acteurs : DGSCO – DGS

Indicateurs : résultats transmis dans les 12 mois suivant la fin de la collecte des données

Après les études de 2000, 2007, 2016, l'étude menée selon la méthodologie COSI recommandée par l'OMS et permettant un suivi et une comparaison entre pays des prévalences d'obésité de l'enfant de CE1-CE2 sera reconduite en 2021-2022.

Pilote : Santé publique France

Acteurs : DGS – DGESCO

Indicateurs : premiers résultats transmis dans les 18 mois suivant la fin de la collecte des données

4 – Mise en place d'études sur l'état nutritionnel des personnes âgées

La France ne dispose d'aucune donnée sur les consommations alimentaires, l'activité physique et l'état nutritionnel des personnes âgées de plus de 75-80 ans. Une estimation de ces paramètres sera menée chez les personnes vivant à domicile.

Pilote : Santé publique France

Acteurs : DGS – CNSA

Indicateurs : premiers résultats transmis dans les 18 mois suivant la fin de la collecte des données

5 – Mise en place d'un système de suivi des consommations hors domicile

Il n'existe pas de données satisfaisantes sur les consommations hors domicile, qui représentent une fraction de plus en plus importante des consommations alimentaires. De premiers éléments seront tirés des études INCA et Esteban.

Une réflexion sera engagée afin de disposer régulièrement d'une estimation de la part de la restauration hors domicile dans les apports pour les divers groupes de population (enfants, adolescents, jeunes, actifs, retraités, selon le gradient social, le sexe, urbains/ruraux...).

Pilote : DGS – DGAL

Acteurs : Anses – INRA – Santé publique France – DREES

Indicateurs : inclusion de cet item dans les études de surveillance de la consommation alimentaire

6 – Surveillance de la qualité nutritionnelle des aliments, des étiquetages

a) Améliorer l'état des connaissances sur la composition nutritionnelle des aliments

L'objectif est la poursuite des travaux du Ciqua, assurant les mises à jour régulières de la table Ciqua, la table de référence sur la composition nutritionnelle des aliments les plus consommés par la population française (<https://ciqua.anses.fr/>). Le Ciqua doit également poursuivre la production de nouvelles données de composition nutritionnelle, les plus fiables possibles, issues de plans d'échantillonnage représentatifs (basés sur les volumes de vente des produits) et d'analyses nutritionnelles réalisées par des laboratoires prestataires accrédités.

Cette table Ciqua fournit des informations sur un large panel de nutriments (détail des acides gras, vitamines, minéraux...), sur des aliments bruts ou transformés, ainsi que sur des aliments tels que consommés (cuits, le cas échéant).

Outil indispensable à l'estimation des apports nutritionnels de la population française (études de consommation alimentaire type INCA, Esteban...), elle est par ailleurs largement utilisée comme source d'information de référence pour les professionnels de santé, les industriels et le grand public. Cette table Ciqua doit donc être actualisée régulièrement de manière à :

- Intégrer les aliments dont la consommation est émergente ;

- Étendre le périmètre des constituants couverts ;
- Améliorer la disponibilité de valeurs représentatives de la consommation française pour l'ensemble des nutriments ;
- Intégrer les reformulations de composition nutritionnelle des aliments transformés, détectées par l'Oqali.

Pilote : Anses

Acteurs : Anses

Indicateurs : Actualisation de la table Ciqual de composition nutritionnelle des aliments

b) Poursuivre la surveillance de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire et de l'étiquetage

L'objectif est :

- La poursuite des travaux de l'observatoire de l'alimentation (Oqali).
- Le maintien des études sectorielles, selon les décisions du comité de pilotage, permettant une analyse :
 - de l'évolution des compositions nutritionnelles par familles d'aliments ;
 - de l'utilisation d'additifs ;
 - de la taille des portions (recommandées ou en sous paquets) ; par gamme ;
 - selon les parts de marché ;
 - de la surveillance régulière du déploiement du Nutri-Score, notamment parts de marchés cumulées par les entreprises ayant opté pour le Nutri-Score.
- La production en octobre 2020 d'un rapport d'évaluation du déploiement du Nutri-Score, prévu par le décret 2016-980 du 19 juillet 2016, sur l'évolution de la qualité nutritionnelle des produits alimentaires et l'impact estimé sur les apports nutritionnels de la population ;
- L'extension du suivi de l'offre alimentaire à la restauration collective et aux Outremer ;
- Le renforcement de la communication à destination des consommateurs dans le but que les résultats contribuent à l'effort d'amélioration et de reformulation par les producteurs.

Pilote : DGS – DGAL – DGCCRF

Acteurs : Anses – INRA (Oqali)

Indicateurs : publication des rapports

OBJECTIF 23 : APPUYER LE PNNS SUR UNE EXPERTISE INDÉPENDANTE

55. Action : Saisir les agences d'expertises sur les sujets prioritaires

Il conviendra de :

- Poursuivre et finaliser les travaux visant l'actualisation et la diffusion des recommandations nutritionnelles du PNNS pour divers groupes de population par l'Anses, le HCSP et Santé publique France ;

- Définir à partir des données Oqali, par familles de produits alimentaires, des objectifs d'améliorations nutritionnelles, en tenant compte des secteurs les plus contributifs des apports par nutriments (cf. action 1). Définir les indicateurs permettant de catégoriser les aliments selon leurs degrés de transformation pour mieux étudier les relations avec les comportements et la santé ;
- L'expertise est susceptible d'être mobilisée à tout moment dans le but de fournir les éléments scientifiques nécessaires au déploiement de l'action publique. En plus des aspects relatifs aux sciences de la nutrition, et à la prise en charge des pathologies liées à la nutrition, cette expertise concerne l'orientation des stratégies de santé publique avec les axes de promotion de la santé.

Pilote : DGS

Acteurs : Anses – HCSP – Santé publique France – HAS – DGAL – INCa

Indicateurs : publication des rapports après saisines

OBJECTIF 24 : PROMOUVOIR UNE RECHERCHE ORIENTÉE VERS LE DÉVELOPPEMENT D' ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Le PNNS, programme orienté vers la mise en œuvre d'actions de santé publique au profit de la population pour atteindre des objectifs précis, s'appuie sur une recherche indépendante qui vise :

- à approfondir la connaissance des multiples déterminants de l'état nutritionnel et des relations nutrition santé (en particulier l'impact des nouveaux comportements alimentaires) ;
- à accompagner le plaidoyer pour la mise en place de ressources nationales et régionales au profit d'interventions ;
- à contribuer, concevoir et développer les interventions utiles à l'amélioration de la situation et l'atteinte des objectifs fixés, en évitant la dispersion ;
- à préparer l'avenir.

Le PNNS prend en compte les recherches universitaires, des instituts de recherche (INRA et INSERM) qui contribuent à la conception des actions de santé publique. Ce volet du PNNS doit aussi contribuer à promouvoir l'expertise française au niveau européen et mondial.

56. Action : développer des axes de recherche dans des champs spécifiques

A) Développer la recherche dans le domaine des sciences du comportement et des sciences humaines et sociales en vue :

- D'identifier les actions de type « nudge » favorisant la mise en œuvre de comportements favorables pour la santé et durables dans le temps, relevant des champs de l'alimentation, de

l'activité physique et de la sédentarité, pour divers groupes de population, particulièrement les populations les plus en difficulté. Ceci inclut les réseaux sociaux, les outils connectés...

- De comprendre, en mobilisant le réseau thématique SHS et santé, les facteurs à prendre en compte pour adapter les stratégies de prévention nutritionnelle : facteurs d'acceptabilité, choix inter temporels et capacité à se projeter (ex : obésité, activité physique).

B) Développer la recherche sur les liens entre consommation d'aliments transformés et impact pour la santé

- Mettre en place une coordination inter-alliance sur la qualité et la transformation des aliments et l'impact en santé publique. Cette coordination aura pour but de mettre en place une méthodologie pour analyser le lien entre aliments transformés et santé, et définir à horizon de 1 an un agenda stratégique de recherche avec une priorisation des thématiques et actions à mener, et des besoins en support analytiques.
- Parvenir à une définition opérationnelle des différentes classes d'aliments transformés pour mieux définir l'impact précis de certaines transformations ou combinaisons de transformations et d'éventuelles classes à risques d'aliments transformés. Il convient d'aller au-delà de la composition en nutriments élémentaires en faisant apparaître les paramètres liés à la transformation, de manière à obtenir une ontologie pour les analyses subséquentes en santé publique.
- Étudier l'impact de la consommation des aliments transformés sur la santé.

C) Maintenir le dynamisme des grandes cohortes de santé publique avec des volets nutrition

- En s'appuyant sur celles-ci ou par d'autres méthodes : préciser les relations entre l'obésité maternelle et celle de leur descendance ; prévalence, déterminants, mécanismes de formation ou de prévention ; étudier l'impact pour la santé de comportements émergents (consommations bio, sans gluten, sans lactose, végane...) ; mobiliser les cohortes sur des sujets émergents.

D) Créer une base de données sur la consommation d'aliments et leur degré de transformation. Des actions doivent être menées avec les acteurs industriels y compris de la restauration collective pour mettre en place une base de données actualisable sur les informations de consommation avec un grain suffisant pour les études et recherche en nutrition santé.

E) Développer une recherche en économie de la santé dans une vision nutrition

- Étudier, en s'inscrivant dans la démarche initiée par l'OCDE, les coûts de l'obésité, y compris de l'enfant.
- Quantifier les coûts et bénéfices des stratégies d'interventions. Accompagner par des équipes de recherche les programmes innovants d'intervention en nutrition afin d'identifier les conditions de transférabilité.

Le groupe d'appui scientifique pluridisciplinaire, mêlant experts indépendants de sciences nutritionnelles, épidémiologie, santé publique, sciences humaines et sociales, STAPS contribuera à cette réflexion globale et originale sur les besoins de connaissances, et alimentera les orientations des diverses instances en charge de développer des appels à projets.

Pilote : DGRI – DGS

Acteurs : universités – organismes de recherche (INRA, ...) – DGAL – INCa

Indicateurs : rapports de recherche



ANNEXES

ANNEXE 1 : La nutrition dans la SNS et le PNSP

Mesures de la Stratégie Nationale de Santé (SNS)

Promouvoir une alimentation saine

- Assurer l'appropriation par tous les groupes sociaux des bonnes recommandations alimentaires dès l'enfance en associant les parents ainsi que les professionnels de l'éducation nationale et de la petite enfance.
- Assurer l'accès à une alimentation saine, en quantité suffisante, produite dans des conditions durables, d'un prix abordable et de bonne qualité gustative et nutritionnelle.
- Favoriser le déploiement de l'étiquetage nutritionnel clair et simple sur les produits alimentaires (Nutri-Score).
- Limiter l'influence de la publicité et du marketing alimentaire sur les enfants en les réglementant et encadrer la promotion des marques associées à des aliments peu favorables sur le plan nutritionnel.
- Rapprocher les politiques menées par les ministères chargés de l'agriculture et de la santé.

Promouvoir une activité physique régulière

- Encourager la pratique d'une activité physique à tous les âges de la vie, notamment grâce au développement de l'offre de pratique, à des aménagements de l'espace public favorisant le temps passé dans les espaces de nature et le développement des mobilités actives, dont la marche et le vélo.
- Lutter contre les comportements sédentaires dans la vie quotidienne (domicile, travail, école...).
- Accompagner le déploiement de l'activité physique adaptée prescrite dans le traitement de certaines pathologies.

Mesures du Plan national de santé publique (PNSP)

5 mesures phares dans le champ de la nutrition

- Généraliser les pratiques de supplémentation en vitamines B9 (folates) pour les femmes enceintes et en désir de maternité.
- L'école promotrice de santé : généraliser le parcours éducatif de santé.
- Prévention de l'obésité chez les enfants.
- Réduire la consommation de sel de 20%.
- Connaître la qualité nutritionnelle des produits alimentaires : Nutri-Score.

Autres actions du PNSP :

Une grossesse en pleine santé et les 1000 premiers jours garants de la suite

- ◆ Faciliter la mise en œuvre de l'allaitement maternel et le « peau à peau » dès l'accouchement par la mise au sein en salle de naissance et au bloc opératoire.

La santé des enfants et des jeunes

- ◆ Actualiser les règles qui encadrent la composition des menus en restauration scolaire en tenant compte des nouvelles recommandations et mettre en place un choix dirigé des plats et menus.
- ◆ Favoriser en restauration scolaire des aliments acquis selon les modalités prenant en compte le coût du cycle de vie du produit ou issus de l'AB ou bénéficiant d'autres signes de qualité.
- ◆ Promouvoir dans les médias une alimentation favorable à la santé fondée sur les recommandations nutritionnelles du PNNS actualisées.
- ◆ Soutenir le parcours éducatif de santé dans son volet éducation à l'alimentation, à l'activité physique et sportive pendant et en dehors des temps scolaires (par exemple : programme ICAPS « Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité »).
- ◆ Expérimenter un suivi de la capacité physique des enfants au collège par l'enseignant en éducation physique et sportive permettant d'adapter la pratique proposée.
- ◆ Faire évoluer la charte alimentaire du CSA sur la thématique nutrition santé : programmes et publicités.
- ◆ Favoriser le développement du « savoir rouler » pour l'entrée en 6^{ème}, dès la rentrée 2018 en s'appuyant sur les actions existantes dans le cadre de l'attestation de première éducation à la route (APER) et les actions relatives au vélo dans le sport scolaire.
- ◆ Soutenir les municipalités dans le développement des voies de vélo sécurisées pour favoriser les déplacements à vélo.
- ◆ Mobiliser et accompagner les fédérations sportives, lors des manifestations organisées à tout niveau et plus particulièrement dans le cadre des grands événements sportifs internationaux (Coupe du monde de rugby (2023), Jeux olympiques et Paralympiques (2024), Tournoi des 6 nations, Roland Garros, Tour de France...) autour de la promotion des comportements favorables à la santé et au bien-être et principalement des quatre grands facteurs de risque de maladies non transmissibles.

La santé des adultes

- ◆ Promouvoir la mise sur le marché d'une offre alimentaire de qualité nutritionnelle améliorée par un nouvel engagement volontaire des acteurs économiques - cf. réduction de la consommation de sel.
- ◆ Adapter le Nutri-Score à la restauration collective et commerciale et aux aliments transformés en vrac et non préemballés.
- ◆ Mettre en place 500 maisons de santé ouvertes sur le sport sur tout le territoire français, avec une priorité donnée aux quartiers prioritaires de la politique de la ville.
- ◆ Lutter contre la sédentarité au travail en encourageant le développement des entreprises actives PNNS.

- Contribuer à la prévention des risques traumatiques liés aux gestes professionnels répétitifs et/ou contraignants (lombalgies chroniques et TMS au sens large) en promouvant les activités physiques et sportives.
- Accompagner le développement de la pratique du vélo en toute sécurité pour les adultes par l'apprentissage en vélo-école ou par l'encadrement de déplacements en groupes.

Bien vieillir

- Offrir à chaque futur retraité l'accès à une session de préparation à la retraite lui permettant de réfléchir sur son projet de vie et de l'informer sur les diverses structures ou associations proposant des activités près de leur domicile (activité physique et sportive et nutrition).
- Déployer la charte nationale pour une alimentation responsable et durable dans les EHPAD.
- Sensibiliser les seniors aux bienfaits de l'activité physique et de l'alimentation favorables à la santé.
- Inciter les médecins à intégrer l'évaluation de la condition physique et de l'état nutritionnel dans le suivi de leurs patients sur la base des recommandations de la HAS.
- Inscrire l'activité physique adaptée dans les projets d'établissements des résidences autonomie et des EHPAD et faciliter l'accès à ces activités aux personnes âgées résidant sur le territoire.

En Outre-mer

- Mettre au point une farine infantile pour les enfants de 6 mois à 3 ans à Mayotte.
- Soutenir à Mayotte et en Guyane le développement de la restauration scolaire.

ANNEXE 2 : État nutritionnel, consommation alimentaire, niveau d'activité physique, sédentarité et pathologies liées à l'alimentation en France

Sommaire du volet « État des connaissances »

État de la situation

Site Internet du ministère des Solidarités et de la Santé

<http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/nutrition>

1. Présentation des études INCA et Esteban

- a. Les études INCA
- b. Les études ENNS (2006-2007) et Esteban (2014-2016)

2. Prévalences du surpoids et de l'obésité : adultes

3. Prévalences du surpoids et de l'obésité : enfants

- a. Résultats des études Esteban 2014-2015 et INCA3 2014-2015
- b. Enquêtes nationales sur la santé des enfants et adolescents scolarisés

4. Dénutrition

5. Activité physique (AP) et sédentarité : adultes

- a. Activité physique : résultats des études Esteban et ENNS
- b. Sédentarité : résultats des études Esteban et ENNS

6. Activité physique (AP) et sédentarité : enfants

- a. Activité physique : résultats des études Esteban et ENNS
- b. Sédentarité : résultats des études Esteban et ENNS

7. Allaitement maternel

- a. Prévalence de l'initiation de l'allaitement
- b. Durée de l'allaitement

8. Comportements et pratiques alimentaires : adultes de 18 à 79 ans

- a. Occasions et lieux de consommation
- b. Caractéristiques et origines des aliments

9. Comportements et pratiques alimentaires : enfants de 1 à 17 ans

- a. Occasions et lieux de consommation
- b. Caractéristiques et origines des aliments

10. Consommations alimentaires chez les adultes en 2014-2015

11. Consommations alimentaires chez les enfants et les adolescents en 2014-2015

- a. Boissons
- b. Pourcentage de consommateurs selon le sexe
- c. Consommations selon le niveau d'étude du représentant

12. Consommations alimentaires dans l'ensemble de la population en 2014-2015

- a. Particularités liées au statut socio-économique
- b. Particularités régionales
- c. Particularités selon le lieu ou le moment de consommation
- d. Comparaisons 2006-2015

13. Apports nutritionnels : énergie, macronutriments, acides gras, vitamines et minéraux

- a. Enfants et adolescents en 2014-2015
- b. Adultes de 18 à 79 ans en 2014-2015
- c. Comparaisons 2006-2015

14. Connaissances et attitudes en alimentation

- a. Connaissance des repères du PNNS
- b. Connaissance des repères du PNNS : évolution depuis 2008

15. Les pathologies liées à la nutrition

- a. Les principales causes de mortalité dans le monde (OMS, 2018)
- b. Les principales causes de mortalité en France
- c. Cancers
- d. Maladies et facteurs de risque cardiovasculaires
- e. Diabète

ANNEXE 3 : Objectifs spécifiques du Programme national nutrition santé 2019-2023 définis par le Haut Conseil de la santé publique (avis du 9 février 2018)

Objectifs se rapportant aux consommations alimentaires

Fruits et légumes

Augmenter chez les adultes la consommation de fruits et légumes, de sorte que :

- 80% au moins consomment au moins 3,5 portions de fruits et légumes par jour ;
- 55% au moins consomment au moins 5 portions de fruits et légumes par jour.

Augmenter chez les adultes en situation de pauvreté, la consommation de fruits et légumes, de sorte que :

- 100% des adultes consomment au moins un fruit ou légume par jour ;
- 50% des adultes consomment au moins 3,5 fruits et légumes par jour.

Produits céréaliers complets

Améliorer le profil de consommation des produits céréaliers, afin d'obtenir en 5 ans :

- 100% de la population* avec un rapport céréales complètes et peu raffinées / produits céréaliers totaux supérieurs à 50%.

Légumineuses

Augmenter la consommation de légumineuses dans la population de sorte que :

- 100% de la population consomme au moins une portion de légumineuses par semaine.

Matières grasses ajoutées

Améliorer le profil de consommation des matières grasses ajoutées, de sorte que :

- 100% de la population ait un rapport matières grasses végétales / matières grasses totales supérieur à 50% ;
- 100% de la population ait un rapport matières grasses végétales riches en ALA (acide alpha-linolénique) et huile d'olive / matières grasses végétales totales supérieur à 50%.

Fruits à coque sans sel ajouté

Augmenter la consommation de fruits à coque sans sel ajouté dans la population de sorte que :

- 100% de la population de plus de 36 mois consomme au moins une portion de fruit à coque sans sel ajouté par semaine.

Produits laitiers

Faire évoluer la consommation des produits laitiers chez les adultes de sorte que :

- 100% de la population consomme au moins un produit laitier par jour ;
- 100% de la population consomme moins de 4 produits laitiers par jour.

Viande hors volaille

Diminuer la consommation de viande « rouge » (bœuf, porc, veau, mouton, chèvre cheval, sanglier, biche) dans la population de sorte que :

- 100% de la population consomme en dessous du seuil de 500g de viande par semaine.

Poisson

Augmenter la consommation de poisson dans la population de sorte que :

- 100% de la population consomme au moins une portion de poisson par semaine.

Charcuterie

Diminuer la consommation de charcuterie dans la population de sorte que :

- 100% de la population consomme en dessous du seuil de 150g de charcuterie par semaine.

Boissons sucrées

Diminuer la consommation de boissons sucrées dans la population pour atteindre :

- 100% de la population consomme au maximum un verre de boisson sucrée par jour (dont jus de fruit).

Alcool

Réduire la consommation d'alcool pour l'ensemble de la population en accord avec les recommandations du PNNS proposé par Santé publique France pour les adultes de sorte qu'un maximum de sujets consomme moins de 10 unités d'alcool par semaine et ne pratique pas un comportement de bingedrinking.

Objectifs se rapportant aux apports nutritionnels

Sel

Diminuer la consommation de sel dans la population de sorte que :

- 90% des adultes consomment moins de 7,5g de sel par jour ;
- 100% des adultes consomment moins de 10g de sel par jour.

Sucres

Diminuer la consommation moyenne de sucres (mono et disaccharides hors lactose et galactose) et de sucres libres* dans la population de sorte que :

- 100% de la population soit en dessous du seuil de 100g de sucres hors lactose et galactose par jour ;
- 100% de la population soit en dessous du seuil de 10% de l'apport énergétique total provenant des sucres libres par jour.

** Les sucres libres, selon la définition de l'OMS, incluent les monosaccharides et disaccharides ajoutés aux aliments et aux boissons par le fabricant, le cuisinier ou le consommateur, ainsi que les sucres naturellement présents dans le miel, les sirops, les jus de fruits et les concentrés de jus de fruits.*

Objectifs se rapportant à des repères transversaux

Produits bruts – produits ultra-transformés

- Interrompre la croissance de la consommation des produits ultra-transformés (selon la classification NOVA) et réduire la consommation de ces produits de 20% sur la période entre 2018 et 2021.

Produits BIO

Augmenter la consommation de produits BIO dans la population de sorte que

- 100% de la population consomment au moins 20% de leurs consommations de fruits et légumes, produits céréaliers et légumineuses issues de produits BIO par semaine.

Objectifs se rapportant à l'activité physique et la sédentarité

Augmenter l'activité physique (AP) dans la population adulte de sorte que :

- 80% de la population adulte atteint un niveau d'activité physique au moins modéré (au moins 30 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité modérée à élevée au moins 5 fois par semaine ou au moins 3 jours avec une activité physique intense d'au moins 25 minutes par jour).

Diminuer la sédentarité dans la population de façon à :

- Réduire de 20% le nombre d'adultes passant plus de trois heures par jour devant un écran en dehors de leur activité professionnelle ; Le développement d'un indicateur de sédentarité prenant mieux en compte les usages et les modalités d'usage des écrans, les types d'activité sédentaires et les activités intellectuelles en découlant devra être défini.

Objectifs se rapportant au statut nutritionnel

Surpoids et obésité

Diminuer la prévalence de l'obésité et stabiliser le surpoids chez les adultes de façon à :

- Diminuer de 15% la prévalence de l'obésité chez les adultes ;
- Stabiliser la prévalence du surpoids chez les adultes ;
- Stabiliser la prévalence de l'obésité, chez les femmes de faibles niveau-socio-économiques ;
- Stabiliser la prévalence de l'obésité morbide par la prévention (hors chirurgie bariatrique).

Diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents de façon à :

- Diminuer de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents (dont la tendance était à la stabilisation au cours des dernières années) ;
- Diminuer de 10% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents issus de familles défavorisées (dont la tendance était en augmentation au cours des dernières années).

Dénutrition

Réduire le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution :

- de 15% au moins pour les > 60 ans ;
- de 30% au moins pour les > 80 ans.

Réduire de 20% au moins, le pourcentage de malades hospitalisés dénutris à la sortie d'hospitalisation.

Objectifs se rapportant à l'allaitement maternel

Promouvoir l'allaitement maternel, dans le respect de la décision de la femme, de sorte à :

- Augmenter de 15% au moins, le pourcentage d'enfants allaités à la naissance pour atteindre un taux de 75% d'enfants allaités à la naissance ;
- Allonger de 2 semaines, la durée médiane de l'allaitement total (quel que soit son type), soit la passer de 15 à 17 semaines et 15% au moins pour les > 60 ans.

ANNEXE 4 : Schéma d'analyse de la relation alimentation santé

Pour une alimentation durable favorable pour la santé.
Schéma d'analyse pour guider les améliorations

Disponibilité > Accessibilité > Utilisation

Chaîne d'approvisionnement	Environnement alimentaire	Comportement de consommation	Régime alimentaire	Conséquences	Prise en charge
Mode de production Stockage Transport Transformation Emballage Commercialisation	Disponibilité Accessibilité physique Accessibilité économique Etiquetage Restauration hors domicile Marketing (promotion, pub) Qualité Qualité nutritionnelle Sécurité	Choix sous contrainte Prix Priorités Acceptabilité Connaissances Habitudes/Culture Préférences Compétences culinaires Quotidien/exception	Quantité Qualité nutritionnelle Diversité Sécurité Partage	Individuelles Morbi mortalité Bien être Productivité Sociales Pertes de revenus Coûts directs/indirects Médiatiques/économiques Niveau de confiance/de notoriété Environnementales	Dépistage Parcours de soins Financement Structures de santé Structures médico-sociales
INÉGALITÉS SOCIALES					
Faciliter le choix santé Cohérence message/environnement		Recherche, expertise, données probantes, recommandations			
Promotion de modes de production durables Circuits de proximité, circuits courts Réduire le gaspillage	Sécurité : risque/réglementations contrôles Nutrition : risque/engagements/réglementations	Information, éducation, communication Base : recommandations nutritionnelles		Prise en charge médicale	

Source : d'après Comité de la sécurité alimentaire mondiale 2017

ANNEXE 5 : Le Conseil National de l'Alimentation

Présentation du CNA (extrait <https://www.cna-alimentation.fr/>)

Le CNA est une instance consultative indépendante, placée auprès des ministres chargés de l'environnement, de la consommation, de la santé et de l'agriculture. Il est consulté sur la définition de la politique de l'alimentation et émet des avis à l'attention des décideurs publics et des différents acteurs de la filière alimentaire sur des sujets tels que la qualité alimentaire, l'information des consommateurs, la nutrition, la sécurité sanitaire, l'accès à l'alimentation, la prévention des crises.

Répartis en **8 collèges, ses 62 membres** nommés représentent les principaux acteurs de la filière alimentaire : producteurs agricoles, transformateurs et artisans, distributeurs, restaurateurs, associations de consommateurs et d'usagers des systèmes de santé, de protection de l'environnement, de protection animale, d'aide alimentaire, syndicats de salariés, ainsi que des personnalités qualifiées. Les établissements publics de recherche et d'évaluation scientifique ainsi que les collectivités territoriales sont également membres de droit du CNA. En outre, assistent de plein droit aux travaux les représentants des ministères concernés. Pour la mandature 2016-2019, le CNA est présidé par M. Guillaume GAROT, député de la Mayenne et ancien ministre délégué à l'agroalimentaire.

Depuis sa création, le CNA a émis 83 avis, destinés aux acteurs de l'alimentation, en particulier aux pouvoirs publics, afin d'enrichir la décision publique et intégrer les opinions des différentes parties prenantes. Les travaux actuels se déroulent au sein de groupes de concertation sur les thèmes suivants :

- Comité national d'éthique des abattoirs ;
- Alimentation favorable à la santé (suites de l'avis 81) ;
- Expérimentation de l'étiquetage des modes d'élevage ;
- Autres groupes à venir.

Alimentation favorable à la santé (avis 81)

Dans son avis 81 adopté en septembre 2018, le CNA a défini une alimentation favorable à la santé de la façon suivante :

Une « alimentation favorable à la santé » contribue de manière durable au bien-être physique, mental et social de chacun. Elle doit assurer la sécurité alimentaire et ainsi préserver la santé de la population dans son environnement et son contexte culturel. Accessible à tous, elle exige un engagement responsable de tous les acteurs de la chaîne alimentaire et un dialogue permanent au sein de la société.



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ