



# Mise en place d'une politique et son impact sur les comportements

Depuis le début des années 2000, trois programmes nutrition santé ont été mis en œuvre. Leurs fondements sont l'alimentation et l'activité physique. Les évaluations menées montrent une amélioration de nombreux indicateurs, notamment une baisse de la prévalence de surpoids et d'obésité.

## Mise en place et impact du Programme national nutrition santé 2001-2015

**Michel Chauliac**  
**Arla Pochet**  
Direction générale  
de la santé

Le Programme national nutrition santé (PNNS) a été initié en 2001 à la suite de la mise en évidence de la rapide évolution défavorable des indicateurs de l'état nutritionnel de la population française, alors que l'amélioration des connaissances montrait le rôle majeur de la nutrition comme déterminant des pathologies les plus fréquentes. Il a été inscrit dans le Code de la santé publique en 2010. Des évolutions favorables de la situation ont été observées, mais le défi demeure la réduction des inégalités sociales de santé dans ce domaine.

### Les prémices

Le PNNS a été initié en janvier 2001 à la demande du Premier ministre comme un programme de santé publique plurisectoriel coordonné par le ministre chargé de la Santé. Il faisait suite à divers travaux débutés en 1998 : la fixation d'objectifs nutritionnels pour la population française suivie en juin 2000 d'un rapport du Haut Comité de la santé publique « Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et propositions » et d'une expertise collective de l'Inserm « Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant ». Ces documents

dressaient un état des connaissances scientifiques des liens entre nutrition et santé et pointaient une évolution inquiétante de la prévalence de surpoids et obésité des enfants en France, en phase avec l'alerte formulée peu de temps avant par l'Organisation mondiale de la santé sur « l'épidémie d'obésité ». Au même moment, dans le cadre de la présidence française de l'Union européenne du second semestre 2000, une résolution du Conseil sur la nutrition et la santé était adoptée le 14 décembre 2000. Le Premier ministre avait initié les États généraux de l'alimentation comme réflexion nationale sur les questions soulevées par la « crise de la vache folle » et plus globalement l'alimentation. La question des conséquences des régimes alimentaires sur la santé émergeait alors comme une des préoccupations exprimées par la population.

### Les orientations majeures des divers PNNS 2001-2005, 2006-2010, 2011-2015

**Des principes constants qui orientent les stratégies d'action**  
Plus de 13 ans après, les fondements majeurs du PNNS demeurent : la nutrition prend en compte l'alimentation

## La nutrition, un déterminant de santé, un enjeu économique, un champ soumis à de fortes pressions

**L**a nutrition, pratique quotidienne pour chaque citoyen, objet de nombreux savoirs familiaux, de règles religieuses, de croyances de nature magique, d'intérêts économiques, de promotions commerciales, de recherches, est un thème extrêmement médiatisé, qui fait l'objet de prises de parole contradictoires de très nombreux acteurs : professionnels de la santé, acteurs économiques de l'alimentation, gourous, adeptes de régimes divers et souvent farfelus, presse en quête de lectorat... Internet donne une dimension supplémentaire à cette cacophonie. L'enjeu pour le PNNS est alors de se positionner comme la référence

pour la validité de ses messages et ses prises de parole. Position complexe tant l'expérience vécue de chacun peut contredire des données scientifiques fondées sur l'épidémiologie (qui ne peut citer telle grand-mère décédée en bonne forme à plus de 90 ans après avoir largement abusé d'une nourriture grasse). Position attaquée dès qu'un intérêt économique ne se sent pas valorisé : est alors évoquée la « stigmatisation » d'un aliment, l'interdit, la « médicalisation » de l'alimentation, « l'hygiénisme » alimentaire, la culpabilisation. Cet argumentaire permet de rejeter les messages du PNNS au nom d'une vision étroite du plaisir ali-

mentaire ou limitée de la liberté individuelle. Le rejet peut aussi provenir de la prééminence portée au lien social que permet l'alimentation et que la mention du lien avec la santé viendrait corrompre. Comment agir quand la promotion commerciale, essentiellement pour des produits ou marques dont une consommation excessive nuit à la santé, s'étale dans le quotidien de chacun avec ses promesses de rêves, de jeunesse, d'énergie, de valeurs positives selon les normes en vigueur ? Comment agir quand tout l'environnement et les progrès incitent à réduire l'activité physique quotidienne ? †

et l'activité physique ; le programme est fondé sur des objectifs précis et quantifiés relatifs aux apports nutritionnels, à l'activité physique et aux pathologies nutritionnelles ; il est plurisectoriel. Le PNNS fonde ses messages sur une expertise collective organisée par les pouvoirs publics. Il prend en compte les multiples dimensions de l'alimentation : culturelles, sociales et symboliques autant que biologiques. Il promeut la cohérence, la complémentarité et la synergie des mesures qu'il met en œuvre et soutient. Il bannit toute stigmatisation des personnes.

Le PNNS s'appuie sur la promotion de la santé pour développer ses interventions dans un *continuum* jusqu'à la prévention, le dépistage, la prise en charge et la réhabilitation. Le secteur de la santé au sens strict ne dispose pas de leviers indispensables au développement des actions dans le champ de la prévention. Il s'agit donc de permettre l'inscription d'objectifs de santé, définis par le secteur de la santé, dans les domaines d'intervention de l'Éducation nationale, du secteur de l'alimentation, dans les réglementations du secteur de la consommation, de valoriser l'activité physique au quotidien, notamment durant les déplacements.

Le PNNS organise le dialogue avec les parties prenantes : ministères, agences sanitaires, instituts de recherche, assurance maladie, organisations de consommateurs et de patients, Mutualité française, organismes représentant le secteur alimentaire (transformation, distribution, restauration), collectivités territoriales, scientifiques issus notamment des sciences humaines.

Le PNNS crée le lien entre le niveau national et régional. Au national la charge de développer l'expertise scientifique, la coordination des acteurs de niveau national, la conception, la mise en place et la diffusion des outils

de communication et d'information, l'évaluation globale des actions. Au niveau régional la coordination des acteurs régionaux, la prise en compte des spécificités pour affiner les objectifs opérationnels, le soutien aux associations, professionnels et actions locales.

### Le PNNS 2001-2005 : le temps des fondations

Cette première étape a permis de développer les éléments scientifiques pour les messages majeurs (les repères nutritionnels du PNNS) et les premières communications vers le grand public : guides édités par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), avec la volonté d'aider chacun, selon son mode de vie et ses contraintes propres, à mettre en œuvre les comportements utiles pour tendre vers des consommations alimentaires et une activité physique favorables pour la santé ; campagnes médiatiques de promotion de la consommation de fruits et légumes et de la pratique d'activité physique au quotidien ; constitution d'un réseau de correspondants au sein des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass, remplacées par les agences régionales de santé) ; diffusion aux professionnels de santé d'outils pour le dépistage de l'obésité des enfants et des adultes et le dialogue avec les patients ; développement dans les établissements hospitaliers des comités de liaison alimentation-nutrition. C'est aussi l'inscription des objectifs nutritionnels dans la loi de 2004 relative à la politique de santé publique. En milieu scolaire, ce sont, par circulaire, l'accent porté à la qualité nutritionnelle des repas servis en restauration scolaire, la suppression de la collation matinale systématique à l'école primaire et, par la loi, des distributeurs automatiques payants. C'est en 2001 la création de l'Unité de surveillance et d'épidémiologie



## La nutrition : des constats aux politiques

nutritionnelle dont les travaux ont permis avec ceux de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), de l'Inpes et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques de disposer des données nationales essentielles au pilotage du programme.

### Le PNNS2 2006-2010 : prise en compte de l'environnement et contradictions

Tout en poursuivant la dynamique initiale, le PNNS2 a vu émerger la nécessité d'une amélioration de l'offre alimentaire et l'offre d'activité physique afin de faciliter la mise en œuvre de comportements favorables pour la santé. Des « chartes volontaires d'engagements de progrès nutritionnel » fondées sur un référentiel exigeant ont été proposées aux acteurs économiques de l'alimentation.

L'implication des collectivités territoriales a été recherchée par la mise en place de chartes des « collectivités territoriales du PNNS ». Il a aussi été proposé à de multiples acteurs, dans un cadre fixé par la réglementation, de valider, au regard du PNNS les documents ou actions qu'ils développent et qui revendiquent la promotion de la nutrition. L'objectif pour le PNNS est d'éviter que des messages, contradictoires avec les éléments scientifiques reconnus dans le cadre de l'expertise, ne se revendiquent du PNNS. Au niveau régional, cette période a vu se développer une forte appropriation du PNNS, soutenue par les Drass, par les acteurs de santé publique et un très large tissu associatif qui développe un nombre impressionnant d'actions locales, au plus près des groupes de population.

Le temps du PNNS2 a aussi vu se cristalliser les contradictions entre les stratégies préconisées pour atteindre les objectifs de santé et des stratégies commerciales du secteur économique de l'alimentation pour atteindre les siens. Il a fallu près de trois années de dialogue pour que soit fixée la réglementation sur les messages sanitaires dans les promotions pour des aliments manufacturés. Les actions de promotion grand public de la limitation de la consommation de produits gras, salés et sucrés ont fait l'objet de vives pressions. La volonté affichée par la ministre de la santé de limiter la publicité télévisée à destination des enfants pour des aliments dont une consommation excessive est déconseillée s'est heurtée à une vive contestation et n'a pas pu aboutir. Cela a aussi conduit à fédérer l'intérêt pour le PNNS des sociétés savantes pour lesquelles ce domaine joue un rôle (pédiatrie, nutrition clinique, cardiologie, médecine de l'exercice et du sport, gériatrie, diabète...), avec les associations de consommateurs, familiales et de parents d'élèves.

### Le PNNS 2011-2015 et le Plan obésité 2010-2013 : la recherche d'un nouvel élan pour limiter les inégalités sociales de santé

L'insuffisance des avancées dans le domaine de la prise en charge des patients souffrant d'obésité a conduit

## Aux niveaux international et européen

La prise en compte de la nutrition comme déterminant de santé a été très fortement portée au niveau international et notamment en Europe. Avec l'expérience acquise au travers du PNNS, la France a contribué à faire des propositions et promouvoir les stratégies intersectorielles qu'elle met en œuvre au niveau national. Il faut citer la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé de l'OMS de 2004, la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité signée par les ministres de la santé en 2006 à Istanbul, la déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies chroniques dans le contexte de la Santé 2020 de juillet 2013. Au niveau de l'Union européenne, c'est la Stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition et l'obésité, et le Plan européen de lutte contre l'obésité de l'enfant de février 2014. Au niveau réglementaire, les règlements sur les allégations et sur l'information du consommateur de 2006 et 2011 encadrent des domaines importants du point de vue commercial, malgré l'absence, encore en 2014, de définition des profils nutritionnels prévus par le règlement sur les allégations nutritionnelles et de santé de 2006. †

le président de la République à demander la mise en place d'un plan spécifique pour cette pathologie nutritionnelle, finalisé en 2011. La loi de modernisation de l'agriculture et de la pêche de 2010, préparée par le ministère chargé de l'agriculture dans l'intitulé duquel apparaissait le mot « alimentation », instaurait le Programme national pour l'alimentation, qui outre les liens avec l'amont agricole développe des orientations touchant à la prévention dans le domaine de la santé. La loi fixe le rôle de chaque secteur dans une recherche de complémentarité avec le PNNS, qui à cette occasion a été inscrit dans le Code de la santé publique. La loi introduit une réglementation sur la qualité nutritionnelle en restauration scolaire et sur l'aide alimentaire avec notamment un objectif de meilleure prise en compte de la qualité nutritionnelle.

L'élaboration du PNNS3 a bénéficié en 2010 d'une vaste concertation de tous les acteurs. Il bénéficiait du travail du Haut Conseil de la santé publique pour la définition d'objectifs affinés, d'une évaluation de l'Igas et du Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux (CGAAER). Il s'inscrivait dans le cadre de la mise en place des agences régionales de santé. Il fait de la question des inégalités sociales de santé une priorité. Compte tenu de la situation spécifique des départements d'Outre-mer, une déclinaison spécifique du PNNS et du Plan obésité a été conçue.

Rapidement, une expertise collective était demandée à l'Inserm sur la question « inégalités sociales de santé et nutrition » ; l'Anses était saisie pour actualiser les

repères nutritionnels du PNNS (remise du rapport attendu fin 2014). L'Inpes donnait un accent particulier au développement du site mangerbouger.fr afin de renforcer l'offre de service de ce site à la très forte notoriété. Notamment « la fabrique à menu » était mise en ligne au printemps 2013, donnant un contenu concret pour chacun au volet alimentation des repères nutritionnels du PNNS et prouvant que plaisir et santé se combinent dans le PNNS. Des appels à projets spécifiques ont été développés afin d'étendre la méthode mise en œuvre et évaluée dans le cadre du projet ICAPS<sup>1</sup> pour la promotion de l'activité physique. Un outil Internet (Évalin) a été développé pour faciliter la mise en place d'une évaluation adaptée des actions locales. La section nutritionnelle de l'Observatoire de l'alimentation (Oqali) s'est développée et fournit des données fondamentales pour évaluer l'évolution de la qualité de l'offre alimentaire.

Au niveau régional, fort du travail préalable, chaque ARS a inclus, au sein de son projet régional de santé, des objectifs de nutrition. Une très large majorité d'ateliers santé-ville mettent en œuvre des actions en matière d'alimentation et d'activité physique. Un grand nombre de contrats locaux de santé ont un axe nutrition.

Un début d'organisation de la filière de prise en charge des personnes obèses a été opéré dans chaque région avec la mise en place des 36 centres spécialisés sur l'obésité. Les articulations entre la médecine de ville, parfois avec des réseaux de santé préexistants, l'hôpital et les services de soins de suite et réadaptation (SSR) sont initiés. La prise en compte de la question de la dénutrition du patient devient plus systématique. Des sites Internet de formation sur la dénutrition et l'obésité ont été mis en ligne.

La volonté affichée de développer l'action du ministère chargé de la santé au travers de la Stratégie nationale de santé et la fin programmée d'un Plan obésité spécifique a conduit le ministre des Affaires sociales et de la Santé à confier aux professeurs Hercborg et Basdevant, en juin 2013, une mission visant à faire, dans ce cadre, de nouvelles propositions. Le rapport, en deux parties, remis en janvier 2014 fait un grand nombre de propositions tant pour le champ de la prévention que pour la prise en charge des pathologies liées à la nutrition, tout en préconisant de fusionner sous une même gouvernance les deux plans. Les arbitrages sont en cours.

### Quels impacts ?

Des études quantitatives réalisées au niveau national ou régional montrent de nombreuses évolutions favorables des indicateurs issus des objectifs du PNNS : prévalence de surpoids et d'obésité chez les adultes, les enfants ; consommation de sel, de fruits et légumes ; augmentation de la prévalence de l'allaitement maternel, amélioration de la qualité nutritionnelle de nombreux produits. Les études nationales initiées en mars (INCA3)

et avril 2014 (volet nutritionnel d'Esteban) permettront d'affiner ces résultats.

D'autres éléments s'avèrent positifs et majeurs : la prise en compte de la question de la nutrition, avec ses deux volets, nutrition et activité physique, irrigue l'ensemble du territoire national. Les professionnels de santé, de promotion de la santé en sont les relais essentiels. Un grand nombre d'élus de collectivités territoriales donnent une dimension nutrition santé à l'intervention de leurs services. La question de l'activité physique quotidienne trouve un écho très positif en relation avec des préoccupations liées comme la qualité de l'air, les mobilités actives, le développement du sport santé... Les messages sanitaires, largement connus, contribuent à amplifier une demande pour des produits alimentaires plus satisfaisants. Une dynamique a été enclenchée au sein de certaines entreprises du secteur de l'alimentation afin que la nutrition soit plus qu'un simple alibi à des stratégies de promotion commerciale.

La volonté de donner de la cohérence à l'action se heurte encore à des visions divergentes de la nutrition, à un désir d'opposer nutrition santé et nutrition plaisir, à des conceptions stratégiques différentes entre ceux qui, en préconisant les seules stratégies d'éducation, font porter sur l'individu une responsabilité que lui dénie la pression permanente pour une consommation toujours plus importante de produits à forte densité énergétique, et ceux qui développent une approche de promotion de la santé incluant une action forte sur l'environnement.

La question des inégalités sociales de santé en nutrition demeure majeure en France, pays parmi les plus mal classés par l'OCDE dans ce domaine. †

### Sites de référence

<http://www.mangerbouger.fr>

<http://www.sante.gouv.fr/programme-national-nutrition-sante-2011-2015.html>

<http://www.inserm.fr/espace-journalistes/inegalites-sociales-de-sante-en-lien-avec-l-alimentation-et-l-activite-physique-une-expertise-collective-de-l-inserm>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000214/0000.pdf>

Code de la santé publique - Article L3231-1 |

<http://www.sante.gouv.fr/les-signataires-des-chartes-d-engagements-de-progres-nutritionnels>

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_Hercborg\\_15\\_11\\_2013.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Hercborg_15_11_2013.pdf)

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_Basdevant\\_15\\_11\\_2013.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Basdevant_15_11_2013.pdf)

<http://www.oqali.fr>

<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/lobesiteconomiedelapreventionobjectifsante-indicateurs-clesenfrance.htm>

1. Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité.