



# 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**  
**Ariane 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 la 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/lobesit-eetleconomiedelapreventionobjectifsante-indicateurs-clesenfrance.htm>

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



## Quelle est l'efficacité potentielle des campagnes médiatiques dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique ?

**Pierre Arwidson**

Directeur des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 48.

La communication s'est installée solidement parmi les moyens contemporains d'intervention en santé publique, en particulier dans le domaine de la nutrition [18, 23]. Pourtant, les questions sur la place qu'elle doit occuper dans les stratégies de santé publique sont permanentes. Cette place est questionnée pour des raisons éthiques et philosophiques : ces campagnes s'adressent aux individus et c'est à eux que l'on demande l'effort de changer de comportements et d'apprendre à résister aux influences de l'environnement social, culturel et promotionnel dans lesquels ils vivent. Alors que la responsabilité d'une autorité sanitaire bienveillante serait plutôt de créer un environnement favorable qui faciliterait les choix individuels [5]. Les campagnes médiatiques sont donc parfois perçues, par certains, comme le moindre effort préventif et sont infiniment moins coûteuses politiquement que l'installation de mesures fiscales et réglementaires qui impliquent de se heurter à de nombreux et puissants intérêts contraires.

### La place de la communication est au cœur des débats sur les stratégies de santé publique

Par ailleurs, le milieu de la santé publique est parfois réticent à utiliser le marketing social. Le marketing social est l'usage des techniques du marketing, non plus à des fins commerciales mais avec l'objectif d'accroître le bien public (civisme, santé, environnement, etc.). Le milieu de la santé publique préférerait souvent s'adresser à la raison et à des citoyens responsables, plutôt que de tenter de leur suggérer tel ou tel comportement par la séduction ou par l'anxiété. Cette vision du marketing social est restrictive car d'une part de nombreuses autres approches sont utilisées, et d'autre part un grand nombre de nos comportements ne sont pas rationnels mais liés à des processus non délibératifs comme cela a été clairement démontré [24, 33].

Ce que l'on sait moins, c'est que le marketing social est aussi une discipline universitaire qui a pour objet l'étude scientifique et critique (*critical social marketing*) des interactions entre vendeurs – annonceurs et clients, ce qui peut permettre d'orienter les actions de santé publique [22]. Ceci est particulièrement vrai pour les thèmes du tabac, de l'alcool et de la nutrition. Une analyse critique des pratiques promotionnelles et des rapports de force en présence ont déjà aidé à envisager sérieusement des réglementations quand il est clair qu'il y a un déséquilibre abyssal entre les capacités d'influence des pro-produits et des pro-santé.

Tout ceci étant exposé, la communication de prévention gardera toujours une place importante dans les stratégies de santé publique car l'objectif partagé de mettre en place des environnements toujours plus favorables à la santé n'effacera jamais la prééminence finale du choix individuel.

### Quel est l'impact potentiel des campagnes ?

Il est nécessaire de rappeler que les campagnes de communication évaluées dans la littérature scientifique sont exceptionnellement purement médiatiques. Il s'agit en général de dispositifs qui comprennent de nombreuses facettes incluant souvent des initiatives de proximité. La partie communication n'est en fait que la partie visible d'un dispositif plus riche. Il est donc parfois difficile de distinguer ce qui serait dû à la partie communication du dispositif. Il est nécessaire pour faire cette distinction de pouvoir mesurer les degrés d'exposition aux campagnes et de comparer les non-exposés aux exposés.

Par ailleurs, Leslie Snyder nous rappelle utilement [45] que la taille d'effet des campagnes en santé publique est en général très faible et que leur intérêt réside plutôt dans le fait que ce petit effet s'applique à une large population.

Les premières campagnes dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique sont apparues dans les années 1970 mais ne sont pas visibles. Elles se cachent en fait sous l'étiquette de programmes de prévention dans le domaine cardiovasculaire. On peut citer par exemple le projet finlandais de Carélie du Nord [42] ou le Minnesota Heart Health Program [31].

C'est un peu plus tard, à partir des années 1980, que sont apparues les campagnes purement nutritionnelles, comme celles sur l'incitation à accroître la consommation de fruits et légumes ou l'usage de lait écrémé.

Wakefield *et al.* concluaient en 2010, dans leur synthèse de littérature, qu'il y avait des preuves solides de l'efficacité (*strong evidence for benefit*) des campagnes dans le domaine du tabac sur la base de plus d'une centaine d'études dont environ 60 évaluations de campagnes nationales alors que les preuves étaient modérées (*moderate evidence for benefit*) dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique sur la base d'une ou deux dizaines de travaux [51]. Ces différences peuvent traduire de nombreux éléments. Il peut s'agir du fait que le thème de la campagne se place dans une tendance spontanée d'évolution du comportement, ce qui est le cas du tabagisme. Il peut aussi s'agir du fait que les

ressources scientifiques investies dans la conception et dans l'évaluation des campagnes ont été moins importantes dans le champ nutrition et activité physique. Il peut aussi s'agir du fait que selon le thème on est face à une plus ou moins grande complexité du sujet ou du comportement souhaité. En effet, en matière de nutrition et d'activité physique il ne s'agit pas d'un comportement simple, c'est un cluster disparate de comportements.

### Exemples de campagnes et de modélisation économique

Une campagne nommée « *2 Fruit'n'5 Veg Every Day* » et incitant à l'accroissement de la consommation de fruits et légumes a été mise en place entre 1992 et 1995 dans l'État de Victoria en Australie [12]. Dixon *et al.* ont conduit quatre vagues d'enquêtes qui ont permis de mesurer un taux de reconnaissance de la campagne allant de 50 à 70 %. Les interviewés se souvenant de la campagne étaient plus nombreux à connaître la recommandation et ont déclaré consommer davantage de fruits et légumes que ceux qui ne s'en souvenaient pas. Un autre enseignement de cette évaluation est que l'effet de la campagne a diminué, voire disparu, quand l'exposition à la campagne a elle-même diminué (510 GRP en 1992, 608 en 1993, 220 en 1994 et 0 en 1995).

Plus récemment, Vos et Carter ont conduit une modélisation économique de l'application de 150 actions de prévention des maladies non transmissibles sur la population australienne de 2003 [50]. Ces 150 interventions préventives ont été classées selon leur efficacité économique, dominante s'il existait un retour sur investissement, ou simplement coût-efficace si l'année de vie en bonne santé non perdue (DALY) coûtait moins que 50 000 dollars australiens. L'évaluation de Dixon a permis de classer cette campagne de promotion de la consommation de fruits et légumes comme dominante [9], la seule parmi les 23 interventions étudiées.

Dans le domaine de la promotion de l'activité physique, la plus célèbre des campagnes de marketing social est celle du Centre for Disease Control (CDC), nommée *Verb* et destinée à accroître l'activité physique chez les pré-adolescents [25]. Elle s'est déroulée de 2002 à 2006. C'était la première campagne de marketing social du CDC et elle a posé des problèmes d'adaptation culturelle de professionnels de l'épidémiologie et de la santé publique à de nouvelles techniques et à de nouveaux paradigmes d'intervention, comme évoqué en introduction. La campagne a été précédée par des études qualitatives auprès de jeunes, de parents, de professionnels, de même qu'une analyse approfondie des techniques de communication utilisées par le privé pour séduire les jeunes (ce qui avait été demandé explicitement par le Congrès). Une marque a été créée et pré testée : la marque *Verb* qui portait un sens d'*empowerment* des jeunes : « L'action, c'est toi qui la porte » (le jeune est le sujet du verbe d'action de la marque). La campagne a

comporté des déclinaisons locales dans des villes, des écoles, des centres éducatifs et sociaux. L'évaluation a consisté à interroger trois cohortes de dyades de parents et enfants chaque année. La campagne a montré un effet dose-réponse : les jeunes les plus exposés avaient le plus réalisé d'activités physiques non encadrées.

Si l'on reprend la modélisation économique de Vos et Carter [50], les deux seules interventions de promotion de l'activité physique considérées comme dominantes, c'est-à-dire permettant un retour sur investissement, sont l'usage de podomètres et les campagnes médiatiques [8]. Les deux autres interventions coût-efficace (inférieures à 50 000 dollars australiens par DALY évité) introduites dans le modèle étaient la prescription d'activité physique par le médecin généraliste (*green prescription*) et les initiatives locales pour favoriser le transport actif (*TravelSmart*).

### La meilleure combinaison possible d'actions médiatiques puissantes et d'actions de proximité adaptées

On voit que depuis 40 ans s'accumule progressivement une expérience d'évaluation scientifique des campagnes médiatiques dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique – et de leur déclinaison de proximité quand elle existe.

Bien sûr, chaque campagne est unique, comme l'est le contexte social et historique dans lequel elle s'inscrit. On ne peut donc pas déduire du fait que des campagnes ont été efficaces dans un domaine, que celle que l'on est en train de préparer le sera. De nombreuses conditions d'efficacité spécifiques à chaque campagne sont nécessaires (pertinence du message au vu des représentations et des aspirations sociales actives, quantité suffisante d'exposition, etc.).

Néanmoins, ce corpus de recherche est suffisamment encourageant pour que ce type de campagne ait été inclus dans la modélisation économique de combinaisons efficaces de politiques publiques [50]. On voit également qu'il n'est pas nécessaire de rester sur des positions dogmatiques antagonistes : campagnes médiatiques ou action sur l'environnement. C'est bien sûr la meilleure combinaison possible qui est nécessaire, en convoquant tous les niveaux d'interventions, fiscale et réglementaire, médiatique et de proximité. Nous avons un bon exemple avec la Convention-cadre de lutte antitabac portée par l'OMS et l'ONU et ratifiée par la France. †



## Les chartes d'engagements de progrès nutritionnel : impact sur l'offre alimentaire et sur les apports nutritionnels

**Géraldine Enderli**

Inra-Aliss UR 1303

**Julie Gauvreau**

**Céline Ménard**

Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), Observatoire de la qualité nutritionnelle des aliments (Ciqua-Oqali)

**Marine Spiteri**

Inra-Aliss UR 1303

Avec la participation de Lara Martinovic lors de son stage au sein de l'unité Inra-Aliss

Lors du premier volet du Programme national nutrition santé (PNNS) (2001-2005), un socle de repères nutritionnels a été établi et promu par le biais de guides et de campagnes de communication de grande ampleur. Cependant, les stratégies fondées sur l'information, la communication et l'éducation ne peuvent à elles seules permettre d'atteindre les objectifs de santé fixés. C'est pourquoi le deuxième volet du PNNS (2006-2010) prévoit, au sein de sa fiche « agir sur l'offre alimentaire », d'y impliquer les acteurs économiques. Une politique orientée vers une évolution de l'offre a pour finalité d'améliorer la situation nutritionnelle de l'ensemble de la population, y compris des populations défavorisées ou les plus à risques d'excès ou d'insuffisance d'apports, et ainsi de réduire les inégalités sociales de santé.

Dans cette perspective, depuis 2007, des chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel peuvent être signées entre les pouvoirs publics et les acteurs économiques du secteur de l'alimentation (production, transformation, distribution, restauration). Elles visent à inciter les opérateurs à améliorer la composition nutritionnelle de leurs produits, en leur permettant en contrepartie de valoriser les efforts par une communication sur leurs engagements. Ces chartes, établies sur la base d'un référentiel précis et acceptées après évaluation par un comité d'experts, peuvent être individuelles (signées par une entreprise individuelle, producteur ou distributeur) ou collectives (signées par une organisation professionnelle). Depuis leur mise en place, 34 chartes ont été signées, parmi lesquelles deux sont issues de distributeurs et trois sont collectives.

Cette stratégie d'intervention se situe entre une démarche d'autorégulation des entreprises, qui consiste à laisser ces dernières faire évoluer leurs recettes et lancer de nouveaux produits en tenant compte de la dimension nutritionnelle, et une démarche réglementaire, comme par exemple l'imposition de standards de qualité (seuils minimum ou maximum, interdiction de certains ingrédients...), qui vise à contraindre plus fortement les choix des entreprises. Comparées aux mesures réglementaires, les démarches fondées sur des chartes d'engagements donnent aux entreprises plus de flexibilité, permettent de tirer parti de leur expertise dans le choix des actions à privilégier et peuvent ainsi générer des coûts moins élevés que l'application d'une réglementation uniforme. Elles n'ont cependant d'intérêt que si elles visent des niveaux d'objectifs plus exigeants que la seule autorégulation.

L'Oqali qui constitue la section nutritionnelle en charge des questions relatives à l'offre et aux caractéristiques des aliments de l'Observatoire de l'alimentation, a réalisé récemment deux études pour évaluer l'impact des chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel : la première a cherché à quantifier la part de marché des produits reformulés et l'impact des engagements sur les volumes de nutriments mis sur le marché et la seconde a porté sur l'impact potentiel des chartes sur les apports nutritionnels de la population française.

### Impact des chartes sur l'offre alimentaire

Cette étude de l'Oqali, publiée mi-2013 [39], a permis d'évaluer l'impact de 28 chartes dont deux issues de distributeurs, trois d'interprofessions et 23 d'entreprises. Seuls les engagements relatifs aux reformulations de produits existants (les volumes de vente avant et après engagement sont alors supposés inchangés) ou à leur substitution par des produits de meilleure qualité nutritionnelle ont été évalués.

Cette étude montre que sur l'ensemble des secteurs alimentaires et nutriments impactés, les produits reformulés dans le cadre des chartes représentent une part de marché médiane estimée à 4,4 % en volume. Pour certains couples secteur-nutriment, les engagements déposés permettent d'impacter des parts de marché importantes, ceci est le cas pour :

- les teneurs en lipides et en sodium des produits de charcuterie avec respectivement 54,6 % et 72,4 % du secteur impacté en volume, ceci étant principalement dû à l'engagement d'une interprofession ;
- les teneurs en lipides et en sodium des aides culinaires avec respectivement 74,2 % et 75,8 % du secteur impacté en volume, cela s'explique par l'engagement d'une entreprise leader sur le marché des aides culinaires ;
- les teneurs en sucres des céréales pour le petit-déjeuner avec 30,7 % du secteur impacté en volume, cela s'explique par les engagements cumulés de deux entreprises et de deux distributeurs.

Cette étude met également en évidence que les objectifs de reformulation et de substitution étudiés ont un impact en termes de quantités de nutriments retirées/mises sur le marché pour neuf nutriments (tableau 1).

L'étude de l'impact des chartes sur le périmètre des produits améliorés montre que les efforts fournis par les signataires sont globalement importants : les volumes de nutriments mis sur le marché par les pro-

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 48.

tableau 1

**Estimation de l'impact des engagements de progrès nutritionnel sur les volumes de nutriments mis sur le marché**

Nutriments	Impact (tonnes)
Lipides	-8 288
Acides gras saturés (AGS)	-4 177
Sucres	-14 611
Sodium	-663
Acides gras <i>trans</i> (AGT)	-220
Calcium	+32
Vitamine D	+4 kg
Oméga 3	+704
Fibres	+308

duits impactés varient entre 0,2 % et 542,5 % en valeur absolue selon les familles et les nutriments considérés, avec un impact médian à 10,2 %. En particulier, les niveaux d'engagements les plus élevés sont observés pour les acides gras saturés (-60,7 % d'AGS mis sur le marché par les frites et garnitures surgelées améliorées), les acides gras *trans* (-69,3 % d'AGT mis sur le marché par les pâtes à tartes améliorées), la vitamine D et les omégas 3 (pour ces deux nutriments, les volumes mis sur le marché par les produits améliorés augmentent souvent de plus de 100 %).

À la date de l'étude, parmi les engagements considérés, plus de 30 objectifs étaient arrivés à échéance (fin 2011) et seuls deux d'entre eux n'ont pas pu être atteints pour cause de limite organoleptique (rejet des consommateurs). Les autres objectifs ont été atteints et parfois même dépassés.

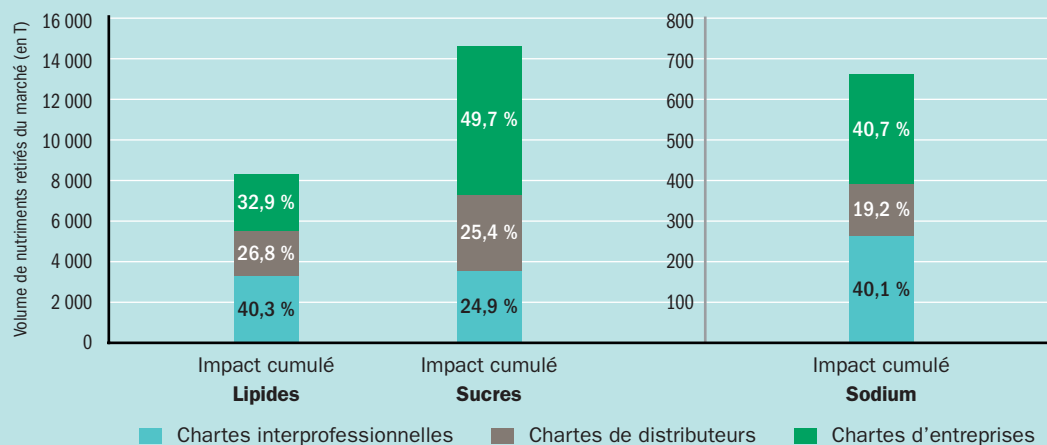
L'étude de l'impact des chartes sur le périmètre des familles de produits (incluant les produits améliorés et non améliorés) montre que l'effet des engagements sur la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire est néanmoins modeste. En effet, sur l'ensemble des 215 couples famille-nutriment touchés par une ou plusieurs charte(s), la variation médiane des volumes de nutriments mis sur le marché (en valeur absolue) est estimée à 0,51 %. Cependant, pour 14 couples nutriment-famille, l'ensemble des chartes fait évoluer la composition nutritionnelle moyenne de la famille, en faisant augmenter/baisser la teneur moyenne d'au moins un nutriment de plus de 10 %. À noter que les impacts les plus importants observés à l'échelle de la famille résultent d'engagements pris par plusieurs entreprises ou par une entreprise leader.

Enfin, l'impact des chartes a également été évalué suivant le type de signataire (interprofessions, distributeurs et entreprises). Les résultats montrent que chaque type de signataire contribue à l'effort total de réduction des quantités de lipides, sucres et sodium mises sur le marché, à hauteur d'au moins 19,2 % de la réduction totale (figure 1). En effet, les trois chartes collectives se distinguent car celles-ci permettent d'améliorer de plus gros volumes, les deux distributeurs peuvent quant à eux s'engager sur de nombreux secteurs et les 23 chartes individuelles considérées isolément ont des contributions plus faibles, mais lorsque leurs impacts sont cumulés, ceux-ci sont équivalents ou supérieurs à ceux obtenus par les deux autres types de signataires.

**Impact potentiel des chartes sur les apports nutritionnels de la population française**

Cette étude de l'Oqali publiée fin 2012 [40] permet d'estimer l'impact cumulé potentiel des reformulations proposées par les 30 chartes, signées fin juin 2012, sur

figure 1

**Contribution des différents types de chartes à la réduction des volumes de lipides, de sucres et de sodium mis sur le marché**






## La nutrition : des constats aux politiques

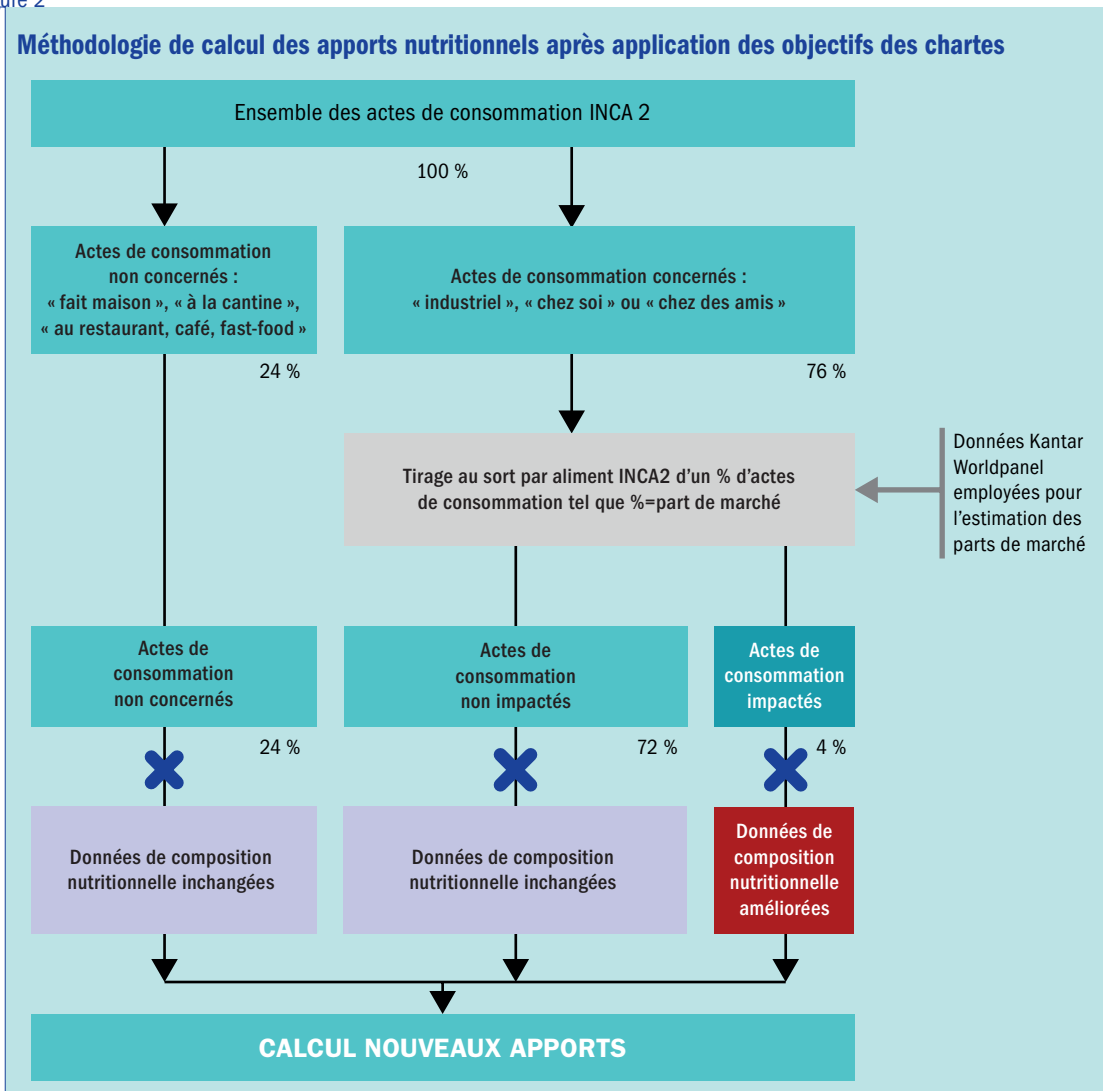
les apports nutritionnels des consommateurs français. L'impact potentiel de celles-ci a également été étudié pour les forts et faibles consommateurs, ainsi que selon un index de niveau socio-économique.

L'objectif était de comparer les apports avant et après application des reformulations proposées pour huit nutriments (sodium, sucres, lipides, vitamine D, acides gras saturés, acides gras *trans*, fibres et calcium). Les apports initiaux ont été estimés au moyen des données de consommation de l'étude INCA2 croisées aux données de composition de la table Ciqual 2008. Certains objectifs n'ont pas été intégrés à l'étude (objectifs non quantifiables, déjà atteints...). Pour les objectifs retenus et pour chacun des aliments concernés, les reformulations proposées ont permis de déterminer des données de composition nutritionnelle améliorées. Pour chaque aliment, seul un pourcentage d'actes de consommation égal à la part de marché de la référence améliorée

(déterminée à partir de données Kantar Worldpanel), a été tiré au sort parmi les actes de consommation potentiellement impactés (hors « faits maison » ou hors domicile). Ainsi, seuls 4 % d'actes de consommation ont été croisés aux données de composition nutritionnelle améliorées (figure 2).

Cette étude a permis de montrer que tous les groupes d'aliments de produits transformés sont concernés par au moins un objectif d'une charte. De plus, des variations d'apports moyens journaliers totaux statistiquement significatives sont observées pour les huit nutriments étudiés. Les variations d'apports énergétiques moyens sont de -11,4 et de -10,6 kcal/jour respectivement pour les hommes et les femmes. La vitamine D présente les variations d'apports les plus élevées, avec +2 % des apports journaliers recommandés pour les hommes et les femmes (en raison de l'enrichissement dont ce nutriment fait l'objet). Le sodium, dont le nombre d'ali-

figure 2



ments impactés est le plus important (16 %), présente des variations d'apports, en équivalent sel, de -0,09 et de -0,06 g/jour respectivement pour les hommes et les femmes (notamment *via* la contribution des charcuteries). Les variations d'apports en sucres sont quant à elles de -0,4 g/jour pour les hommes et les femmes (notamment *via* la contribution de l'ultrafrais laitier et des boissons fraîches sans alcool). Elles sont suivies des variations d'apports en lipides, qui sont de -0,4 g et de -0,3 g/jour respectivement pour les hommes et les femmes (notamment *via* la contribution des charcuteries).

Ces variations d'apports nutritionnels résultant de l'application des objectifs des chartes contribuent de manière variable, selon les nutriments, à l'atteinte des objectifs fixés dans le cadre du PNNS2 (tableau 2). En équivalent sel, la contribution des améliorations proposées par les 30 chartes étudiées est de 3 à 5 % de l'objectif du PNNS2 chez les hommes et de 14 % chez les femmes (en estimant les apports en sel ajouté au service à 2 g/jour). Cette contribution s'élève, pour les sucres, à 1,6 % de l'objectif du PNNS2 pour les hommes et les femmes et, pour les lipides, à 28 % pour les hommes et 5 % pour les femmes. Il faut cependant noter, concernant les sucres, que le taux d'atteinte de l'objectif est exprimé par rapport aux apports moyens en sucres totaux, en l'absence de données sur la contribution des sucres ajoutés aux apports en sucres totaux. Cela sous-estime donc la contribution des chartes à l'atteinte de l'objectif du PNNS2, qui concerne quant à lui la consommation de sucres ajoutés uniquement.

D'après cette étude, les percentiles<sup>1</sup> des forts consommateurs (au-dessus du percentile 65) dans le


cas du sodium, des sucres et des lipides, présentent des variations d'apports plus élevées que le reste de la population. Ainsi, ces forts consommateurs sont ceux qui bénéficient le plus d'une telle évolution.

L'étude des évolutions potentielles d'apports nutritionnels selon l'index de niveau socio-économique montre quant à elle que, pour tous les nutriments à l'exception du calcium, tous les niveaux socio-économiques sont significativement impactés par les reformulations proposées par les chartes : les objectifs des chartes impactent donc les aliments consommés par tous les statuts socio-économiques.

### Conclusions et perspectives

Ces études mettent en évidence que si l'impact des chartes sur la qualité nutritionnelle moyenne de l'offre alimentaire reste modeste, elles permettent néanmoins d'améliorer significativement les apports nutritionnels de la population, et ce grâce à un dispositif peu coûteux pour la collectivité, ayant un rapport bénéfice-coût particulièrement intéressant. Elles montrent également que les efforts individuels effectués par les signataires peuvent être importants.

Les impacts des chartes sont néanmoins fortement liés aux parts de marché des références faisant l'objet d'engagements. Ils sont donc susceptibles d'être fortement amplifiés en augmentant le nombre de signataires, soit à travers les accords collectifs prévus dans le cadre du Programme national pour l'alimentation, soit *via* la mise en place de nouvelles chartes individuelles PNNS.

À noter que ces études considèrent uniquement l'impact des reformulations faisant l'objet de chartes d'engagements volontaires. Ces résultats représentent donc une fourchette basse de l'impact réel de toutes les reformulations mises en œuvre par les professionnels depuis plusieurs années. 

1. Le percentile X correspond à la valeur seuil sous laquelle X % de la population se situe.

tableau 2

### Contribution des chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel à l'atteinte des objectifs définis, par nutriment, dans le cadre du PNNS2

Nutriment	Objectifs (PNNS2)	Taux d'atteinte de l'objectif	
		Hommes	Femmes
Équivalent sel	< 8 g/jour	3 % à 5 % d'objectif atteint <sup>1</sup>	Objectif initialement atteint ou 14 % d'objectif atteint
Sucres	Réduction de 25 % de la consommation de sucres ajoutés	1,6 % d'objectif atteint <sup>2</sup>	1,6 % d'objectif atteint <sup>2</sup>
Lipides	Moins de 35 % des apports énergétiques totaux	28 % d'objectif atteint	5 % d'objectif atteint

1. 1 à 2 g/jour de sel ajouté.

2. Pourcentage exprimé par rapport aux apports moyens en sucres totaux et non en sucres ajoutés. L'atteinte de l'objectif du PNNS2, portant sur les sucres ajoutés uniquement, est donc sous-estimée.



## Prévenir, dépister et prendre en charge le surpoids et l'obésité de l'enfant

**Hélène Thibault**  
Hôpital Pellegrin-  
Enfants, CHU de  
Bordeaux, Réseau  
de prévention et  
de prise en charge  
de l'obésité de  
l'enfant en Aquitaine  
(Reppop Aquitaine)

Bordeaux

**Caroline Carriere**  
Réseau de prévention  
et de prise en charge  
de l'obésité de  
l'enfant en Aquitaine  
(Reppop Aquitaine)

Bordeaux

L'équilibre nutritionnel, une consommation alimentaire variée, avec une répartition satisfaisante des quantités ingérées, par la consommation régulière d'aliments et de plats largement disponibles en France, permettent de préserver un bon état de santé et de qualité de vie. En effet, manger est un des plus grands plaisirs de la vie. Nous construisons notre santé avec notre alimentation. L'enfance est une période de croissance, de découverte du goût et des aliments. L'apprentissage du goût est un processus long et progressif. L'adolescence, phase de transition entre l'enfance et l'âge adulte, est une période à risque en matière d'alimentation, avec une déstructuration possible des prises et rythmes alimentaires. Depuis 1998, l'OMS a reconnu l'obésité comme une importante épidémie de santé publique. En effet, le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque de plusieurs maladies chroniques et leur prévalence chez les enfants a considérablement augmenté au cours des dernières années à travers le monde, en particulier dans les pays développés.

### Le Programme national nutrition santé

Depuis 2001, la France s'est dotée d'une politique nutritionnelle : le Programme national nutrition santé (PNNS). Ce programme vise à améliorer l'état de santé général des Français en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Le PNNS a fourni un cadre de référence et produit de nombreux outils et mécanismes incitatifs, servant de support aux actions. Il a permis la mobilisation de nombreux acteurs. En 2011, le PNNS a été prolongé par un « 3<sup>e</sup> volet » de manière à poursuivre et amplifier la dynamique existante. Ce PNNS « 2011-2015 » a été complété par un Plan obésité, notamment pour l'organisation du dépistage et de la prise en charge des patients obèses. Depuis 2011 dans le cadre du Plan obésité, 37 centres spécialisés obésité ont été identifiés dans chaque région. Ces centres ont pour mission de coordonner la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité sévère et d'organiser les filières de soins dans les régions et en particulier pour l'obésité pédiatrique.

Le PNNS a défini un certain nombre d'objectifs prioritaires chiffrés ainsi que des objectifs plus spécifiques visant des groupes à risque, dont les enfants et les adolescents. Certains d'entre eux visent de manière générale à l'amélioration des comportements alimentaires, d'activité physique et la diminution de la sédentarité chez tous les enfants et les adolescents. D'autres objectifs concernent des sujets particulièrement importants en termes de santé publique comme : la promotion de l'allaitement maternel ou la réduction de la prévalence de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent.

### Actions de prévention nutritionnelle concernant tous les enfants sur l'alimentation et l'activité physique

Afin de développer l'information et l'éducation nutritionnelles en direction des enfants, des adolescents et de leurs parents, le PNNS a mis en place des axes stratégiques et développé des supports validés à destination des familles et des professionnels (en lien avec l'Inpes [www.inpes.fr](http://www.inpes.fr)) de manière à définir et diffuser les recommandations en termes d'alimentation et d'activité physique (guides alimentaires, fiches conseils, affiches, brochures...). En effet, comme le souligne le PNNS, la cohérence de la stratégie destinée aux jeunes entre l'information, l'éducation et l'offre alimentaire est essentielle. Le PNNS ne s'appuie pas sur le mode de l'interdit mais sur le plaisir et l'information pour la promotion de comportements favorables à la santé.

Une grande partie de ces actions en direction des enfants et adolescents est réalisée en lien avec l'Éducation nationale, aussi bien avec les équipes pédagogiques que les services de santé scolaire. Par exemple, différentes actions ont spécifiquement été proposées sur l'offre alimentaire en milieu scolaire, comme la suppression de la collation en maternelle et des distributeurs automatiques dans les établissements du second degré, et sur l'offre en restauration scolaire, avec tout récemment le décret 2011-1227 du 30 septembre 2011 et arrêté relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre de la restauration scolaire<sup>1</sup>.

De plus, chez l'enfant et l'adolescent, comme chez l'adulte, il est maintenant reconnu que l'activité physique fait partie intégrante de l'acte nutritionnel et de l'équilibre énergétique. Ainsi, le PNNS a fortement contribué à la mise en place d'actions visant à améliorer l'activité physique de tous les enfants et à réduire le temps de sédentarité. L'intervention réalisée dans le cadre de l'Icaps (*Intervention centred on adolescents physical activity and sedentary behaviour*) a ainsi permis de démontrer la faisabilité de telles actions et leur impact positif sur la prévalence de l'obésité, mais également de manière plus générale sur la santé des enfants et adolescents.

### Réduction de la prévalence de l'obésité de l'enfant et l'adolescent

L'obésité est le résultat d'un bilan énergétique positif, c'est-à-dire d'un apport énergétique supérieur aux dépenses. L'obésité de l'enfant et de l'adolescent est une pathologie multifactorielle d'origine génétique et environnementale, liée aux transformations majeures de notre mode de vie.

1. JORF n° 0229 du 2 octobre 2011.

## L'IMC chez l'enfant

Des facteurs environnementaux et sociétaux favorisent en effet ce déséquilibre énergétique. Par exemple, de nombreuses études ont montré une association entre le risque d'obésité chez l'enfant et le temps passé à des activités sédentaires, mais aussi les difficultés socio-économiques des familles. Un certain nombre d'études retrouvent également un effet protecteur de l'allaitement maternel. Par ailleurs, de multiples facteurs génétiques rendent compte de la susceptibilité individuelle que possèdent certains enfants à devenir obèses, sous l'effet des facteurs environnementaux auxquels l'ensemble de la population est soumis.

Plus récemment, d'autres facteurs favorisant le développement d'une obésité ont été identifiés comme par exemple des facteurs périnataux : surpoids et obésité parentales (notamment de la mère au début de la grossesse), prise de poids excessive durant la grossesse, tabagisme maternel, diabète maternel, excès ou défaut de croissance fœtale, gain pondéral accéléré dans les deux premières années de vie, attitudes inadéquates de l'entourage face à l'alimentation, existence de négligences ou d'abus physiques ou sexuels dans l'enfance ou l'adolescence, manque de sommeil, ou l'existence d'un handicap (moteur ou mental).

La prise en compte de ces facteurs associés est essentielle à la fois en prévention et en prise en charge.

### Comment prévenir l'obésité de l'enfant ?

Les difficultés liées à la prise en charge d'une obésité déjà constituée font de la prévention de l'obésité un enjeu pour tous. La prévention de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent est devenue une priorité de santé publique dans les pays industrialisés. Ainsi l'objectif du PNNS d'encourager tous les enfants et leurs familles à adopter des comportements favorables pour leur santé en termes d'alimentation et d'activité physique contribue également à la prévention de l'obésité de l'enfant et plus généralement à un meilleur état de santé de la population des enfants et adolescents. En effet, les principes généraux des recommandations pour la prévention de l'obésité chez l'enfant s'appuient sur les repères de consommation du PNNS permettant d'acquérir progressivement des habitudes de vie qui, en plus de prévenir le risque de développer un surpoids ou une obésité, leur permettront de protéger leur santé tout au long de leur vie.

### Comment et quand dépister le surpoids et l'obésité des enfants et des adolescents ?

Les études épidémiologiques montrent que le fait d'être obèse dans l'enfance ou à l'adolescence augmente les risques de morbidité et d'obésité à l'âge adulte. La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 à 50 % avant la puberté, à 50 à 70 % après la puberté.

Ainsi, il est recommandé de dépister tôt et de proposer une prise en charge précoce des enfants qui présentent un surpoids, afin d'éviter la constitution d'une obésité

Chez l'enfant, l'IMC varie en fonction de l'âge. Il n'est donc pas possible de se reporter, comme chez l'adulte, à une valeur de référence unique de l'IMC. Des courbes de référence représentant, pour chaque sexe, les valeurs d'IMC en fonction de l'âge, permettent de suivre l'évolution de la corpulence au cours de la croissance. Le surpoids et l'obésité se définissent à partir de seuils établis sur des populations de référence. Actuellement, les références les plus utilisées en France sont d'une part les courbes de corpulence françaises (qui sont dans les carnets de santé depuis 1995) et, d'autre part, celles établies dans le cadre du PNNS, actualisées en 2011, dans lesquelles les seuils des références françaises sont complétés par les seuils des références internationales (International obesity task force – IOTF). De plus, il existe un marqueur prédictif du risque de voir se développer une obésité, appelé le « rebond d'adiposité » et reconnu par la communauté scientifique internationale. †

persistante à l'âge adulte et la survenue de complications métaboliques.

Le dépistage de l'obésité repose sur la mesure régulière et répétée du poids et de la taille des enfants, associée au calcul de l'indice de masse corporelle (IMC = poids en kg/taille<sup>2</sup> en mètre) et au report de celui-ci sur les courbes de corpulence<sup>2</sup>.

Depuis plus de 10 ans, le PNNS a permis la mise à disposition des professionnels d'un certain nombre d'outils facilitant le dépistage de l'obésité de l'enfant et l'annonce du surpoids (disque et courbes de corpulence, logiciel de calcul de l'IMC, brochure... [www.inpes.fr](http://www.inpes.fr)). Ces outils ont été réalisés dans le cadre de conditions scientifiques fiables et documentées et sont pour la plupart diffusés gratuitement par l'Inpes aux professionnels de santé.

Ces outils ont été complétés en 2011 par l'actualisation des recommandations de bonne pratique « Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent » élaborées par la Haute Autorité de santé ([www.has.fr](http://www.has.fr)). Ces recommandations, en plus de définir les conditions de prise en charge de l'obésité de l'enfant, ont permis également de préciser les modalités de la surveillance de la corpulence et de la recherche de signes d'alerte, comme le rebond précoce de l'adiposité, en recommandant de surveiller l'IMC systématiquement chez tous les enfants et adolescents, quels que soient leur âge, leur corpulence apparente et le motif de la consultation. Ces recommandations rappellent également aux professionnels l'importance d'être particulièrement attentif aux enfants présentant des facteurs de risque

2. [http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/IMC/courbes\\_enfants.pdf](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/IMC/courbes_enfants.pdf)



## La nutrition : des constats aux politiques

précoces de surpoids et d'obésité et aux enfants de familles en situation de vulnérabilité. Elles donnent également des éléments sur les modalités de l'annonce du diagnostic. La prise en compte du contexte familial, social, environnemental et culturel est nécessaire pour appréhender l'accès au soin et la motivation.

Dans un certain nombre de régions, les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie (Reppop) proposent une prise en charge multidisciplinaire des enfants et adolescents en surpoids ou obèses<sup>3</sup>.

### Évolution de la prévalence de l'obésité

En France, la prévalence de l'obésité a fortement progressé chez les enfants, en particulier au cours des années 1990. La proportion d'enfants se situant au-dessus du 97<sup>e</sup> percentile des références françaises, entre 5 et 12 ans, avait progressé, passant de 6 % à la fin des années 1970, à 10 % au début des années 1990 et 13 % en 1996. Depuis les années 2000, plusieurs études montrent de façon concordante une stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité de l'enfant.

Dans les études (cf. encadré ci-contre), la stabilisation était observée dans tous les groupes socio-économiques, même si les groupes les plus défavorisés restaient ceux où la prévalence du surpoids était la plus élevée. Il n'est évidemment pas possible d'établir avec certitude une relation de cause à effet entre la stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité et les messages du PNNS, ne serait-ce qu'en raison de l'origine plurifactorielle de cette affection. Cependant, on doit constater que cette stabilisation est récente, qu'elle fait suite à de nombreuses années d'augmentation et qu'elle correspond à la mise en place du PNNS dont elle constitue un des objectifs prioritaires. C'est dans cette optique que le 3<sup>e</sup> volet du PNNS s'est doté d'un objectif spécifique sur les enfants de milieux défavorisés notamment pour la réduction de la prévalence du surpoids, afin qu'une amélioration moyenne de la prévalence ne cache pas une augmentation des disparités.

### Actions régionales et locales

En réalité, les moyens et actions visant à atteindre les objectifs du PNNS sont intriqués les uns avec les autres dans la mesure où participer à l'objectif majeur de santé publique qu'est la réduction de la prévalence de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent nécessite la mise en place de combinaisons d'actions dans les domaines de la prévention primaire, en encourageant tous les enfants et leurs familles à adopter des comportements favorables pour leur santé en termes d'alimentation et d'activité physique, de la prévention secondaire en favorisant en particulier le dépistage précoce et en prévention tertiaire en optimisant la prise en charge.

Le PNNS a permis d'impulser et de mettre en place un certain nombre d'actions et de programmes au niveau national, mais également dans différentes régions de

## Prévalence du surpoids dans les études

Les enquêtes triennales de la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Drees), réalisées chez les élèves de différentes tranches d'âges, montrent une stabilisation de la prévalence du surpoids incluant l'obésité chez les enfants de 10-11 ans (respectivement 18,1 % et 3,8 % en 2000 contre 18,1 % et 4 % en 2007).

L'étude réalisée par l'InVS sur des échantillons représentatifs selon le protocole de l'European Childhood Obesity Group menée en 2000 (n = 1 582), puis répétée en 2007 (n = 1 014), chez des enfants de 7-9 ans a montré que la prévalence du surpoids, incluant l'obésité, était stable entre 2000 (18,1 % incluant 3,8 % d'obèses) et 2007 (15,8 %, incluant 2,8 % d'obèses) (différence non significative). Cette stabilisation est également confirmée par l'enquête INCA2, qui mettait en évidence une stabilisation de la prévalence du surpoids (incluant l'obésité) entre 1999 et 2006, aussi bien dans le groupe d'âges 3 à 10 ans que dans celui des 11 à 14 ans (11,7 % contre 15,3 %, non significatif). ↑

## Le programme aquitain

Le programme aquitain relaie au niveau régional les objectifs du PNNS sur la cible des enfants et des adolescents. Il met en place des actions coordonnées afin d'améliorer le comportement des jeunes en termes d'alimentation et d'activité physique, et de stabiliser la prévalence de l'obésité de l'enfant en région Aquitaine. Ces actions menées en lien avec de nombreux partenaires institutionnels, associatifs et des collectivités territoriales, en particulier le rectorat de l'Académie de Bordeaux et les services de santé scolaire, sont financées par l'agence régionale de santé (ARS). Elles s'articulent selon trois axes stratégiques :

- le dépistage précoce et la prise en charge de l'obésité de l'enfant par la mobilisation des acteurs en région Aquitaine ;
- l'amélioration de l'offre alimentaire en milieu scolaire et périscolaire ;
- la mise en place d'actions pédagogiques sur l'alimentation et l'activité physique en direction des enfants, de leur famille et de leur entourage éducatif et médical.

Différentes enquêtes, menées avant et après les interventions, ont permis de réaliser un état des lieux et de guider au mieux les modalités des actions. Ces enquêtes ont permis de mettre en évidence des améliorations de l'offre et des comportements alimentaires et une stabilisation de la prévalence de l'obésité en Aquitaine ([www.nutritionenfant.aquitaine.fr](http://www.nutritionenfant.aquitaine.fr)). ↑

3. <http://www.cnreppop.com>

## Évaluer les interventions en nutrition Évalin, un outil interactif en ligne

L'École de santé publique de l'université de Lorraine, en partenariat avec le service d'Épidémiologie et d'Évaluation cliniques du CHU de Nancy, a mis en ligne, sur Internet en décembre 2012, un outil d'accès libre et gratuit afin d'aider les promoteurs de projets en nutrition à concevoir une évaluation adaptée aux objectifs et ressources mises en œuvre pour leurs actions : [www.evalution-nutrition.fr](http://www.evalution-nutrition.fr)

Le cadre de référence national que propose depuis 2001 le PNNS a contribué à faire émerger un grand nombre d'actions visant à améliorer l'alimentation et l'activité physique des personnes en France. Ces interventions sont développées par des acteurs et des organismes divers, les publics bénéficiaires sont variés et les lieux d'interventions sont multiples. De plus, les objectifs varient selon les besoins identifiés, et les sources de financement, mobilisées au niveau local, régional ou national, sont diversifiées.

La multiplication de ces initiatives prouve le besoin d'actions concrètes et adaptées aux différents contextes de vie des populations pour améliorer leur état de santé en agissant sur le déterminant nutrition.

L'évaluation est une composante importante des projets, au même titre que l'élaboration de la stratégie d'intervention et sa mise en œuvre par exemple. L'évaluation des interventions est nécessaire pour que chacun tire les enseignements utiles des travaux menés ailleurs, par d'autres.

L'évaluation fait partie des formations universitaires ou continues qui s'adressent aux professionnels du champ de la santé publique. Pourtant, cette étape reste trop souvent insuffisante, comme l'a noté l'Igas lors de son évaluation du PNNS 2006-2010. Une évaluation inexistante ou inadaptée est une perte d'expérience pour les pairs et une limite majeure à la mutualisation. Pour le financeur, l'évaluation est une étape importante pour déployer ses propres objectifs stratégiques et pour le renouvellement de subventions.

Partant de ce constat, en 2008, la Direction générale de la santé (DGS), dans le cadre du PNNS, a souhaité fournir aux promoteurs d'actions en nutrition un outil spécifiquement adapté à ce domaine.

En 2009, la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) a ainsi conçu un guide « Harmoniser les études en nutrition : un guide de bonnes pratiques pour les études régionales et locales »<sup>1</sup>. Cet outil se concentre sur l'évaluation de l'impact d'une intervention ou sur la description d'une situation à un moment T. Il n'aborde pas l'ensemble des domaines à évaluer : pertinence, cohérence, processus...

C'est pourquoi, la DGS a sollicité en 2010 l'École de santé publique de l'université de Lorraine pour

compléter (et intégrer) cet outil, avec un défi complémentaire : faciliter le travail des acteurs de terrain en les guidant dans leur réflexion, visant à aboutir à la mise en œuvre d'une évaluation spécifiquement adaptée au projet développé, à savoir tant à ses objectifs qu'aux moyens disponibles. Plutôt que d'éditer un nouveau guide, c'est la souplesse de l'interactivité permise par Internet qui a été choisie.

Évalin constitue ainsi une innovation complète. Il allie apport méthodologique et facilité d'accès aux contextes des utilisateurs. Il s'appuie sur des expériences réelles qui ont permis de sélectionner des outils pertinents.

Évalin se veut, sur la forme, agréable et de navigation intuitive et aisée. Certains pourront cependant souhaiter quelques courtes heures de formation pour une prise en main complète de cet outil. Ce type de proposition devrait être intégré dans diverses offres de formation par exemple sur la méthodologie de projets en nutrition.

L'innovation majeure est sans doute le deuxième type d'entrée proposé, qui s'ajoute à la navigation classique « *Concevez votre propre évaluation* » : l'internaute est amené à clarifier, formuler et écrire son objectif, la population visée par le projet, le ou les types d'intervention prévus, le moment où il se situe dans l'intervention, le type d'évaluation souhaité (pertinence, déroulement, résultats...).

Sur cette base, des propositions adaptées se font par une sélection au sein des fiches pratiques, boîtes à indicateurs et à outils. L'internaute peut alors éditer, imprimer et adapter à son contexte et à son projet très spécifique les documents qu'Évalin l'aura aidé à sélectionner.

Évalin est aussi un outil évolutif. Sur la page d'accueil, l'appel à témoignages est disponible, tant pour faire état d'une difficulté rencontrée dans l'utilisation que pour proposer à l'équipe qui a conçu Évalin de nouveaux outils, de nouveaux exemples ou tous compléments utiles. Il s'agit de mutualiser les compétences et d'améliorer le site tout en favorisant le partage d'expérience *via* le site (existence d'un forum).

Ainsi, pour le PNNS, l'objectif est de faciliter le travail des concepteurs de projets en nutrition ainsi que celui des responsables de la sélection des projets à subventionner. Le but est que chaque projet bénéficie d'une évaluation construite, adaptée, proportionnelle à son ampleur, utilisant des outils au maximum harmonisés afin d'améliorer à terme la qualité des interventions. †

1. [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_fnors\\_nutrition.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_fnors_nutrition.pdf)

**Serge Briançon**  
Professeur de santé publique, Nancy-université, faculté de médecine ; École de santé publique, Nancy



## La nutrition : des constats aux politiques

France comme à Paris, en Franche-Comté, Midi-Pyrénées, Auvergne ; Lorraine (Pr ALIMAP, promotion de l'alimentation et de l'activité physique) et Aquitaine.

### Prévalence de l'allaitement maternel

Le taux d'allaitement maternel en maternité, qui avait beaucoup augmenté entre 1998 et 2003, a continué de progresser. En effet, les enquêtes périnatales nationales révèlent que les prévalences de l'allaitement maternel (partiel ou exclusif) à la maternité, sont passées de 52,5 % en 1998, à 62,5 % en 2003 et à 68,7 % en 2010. Ceci peut être le résultat de la série de mesures prises depuis la fin des années 1990, au niveau national, régional et local, en faveur de l'allaitement au sein. Il est cependant difficile d'évaluer le rôle spécifique du PNNS dans cette augmentation en raison des multiples facteurs impliqués dans le choix d'allaiter. Si les taux d'initiation de l'allaitement maternel sont en France proches de certains pays, principalement du sud de l'Europe, ils restent très inférieurs aux taux de la plupart des pays nordiques.

### Enquêtes de consommation

L'étude nationale nutrition santé, coordonnée par l'Institut national de veille sanitaire<sup>4</sup> et l'étude INCA2<sup>5</sup> permettent

4. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Nutrition-et-sante/Enquetes-et-etudes/ENNS-etude-nationale-nutrition-sante>

5. [www.anses.fr/Documents/PASER-Ra-INCA2.pdf](http://www.anses.fr/Documents/PASER-Ra-INCA2.pdf)

de préciser la consommation alimentaire et la situation nutritionnelle de la population française. Entre 1998-1999 et 2006-2007 ont été notamment observées une diminution de la consommation énergétique, une baisse de la consommation de sucres, de pâtisseries et de biscuits, ainsi qu'une augmentation de la consommation de fruits (compotes ou fruits frais), tous éléments favorables à l'équilibre alimentaire. Cependant, chez les enfants comme chez les adolescents, la consommation de fruits et légumes est plus basse et la consommation de boissons sucrées est plus élevée quand le niveau socio-économique du foyer est plus bas<sup>6</sup>.

### Conclusion

Un certain nombre de données, encore limitées mais convergentes, sont en faveur d'une amélioration des consommations alimentaires et de la prévalence du surpoids des enfants français depuis la mise en place du PNNS. Leur interprétation doit être prudente en raison des nombreux facteurs familiaux, économiques, sociaux, culturels, mais aussi génétiques susceptibles d'intervenir. Il est cependant clair que le PNNS a contribué à développer autour de l'enfant une dynamique mobilisant de nombreux acteurs : professionnels de santé, monde de l'éducation, consommateurs, travailleurs sociaux, industriels, monde politique. †

6. <http://www.anses.fr/Documents/NUT2012sa0085Ra.pdf>