



# Réussites et échecs de la politique nutritionnelle de santé publique en France: enjeux, bilan et perspectives

**Pr Serge Hercberg, MD, PhD**

**PU-PH Nutrition**

*Professeur Nutrition Université Paris 13/ Département de Santé Publique, Hôpital Avicenne (AP-HP)*

*Directeur Equipe de Recherche en Epidémiologie Nutritionnelle,*

*U1153 Inserm/Inra/Cnam/Université Paris 13*

*Président du Programme National Nutrition Santé (PNNS)*

# Les enjeux de santé publique en France liés à la nutrition

---

- **Cancers** : 365 500 nouveaux cas en 2011  
coûts: 13,2 milliards € /an
- **Maladies cardiovasculaires**: 180 000 décès/an (32 % des décès)  
coûts: 28,7 milliards € /an
- **Diabète** (traité) : 3,95 % en 2007 (2,5 millions de diabétiques traitées)  
coûts: 12,5 milliards € /an
- **Obésité** : 17 % des adultes, (surpoids/obésité 18 % chez enfants)  
coûts: 4 milliards € /an
- **Ostéoporose**: 3 millions de femmes. Fractures du col du fémur: 73 500 séjours hospitaliers (2008); coûts : 415 millions € pour les coûts directs d'hospitalisation + 331 millions pour les coûts directs de rééducation

*La nutrition joue également un rôle dans de nombreuses autres maladies ayant un coût humain, social et économique important: pathologies digestives, ostéo-articulaires, thyroïdiennes, dermatologiques, neurologiques (déclin cognitif)...*

# Les enjeux de santé publique en France liés à la nutrition

---

## Prévalence de la dénutrition

### Selon les critères HAS<sup>1</sup>

- 4-10 % des sujets âgés à domicile
- 15 à 38 % chez les personnes en institution
- 30 à 70 % chez les personnes âgées hospitalisées (40 % d'entre elles à l'admission)

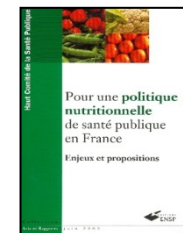
1 Perte de poids  $\geq 5\%$  en 1 mois ou  $\geq 10\%$  en 6 mois  
et/ou IMC  $< 21 \text{ kg/m}^2$   
et/ou Albuminémie  $< 35 \text{ g/l}$  (interprété selon taux de CRP)  
et/ou MNA  $< 17/30$

*Source : Société française de gériatrie et gérontologie*

# La mise en place d'une politique nutritionnelle en France

**1998-1999**      *Rapport DGS (Hercberg & Basdevant)*  
*Objectifs nutritionnels de santé publique pour la France*

**1999-2000**      *Rapport du HCSP (Hercberg & Tallec)*  
*Pour une politique nutritionnelle de sante publique: Enjeux et propositions*



→ Améliorer la santé de l'ensemble de la population en agissant sur un de ses déterminants majeurs, la nutrition (alimentation et activité physique)

→ objectifs nutritionnels chiffrés, mesurables à 5 ans

**2001-2005**      **PNNS1**

**2006-2010**      **PNNS2**

**2011-2016**      **PNNS3 (+ PO 2010-2013)**  
(Code de la santé publique article L3231-1, 2010)



## Stratégies

- ▶ communication
- ▶ éducation
- ▶ information
- ▶ formation
- ▶ offre alimentaire
- ▶ offre d'activité physique
- ▶ offre de soins

→ **Prévention / Dépistage / Prise en charge**



# PNNS3 2011-2015

## objectifs fixés par le HCSP



### 1. RÉDUIRE L'OBÉSITÉ ET LE SURPOIDS DANS LA POPULATION

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

### 2. AUGMENTER L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DIMINUER LA SÉDENTARITÉ À TOUS LES ÂGES

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

### 3. AMÉLIORER LES PRATIQUES ALIMENTAIRES ET LES APPORTS NUTRITIONNELS, NOTAMMENT CHEZ LES PERSONNES À RISQUE

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

### 4. RÉDUIRE LA PRÉVALENCE DES PATHOLOGIES NUTRITIONNELLES

- ⇒ Lutter contre la dénutrition et les pathologies nutritionnelles

*Tous ces objectifs, fixés par le Haut conseil de la santé publique sont déclinés, précisés et quantifiés.*

# PNNS3 2011-2015

## Nouveaux objectifs fixés par le HCSP



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

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

#### Adultes (en 5 ans)

- **stabiliser**, la prévalence de l'obésité chez les adultes.
- **réduire de 10 % au moins**, la prévalence du surpoids chez les adultes.
- **stabiliser** chez les femmes **en situation de pauvreté**, la prévalence de l'obésité.
- **diminuer de 15 % au moins**, la prévalence de l'obésité morbide.

#### Enfants et adolescents (en 5 ans)

- **diminuer de 15 %** en moyenne, chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans, la prévalence globale de surpoids et d'obésité.
- **diminuer de 15 % au moins**, chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans **issus de milieux défavorisés**, la prévalence de surpoids et d'obésité.

# PNNS3

## Objectifs fixés par le HCSP



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

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

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

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

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

- Augmenter la consommation de fruits et légumes

#### Adultes (en 5 ans)

##### **En population générale :**

- 70 % au moins d'adultes consomment au moins 3,5 F&L /j
- 50 % au moins d'adultes consomment au moins 5 F&L /j

##### **En situation de pauvreté :**

- doubler la proportion d'adultes déclarant consommer des F&L au moins 3 fois/j
- multiplier par 5 la proportion d'adultes déclarant consommer des F&L au moins 5 fois/j

#### Enfants et adolescents de 3 à 17 ans (en 5 ans)

- 50 % au moins consomment au moins 3,5 F&L/j
- 25 % au moins consomment au moins 5 F&L /j

# du PNNS2 au PNNS3

## Nouveaux objectifs fixés par le HCSP



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

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

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

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

#### En 5 ans

- réduire la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les adolescents.
- réduire, en population générale, 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.

### 4. Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles

- **Dénutrition, Troubles du comportement alimentaire**



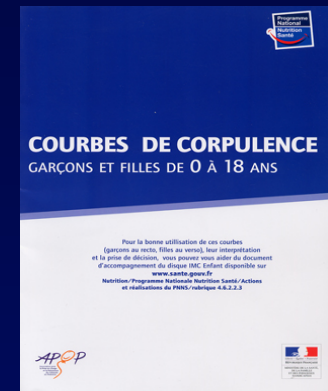
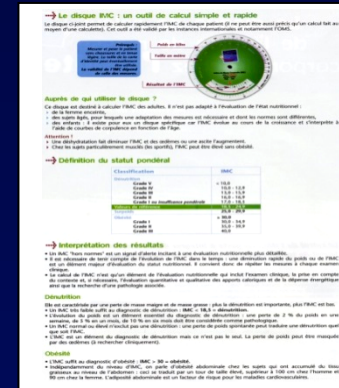
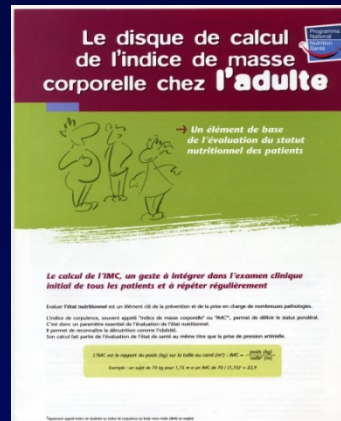




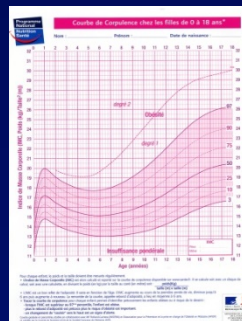
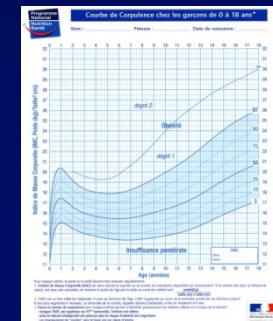
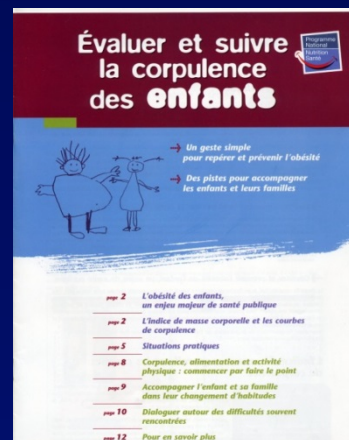
# OUTILS POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE (ville, établissements de soins, scolaire,...)

## Aide à l'évaluation et à la prise en charge de l'état nutritionnel

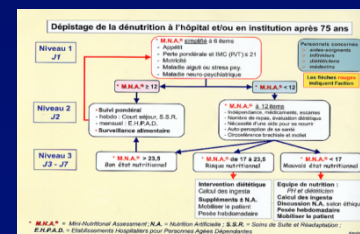
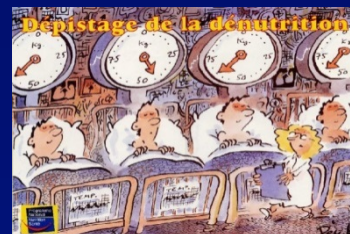
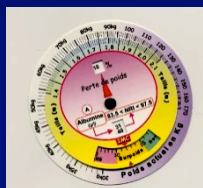
### Disque IMC adultes



### Disque IMC enfants



## Outils pour le dépistage et la prise en charge de la dénutrition





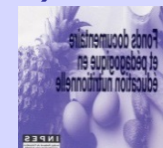
# ACTIONS EN MILIEU SCOLAIRE

## Eleves: offre et environnement alimentaire

- *Equilibre nutritionnel en restauration scolaire (Loi 2010)*
- *Suppression de la collation matinale, Circulaire 2004)*
- *Suppression des distributeurs automatiques payants (Loi de Santé Publique, art .29 juillet 2004*

## Enseignants: pédagogie

- *Guide alimentaire « ados » 750 000 enfants classe de 5è en 2005-2006)*
- *Guide sur internet pour les enseignants)*
- *Fond documentaire et pédagogique en éducation nutritionnelle*
- *Mallette pédagogique « alimentation-nutrition» destinée aux collégiens + CDRom*
- *Possibilité d'attribution du logo PNNS au matériel pédagogique provenant d'émetteurs économiques*



## Professionnels de santé scolaire

- *Guides alimentaires*
- *Diffusion des outils de dépistage et prévention de l'obésité (disques IMC, brochures,...)*



# Chartes collectivités locales actives du PNNS

- 300 villes
- 6 départements



Actions de proximité: écoles, collèges, EPHAD, structures d'aide alimentaire, associations, ...

**PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ ET COMMUNES**

**CHARTRE VILLES ACTIVES DU PNNS**

**PRÉAMBULE**

Face à la persistance des inégalités sociales et territoriales de santé, il est apparu nécessaire de renforcer en profondeur le système de santé en imposant une stratégie nationale de santé, nouveau cadre de l'action publique. Celle-ci permet de développer la promotion et la prévention de la santé tout en adaptant l'offre de soins aux défis du 21<sup>e</sup> siècle.

Dans ce contexte, les pouvoirs publics souhaitent renforcer la politique nutritionnelle menée au travers du Programme national nutrition santé (PNNS) et lutter efficacement contre les inégalités de santé.

Le PNNS, coordonné par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, a élaboré, en s'appuyant sur les bases scientifiques contemporaines admises, des recommandations en nutrition qui servent au développement d'actions dans les divers lieux où vivent les individus. La réussite d'un tel programme s'inscrit dans le développement de la stratégie nationale de santé et repose sur la mobilisation des acteurs qui agissent pour la promotion de la santé.

En agissant sur les deux versants de la nutrition, à savoir l'alimentation et l'activité physique, la promotion d'un bon état nutritionnel contribue à la réduction des facteurs de risque des maladies les plus fréquentes dont souffre la population : maladies cardio-vasculaires, diabète, cancers, obésité, etc. Pour être efficaces, les actions mises en œuvre pour améliorer l'état nutritionnel de la population, doivent aussi agir sur des valeurs positives comme la convivialité et le plaisir.

Un bon état nutritionnel ne repose pas seulement sur la responsabilité individuelle de chacun. Il est important d'agir sur l'environnement des habitants en créant des milieux favorables au développement d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière.

A ce titre, les communes, de par leurs compétences et leurs liens de proximité avec les populations et les nombreux professionnels du monde libéral ou associatif sont des acteurs essentiels pour la mise en œuvre d'interventions de proximité, en adéquation avec les orientations du PNNS. Leur mobilisation a été et demeure une condition indispensable des progrès réalisés et à venir.

**LA COMMUNE SIGNATAIRE ADHÈRE À LA PRÉSENTE CHARTRE ET S'ENGAGE À :**

**Article 1** » Devenir un acteur actif du PNNS en mettant en œuvre, promouvant et soutenant toute action qui contribue à l'atteinte des objectifs du PNNS et s'attache à lutter contre les inégalités de santé.

**Article 2** » Nommer un référent « actions municipales du PNNS » qui aura la charge et la légitimité pour initier, suivre et coordonner les actions mises en œuvre dans le cadre de cette charte.

**Article 3** » Mettre en œuvre, chaque année, pour faciliter les choix alimentaires et la pratique d'activité physique favorables pour la santé, une ou plusieurs actions conformes au PNNS dans un ou plusieurs des quatre domaines suivants : information-communication, éducation pour la santé, formation, aménagement du territoire, selon le calendrier des charges suivant :

Nombre de communes	Actions à mettre en œuvre	Nombre de communes
Moins de 100 habitants	1 action	1 commune
De 100 à 20 000 habitants	2 actions	2 communes
De 20 000 à 70 000 habitants	3 actions	3 communes
Plus de 70 000 habitants	4 actions	4 communes

**Article 4** » Veiller, pour garantir les messages et leur cohérence auprès des publics ciblés, à ce que soient utilisés exclusivement les repères nutritionnels et les recommandations issues des référentiels du PNNS dans la mise en œuvre des actions de promotion de la nutrition. Les affiches, supports écrits ou diffusés par voie informatique porteurs du logo du PNNS\* en sont le gérant.

**Article 5** » Afficher le logo « Ville active du PNNS » de façon explicite sur les documents informant la population des actions menées.

**Article 6** » Rendre compte, annuellement, à l'agence régionale de santé des actions mises en place durant l'année et fournir les évaluations réalisées\*\*.

**LE PNNS S'ENGAGE À :**

fournir le cadre, les outils et les conseils utiles à la mise en œuvre et à l'évaluation des actions et à valoriser les actions développées par les signataires en favorisant les échanges pour permettre le développement des actions les plus efficaces.

La charte est conclue pour une durée de cinq ans renouvelable.

Le ministre des Affaires sociales et de la Santé  
Marcelle Toussaint

Le directeur général de l'Agence régionale de santé

Le maire de la commune  
président de l'intercommunalité  
des communes du territoire  
Jean-Louis Pélissier

Le président de l'Agence régionale de santé  
Jean-Louis Pélissier

**PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ ET DÉPARTEMENTS**

**CHARTRE DÉPARTEMENTS ACTIFS DU PNNS**

**PRÉAMBULE**

Face à la persistance des inégalités sociales et territoriales de santé, il est apparu nécessaire de renforcer en profondeur le système de santé en imposant une stratégie nationale de santé, nouveau cadre de l'action publique. Celle-ci permet de développer la promotion et la prévention de la santé tout en adaptant l'offre de soins aux défis du 21<sup>e</sup> siècle.

Dans ce contexte, les pouvoirs publics souhaitent renforcer la politique nutritionnelle menée au travers du Programme national nutrition santé (PNNS) et lutter efficacement contre les inégalités de santé.

Le PNNS, coordonné par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, a élaboré, en s'appuyant sur les bases scientifiques contemporaines admises, des recommandations en nutrition qui servent au développement d'actions dans les divers lieux où vivent les individus. La réussite d'un tel programme s'inscrit dans le développement de la stratégie nationale de santé et repose sur la mobilisation des acteurs qui agissent pour la promotion de la santé.

En agissant sur les deux versants de la nutrition, à savoir l'alimentation et l'activité physique, la promotion d'un bon état nutritionnel contribue à la réduction des facteurs de risque des maladies les plus fréquentes dont souffre la population : maladies cardio-vasculaires, diabète, cancers, obésité, etc. Pour être efficaces, les actions mises en œuvre pour améliorer l'état nutritionnel de la population, doivent aussi agir sur des valeurs positives comme la convivialité et le plaisir.

Un bon état nutritionnel ne repose pas seulement sur la responsabilité individuelle de chacun. Il est important d'agir sur l'environnement des habitants en créant des milieux favorables au développement d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière.

A ce titre, les départements, de par leurs larges compétences, leurs liens avec les populations qu'ils accompagnent dans la vie quotidienne et avec de nombreux professionnels, sont des acteurs essentiels pour la mise en œuvre de programmes, projets et interventions en adéquation avec les orientations du PNNS. Leur mobilisation a été et demeure une condition indispensable des progrès réalisés et à venir.

**LE DÉPARTEMENT SIGNATAIRE ADHÈRE À LA PRÉSENTE CHARTRE ET S'ENGAGE À :**

**Article 1** » Devenir un acteur actif du PNNS en concevant un programme de progrès nutritionnel, cohérent avec le Projet régional de santé (PRS), contribuant, au niveau départemental ou territorial, à l'atteinte des objectifs du PNNS, mobilisant les professionnels compétents et s'attachant à lutter contre les inégalités de santé.

**Article 2** » Nommer un référent « Département actif du PNNS » qui aura la charge et la légitimité pour initier, suivre et coordonner les actions mises en œuvre dans le cadre de cette charte.

**Article 3** » Mettre en place, chaque année, pour faciliter les choix alimentaires et la pratique d'activité physique favorables pour la santé, des actions conformes au PNNS et les moyens adéquats contribuant à la concrétisation du programme mentionné à l'article 1 au profit :

- d'au moins trois des groupes de population suivants : femmes enceintes/enfants de moins de 4 ans, collégiens, personnes défavorisées, personnes en situation de handicap, personnes âgées, grand public ;
- et dans au moins trois des cinq champs d'intervention suivants : information-communication, éducation pour la santé, formation, aménagement du territoire, intervention nutrition santé au profit des élus et du personnel du conseil général.

**Article 4** » Veiller, pour garantir les messages et leur cohérence auprès des publics ciblés, à ce que soient utilisés exclusivement les repères nutritionnels et les recommandations issues des référentiels du PNNS dans la mise en œuvre des actions de promotion de la nutrition. Les affiches, supports écrits ou diffusés par voie informatique porteurs du logo du PNNS\* en sont le gérant.

**Article 5** » Afficher le logo « Département actif du PNNS » de façon explicite sur les documents informant la population du programme ou des actions menées.

**Article 6** » Rendre compte, annuellement, à l'agence régionale de santé des actions mises en place durant l'année et fournir les évaluations réalisées\*\*.

**LE PNNS S'ENGAGE À :**

fournir le cadre, les outils et les conseils utiles à la mise en œuvre et à l'évaluation des actions et à valoriser les actions développées par les signataires en favorisant les échanges pour permettre le développement des actions les plus efficaces.

La charte est conclue pour une durée de cinq ans renouvelable.

Le ministre des Affaires sociales et de la Santé  
Marcelle Toussaint

Le directeur général de l'Agence régionale de santé

Le président du conseil général

\* Ces documents sont publiés par le PNNS en accès libre sur le site de la Direction de l'évaluation et de la prospective de la Santé (DEPS) du Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

\* Ces documents sont publiés par le PNNS en accès libre sur le site de la Direction de l'évaluation et de la prospective de la Santé (DEPS) du Ministère des Affaires sociales et de la Santé.



# Décret « publicité alimentaire »

## *Messages d'information sanitaire (en alternance) :*

- ✓ Pour votre santé, mangez au moins cinq fruits et légumes par jour
- ✓ Pour votre santé, pratiquez une activité physique régulière
- ✓ Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé
- ✓ Pour votre santé, évitez de grignoter entre les repas



Adaptations enfants, radio, promotions « boîte à lettre »

# Chartes d'engagement de progrès nutritionnel

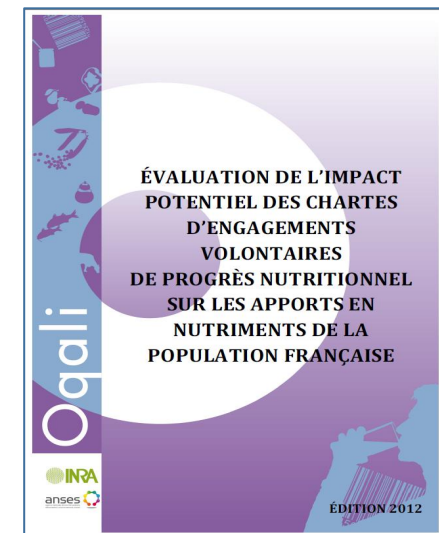
## *Amélioration de l'offre alimentaire*

35 chartes signées entre 2008 et 2013.  
Réductions de la teneur en nutriments (**gras, sel et sucre**) comprises dans une fourchette de de 5 à 25 % en fonction des produits.



## *Chaque année, est retiré du marché :*

- 1 660 tonnes de sel,
- 14 611 à 15 862 tonnes de sucres,
- 8 288 à 8 694 tonnes de lipides,
- 4 177 tonnes d'AG saturés,
- 220 tonnes d'AG trans,



*et rajouté 308 tonnes de fibres + 704 tonnes d'AG omega 3*

### **Axe 3 : Organiser le dépistage et la prise en charge en nutrition, diminuer la prévalence de la dénutrition**

- ✓ **Inscription de la dénutrition dans le manuel d'accréditation de la HAS 2011** (réf. 19, critère 19b. "Troubles de l'état nutritionnel").
- ✓ **Projet régional dans le Limousin (réseau LINUT):** 10 conférences (2013-2014) sur le thème de la dénutrition destinées **aux professionnels de santé des établissements de santé (MCO, EHPAD), aux médecins généralistes, aux pharmaciens d'officine, aux travailleurs sociaux et au grand public.**
- ✓ **Déploiement progressif d'indicateurs (dont IPAQSS),** en matière de dénutrition → permettre la prise en compte plus systématique de la dénutrition dans la prise en charge des patients.
- ✓ **Cartographie des centres spécialisés dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire,** en métropole (disponible 06/2016). Elle permettra, avec la réalisation d'un annuaire, d'envisager la création d'un réseau national de centres spécialisés pour TCA.
- ✓ **Elaboration d'un guide à l'usage de tous les établissements de santé qui souhaitent renforcer leur politique nutritionnelle** en organisant une activité transversale de nutrition clinique a été élaboré.
- ✓ **Manuel d'auto évaluation sur la qualité des processus en restauration – nutrition** mis en ligne sur le site du ministère de la santé, des établissements de santé, médico-sociaux et HAD (hospitalisation à domicile) depuis 06/2013.
- ✓ **Développement d'actions de communication et d'information** à destination des familles, des aidants et des professionnels : film de l'APHP sur les troubles de la déglutition chez les personnes âgées et formations organisées localement via les ARS.

### Axe 3 : Organiser le dépistage et la prise en charge en nutrition, diminuer la prévalence de la dénutrition

- ✓ *recommandations sur le dépistage et la prise en charge nutritionnelle des patients en situation d'agression en réanimation* (SRLF, SFNEP)  
*des recommandations sur la nutrition péri-opératoire* (SFNEP, SFAR)  
*recommandations sur la nutrition chez le patient adulte atteint de cancer* (SFNEP)
- ✓ Décret n° 2012-143 du 30/01/2012 relatif à la **qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des établissements de santé** → précise les critères nécessaires afin d'atteindre l'objectif d'équilibre nutritionnel des repas servis par les services de restauration de ces établissements (*exigences minimales de variété des plats servis, 4 ou 5 plats proposés à chaque repas, adaptation des plats aux goûts et à l'état de santé des patients, respect d'exigences en matière de taille des portions et de fréquence des repas*).
- ✓ Arrêté du 11/03/2015 de la Ministre de la santé, concernant les ARS d'Île-de-France et de Languedoc-Roussillon autorise « **l'élargissement des missions du diététicien en matière de dénutrition, nutrition entérale et parentérale en lieu et place d'un médecin** ». C'est l'aboutissement d'un processus initié en 2010, une étape importante dans l'évolution du statut de diététicien.

# Evaluation du PNNS (2001-2013)



Etudes InCA2 (Anses), ENNS (InVS), DREES, ABENA,....

Plusieurs objectifs initialement fixés ont été partiellement ou totalement atteints:

- *augmentation de la consommation de fruits chez les adultes,*
- *réduction de la consommation de sel et de sucre,*
- *stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant.*

*1) Mais, tous les objectifs n'ont pas été atteints !*

*2) Les améliorations n'ont pas concerné de façon homogène toutes les composantes de la population et **les inégalités sociales de santé** se sont creusées dans le domaine de la nutrition*

**85 % de la population connaît  
le repère de consommation  
« au moins 5 fruits et légumes par jour »**

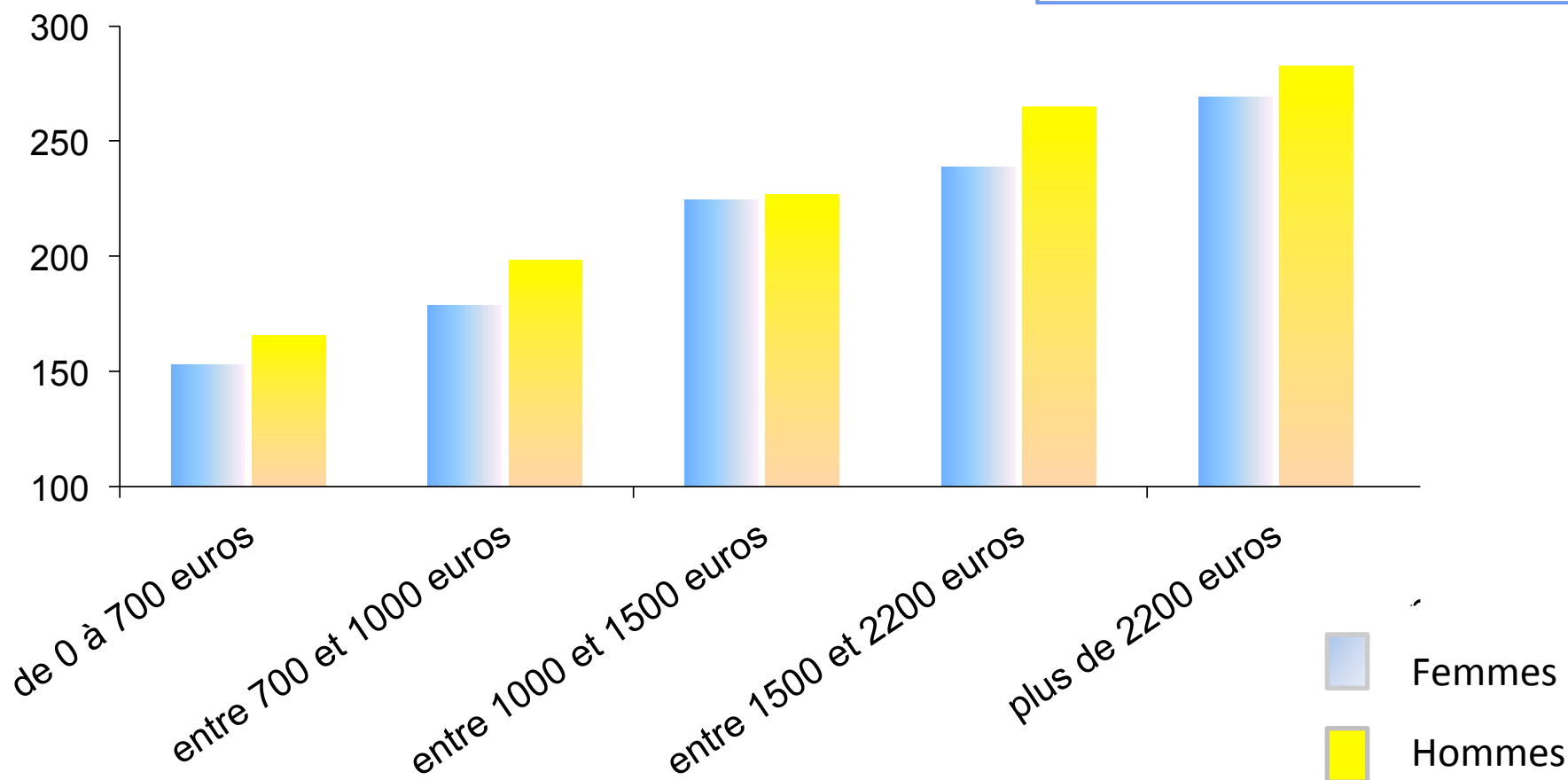
**43 % de la population générale (*ENNS, 2007*)  
consomme au moins 5 fruits et légumes par jour**

**6,2 % de la population dans structures  
d'aide alimentaire (*ABENA, 2006*) consomme  
au moins 5 fruits et légumes par jour**

# CONSOMMATION DE FRUITS EN NATURE EN FONCTION DES REVENUS
















## Etude NutriNet (2013)

50% plus élevée chez les hauts revenus par rapport aux bas revenus



Consommation de légumes 30 % plus élevée chez les hauts revenus  
Consommation de poisson 2 fois plus élevée chez les hauts revenus

# Evolution de la prevalence de surpoids et obésité chez l'enfant durant la décennie 2000 (France, diverses études nationales et regionales, référence IOTF)

	Obésité + surpoids (%)		Obésité (%)	
	avant	après	avant	après
<b>Etudes Nationales</b>				
InVS-DESCO (7-9 years) - 2000-2007	18,1	 15,8	3,8	 2,8
INCA1- INCA2 (3-14 years) – 1998 – 2006	15,1	 14,5	3,5	 2,9
DREES (CM2) – 2001/2002-2004/2005	19,1	19,7	4,1	 3,7
DREES (5-6 years) 1999/2000 – 2005/2006	14,5	 12,1	3,9	 3,1
<b>Etudes Regionales</b>				
Val de Marne (10-18 years) – 1998-2005	16,3	17,0	3,6	 3,1
Département Hérault (4/5 years) 2002-2007	16,7	 13,9	3,9	 3
20 villes EPODE (5-12 years) 2005-2007	20,5	 18,6	4,7	 4,1
Haute Savoie (5-6 years) 1998-2008	12,1	 9,7	2,4	 1,9
Aquitaine (7-10 years) 2005-2009	15,3	15,6	3	 2,9



# Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants de 5 à 6 ans selon le groupe social des parents (enquêtes de la DREES\*)

	<i>surcharge pondérale</i>		<i>obésité</i>	
	<i>2005-2006</i>	<i>2012-2013</i>	<i>2005-2006</i>	<i>2012-2013</i>
Cadres	8,7 % →	7,2 %	1,3 % →	1,3 %
Professions intermédiaires	10,4 % →	10,2 %	1,9 % →	2,4 %
Agriculteurs et commerçants	13,6 % →	13,8 %	3,5 % →	4,7 %
Employés	13,6 % →	14,3 %	3,5 % →	4,8 %
Ouvriers	15,6 % →	15,6 %	5,4 % →	5,8 %

\* Enquête nationale: 18 000 enfants âgés de 5 à 6 ans pesés et mesurés par des professionnels de santé scolaire

# Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants de 5 à 6 ans selon le groupe social des parents (enquêtes de la DREES\*)

	<i>surcharge pondérale</i>		<i>obésité</i>	
	2005-2006	2012-2013	2005-2006	2012-2013
Cadres	8,7 %	7,2 %	1,3 %	1,3 %
Professions intermédiaires	10,4 %	10,2 %	1,9 %	2,4 %
Agriculteurs et commerçants	13,6 %	13,8 %	5,5 %	4,7 %
Employés	13,6 %	14,3 %	3,5 %	4,8 %
Ouvriers	15,6 %	15,6 %	5,4 %	5,8 %

\* Enquête nationale: 18 000 enfants âgés de 5 à 6 ans pesés et mesurés par des professionnels de santé scolaire

# Evaluation du PNNS (2001-2013)



Plusieurs objectifs initialement fixés ont été partiellement ou totalement atteints:

- *stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant,*
- *réduction de la consommation de sel et de sucre,*
- *augmentation de la consommation de fruits chez les adultes.*

1) *Mais, tous les objectifs n'ont pas été atteints !*

2) *Les améliorations n'ont pas concerné de façon homogène toutes les composantes de la population et les **inégalités sociales de santé** se sont creusées dans le domaine de la nutrition*

**Nécessité d'une nouvelle impulsion et de nouvelles mesures pour améliorer la situation nutritionnelle de l'ensemble de la population et réduire les inégalités sociales dans le domaine de la nutrition**

## RAPPORT

### **Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique**

*dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé*

#### *1ère Partie :* **Mesures concernant la Prévention nutritionnelle**

*Rapport rédigé par*

**Pr Serge Hercberg**

*PU-PH Nutrition,  
Université Paris 13/Département de Santé Publique Hôpital Avicenne Bobigny)  
Directeur Unité de Recherche en Epidémiologie Nutritionnelle,  
US57 Inserm/Inra/Cnam/Université Paris 13  
Président du Programme National Nutrition Santé  
PNNS 2001-2005, 2006-2010, 2011-2015*

*Avec l'aide du Dr Chantal Julia (Assistante Hospitalo-Universitaire, Université Paris  
13/Département de Santé Publique, Hôpital Avicenne, Bobigny)*

15 novembre 2013

## RAPPORT

### **Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique**

*dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé*

#### *2ème Partie :* **Mesures concernant la Prise en charge des maladies liées à la nutrition**

*Rapport rédigé par*

**Pr Arnaud Basdevant**

*PU-PH Nutrition,  
Université Pierre et Marie Curie, Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière Charles Foix  
Président Plan Obésité 2010-2013*

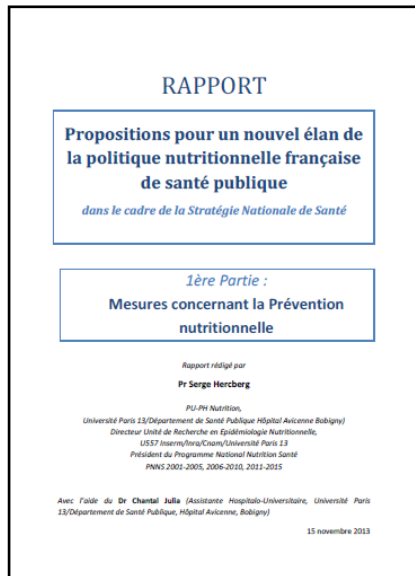
15 novembre 2013

# Rapports « propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique » janvier 2014

- ▶ limites des stratégies de santé publique fondées exclusivement sur les déterminants individuels des comportements alimentaires et ne s'appuyant que sur la communication et l'éducation. *Ces approches n'agissent pas sur les ISS en nutrition, voire sont susceptibles de les aggraver*

*A côté des actions de communication/education, il est indispensable, notamment pour lutter contre les inégalités sociales de santé, d'agir efficacement sur l'offre alimentaire et l'offre d'activité physique*

- ▶ limites des approches purement incitatives. *Nécessité de réglementations*



## Proposition 1

**Pérenniser le Programme National Nutrition Santé (en intégrant le PO) dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé. Amplifier ses actions visant à lutter contre les inégalités sociales de santé et ciblés vers la jeunesse + réviser sa gouvernance.**

- la promotion des chartes d'engagement avec le PNNS des différents acteurs concernés :
  - *chartes avec les collectivités territoriales : communes, départements et régions*
  - *chartes des établissements et entreprises (vis-à-vis de leurs salariés)*
  - *chartes d'engagement de progrès nutritionnel (pour les entreprises du secteur alimentaire)*
- la promotion de l'activité physique et sportive pour tous (*population générale*) avec un intérêt aux actions ciblées vers les enfants et les groupes à risque (*populations défavorisées, malades chroniques*)
- la promotion de l'allaitement maternel (*notamment dans sa durée*)
- la lutte contre la dénutrition (*prévention, dépistage et prise en charge*) notamment pour les sujets âgés et les malades (*en ville et dans les établissements de soins*)
- la lutte contre les troubles du comportement alimentaire (*prévention et prise en charge*)
- le soutien à l'aide alimentaire à destination des populations précaires
- la déclinaison outre-mer du PNNS/PO
- la recherche
- la surveillance nutritionnelle et l'évaluation des actions
- la formation des professionnels
- ...

# Mesures générales structurelles

- **éclairer les consommateurs** (*notamment les plus défavorisés*) **sur la qualité nutritionnelle des aliments** pour les aider à arbitrer leurs choix,
- **réduire la pression marketing** incitant les consommateurs, notamment les populations plus fragiles (*populations défavorisées, enfants, jeunes...*), à orienter leur consommation vers des aliments de moins bonne qualité nutritionnelle, et en favorisant l'incitation vers des choix alimentaires plus favorables à la santé
- **favoriser l'accessibilité économique** à des aliments de meilleure qualité nutritionnelle, facilitant des arbitrages en faveur d'aliments dont on veut assurer la promotion
- **améliorer l'offre alimentaire** en termes de qualité nutritionnelle des aliments mise à la disposition de l'ensemble des consommateurs (*notamment les jeunes et les populations défavorisées*) afin de diminuer de façon significative, mais sans affecter le plaisir gustatif, les apports en graisses, sucres et sel

Pour atteindre ces objectifs, 3 mesures structurelles :

1. un système d'information nutritionnelle unique sur la face avant des emballages des aliments
2. une régulation de la publicité en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments,
3. une taxe (couplée à une réduction de la TVA) en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments.

Ces mesures sont complémentaires et leur cohérence repose sur l'utilisation d'un outil commun, **le score global de qualité nutritionnelle\***

\* **algorithme FSA/OfCom, UK (Rayner et al., 2009).**

Score unique et global reposant sur la prise en compte, pour chaque aliment, de 4 éléments constitutifs « négatifs » (plutôt « défavorables » sur le plan nutritionnel) : *densité énergétique (apport calorique pour 100g d'aliment), teneur en sucres simples, teneur en graisses saturées, teneur en sel*. Ce score est éventuellement minimisé par la soustraction d'éléments nutritionnels considérés comme positifs, calculée en fonction de la teneur de l'aliment *en fruits ou légumes (et noix), en fibres et en protéines*.



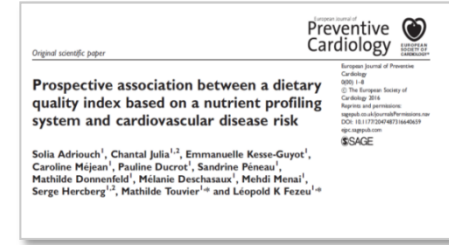
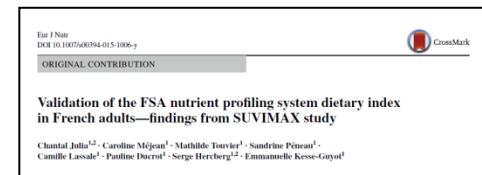
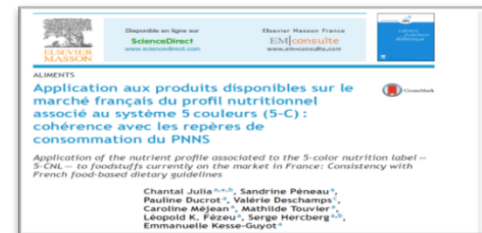
# Validation du score FSA (profil nutritionnel)

## Le score FSA est associé à la qualité nutritionnelle de l'alimentation et au statut nutritionnel des individus

- *par rapport aux consommations alimentaires*
- *par rapport aux apports nutritionnels*
- *par rapport aux biomarqueurs du statut nutritionnel: statut en antioxydants*

## Le FSA-NPS DI est associé prospectivement aux évènements de santé

- *cancer toutes localisations confondues*
- *prise de poids et survenue d'obésité*
- *survenue d'un syndrome métabolique*
- *survenue d'une maladie cardio-vasculaire*

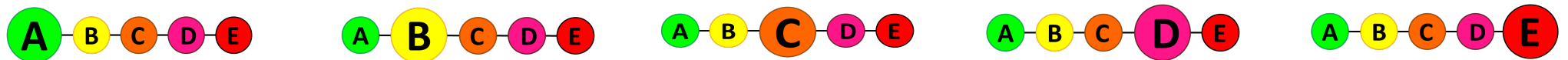


# Le système d'information nutritionnelle sur la face avant des emballages des aliments: logo 5 C (Nutriscore)

→ Système d'information nutritionnelle **unique, simple, compréhensible et intuitif** sur la face avant des emballages des aliments

● renseignant le consommateur, au moment de l'acte d'achat, sur la qualité nutritionnelle globale des aliments lui permettant d'orienter ses choix, *comparaison entre aliments de familles différentes et, dans la même famille, entre différents produits/marques, ...*

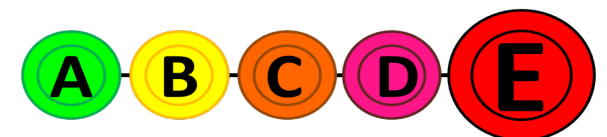
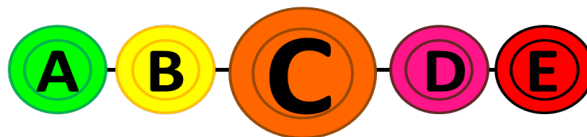
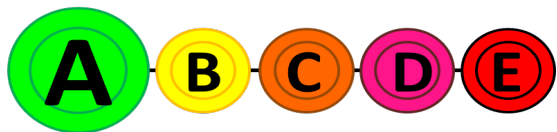
● incitant les industriels à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments et leur offrant l'opportunité par le système de valoriser leur effort en terme de reformulation/ innovation *possibilité de « bénéficier » d'un positionnement le plus favorable possible sur l'échelle de qualité nutritionnelle visible par les consommateurs.*



complémentaire à l'étiquetage informatif ( en face arrière des emballages)

# Logo nutritionnel 5 couleurs (5C)

Produits en rayon



Score calculé à partir des valeurs nutritionnelles fournies par les marques

# Céréales petit-déjeuner équivalentes de différentes marques

Logo appliqué à 35 aliments appelés  
« Muesli croustillant au chocolat »

Répartition dans les  
5 catégories de couleur

A B C D E  $n=1$

A B C D E  $n=1$

A B C D E  $n=12$

A B C D E  $n=17$

A B C D E  $n=4$



Julia C et al. Performance of a 5 category front-of-pack labelling system – the 5-colour nutrition label – to differentiate nutritional quality of breakfast cereals in France.  
*BMC Public Health* (2015) 15:179e



# Comparaison des systèmes d'information nutritionnelle

Logo 5C



Traffic light



RNJ



Pick the Tick



**Logo 5C, meilleur(e):**

- ✓ *Perception*
- ✓ *Acceptabilité*
- ✓ *Utilisation*
- ✓ *Compréhension objective*
- ✓ *Impact sur la qualité nutritionnelle des paniers d'achat*

*Nutrients* **2015**, 7, 7106-7125; doi:10.3390/nu7085325

OPEN ACCESS

**nutrients**

ISSN 2072-6643

www.mdpi.com/journal/nutrients

Article

**Objective Understanding of Front-of-Package Nutrition Labels among Nutritionally At-Risk Individuals**

Pauline Ducrot <sup>1,\*</sup>, Caroline Méjean <sup>1</sup>, Chantal Julia <sup>1,2</sup>, Emmanuelle Kesse-Guyot <sup>1</sup>, Mathilde Touvier <sup>1</sup>, Léopold K. Fezeu <sup>1</sup>, Serge Hercberg <sup>1,2</sup> and Sandrine Péneau <sup>1</sup>

**PLOS** | ONE

RESEARCH ARTICLE

**Effectiveness of Front-Of-Pack Nutrition Labels in French Adults: Results from the NutriNet-Santé Cohort Study**

Pauline Ducrot<sup>1,\*</sup>, Caroline Méjean<sup>1</sup>, Chantal Julia<sup>1,2</sup>, Emmanuelle Kesse-Guyot<sup>1</sup>, Mathilde Touvier<sup>1</sup>, Léopold Fezeu<sup>1,2</sup>, Serge Hercberg<sup>1,2</sup>, Sandrine Péneau<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Université Paris 13, Équipe de Recherche en Épidémiologie Nutritionnelle, Centre de Recherche en Épidémiologie et Statistiques, Inserm (U1153), Inra (U1125), Cnam, COMUE Sorbonne Paris Cité, Bobigny, France, <sup>2</sup> Département de Santé Publique, Hôpital Avicenne, Bobigny Cedex, France

\* p.ducrot@eren.smbh.univ-paris13.fr



UNDER EMBARGO UNTIL DECEMBER 15, 2015 12:01 AM ET

**Impact of Different Front-of-Pack Nutrition Labels on Consumer Purchasing Intentions: A Randomized Controlled Trial**

Pauline Ducrot, MSc,<sup>1</sup> Chantal Julia, MD, PhD,<sup>1,2</sup> Caroline Méjean, PhD,<sup>1</sup> Emmanuelle Kesse-Guyot, PhD,<sup>1</sup> Mathilde Touvier, PhD,<sup>1</sup> Léopold K. Fezeu, MD, PhD,<sup>1</sup> Serge Hercberg, Pr,<sup>1,2</sup> Sandrine Péneau, PhD<sup>1</sup>

## Taxe / subventions proportionnel à la qualité nutritionnelle des aliments

- ✚ **orienter le choix des consommateurs** vers des aliments de meilleure qualité nutritionnelle : meilleure accessibilité aux aliments mieux équilibrés (*notamment les fruits et légumes, aliments complets...*) vs moins bonne accessibilité aux aliments moins favorablement équilibrés (*notamment les aliments gras, sucré, salés*)
- ✚ **inciter les industriels à améliorer la qualité nutritionnelle de leurs aliments** (*réduire le gras, le sucre et le sel, augmenter les fibres...*) pour réduire le poids de la taxe sachant que toutes modifications allant dans le bon sens, même modeste, s'accompagnera d'un effet significatif sur le calcul de la taxe,
- ✚ **disposer de fonds au travers du produit de la taxe** pour financer :
  - la réduction de la TVA pour les aliments de bonne qualité nutritionnelle,
  - des actions sociales dans le champ de la nutrition (*financement de chèques fruits et légumes et chèques sports destinés aux populations défavorisées*),
  - la recherche en nutrition de santé publique,

# Régulation de la publicité en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments

→ à réduire la pression marketing (*notamment la publicité télévisuelle et sur différents supports*)

- ✚ incitant la population, notamment les sujets les plus fragiles (*enfants, adolescents, populations défavorisées...*)
  - à consommer des aliments de moindre qualité nutritionnelle (*gras, sucrés, salés*) dont on veut éviter une consommation excessive, ou à avoir des comportements défavorables pour leur santé,
  - à favoriser la promotion d'aliments de meilleure qualité nutritionnelle,
- ✚ stimuler les industriels à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments afin de pouvoir rentrer dans le cadre des aliments autorisés à faire de la publicité.

## **Mesure n°6 à 15**

**Améliorer l'accessibilité à l'eau pour tous, dans les lieux publics et en alternative de proximité près des distributeurs automatiques proposant des boissons sucrées (ou au goût sucré**

**Améliorer l'offre alimentaire dans les distributeurs automatiques de produits alimentaires**

**Réglementer la teneur en sel et en fibres du pain et des produits de panification**

**Distribuer des coupons « fruits et légumes » et « tickets sport » aux populations défavorisées**

**Planter des marchés alimentaires, des chaînes de supermarché s'engageant à fournir une offre favorable sur le plan nutritionnel et des jardins communautaires dans les zones défavorisées**

**Utiliser le temps périscolaire, dans le cadre de la réforme des rythmes scolaires, pour faire de l'activité physique, promouvoir l'éveil au goût et éduquer à la lecture du système d'information nutritionnelle**

**Promouvoir la diversité de l'image du corps (interdiction des retouches de photo dans les magazines et journaux et de faire défiler des mannequins avec IMC < 19) et donner un cadre juridique de protection des personnes obèses (pénalisation de la discrimination)**

**Permettre des campagnes de communication gratuites pour l'INPES sur les chaînes de TV publiques et privées**

**Fournir les moyens aux structures concernées de mettre en place l'évaluation des mesures mises en place et l'atteinte des objectifs du PNNS**



# RAPPORT

## **Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique**

*dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé*

*2ème Partie :*

### **Mesures concernant la Prise en charge des maladies liées à la nutrition**

*Rapport rédigé par*

**Pr Arnaud Basdevant**

*PU-PH Nutrition,*

*Université Pierre et Marie Curie, Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière Charles Foix*

*Président Plan Obésité 2010-2013*

15 novembre 2013

## Mesure n°1

Mettre en place des parcours de soins pour les maladies de la nutrition, inscrire la nutrition dans le parcours de soins des maladies chroniques

## Mesure n°2

Définir le socle d'information en nutrition pour un dossier médical partagé pluriel

## Mesure n°3.

Lutter contre la malnutrition chez les jeunes et la dénutrition à tous les âges

## Mesure n°4.

Poursuivre le maillage territorial des soins pour l'obésité

## Mesure n°5.

Organiser et valoriser les activités paramédicales dans le cadre de parcours coordonnés

## Mesure n°6.

Garantir l'égalité d'accès aux spécialistes

## Mesure n°7.

Associer soins et promotion de la santé nutritionnelle hors cadre du soin

## Mesure n°8.

Innover dans les missions et les métiers de la nutrition et de l'activité physique adaptée

## Mesure n°9.

Soutenir l'innovation et la recherche

## Mesure n°10.

Informers le public et inclure les associations dans le développement des actions

### RAPPORT

**Propositions pour un nouvel élan de  
la politique nutritionnelle française  
de santé publique**  
*dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé*

*2ème Partie :*  
**Mesures concernant  
la Prise en charge des maladies  
liées à la nutrition**

*Rapport rédigé par*  
**Pr Arnaud Basdevant**

*PU-PH Nutrition,  
Université Pierre et Marie Curie, Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière Charles Foix  
Président Plan Obésité 2010-2013*

15 novembre 2013

# La conception du PNNS 4 (à venir...)

- **Éléments nécessaires**

- ✓ *Rapport IGAS (sur les processus): mi-juillet 2016*
- ✓ *Bilan des actions du PNNS3 (DGS): mi-juillet 2016*
- ✓ *Données des études ESTEBAN (ENNS2) et INCA3: automne 2016*
- ✓ *Repères de consommation (ANSES): ... ?*
- ✓ *Rapports Hercberg / Basdevant : jan*

- **Procédures**

- ✓ *Saisine du HCSP chargé de définir les objectifs du PNNS4*
- ✓ *Réunion du COPIL du PNNS (septembre 2016) ....*
- ✓ *Consultations ....*